EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

JOURNAL OF EGE UNIVERSITY
NURSING FACULTY

Cilt/Volume: 30 Sayı/Number: 2 Yıl/Year: 2014

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.

ISSN – 2147 – 3463

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

Cilt 30, Sayı 2 **2014**

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Olcay ÇAM

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

(Başkan)

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Prof. Dr. Meryem YAVUZ

Dergi Yayın Kurulu

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

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova – İzmir

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No: 18679

Baskı Tarihi

28.08.2014

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@gmail.com
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
DERGİ HAKEM KURULU

ABAAN Süheyla
ACAROĞLU Rengin
AKBAYRAK Nalan
AKPINAR BALCI Reva
AKDOLUN BALKAYA Nevin
AKYOL Asiye
AKYOLCU Neriman
AKYÜZ Aygül
ALTUN İnsaf
ARGON Gülümser
ARDAHAN Melek
ARSLAN Hediye
ARSLANTAŞ Hülya
AŞTI Nesrin
AŞTI Türkinaz
BABACAN GÜMÜŞ Aysun
BADIR Aysel
BAL YILMAZ Hatice
BAŞBAKKAL Zümrüt
BAYIK TEMEL Ayla
BAYKAL Ülkü
BAYRAKTAR Nurhan
BEDÜK Tülin
BİLGE Ayşegül
BULDUKOĞLU Kadriye
BUZLU Sevim
ÇAM Olcay
ÇAVUŞOĞLU Hicran
ÇEBER Esin
ÇETİNKAYA DUMAN Zekiye
ÇİÇEK Hatice
ÇİMETE Güler
DAĞHAN Şafak
DEMİRKIRAN Fatma
DEMİR KORKMAZ Fatma
DİNÇ Leyla
DUYGULU Sergül
DÜLGERLER Şeyda
ECEVİT ALPAR Şule
EKTİ GENÇ Rabia
EMİROĞLU Oya Nuran
ENÇ Nuray
ENGİN Esra
ERCİ Behice
ERDEMİR Firdevs
ERDEM Yurdagül
ERTEM Gül
EŞER İsmet
ETİ ASLAN Fatma
FADILOĞLU Çiçek
GÜNER Perihan
GÜNEŞ Ülkü
GÖRGÜLÜ Selma
GÖZÜM Sebahat
HATİPOĞLU Sevgi
İLÇE Arzu
İYİGÜN Emine
KANAN Nevin
KARACA SAYDAM Birsen
KARAÇAM Zekiye
KARADAĞ Ayişe
KARADAĞ Mevlüde
KARADAKOVAN Ayfer
KARANİSOĞLU Hacer
KARATAŞ Nimet
KARAYURT Özgül
KAŞIKÇI Mağfiret
KAVLAK Oya
KEÇECİ Ayla
KELLECİ Meral
KESKİN Gülseren
KHORSHID Leyla
KOCAMAN Gülseren
KOCAMAN YILDIRIM Nazmiye
KÖMÜRCÜ Nuran
KUTLU Yasemin
KULAKAÇ Özen
KUKULU Kamile
KUZU KURBAN Nevin
NAHÇİVAN Nursen
METE Samiye
OCAKÇI Ayşe
OLGUN Nermin
OFLAZ Fahriye
OKANLI Ayşe
ÖĞCE Filiz
ÖZ Fatma
ÖZBAŞARAN Ferda
ÖZBAYIR Türkan
ÖZGÜR Gönül
ÖZHAN ELBAŞ Nalan
ÖZMEN Dilek
ÖZSOY Süheyla
ÖZTÜRK Candan
ÖZTÜRK CAN Hafize
ÖZEL EFE Emine
ÖZER Nadiye
ÖZKAN Özlem
PINAR Rukiye
POLAT Sevinç
SAN TURGAY Ayşe
SEREN İNTEPELER Şeyda
SEVİĞ Ümit
SEVİL Ümran
SOĞUKPINAR Neriman
ŞAHİN Nevin
ŞENDİR Merdiye
ŞENOL Selmin
ŞENOL ÇELİK Sevilay
ŞENUZUN Fisun
ŞİRİN Ahsen
TANRIVERDİ Gülbu
TAŞOCAK Gülsün
TEL Hatice
TEL Havva
TERZİOĞLU Füsun
UÇAR Hülya
UYSAL TORAMAN Aynur
UZUN Özge
ÜNSAL ATAN Şenay
ÜSTÜN Besti
YEŞİLBALKAN Öznur
YILDIRIM Aytolan
YILDIRIM Yasemin
YILDIZ Suzan
YILMAZ Emel
ZAYBAK Ayten

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Bir Ortaöğretim Okulundaki Öğrencilerin Şiddet Eğilim Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi
  High School Student's Level of Tendency to Violence And Investıgatıon Related Factors
  Hatice BEBİŞ, Sabahat ÇOŞKUN, Cengiz AÇIKEL……...……1-17

- Stomalı Hastaların Sızıntı İle Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi
  Investigating The Stoma Leakage Experiences of Patients With Stoma
  Selda KARAVELİ, Türkan ÖZBAYIR, Aysel KAHRAMAN……18-25

- Yönetici Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri ile Çalışma Yaşamı Kalitelerinin İncelenmesi
  Examination of Executive Nurses' Quality of Life and Quality of Work Life
  Selçuk DEMİRLER, Adalet KOCA KUTLU, Hakan BAYDUR……..……26-39

- Çocuklarda Periferik İntravenöz Kateter Uygulamalarında Flebit ve İnfiltrasyon Gelişme Durumu
  Phlebitis and Infiltration Status in Perifpheral Intravenous Catheterisation in Children
  Sevil OLGUN, Ayşe DEMİRAY, İsmet EŞER, Leyla KHORSHID 40-54

- Psikiyatri Kliniğinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklardaki Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeyi
  Knowledge on Nutrition Related to Mental Ilness of the Health Care Workerss Working Psychiatry Services
  Ayşegül BİLGE, Reci MESERİ, Hakan ÇOŞKUNOL, Ayşe OKANLI, Nazan AYDIN, Müjgan ÖZTÜRK, Hatice DURMAZ.....55-64

Derleme Yazılar

- Dünyada ve Türkiye'de Engelli Çocuklar
  Children With Handicap in Turkey and World
  Elif BİLSİN, Zümrüt BAŞBAKKAL.....65-78

- Web Destekli Öğretimin Hemşirelik Eğitimnde Kullanılmasının Önemi
  The Importance of Using Web Enhanced Education in Nursing Education
  Deniz ÖZTÜRK 79-87

- Kan Donasyonu Nedeniyle Gelişen Vazovagal Reaksiyonlar
Vasovagal Reactions Developed Due to Blood Donation
Serpil İNCE, Leyla KHORSHID 88-99

- Multiple Skleroz ve Evde Bakım
Multiple Sclerosis and Home Care
Birgül VURAL DOĞRU, Yasemin YILDIRIM, Çiçek FADILOĞLU 100-117

- Pulmoner Endarterektomi Sonrası Hemşirelik Bakımı
Nursing Care After Pulmonary Endarterectomy
Aynur KAYNAR ŞİMŞEK 118-125

Editörden Okura,

Değerli Okuyucularımız,

Dergimizin 2014 yılı 2.sayısında da dolu dolu bir dergi sunmaktayız. Bu sayımızda Ortaöğretim Okulundaki Öğrencilerin Şiddet Eğilim Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Stomalı Hastaların Sızıntı İle Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi, Yönetici Hemşirelerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Çocuklarda Periferik İntravenöz Kateter Uygulamalarında Flebit ve İnfiltrasyon Gelişme Durumu, Psikiyatri Kliniğinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklardaki Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeyleri ile ilgili araştırma makalelerini okuyacaksınız. Derlemelerde ise; Dünya ve Türkiye'de Engelli Çocuklar, Web Destekli Öğretimin Hemşirelik Eğitiminde Kullanılmasının Önemi, Kan Donasyonu Nedeniyle Gelişen Vazovagal Reaksiyonlar, Multiple Sklreroz ve Evde Bakım, Pulmoner Endarterektomi Sonrası Hemşirelik Bakımı konularını okuyacaksınız. Beş araştırma, beş derleme makale olmak üzere 10 adet, çeşitli alanlarda çok özgün içerikleri olan, bilimsel makaleleri okuyacaksınız.

Önceki sayımızda dergi yayın kurulumuzun kararları doğrultusunda, derleme makalelerin yanı sıra olgu sunumları ve hemşirelikte iyi uygulamaları içeren makaleleri artırmayı planladığımızı belirtmiştim. Bu sayımızda henüz olgu sunumu ve hemşirelikte iyi uygulamalar konusunda makale yer almamıştır. Ancak yazarlarımıza bu konuda çaba gösterirlerse, daha hızlı yayınlanmayı planladığımızı bildirmek isterim. Dergimizin ulusal katkı değerinin ve indeksinin yükselmesi için, kaynak yazım kurallarını tekrar kontrol ederek makalelerinizi göndermenizi istiyoruz. Kaynak yazımına özen gösterilmesi konusunda gittikçe daha iyi hale gelmekteyiz. Dergimizde çıkmış makalelerin kaynak olarak gösterimine önem verdiğimizi tekrar hatırlatmak isterim. Şu anda Türkiye Atıf Dizini 2014 -Ulusal Katkı Değeri ortalaması 0.091 iken, Dergimizin 2014- Ulusal Katkı Değeri bu rakamın çok üzerinde olup, 0.917'dir. Amacımız bu değeri daha da yükselterek daha iyi indekslerde yer almayı sağlamaktır. Bu hepimizin çabası ile olacaktır.

Hayalim dergimizi SSCI gibi indekslerde görmektir. Hayallerimizin tümünün gerçekleşmesi dileğimle, dergimizin yayınlanma süresince emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlık ve mutlu 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@gmail.com

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (1) : 1-17, 2014

BİR ORTAÖĞRETİM OKULUNDAKİ ÖĞRENCİLERİN ŞİDDET EĞİLİM DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

HIGH SCHOOL STUDENT'S LEVEL OF TENDENCY TO VIOLENCE AND INVESTIGATION RELATED FACTORS

Yard.Doç.Dr.Hatice BEBİŞ* Uzman Hemş.Sabahat ÇOŞKUN*
Doç.Dr.Cengizhan AÇIKEL**

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği BD.
** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı BD.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, "Bir ortaöğretim okulundaki öğrencilerin şiddet eğilim düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi" amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın evrenini bir orta öğrenim okulunda okuyan 1487 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma günü okulda bulunan 912 öğrenci alınmıştır. Veri toplamak için Tanıtıcı Bilgi Formu, Şiddet Eğilim Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde, sayı ve yüzdelik dağılımı ve lojistik regresyon analizi (Ki-kare, Student t testi ve Mann-Whitney U testleri) hesaplanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin, %31.8'inin, %53.9'unun yüksek ve %14.3'ünün çok yüksek şiddet eğilim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Çok yüksek şiddet eğiliminde olma riskine etki eden faktörlerin; tek değişkenli analiz sonucunda; cinsiyet, okul başarı algısı, sporla ilgilenme, lisede sınıf tekrarı yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), disiplin cezası alma, sağlığa zararlı madde kullanma, sigara içme, okulda şiddete şahit olma/maruz kalma, ailede şiddete şahit olma/maruz kalma, içeriğinden bağımsız olarak internet ve atari oynama, ders çalışma, medyada şiddet içeren kahramana hayranlık duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çok değişkenli regresyon analizinde ise; ders çalışmama (R= 2.262), ailede şiddete şahit olma (R= 0.432), okulda şiddete şahit olma/maruz kalma (OR= 2.578, R= 0.478), sigara içme (OR= 2.578), içeriğinden bağımsız olarak bilgisayar oyunu oynama (OR= 0.617), medyada şiddet içeren kahramana hayranlık duyma (OR= 1.802) çok yüksek şiddet eğilimi olma riskine etki eden faktörlerdir ($p<0.05$).

Sonuç: Çok yüksek şiddet eğilim puanına sahip öğrencilerin, şiddet eğilimlerinin davranışa dönüşmesi potansiyel bir sağlık riski olarak değerlendirilmiştir. Şiddetin öğrencilerin fiziksel, psiko-sosyal sağlığına olumsuz etkisinin yanı sıra, akademik başarısını da olumsuz etkileyecek ve arkadaşları tarafından dışlanarak şiddet eğilimleri pekiştirilecektir. Öğrencilerin şiddetten korunması, şiddetin önlenmesi, erken ve uygun girişimlerin sağlanması okul sağlığı hizmetleri kapsamında, ekip anlayışı içersinde ve özellikle etkin okul sağlığı hemşireliği hizmeti ile gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ortaöğrenim, şiddet eğilim düzeyi, ergen, okul hemşiresi.

ABSTRACT

Objective: *Aim of this research is to investigate the trend level of violence and the factors concerned violence.*

Materials and methods: *This study contains 912 students who present in the school. These students accepted to join this study. To collect data, information form and violence tendency scale were used. In the analysis of data the number and percentage distribution,(for univariate and multivariate factors) logistic regression analysis were calculated.*

Results: *Students' trend level of violence are at 31,8%(n=290) low, 53,9% (n=492) high and 14,3% (n=130) too high. The factors that effect too high violence tendency level were evaulated with the univariate logistic regression analysis. As aresult of logistic regression analysis,t hese results were obtained:at factors such as gender, success at school, interested in sports to repeat a year at school, there is statistically significant difference (p>0,05). And at factors such as taking disciplinary action, any harmful substance use, smoking, being a witness to violence at school, exposure violence at school, witnessing family violence, exposuring family violence, playıng computer games, violence in the media, there is a statistically significant difference.*

At multivariate regression analysis, no study (R=2,262) being a witness to violence in the family (R=0,432) being a witness to violence at school /exposure violence at school (OR=2,578,R=0,478) smoking (OR=2,578) playıng computer game (OR=0,617) a violent hero to admire in the media (OR=1,802) (p<0,05).

Conclusion: *If the students who have very hıgh violence tendency, turn this violence tendency into action this event is evaulated as a potential health risk. Violence effects physical and psychosocial health of students negatively. At the same time ıt effects academic success negatively too. In this way these students will be excluded by their friends and the violence tendency of these students will will be reinforced. Protect students from violence, violence prevention, provision of early and appropriate interventions within the context of school health services, understanding within the team and especially with effective school health nursing services performed.*

Key Words: *High school students, Secondary education, level of violent tendencies, adolescent, school nurse.*

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, "bireyin kendisine, bir başkasına, grup veya topluluğa yönelik yaptığı; yaralanmaya, ölüme, psikolojik zarara, yoksunluğa, gelişim bozukluğuna yol açacak ya da yol açma olasılığı yüksek olacak şekilde, fiziksel zorlama, güç kullanma ve tehdit amaçlı uygulanması olarak tanımlamaktadır (Krug Etienne ve ark. 2002). Türk Dil Kurumun'a (TDK) göre eğilim; bireyin belli bir görüş, kanı, tutum ve davranışa olan yatkınlığı olarak ifade edilmektedir. Şiddet eğilimi ise; bireyin şiddet konusunda sahip olduğu görüş, kanı, tutum ve davranışlara olan yatkınlığı şeklinde tanımlanabilir (TDK 2014) .

Şiddet bireysel ve toplumsal düzeyde sürekli yaşanan, uygulayıcıları olduğu gibi mağdurları da olan, her yaş döneminde görülebilen bir halk sağlığı sorunudur. Şiddet özelikle ergenlik döneminde sıkça rastlanan yaralanma ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Alikaşifoğlu 2008). Ergenlik, fiziksel, duygusal ve zihinsel kapasitede pek çok değişiklik ve geçişlerin yaşandığı bir dönemdir. Ergenler, bu dönemde özgür olma ve kimliklerini bulma yolunda zorlu bir aşamadan geçerler.

Ergenlerin bu dönemde suç işleme, şiddete başvurma ve sağlığa zararlı madde kullanma olasılığı artmaktadır (Gül ve Güneş 2009).

Ergenlerin şiddet eğiliminde aile içinde yaşanan çatışmalar ve aile yapısı önemli bir yere sahiptir. Aile içinde eşler arası şiddet ve ergenin şiddete maruz kalması ergenin şiddet davranışı gösterme olasılığını arttırmaktadır. Aile içinde şiddete tanık olan, şiddete maruz kalan, sosyo-ekonomik düzeyi düşük, boşanmış ailelerde yaşayan gençlerin ruhsal ve sosyal yoksunlukları nedeniyle şiddet içerikli davranışları daha fazla uyguladıkları belirtilmiştir (Markowıtz 2003, Genç ve Aksu 2010, Sünter ve ark. 2010, Güleç ve ark. 2012). Ayan'nın (2007) çalışmasında, anne ve babaları tarafından şiddete maruz kalan gençlerin saldırganlık eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Ayan 2007). Ülkemizde Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yapmış olduğu araştırmada, anne-babaları tarafından şiddet uygulandığını ifade eden çocukların şiddet davranışı gösterme düzeylerinin diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1998). Ayrıca şiddet davranışının ailesel kaynaklarından biri de, çocuğun öğrenme süreci ile ilişkili olanıdır. Bu ilişki, Bandura'nın sosyal öğrenme kuramı olan, model alarak öğrenme şeklinde açıklanmaktadır. Kişi şiddeti bir çeşit stresle başa çıkma yöntemi olarak gözlemleyerek, model alarak, aile içinde yaşanan şiddete tanık olarak ya da şiddetin birebir hedefi olarak öğrenir (Page ve İnce 2008). Çocuklar, sorunlarını şiddet kullanarak çözmeye çalışan ebeveynlerinin sorun çözme tekniklerinden etkilenebilmektedirler. Örneğin; şiddet davranışının görüldüğü ailelerden gelen gençlerin %60-%78'i, şiddet davranışının görülmediği ailelerden gelen gençlerin ise % 38'i ergenlik dönemlerinde şiddet veya suç davranışlarını gerçekleştirdiği saptamıştır (Avcı 2006). Aile içinde yaşanan şiddete paralel bir biçimde çocuğun şiddete eğilimli olma olasılığı da artmaktadır (Kızmaz 2006).

Ergenin ailesinden sonra en fazla zaman geçirdiği ve toplumsallaşmasında en önemli rolü oynayan ortam okuldur. Okul; iyi, huzurlu ve sağlıklı bir toplum yaratmak için eğitim ve öğretim etkinliklerinin gerçekleştirildiği, çok yönlü sosyal desteğin sağlandığı, gelecek kuşakların yetiştirildiği, hayata iyi bir şekilde hazırlanmaya olanak sağlayan kurumdur (Sağlam 2009, Yavuzer 2011). Fakat okulda gençlerin şiddet ile karşılaşması eğitim sürecini olumsuz etkilemekte; gencin eğitime odaklanmasını önlemektedir (Sağlam 2009). Okula düzenli devam eden, okula bağlılık düzeyi ve akademik başarısı yüksek olan gençlerin; suça yönelme eğilimleri düşükken, devamsızlıkları fazla olan veya okuldan kaçan öğrencilerin şiddet ve suç davranışlarına yönelme olasılıkları diğer öğrencilere kıyasla daha yüksektir (Özgür ve ark. 2011). Yapılan bir çalışmada, okulu terk etme riski altında olan öğrencilerin temel özelliklerinin devamsızlık, disiplin problemleri, akademik başarısızlık, arkadaş ve ailesi ile problem yaşama olduğu ortaya konmuştur (Özer 2011).

Okulda şiddet hem ülkemizde hem de dünya da artış göstermekte ve kaygı verici boyuta ulaşmaktadır (Yell ve Rozaski 2000, Kepenkçi ve Çınkır 2005). Okullarda şiddet ile ilgili meydana gelen önemli bir çalışmada, fiziksel şiddetin uygulanması sonucunda 14 öğrencinin öldürülmüş, 104 öğrenci ve 3 öğretmenin yaralanmış olmasıdır (Gelbal 2006).

Medyada şiddet içeren dizi / film ve programların gösterilmesi, şiddet içeren internet, atari vb. oyunlar, alkollü içecekler, sigara ve bağımlılık yapan madde kullanımı vb. kişiyi şiddete iten diğer faktörlerdir (Gentilea ve ark. 2004, Erdem ve ark. 2006). Okuldaki şiddet olaylarının nedenlerine ilişkin olarak, film karakterlerine özenme ve okulda akran grupları içerisinde bu karakterlere özgü tavır ve dil geliştirmenin şiddet eğilimini artırdığı belirtmektedir (Kızmaz 2006). Turhan ve ark. (2011) çalışmasında ise, sigara kullanan kişilerin şiddete daha fazla maruz kaldığını ve daha fazla şiddet uyguladıklarını göstermiştir. Alkol ve uyuşturucu madde kullananlar ise şiddete daha fazla maruz kalmaktadır (Turhan ve ark. 2011).

Ülkemizde okullarda son yıllarda artan şiddet olayları polislerin ve mahkemelerin çözüme ulaştıracağı bir sorun olarak görülmüş olup, sağlık çalışanları ve özellikle okul sağlığı hemşireleri bu konuya yeterli müdahalede bulunamamışlardır (Adana ve Arslantaş 2011, Yavuzer 2011). Çünkü gelişmiş ülkelerde şiddetin önlenmesi programları okul sağlığı hemşireleri tarafından yürütülürken, ülkemizde "Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte "Okul Hemşireliği" çalışma alanı tanımlanmış (Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011) olmasına rağmen istenilen düzeyde rol almadıkları yalnızca acil girişim uygulamalarında görev aldığı görülmektedir (Uysal ve Temel 2009). Oysa hemşireler, şiddet konusunda risk altındaki çocuk ve ailelerin belirlenmesinde, şiddet uygulayan veya şiddete maruz kalan çocuğa gerekli yardımın sağlanmasında, vaka yöneticisi olarak problemlere yönelik uygun kabul edilebilir çözüm yolları bulunmasında özel bir konuma ve öneme sahiptir (Özgür ve ark. 2011).

Şiddet öğrencilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve akademik başarısını düşürmektedir. Ergenler arasında artan şiddeti azaltmaya yönelik çözümler geliştirilebilmesi için okul ortamında şiddetin varlığını, boyutlarını ve şiddete yol açan faktörlerin tespit edilmesi gerekmektedir. Öğrencilerin şiddetten korunması, şiddetin önlenmesi, erken ve uygun girişimlerin sağlanması okul sağlığı hizmetleri içerisinde ve okul sağlığı hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile mümkün olacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Bu araştırma, "Bir ortaöğretim okulundaki öğrencilerin şiddet eğilim düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi" amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak uygulanmıştır.

Araştırma soruları;

1. Ortaöğretime devam eden öğrencilerin şiddet eğilim düzeyi nasıldır?

2. Ortaöğretime devam eden öğrencilerin şiddet eğilim düzeyi ile ilişkili etmenler nelerdir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Ankara İli Sincan İlçesinde bulunan bir ortaöğretim okulunda 2 -3 Ocak 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın

yapıldığı kurumdan, İl Milli Eğitim Müdürlüğünden, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Etik Kurulu'ndan ve araştırmaya katılan öğrencilerden yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı ortaöğretim okulu 1487 öğrenci ile araştırma evrenini oluşturmaktadır. Bu öğrencilerin; 496'sını 9.'uncu sınıf, 311'ini 10.'uncu sınıf, 381'ini 11. 'inci sınıf ve 299'unu 12.'inci sınıf oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı gün hastalık, istirahat, staj nedeniyle okula gelmeyen ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler araştırma dışında tutulmuştur. Araştırma kriterine uyan ve araştırmanın yapıldığı gün okulda bulanan 1100 öğrencinin 912'sine (% 82) ulaşılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verilerini elde etmek için, Öğrenci Tanıtıcı Bilgi Formu ve Şiddet Eğilim Ölçeği kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: İki bölümden oluşmaktadır.

Kişisel özellikler bölümünde; yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, aile tipi, annenin ve babanın eğitim durumu, ekonomik durum, ebeveynlerin çalışma durumu, öğrencilerin okulda ve ailede şiddete şahit olma ve maruz kalma durumları, medyada olmak istedikleri kahraman, boş zamanlarını nasıl değerlendirdikleri, spor, müzik, vb. aktivitelerle ilgilenme durumunu sorgulayan 28 soru bulunmaktadır.

Okul Başarısını Değerlendirme Formu: Lise eğitiminde zayıf dersinin bulunup bulunmadığı, sınıf tekrarı yapıp yapmadığı, takdir veya teşekkür belgesi alıp almadığı, kendisinin okul başarısını nasıl değerlendirdiği ve disiplin cezası alıp almadığı gibi sorulardan oluşmaktadır.

Şiddet Eğilim Ölçeği: Göka, Bayat ve Türkçapar tarafından 1995 yılında Milli Eğitim Bakanlığı adına yürütülen bir çalışma için geliştirilmiş ve T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun "Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet" konulu araştırmasında (1998) 7-14 yaş grubu çocukların şiddet eğilimlerini ölçmek için temel yapısı değiştirilmeksizin yeniden yapılandırılmış ve kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Öğrencinin 20 maddeden her bir maddeyi okuyarak "hiç uygun değil" "biraz uygun", "uygun", "çok uygun" seçenekleri arasından kendisi için en uygun olanı seçmesi istenmiştir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan "80", en düşük puan "1"dir. Ölçekten alınan yüksek puan, öğrencilerin saldırganlık ve şiddet eğilimlerinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçek puanı; 1-20 arası puan "çok az", 21-40 arası puan "az", 41-60 arası puan "fazla" ve 61-80 arası puan "çok fazla" şiddet eğilimi olarak değerlendirilmiştir (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1998). Özgür ve ark. (2011) çalışmasında ölçeğin "Cronbach Alpha" güvenirlik katsayısı 0 .88 olarak bulunmuştur (Özgür ve ark. 2011). Bu araştırmada da benzer şekilde şiddet eğilim ölçeğinin "Cronbach Alpha" güvenirlik katsayısı 0. 88 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu araştırmada, ölçeğin orijinalinden farksız olarak şiddet eğilim ölçeğinden alınan puanların; 1-60 arası "düşük, orta ve yüksek şiddet eğilimi" olarak, 61-80 arası ise, "çok yüksek şiddet eğilimi (ÇYŞE)" şeklinde değerlendirilmiştir. Çok yüksek şiddet eğilimli öğrenciler, toplumda kendisine, ailesine, arkadaşlarına ve eşyalara zarar

verebilme olasılıkları yüksek bir grup olarak değerlendirilmiş, tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı çıkan değişkenler ile lojistik regresyon modeli oluşturularak istatistik yapılmıştır.

Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma kriterlerine uygun olan öğrenciler, çalışma hakkında bilgilendirilerek 18 yaş altında olan öğrencilerin velilerinden yazılı izin, 18 yaş üstü öğrencilerden sözlü onam alınmıştır. Anket formu, sınıf ortamında, her öğrencinin bireysel cevaplamasının sağlandığı, araştırmacının gözlemi altında ortalama 20 dk sürede uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri (SPSS) 15.0 programında yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizlerinde, sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. "Çok fazla şiddet eğilimi"nin tek değişkenli analizlerle incelenmesi sırasında Ki-kare, Student t testi, ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı çıkan değişkenler ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Model uyumu için Hosme-Lemeshow testi kullanılmış $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı yorumlanmıştır.

BULGULAR VE YORUM

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (n=912)

Sınıf grupları	**n**	**%**
9.sınıf	267	29.3
10. sınıf	150	16.4
11. sınıf	247	27.1
12. sınıf	248	27.2
Cinsiyet		
Kız	472	51.8
Erkek	440	48.2
Aile tipi		
Çekirdek aile	780	85.5
Geniş aile	109	12.0
Yalnız anne ve ya yalnız baba	13	1.4
Diğer(anne ve annenne)	10	1.1
Annenin eğitim durumu		
Okur-yazar	73	8.0
İlköğretim mezunu	610	66.9
Ortaöğretim mezunu	209	22.9
Yüksekokul/Üniversite mezunu	20	2.2

Babanın eğitim durumu		
Okur-yazar	22	2.4
İlköğretim mezunu	421	46.2
Ortaöğretim mezunu	388	42.5
Yüksekokul/Üniversite mezunu	81	8.9
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	87	9.5
Çalışmıyor	825	90.5
Babanın çalışma durumu		
Çalışıyor	783	85.9
Çalışmıyor	129	14.1
Gelir algısı		
İyi	409	44.9
Orta	456	50.0
Düşük	47	5.1
Toplam	912	100.0

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, %29.3'ünü 9.sınıf, % 48.2'sini erkek, %51.8'inin kız olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin yaş ortalamalarının 16.816.8±1.35 (min= 14, max= 21) olduğu tespit edilmiştir. Sınıf düzeyleri ile yaş arasında paralel bir artış tespit edilmiştir (çok nadir durumlar dışında; okula geç başlama ya da sınıf tekrarı yapma vb) . Öğrencilerin %85.5'i çekirdek aile yapısına sahip olup, %0.9'u annesinin öldüğünü, % 0.7'si üvey olduğunu belirtmiştir. Öğrenciler annelerinin %66.9'u, babalarının %46.2'si ilköğretim mezunu, %90.5'i annesinin çalışmadığını belirtirken, %85.9'u babasının çalıştığını, %50.2'si ailenin aylık toplam gelirinin orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir (Tablo1). Ayrıca çok yüksek şiddet eğilimine etki eden tek değişkenli analizler sonucunda aile yapısı, annenin ve babanın sağ olup olmaması, çalışıp çalışmaması, eğitim durumları çok yüksek şiddet eğilimine etki eden faktörler arasında yer almadığı, istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 2. Öğrencilerin Şiddet Eğilim Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Şiddet Eğilim Ölçeği	**Sayı**	**%**
1 (0-20) şiddet eğilimi yok	-	-
2 (21-40) şiddet eğilimi az	290	31.8
3 (41-60) şiddet eğilimi fazla	492	53.9
4 (61-80) şiddet eğilimi çok fazla	130	14.3
Toplam	912	100.0

Tablo 2'de öğrencilerin şiddet eğilim ölçeğinden aldıkları puanlar gösterilmiştir. Öğrencilerin şiddete eğilimi olmayan (1-20 puan) yok, şiddete eğilimi az (21-40 puan) %31.8 (n=290), şiddete eğilimi fazla (41-60 puan) %53.9 (n=492) , şiddete eğilimi çok fazla (61-80 puan) %14.3 (n=130) şeklinde olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin şiddet eğilim ölçeğinden aldıkları puanlar sonucunda, %85,7'si düşük-orta-yüksek şiddete eğilimli ve %14.3'ü çok yüksek şiddete eğilimli (ÇYŞE) olarak gruplandırılmıştır.

Tablo 3: Çok Yüksek Şiddet Eğilim (ÇYŞE) Riskini Etkileyen Değişkenlerin Tek Değişkenli Analizler ve Lojistik Regresyon Modeli İle Değerlendirilmesi

Değişkenler		**Tek değişkenli**				**Çok değişkenli**			
		p	**OR**	**%95 GA**		**p**	**OR**	**%95 GA**	
				Alt sınır	**Üst sınır**			**Alt sınır**	**Üst sınır**
Cinsiyet	Kız	**R**							
	Erkek	0.066*	1.085	0.749	1.573				
Sınıfı	9.sınıf	**R**							
	10. sınıf	**0.008***	2.223	1.231	4.014				
	11. sınıf	0.015	1.957	1.141	3.354				
	12. sınıf	0.021	1.889	1.100	3.246				
Okul başarılarını değerlendirme durumu	Çok iyi	**R**							
	İyi	0.244*	0.637	0.299	1.359				
	Orta	0.269	0.659	0.314	1.381				
	Kötü	0.111	1.971	0.856	4.541				
Ders çalışma durumu	Evet	**R**							
	Hayır	**0.001***	3.673	2.132	6.327	**0.005****	2.262	1.271	4.025
Lise eğitiminde karnesinde zayıf olma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.006***	0.551	0.360	0.842				
Lise eğitiminde disiplin cezası alma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	0.336	0.202	0.561				

Lise eğitiminde sınıf tekrarı yapma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.133***	0.715	0.462	1.107				
Ailede şiddete maruz kalma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001**	0.350	0.228	0.537				
Ailede şiddete şahit olma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	0.287	0.189	0.435	**0.001****	0.432	0.274	0.681
Okulda şiddete şahit olma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	0.447	0.307	0.650				
Okulda şiddete maruz kalma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	0.297	0.194	0.454	**0.002****	0.478	0.301	0.761
Sağlığa zararlı madde kullanma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	3.601	2.448	5.297				
Sigara içme durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	4.224	2.866	6.227	**0.001****	2.578	1.690	3.932
İnternet ve atari oynama durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	0.509	0.344	0.752	**0.027****	0.617	0.402	0.946
Medyada şiddet içeren kahramanı olma durumu	Hayır	**R**							
	Evet	**0.001***	2.916	1.806	4.711	**0.029****	1.802	1.061	3.060

R= Regresyon grup ***Tek değişkenli analizler** ****Çok değişkenli lojistik regresyon**

Çok yüksek şiddet eğilimli olma riskine etki eden faktörler tek değişkenli analizi ile incelenmiştir. Tek değişkenli analizlerle bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisi değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizde anlamlı olan değişkenler için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre erkekler kız cinsiyetine göre 1.085 kat daha çok yüksek şiddet eğilim riski oluşturmaktadır. Okul başarı durumu kötü olanların, çok iyi, iyi ve orta derecede olanlara göre çok yüksek şiddete eğilimli olma riskini 1.971 kat ve şu anki eğitiminde sınıf tekrarı yapanların 0.715 kat daha çok yüksek şiddete

eğilimli olma riskini arttırdığı fakat, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 3).

Çok yüksek şiddete eğilimli (ÇYŞE) olma riski, 10.sınıfta 2.223 kat iken, sınıf düzeyi yükseldikçe azalmakta 12.sınıfta 1.889 kata düşmektedir. Ayrıca ders çalışanlara göre çalışmayanlarda ÇYŞE'li olma riski 3.673 kat fazla iken, karnesinde zayıfı olanlarda 0.551 kat, disiplin cezası alanlarda, 0.356 kat, ailede şiddete şahit olanlarda 0.287 kat, ailede şiddete maruz kalanlarda 0.297 kat, okulda şiddete şahit olanlarda 0.447 kat, okulda şiddete maruz kalanlarda 0.350 kat daha çok yüksek şiddet eğilimli olma riski olduğu ve istatistiksel anlamlı fark yarattığı saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 3). Öğrencilerin %37,1'i okulda şiddete şahit olduğunu, %15,2'si okulda şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Sigara kullananlarda 4.224 kat, sağlığa zararlı herhangi bir madde kullananlarda ise 3.601 kat ÇYŞE'li olma riski bulunmuştur. Öğrencilerin içeriğinden bağımsız olarak internet ve atari oynaması çok yüksek şiddete eğilimli olma riskini 0.509 kat artırırken, medyada şiddet içeren kahramana hayranlık duyanlarda 2.916 kat artmakta ve istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.05)(Tablo 3). Ayrıca öğrencilerden spora (R= 1.291) ve müziğe (R= 0.954) karşı ilgili olanların, olmayanlara göre çok yüksek şiddet eğilimi olma riskinin azaldığı, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Çok değişkenli regresyon analizinde; ders çalışmama 2.262 kat, ailede şiddete şahit olma 0.432 kat, okulda şiddete şahit olma 2.578 kat, maruz kalma 0.478 kat, sigara içme 2.578 kat, içeriğinden bağımsız olarak internet ve atari oynama 0.617 kat, medyada şiddet içeren kahramana hayranlık duyma1.802 kat ÇYŞE'li olma riskini arttırdığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin Şiddeti Önlemede Etkin Gördükleri Meslek Gruplarına İlişkin Bulgular

Meslekler	Sayı	%
Öğretmen	139	15.2
Hemşire	20	2.2
Polis	480	52.6
Psikiyatrisler	331	36.3
Diğer (müdür, müdür yardımcısı, aile üyeleri)	68	7.5

***n katlanmış**

Öğrencilerin şiddeti önlemede etkin gördükleri meslek gruplarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde, %52,6'sı şiddeti önlemede etkin olarak polisi görürken, yalnızca %2,2'si hemşireleri etkin olarak görmektedir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Ergenlik hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin geliştiği bir dönemdir. Ergenin kimlik arayışı ve gelişimsel dönemdeki hızlı değişimlere uyum sağlayamaması, hayat tecrübesi ve bilgi eksikliği, sosyal yaşam düzenine uyum göstermesini zorlaştırmakta, böylece kendisi ve çevresi ile olan iletişimi olumsuz etkilenmektedir (Lopez ve Emmer 2002, Şimşek 2007). Ergenlik döneminde

öğrenciler lider olma, gruba kabul edilme ve toplum içinde saygınlık görme duygusunu elde etmek için şiddet eylemlerine başvurabilmektedir (Kesen 2013).

Bu araştırmada öğrencilerin yaş ortalaması 16.8±1.35 (Min:14, Max: 21) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin yaşına paralel olarak, bir üst sınıfa geçtikçe ÇYŞE'de bulunma riskinin azaldığı ve istatistiksel anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 3) ($p<0.05$). Literatürde ilköğretim okullarında şiddet görülme oranı %2,0 iken, ortaöğretim okullarında bu oranın %15,5 kadar yükseldiği belirtilmiştir (Gelbal 2006). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ergenlerde görülen şiddet olaylarının 15-17 yaşları arasında en yüksek seviyeye ulaştığı, sonraki yıllarda azaldığı ve bu yaş grubunun şiddet açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Erdem ve ark. 2006, Özgür ve ark. 2011). Bu çalışmanın, literatürde bildirilen sonuçlarla uyumluluk gösterdiği ve yaşın yükselmesi ile çok ÇYŞE'nin azaldığı görülmektedir.

Tek değişkenli analizinde, erkek olmanın (R=1.085) ÇYŞE riskini arttırdığı, ancak istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 3)($p>0.05$). Yapılan çalışmaların bazıları erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla şiddete maruz kaldığını veya şahit olduğunu belirtirken (Durmuş ve Gürgan 2005, Genç ve Aksu 2010), başka bir çalışma ise, bu durumun her iki cinsiyette eşit oranda yaşandığı belirtilmiştir (Malkoç ve Ceylan 2010).

Literatürde; öğrencilerin şiddet davranışı göstermelerinde öne çıkan faktörlerden biride okuldaki akademik başarı düzeyleridir (Avcı 2006, Kıran 2011). Bu çalışmada ÇYŞE; okul başarısı kötü olanlarda, çok iyi ve iyi derecede olanlara göre daha yüksektir fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 3)($p>0.05$). Okulda başarılı olan öğrencilerin geleceklerine ilişkin beklentilerinin yüksek olması, akademik olarak başarısız olan öğrencilere göre şiddet davranışlarından uzak kalmaya çalışmalarıyla açıklanabilir. Bu bulgu literatürde akademik başarısı ile şiddet davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Avcı 2006, Genç ve Aksu 2010, Kıran 2011).

Öğrencinin yeterli ders çalışmaması (R= 3.673), karnesinde zayıfı olması (R= 0.551) ve disiplin cezası alması (R= 0.336) gibi değişkenlerle yapılan değerlendirmelerde, ÇYŞE olma riskinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bu araştırmada; öğrenci beyanı ile elde edilen okul başarı düzeyi sübjektif bir veri olsa da; sınıf tekrarı, karnesinde zayıfı olması gibi objektif verilerle yapılan değerlendirmelerde de ÇYŞE olma riski istatistiksel olarak anlamlı görülmektedir ($p<0.05$) .

Aile, bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için, gerekli bakım ve desteğin ona sunulduğu sosyal bir ortamken kimi zaman da, gerilim ve çatışmaların kaynağı olabilir. Çocuklar; aile içinde yaşanan öfke ve saldırganlık içeren şiddet davranışlarına ya kendileri doğrudan maruz kalmakta ya da tanık olmaktadırlar (Özmen 2004, Avcı 2006, Kızmaz 2006, Ayan 2007, Page ve İnce 2008). Bu çalışmada, ailede şiddete şahit olan (R= 0.287) ve maruz (R= 0.297) kalanların, kalmayanlara göre ÇYŞE olma riskinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürde; şiddet davranışının görüldüğü ailelerden gelen gençlerin %60-%78'i, şiddet davranışının görülmediği ailelerden gelen gençlerin ise % 38'i ergenlik dönemlerinde şiddet veya suç davranışlarını

gerçekleştirdiği saptamıştır (Avcı 2006). Ayrıca aile içinde şiddete tanık olan ve maruz kalan çocukların ileriki yaşamlarında birçok sorunla karşılaştığı tespit edilmiştir (Kitzmann ve ark. 2003). Edleson çalışmasında aile içi şiddete tanık olan ergenlerin daha sık istismar mağduru olduğunu, aile içi şiddete maruz kalma ile ilişkili olarak da ergenler arasında davranışsal, duygusal ve bilişsel işleyişte çeşitli sorunların varlığı tespit edilmiştir (Edleson 1999).

Bu araştırmada tek değişkenli analiz sonucunda; ÇYŞE etki eden aile ile ilgili değişkenler (aile tipi, ebeveyn çalışma durumu, eğitimi vs.) arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak Özgür ve ark'nın yaptığı çalışmada, babanın çalışmaması şiddet eğilimini artırırken, annenin çalışma durumu etkilememektedir (Özgür ve ark. 2011). Literatürde parçalanmış ailelerde, şiddet olaylarının daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Kızmaz 2006).

Tek değişkenli analizinde; okulda şiddete şahit olma ($R= 0.447$) ve maruz kalma ($R=0.297$) ÇYŞE olma riskini arttırdığını göstermektedir ($p<0.05$). Bu çalışmada okulda şiddete şahit olma %37.1, şiddete maruz kalma oranı %15.2'dir. Kılıç çalışmasında, şiddete okulda tanık olma durumunu %34 olarak belirtmiştir (2012). Bir başka çalışmada ise, öğrencilerin; %51,6'sı okulda şiddete tanık olduğunu, %16.8'i şiddete maruz kaldığını ve okula gelmeye korktuğunu, %18.2'si şiddete maruz kalınca devamsızlık yaptığını, %15.7'si okul değiştirmeyi düşündüğü, %38.8'i şiddete maruz kalınca notlarının düştüğünü ifade etmiştir (Sohbet ve Mermer 2012).

Şiddete maruz kalmak ve geçmiş yaşamında şiddetin yaşanmış olması, şiddet davranışının gösterilmesinde bir risk faktörüdür (Ünalmış ve Şahin 2012). Başka bir deyişle, şiddete maruz kalmak şiddeti sergilemede önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Okulda sürekli olarak şiddete maruz kalan veya tanık olan öğrencilerin kendilerini hiçbir zaman güvende hissetmeyecekleri ve başarılı olabilmeleri için gerekli sosyal ve akademik yeterliliklere de ulaşamayacakları belirtilmektedir (Roland 2002). Bu bulgulara dayanılarak okullarda görülen şiddet davranışlarının öğrencilerin davranışlarını olumsuz yönde etkileyeceği ve öğrencilerin, şiddet uygulayan bu kişilerin istediklerini yapmak ya da boyun eğmek zorunda kaldıkları söylenebilir. Güven duygusundan yoksun, yüksek düzeyde kaygı ve korku yaşayan bir öğrencinin, okuldaki derslerinde, gelecekle ilgili hedeflerinde istenilen düzeyde performans göstermesi pek mümkün olmayacaktır.

Bu araştırmada ÇYŞE'li olma riski sigara kullananlarda 4.224 kat, sağlığa zararlı herhangi bir madde kullananlarda ise 3.601 kat bulunmuştur. Önemli bir sağlık sorunu olan sigara ve madde kullanımı okula giden ergenlerde de yaygın olarak görülmektedir (Turhana ve ark. 20011). Türkiye Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırması'nın verilerinde lise öğrencilerinde sigara içme durumunun %23'e çıktığı belirtilmektedir (Doğan ve Ulukol 2010). Yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %25,4'ünün halen sigara, %10,6'sının alkol ve %2,5'inin uyuşturucu madde kullandıklarını bildirmişlerdir (Şimşek 2007). Ayrıca bu riskli davranışlarda bulunan öğrencilerin daha çok disiplin suçu ve şiddet davranışını gösterdiği belirtilmektedir (Fergusson 2002, Kızmaz 2006). Madde kullanan öğrencilerin, madde

kullanmayanlara göre şiddet eğilimli, suça karışan ve madde kullanan arkadaşları olma olasılığının daha fazla olduğu saptanmıştır (Erdem ve ark 2006).

Bu araştırmada; içeriğinden bağımsız olarak bilgisayar oyunu oynayan öğrencilerin, oynamayanlara göre ÇYŞE olma riski 0.509 kat artığı saptanmıştır ($p<0.05$). Teknolojideki hızlı gelişim insanların yaşam tarzlarında ve davranışlarında değişimlere neden olmaktadır. Her yenilik ve değişimde olduğu gibi teknolojideki bu hızlı gelişmenin olumlu sonuçları yanı sıra olumsuz sonuçları da ortaya çıkmaktadır. Çocuklar ve gençler bilgisayar oyunlarını yaygın olarak kullanmaktadırlar. Bilgisayar oyunu oynayan ve oynamayan öğrencilerin saldırganlık davranış puan ortalamaları karşılaştırılmış ve bilgisayar oyununu hiç oynamadığını belirten öğrencilerin saldırganlık düzeyleri daha düşük olarak saptanmıştır (Ulusoy 2008). Anderson ve Bushman çalışmasında bilgisayar oyunu oynama ve saldırganlık arasında ki ilişkiyi araştırdığı meta analizde (35 araştırma (N= 4262), şiddet içeren 54 video oyunu) katılımcıların %46'sının 18 yaşın altında olduğunu ve bilgisayar oyunlarının saldırganlığı arttırdığını, sosyal ilişkilerini azalttığı saptanmıştır (2001). Gentilea ve ark.'nın yaptığı araştırmada ise, video oyununu hiç oynamayanların oranı %6 dır. Erkeklerin %68'si, kızların sadece % 22'si video oyunlarında şiddeti tercih ettiğini ifade etmiştir (2004). Şiddet içeren video oyunlarının içerik ve maruz kalma süresine göre gençler arasındaki düşmanlığı, öğretmenleriyle tartışmaya girme sıklıklarını ve şiddet davranışı içinde bulunmalarını artırdığı belirilmektedir (Gentilea ve ark. 2004).

Medyada şiddet içeren kahramana hayranlığı olan öğrencilerin, olmayanlara göre ÇYŞE olma riski 2.916 kat artığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3). Şiddet, diğer davranışlar gibi öğrenilen davranışlardır. Şiddet olaylarının nedenlerine ilişkin olarak çocukların özellikle izledikleri filmlerin kahramanlarına özendikleri ve bu kahramanlara özgü bir davranış biçimi ve dil geliştirdikleri belirtilmiştir. Ayrıca toplumda kitle iletişim araçlarındaki şiddet görüntülerinden etkilenerek birçok suçun işlendiği belirtilmektedir. Örneğin Fransa'da 17 ve 18 yaşlarında iki gencin izledikleri filmden esinlenerek suç işledikleri benzer biçimde, İskoçya'da aynı filmin etkisinde kalarak bir okulu basan gencin, 16 öğrenci ve iki öğretmeninin ölümüne neden olduğu bildirilmiştir (Kızmaz 2006). Ülkemizde de şiddet davranışı sergileyen bazı çocuklar; şiddet içerikli dizilerin kahramanlarına özenerek ve bu kahramanlar gibi saldırgan davranışlar göstererek sorunlarını çözdüğü belirtilmiştir (Kızmaz 2006). Bu araştırmada ÇYŞE puanına sahip öğrenciler; şiddet uygulayan film karakterlerini kahramanları olarak seçmekte ve şiddet içerikli bilgisayar oyunu oyunlarını tercih etmektedirler. Öğrencilerin riskli yaş grubunda olmaları ve öğrendikleri olumsuz davranışların alışkanlığa dönüştürme olasılıkları nedeniyle alınacak tedbirler açısından dikkate değer önemli bir veri olduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca literatürde belirtilen önemli bir konuda; şiddet içerikli medyanın, bireylerde şiddet eğiliminde artışa, çevrelerini ve dünyayı daha korkulacak bir ortam olarak algılamalarına ve kendini korumaya yönelik tedbirler almaya yönelterek, şiddet olaylarına veya şiddet mağdurlarına karşı duyarsızlaşmaya neden olduğudur (Dolu ve ark. 2010).

Bu araştırmada, öğrenciler şiddet olaylarının çözümünde en çok polisleri, en az hemşireleri etkili olacak meslek üyeleri olarak değerlendirmiştir. Literatürde şiddetin yüksek düzeyde yaşandığı okullarda daha çok polislerin önlem aldığı belirtilmektedir (Çalık ve ark 20011). Bu alınan önlemler yalnızca acil tedbirler olarak şiddeti önlemektedir. Güvenlik uygulamaları; şiddetin önlenmesinde belirli düzeyde etkili olmakta, olumlu davranışların öğrenilmesini amaçlamamaktadır (Yaman ve Ayar 2009, Çalık ve ark 20011, Yavuzer 2011) . Okuldaki güvenlik ile ilgili uygulamaların eğitim süreci faaliyetleriyle gerçekleşmesi, bunun bir okul politikası olması, sürekliliğinin sağlanması gerektiği belirtilmektedir (Çalık ve ark 20011). Ayrıca soruna yönelik çalışmalar birçok sektörün işbirliği, özellikle sağlık personelinin katılımıyla (okul hemşirelerinin) sağlanabilecektir (Adana ve Arslantaş 2011). Uysal ve Temel çalışmasında okulda öğrenciler arasında şiddetin önlenmesi, etkili çatışma çözümü için yürüttüğü çalışmada, eğitim sonrası öğrencilerin daha yapıcı çatışma çözüm yaklaşımları kullandıklarını, şiddet eğilim ve şiddet davranışlarında azalma olduğunu ortaya koymuştur (Uysal ve Temel 2009). Okullarda şiddetin önlenmesi ile birlikte öğrencilerin kendini daha iyi ve güvende hissetmesi sağlanacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; şiddet eğilim riski orta öğretime devan eden öğrenciler için önemli bir sorun olarak belirlenmiştir. ÇYŞE riskine etki eden en önemli değişkenler; yeterli/düzenli ders çalışmama, karnesinde zayıfı olma, sınıf tekrarı, okulda şiddete şahit olma/maruz kalma, sigara içme, içeriğinden bağımsız olarak bilgisayar oyunu oynama, medyada şiddet içeren kahramana hayranlık duyma, ailede şiddete şahit olma şeklinde belirlenmiştir.

Ülkemizde farklı sosyo-ekonomik düzeyde okulların bulunması nedeniyle, bu çalışmada elde edilen sonuçlar tüm evrene genellenemez. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmaların, farklı sosyo-ekonomik düzeydeki okullarda ve daha büyük örneklem grubunda tekrarlanması önerilmektedir.

Öğrencilerin sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Bu yaklaşım çerçevesinde en önemli rolü de okul sağlığı hemşiresi almaktadır. Okul sağlığı hemşiresi;

- Şiddet davranışı açısından risk gruplarını tespit etmeli ve olası sorunları tanımlamalı,
- Öğrencilerin problem çözme, çatışma çözümüne yönelik etkili baş etme yöntemlerini kullanma becerilerini geliştirmeli,
- Şiddete şahit olan/maruz kalanlara ve ailelerine rehberlik/danışmanlık hizmeti vermeli, eğitim programları planlamalıdır. Eğitim programları öğrencilerin gelişim özellikleri göz önünde bulundurularak, eğitim içeriği açık, anlaşılır ve konunun önemini anlatan görsel şekil ve resimlerden yararlanılmalıdır.
- Şiddet içerikli yayın ve bilgisayar oyunlarının etkisi konusunda ergenler bilinçlendirilmeli öncelikle aile bireyleri tarafından denetlenmelidir. Yeterli bilgi sahibi olmadığı düşünülen velilere rehberlik danışmanlık yapılmalıdır.

- Sigara kullanımı ve sigara şiddet ilişkisi açısından ortaöğrenim öğrencileri riskli grup olarak görülmeli ve bunları önlemeye dönük eğitim programları geliştirilmelidir.

Ayrıca okul hemşireleri, ikincil koruma kapsamında yaralanma, kanama, incinme gibi nedenlerle okul revirlerine başvuruda bulunan öğrenciler arasında şiddete maruz kalanların ortaya çıkarılması yönünde çalışmalı "vaka bulma" rolünü gerçekleştirerek, okulda meydana gelen gizli şiddetin sıklığı ve özelliklerinin ortaya çıkarılmasına, şiddeti uygulayan ve maruz kalanın tedavi ve danışmanlık almasına yönelikte çalışmalarda bulunmalıdır. Böylece öğrencilerin akademik başarısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek şiddet olaylarının önlenmesine yardımcı olacak, okulda daha güvenli huzurlu bir ortamın oluşması sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

Adana F, Arslantaş H. Ergenlikte Öfke ve Öfkenin Yönetiminde Okul Hemşiresinin Rolü. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 12(1): 57 – 62.

Alikaşifoğlu M. Ergenlerde Davranışsal Sorunlar. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adolesasan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi 2008; (63): 55-59.

Anderson CA, Bushman BJ. Effects of Violent Games on Aggressive Behavior, Aggressive Cognition, Naggressive Affect, Physiological Arousal, and Prosocial Behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. Psychological Science 2011; 12(5): 353–35.

Avcı R. Şiddet Davranışı Gösteren Ve Göstermeyen Ergenlerin Ailelerinin Aile İşlevleri, Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Açısından İncelenmesi. Yüksek lisans tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri: 2006. 1-30.

Ayan S. Aile İçinde Şiddete Uğrayan Çocukların Saldırganlık Eğilimleri. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8: 206-214.

Çalık T, Kurt T, Çalık C. Güvenli Okulun Oluşturulmasında Okul İklimi: Kavramsal Bir Çözümleme. Eğitim ve Öğretim Dergisi 2011;1(4): 74-84.

Doğan DG, Ulukol B. Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler Ve Sigara Karşıtı İki Eğitim Modelinin Etkinliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 17(3):179-185.

Dolu O, Büker H, Uludağ Ş. Şiddet İçerikli Video Oyunlarının Çocuklar Ve Gençler Üzerindeki Etkileri: Saldırganlık, Şiddet Ve Suça Dair Bir Değerlendirme. Turkish Journal of Forensic Sciences 2010; 9 (4): 54-75.

Durmuş E, Gürgan U. Lise Öğrencilerinin Şiddet Ve Saldırganlık Eğilimleri. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2005; 3(3): 253-269.

Edleson JL. Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. J Interpers Violence 1999; 14(8): 839-870.

Erdem G, Eke YC, Ögel K ve ark. Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri Ve Madde Kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2006; 7(3): 111-116.

Fergusson DM, Swain–Campbell NR, Horwood LJ. Deviant Peer Affiliations, Crime And Substance Use: A Fixed Effects Regression Analysis. J Abnorm Psychol 2002; 30(4): 419–430.

Gelbal S (2006). Okullarda şiddettin önlenmesi, mevcut uygulamalar ve sonuçları. portal.ted.org.tr / yayınlar / Okullarda_Siddet.pdf . erişim tarihi: 21 Şubat 2013.

Genç G, Aksu MB. Genel Lise Öğrencilerinin Zorba-Kurban Davranışlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010; 30(2): 413-448.

Gentilea DA, Lynch PJ, Linderc JR.&. et all. The Effects Of Violent Video Game Habits On Adolescent Hostility, Aggressive Behaviors, And School Performance. Journal of Adolescence 2004; 27(1): 5–22.

Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D ve ark. Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet. Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(1): 112-137.

Gül SK, Güneş İD. Ergenlik Dönemi Sorunları Ve Şiddet. Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 11(1): 80-101.

Kepenkçi Y, Çinkir S. Bullying Among Turkish High School Students. Child Abuse & Neglect 2005; 30(2): 193-204.

Kesen NF, Deniz ME, Durmuşoğlu N. Ergenlerde Saldırganlık Ve Öfke Düzeyleri Arasındaki İlişki: Yetiştirme Yurtları Üzerinde Bir Araştırma. sosyalbil .selcuk.edu.tr. erişim tarihi: 2 Şubat 2013.

Kılıç EZ. Ergenlerde Şiddet Kullanımı: Bireysel Ve Ailesel Etkenler. Nöropsikiyatri Arşivi DOI: 10.4274/npa.y 6100. 2012; 49: 260-265.

Kıran Ö. Şiddet İçeren Bilgisayar Oyunlarının Ortaöğretim Gençliği Üzerindeki Etkileri (Samsun Örneği). Samsun Sempozyumu.2011. 1-7.

Kızmaz Z. Okullardaki Şiddet Davranışının Kaynakları Üzerine Kuramsal Bir Yaklaşım. C.Ü.Sosyal Bilimler Dergisi 2006; 30(1): 47-70.

Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR.&. et all. Child Witnesses To Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. By Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003;71(2): 339-352.

Krug EG, Linda LD, James AM, Antonhy BZ .&. et all. The World Report On Violence And Health. The Lancet 2002; 360(9339): 1083-1088.

Lopez VA, Emmer ET. Influences Of Beliefs And Values On Male Adolescents' Decision To Commit Violent Offenses. Psychology of Men & Masculinity 2002; 30(1): 28–40.

Malkoç T, Ceylan F. Orta Öğretim 9. ve 10. Sınıf Öğrencilerinin Zorbalık Eğilimleri ve Zorbalıkla Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişkide Müzik Eğitiminin Önemi. International Conference on New Trends in Education and Their Implications. ISBN: 978 605 364 104 9. 2010. 640-652.

Markowıtz FE. Socioeconomic Disadvantage And Violence: Recent Research On Culture And Neighborhood Control As Explanatory Mechanism.Aggression and Violent Behavior 2003; 8(2); 145-154.

Özgür G, Yörükoğlu G, Arabacı LB. Lise Öğrencilerinin Şiddet Algıları, Şiddet Eğilim Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Journal of Psychiatric Nursing 2011; 2(2): 53-60.

Özmen SK Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. Journal of Faculty of Educational Sciences 2004; 37(2): 27-39.

Page AZ, İnce M. Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme. Türk Psikoloji Yazıları 2008; 11 (22): 81-94.

Resmi Gazete 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm (Erişim tarihi: 12.06.2013).

Roland E. Bullying, Depressive Symptoms and Suicidal Thoughts. Educational Research 2002; 44(1): 55–67.

Sağlam Ö. Orta Öğretim Kurumlarında Yaşanan Şiddet Olgusu; Ankara Sincan Örneğinde Öğrencilerin Eğitim Önceliklerinin Şiddet Eğilimleri Üzerindeki Etkilerin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi: 2009.1-20.

Sünter AF, Canbaz S, Dündar C ve ark. Samsun İl Merkezindeki Adolesanlarda Şiddete Maruziyet Ve Şiddetle İlişkili Sosyo-Demografik Özellikler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(4): 1201-1209.

Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışlar. Toplum hekimliği bülteni 2007; 26(3): 19-24.

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçinde Ve Toplumsal Alanda Şiddet. Bilim Serisi: 113. Ankara: Başbakanlık Basımevi. 1998. 45-48.

Turhan E, İnandı T, Özer C ve ark. Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı, Şiddet Ve Bazı Psikolojik Özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 9(1): 33-44.

Türk Dil Kurumu. www.tdk.gov.tr. (erişim tarihi 14.01 2014).

Ulusoy O. Ergenlerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı Ve Saldırganlık İlişkisi. Yüksek lisans tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi: 2008.1-30.

Uysal A, Temel AB. Şiddet Karşıtı Eğitim Programının Öğrencilerin Çatışma Çözüm, Şiddet Eğilimi Ve Şiddet Davranışlarına Yansıması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(1): 20-30.

Ünalmış M, Şahin R. Şiddete Yönelik Tutum Ve Okul Zorbalığı. Uluslararası Cumhuriyet Eğitim Dergisi 2012; 1(1): 63-71.

Yaman E, Ayar N. Okul Güvenliğine Farklı Bir Yaklaşım: Okul Polisi Uygulaması. SAÜ Fen Edebiyat Dergisi 2009; 2: 147-171. erişim tarihi: 05 Haziran 2013.

Yavuzer Y. Okullarda Saldırganlık/Şiddet: Okul Ve Öğretmenle İlgili Risk Faktörleri Ve Önleme Stratejileri. Millî Eğitim 2011; (192): 43-60. erişim tarihi: 4 Haziran 2013.

Yell ML, Rozaski ME. Searching For Safe School: Legal İssues İn The Prevention Of School Violence. Journal of Emotional Behavioral Disorders 2000; 8(3): 187-96.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2) : 18-25, 2014

STOMALI HASTALARIN SIZINTI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATING THE STOMA LEAKAGE EXPERIENCES OF PATIENTS WITH STOMA

Araş. Gör. Selda KARAVELİ* Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR*

Hemşire Aysel KAHRAMAN**

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi

Araştırma 12 th European Council of Enterostomal Therapy Congress (ECET) 23-26, June 2013 Paris, France sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Hastaların yaşadıkları deneyimleri anlamak hastaları anlamada "altın standart" olarak kabul edilmektedir. Stoma açılan hastalar psikososyal sorunlar, ilişki kaygıları ve sızıntı korkusu gibi pekçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu çalışma stomalı hastaların sızıntı ile ilgili deneyimlerini incelenmek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesindeki 20 stomalı hasta oluşturmuştur. Veriler 15 Ocak – 15 Mart 2013 tarihleri arasında niteliksel araştırma türlerinden derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hastalara araştırmanın amacı, yapılacak olan görüşmenin kayda alınacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri açıklanarak, kendilerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmacılar hastaların ifadelerinin yansıttığı anlama odaklanmışlardır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Soru Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Tanıtıcı özellik verilerinin sayı ve yüzde değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Araştırma kapsamına alınan hastaların 36 - 85 yaş arasında, %50 'sinin erkek, %50 'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonucunda stomalı hastaların "utanma, bağımlılık, korku ve stress" duydukları saptanmıştır. Hemşireler hastalarının bakım yapabilme yeteneği ve stomalarını kabullenme durumunu engelleyen her türlü olumsuz durumu nasıl düzeltebileceğini ve yaşam kalitesini iyileştirebileceğini hastaların bakışı ile anlamaya ihtiyaç duymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Stoma, sızıntı deneyimi, nitel araştırma, hemşire.

ABSTRACT

Objectives: *In order to understand patients, understanding their experiences is considered as "gold standard". Patients undergoing stoma formation encounter many challenges including psychosocial issues, relationship concerns and fear of leakage. The objective of this study was to evaluate and examine the experiences of patients with stoma leakage.*

Material and Method: *The sample of the research consisted of 20 patients who have stoma in a university hospital. Data were collected by in-depth interviews which is one of the qualitative research method types between the dates of 15 January -15 March 2013. Written permission was taken from the patients by explaining the purpose of the study and that the interviews were recorded. The researchers have focused on reflection of the meaning of the patients' expressions. The data for this research was collected by introductory characteristics Questionnaire and semi-structured interview form. The introductory information data were analysed and the number and percentage distribution were calculated.*

Results and Conclusions: *It was determined that the patients assigned to research were between the 36 and 85 years old, 50 % of them were male and 50 % of them were married. At the end of this study it was determined that the patients who experienced leakage through the stoma, had " shame, dependency, fear and stress" feelings. Nurses need to understand what their patient perceives as a good quality of life and how to alter any negative factors that may inhibit a patient's ability to care for and accept their stoma.*

Keywords: *Stoma, Leakage Experience, qualitative research, nurse.*

GİRİŞ

Boşaltım, temel insan gereksinimleri içinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıktaki bozulmaları düzeltmek için yapılan bazı tıbbi ve cerrahi girişimler bireyin yaşam biçimini değiştirmesini zorunlu kılabilmektedir. Cerrahi olarak abdominal stoma oluşturulması da bu girişimlerden biridir. Abdominal barsak stoması, barsağın geçici ya da sürekli olarak barsak duvarına ağızlaştırılmasıdır. Stomalar açıldıkları barsak bölümüne göre isimlendirilmekte, kolona açılan stomalara kolostomi, ileuma açılan stomalara ileostomi adı verilmektedir (Atay 2010, Schmelzer 2007, Potter ve Perry 2005, Erkoçak ve ark. 2004).

Stoma açılmasını gerektiren en yaygın neden kolorektal kanserlerdir. Kolorektal kanserlerin dünyada en yaygın kanser olduğu tahmin edilmektedir. Tanı konulduktan sonra ameliyat sonrası geçici ya da kalıcı olarak stoma açılmaktadır. Dünyada her yıl bir milyon yeni kolorektal kanser tanısı konulan hasta olduğu bildirilmektedir (Ayaz 2007, Demir 2010, Ohlsson ve ark 2012, Zhang ve ark 2011). Amerika Birleşik Devletlerin'de 2008 yılında 142.950 koloraktal kanser vakası bildirilmiştir. Avrupa' da 2006 yılında toplam 412.900 yeni açılan stoma vakası bildirilmiştir (Ferlay ve ark. 2007). Bununla birlikte toplumda tarama tetkiklerine verilen önemin artması, cerrahi tekniklerin ve adjuvan tedavideki gelişmelerin devam etmesi ile, tanı konduktan sonraki 5 yıl içerisinde ölen hasta sayısında azalma olduğunu göstermektedir (ISD Online 2008, American Cancer Society 2007, Kingsley ve ark 2007, http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/statistics/index.htm Erişim tarihi 2013). Türkiye'de çok sağlıklı kanser kayıtlarının olmamasına rağmen kolon kanseri görülme sıklığı kadınlarda % 4.26, erkeklerde %3.69; rektum kanseri görülme sıklığı ise kadınlarda %3.10, erkeklerde ise %3,30dür (Hamzaoğlu ve Özcan 2006, Ayaz 2007).

Barsak stoması (kolostomi ya da ileostomi), hastaların daha uzun süre yaşamalarını sağlayabilmek, sağlıklı, üretken bir yaşama dönmelerine yardımcı olabilmek ve yaşamlarını iyileştirebilmek için açılmaktadır. Bireylerin yaşamlarını

sürdürebilmelerinde temel gereksinimlerden biri olan boşaltım, gizlilik içinde, kendi kontrollerinde ve bağımsızca gerçekleştirdikleri bir yaşam aktivitesi iken, stoma sonrasında bu özellikleri kaybolur. Birey bağımsız durumdan, bağımlı duruma geçer, beden bütünlüğü bozulur ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (Kapan ve ark 2010, Erkoçak 2004).

Stomalı bireyler fizyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere pek çok sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. Fiziksel sorunların başında gelen sızıntı, koku, ve gaz problemleri nedeniyle korku ve endişe duymaktadırlar (Pittman ve ark 2008). Hastalar en çok koku ve dışkı sızıntısından rahatsızlık duymaktadırlar. Stomalı birey, sızıntı, gaz ve koku çıkması nedeniyle kendini toplumdan soyutlama eğilimi göstermekte, stoma açılmadan önce yaptığı sosyal aktiviteleri, stoma açıldıktan sonra yapmak istememektedir. Bireylerin aile ilişkileri ve sosyal ilişkileri de aynı ölçüde etkilenmektedir (Ayaz 2007, Yaşan ve ark. 2008, Zając ve ark 2008, Popek ve ark 2010, De la Quintana Jiménez ve ark 2010, Erol 2011, Tarı 2011, Vural 2012). Stoma etrafında sızıntı olması cilt iritasyonlarına neden olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz anlamda etkilediği, bu durumun bireylerde sosyal izolasyon ve cinsel sorunlar gibi bir çok psikososyal probleme neden olduğu literatürde belirtilmektedir (Karadağ ve ark. 2005, Ito ve ark. 2005, Kılıç ve ark. 2007, Vural 2012).

AMAÇ

Bu araştırma stomalı hastaların sızıntı sorunu ile ilgili duygusal deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla ile planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Stomaterapi ünitesinde 15 Ocak 15 Mart 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada niteliksel araştırma türlerinden fenomenolojik yaklaşım, örneklem seçiminde ise olasılıksız, benzeşik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini 20 stomalı hasta oluşturmuştur. Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, araştırmanın yapıldığı hastanenin başhekimliğinden ve araştırmanın amacı, görüşmelerin kayda alınacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri açıklanarak hastaların kendilerinden yazılı izin alınmıştır.

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Tanıtıcı Özellikler Formu'nda hastanın; cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu ve çalışma durumu gibi özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Derinlemesine görüşmelerin yapıldığı bu çalışmada hastalara Tablo 1' deki yarı yapılandırılmış sorular sorulmuştur.

Görüşmeler, araştırmanın yapıldığı anda, başka bir amaçla kullanılmayan odada, rahat bir görüşme için gerekli olan düzenlemeler yapıldıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sırasında tüm konuşmaların ses kaydı yapılacağı katılımcılara açıklanmış ve katılımcıların görüşlerini, deneyimlerini, duygularını serbest ve içten biçimde ortaya koymaları için fırsat verilmiştir. Her bir görüşme ortalama 20-35 dakika kadar sürmüştür. Tanıtıcı özellik verilerinin analizinde SPSS (Statistical Program for Social Sciences)18 paket programı kullanılarak sayı (n) ve

yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Görüşmelerin analizi için ses kayıtlarının ham dökümleri bilgisayara aktarılmış, ses kayıtları dinlenip, ham veriler Microsoft Word belgesi haline getirilmiş, veriler kodlanıp sınıflandırılmış ve uygun temalar çıkarılmıştır. Araştırmanın geçerlik ve güvenirliğini arttırmak için aynı işlemin bir uzman kişi tarafından da kontrol edilmesi sağlanmış, veriler uzman ve araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Araştırma sonrasında veriler bir psikolog tarafından incelenmiş, psikolojik değerlendirmeler yapılmıştır. Daha sonra tüm veriler temalara göre yorumlanarak rapor haline getirilmiştir.

Tablo 1. Görüşme Sırasında Sorulan Sorular

1. Stomanızla ilgili sızıntı problemi sizi ne kadar etkiliyor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Stomanızdan sızıntı olduğunda hissettiğiniz duygular nelerdi? Bizimle paylaşır mısınız?
3. Sızıntıyı gidermek için yapmış olduğunuz uygulamaların sızıntı probleminin çözümüne etkisini (olumlu/olumsuz) bize anlatır mısınız?
4. Sızıntı problemi sizi nasıl etkiliyor?

a) Kendisi:

b) Sosyal Çevre:

c) Özel Yaşantı (eşi ile):

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya alınan hastaların 36-85 yaş aralığında, %50' sinin erkek, %50' sinin evli olduğu, %55' inin ileostomisinin bulunduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastalar sızıntının probleminin kendilerini ortalama 4 düzeyinde etkilediğini ifade etmişlerdir. Fenomenolojik yaklaşımın amacı yaşanan tecrübeleri betimlemek ya da insanlar tarafından tecrübe edilen fenomenlerin özünü anlatmaktadır (Worster ve Holmes 2009). Bu araştırmada 20 stomalı hasta ile görüşülerek sızıntı ile ilgili yaşadıkları deneyimleri kendi bakış açılarından değerlendirilmeye çalışılmış, stomalı hastaların sızıntı ile ilgili utanma, bağımlılık, korku ve stres yaşadıkları saptanmıştır.

Tema 1: Utanma

Bazı bireyler hastalıklarını günahlarına ve hatalı davranışlarına karşı cezalandırma olarak algılayabilirler. Bu hastaların gösterdikleri tepkileri utanmadır. Bir hasta "… Stoma açılması zaten beni çok etkiledi. Bu duruma alışmam gerektiğini hayatın devam ettiğini kendime söylüyordum. Zorlu bir süreçten sonra işe dönme zamanı geldi. Metro ile işe giderken stomamdan sızıntı oldu. Fark ettiğimde çok utandım…" diyerek sosyal ortamda yaşadığı utanma duygusunu dile getirmiştir. Başka bir hasta" … Stoma ameliyatını olduktan sonra kendimi hazır hissettiğimde eşimle cinsel ilişkiye girebileceğimi bu durumun sıkıntı oluşturmayacağı söylenmişti. İlişki sırasında torbamdan sızıntı oldu. O kadar çok utandım ki… eşimle 10 yıldır evliydik şimdi ise

boşanma sürecindeyiz…" diyerek eşine karşı olan utanma duygusunu dile getirmiştir. Diğer bir hasta"… İleostomimde geriye kaçma olduğu için ne yaparsam yapayım sızıntı yaşıyorum. Bu durum yaşam kalitemi çok etkiledi. Artık dışarı çıkmaktan utanıyorum. Her yerde her an sızıntı yaşama duygusu beni çok yordu…" diye duygularını ifade ederek utanma ile ilgili duygularını dile getirmiştir.

Stoması olan bireylerin gaita ve gaz çıkışı istemleri dışında gerçekleşmektedir. Bireylerin mahrem alanı içinde olan barsak boşaltım alışkanlığı bu şekilde başkaları tarafından fark edilebilecek bir durum almaktadır. Bu durum birey ve ailesi için utanç verici ve aşağılayıcı olarak algılanabilmektedir. Literatürde stomanın bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve utanma duygusu yaşadığı belirtilmektedir (Brown ve Randle 2005).

Yapılan araştırmalarda, stomalı bireylerde suçluluk, utanma, düşük benlik saygısı, otonomide azalma ve depresyon bulguları saptanmıştır (Ito et al. 2005, Bekkers et al.1997). Çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile paralellik göstermektedir.

Tema 2: Bağımlılık

Bağımlılık bir başka iradenin altına girme durumu olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu çalışmada bir hasta "… stoma bakımımı kendi başıma yapamıyordum. Bunu yapabileceğimi kendi kendime söylüyordum. Birkaç denememde sızıntı olması kendime olan güvenimi kaybetmeme neden oldu. Stoma bakımını iyi yapamadığımdan sızıntı olduğunu düşündüğüm için eşime bağımlı yaşamaya başladım…" yorumunda bulunarak başkalarına bağımlı olmanın kendisinde yarattığı rahatsızlık duygusunu ifade etmiştir. Başka bir hasta "… Sızıntı olduğunda annemi çağırıyorum temizlememe yardım etsin diye. Çevreden uzaklaşıp evde kalmak istiyorum…" ifadesi ile bağımlılığını dile getirmektedir.

Bireyin tüm yaşamı boyunca çeşitli bağımlılık ve bağımsızlık seviyeleri bulunmaktadır. Özellikle kronik hastalıklarda bağımsızlık durumu bağımlılığa doğru değişmektedir. Yaşam süresinin farklı aşamalarındaki bireyler yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştiremez ve bağımlılık / bağımsızlık durumları farklılıklar gösterir. Bireyin aynı zamanda her bir yaşam aktivitesi için bağımlılık / bağımsızlık durumu da değişmektedir (Ito ve Kazuma 2005, Demir 2008).

Bu çalışmadaki stomalı hastaların sızıntı problemine ilişkin tepkilerine yönelik yaşadıkları duygu ve deneyimlerine ilişkin ifadeleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun bağımlılık yaşadıkları, bu bağımlılık durumu boşaltım ihtiyacını kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusundan kaynaklanan bilişsel bir durum ile ilişkili olduğu düşünülebilinir. Stoma, bireylerin sosyal yaşantılarının yanında ve iş yaşantılarına da sınırlılık getirebilmektedirler. Bu nedenle de bireyler bağımsızlıklarının kısıtlandığını ifade edebilmektedirler. Stomaya bağlı yaşanan sızıntı sorunu, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesi, benlik saygısının azalması, yaşam kalitesindeki değişiklikler; bireyin stomaya ve stomalı yasamaya uyumunu gerektirmektedir. Stomalı bireylerin ameliyat sonrasında stomaya uyumu uzun zaman alabilmektedir. Bireyin yeni bedeni ile bütünleşmesi ve bedensel degişikliklere alışması oldukça zor bir süreçtir. Bu süreçte bireyde, vücuduna bakamama,

dokunamama, bireysel bakımını yapmada başkalarına bağımlı olabildikleri görülebilmektedir (Baykara 2007).

Tema 3: Korku

Hastalar yaşadıkları olumsuz deneyimlerin başlarına yeniden gelmesi ile ilgili korku yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bir hasta "… Sızıntı nedeni ile çok kötü cilt problemleri yaşadım. Sızıntı olduğunda yeniden stoma bölgesinde yaralar oluşacak diye korkuyorum…" diyerek yaşadığı olumsuz deneyimi yeniden yaşamaktan korktuğunu dile getirmiştir. Başka bir hasta "…Kimseye kalmaya gitmek istemiyorum. Sızıntı olur diye korku duyuyorum..." diyerek korkularını ifade etmiştir.

Literatürde deri iritasyonları ve sızıntının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Pittman ve ark. 2008). Stoma açılan hastalar sadece hastalıklarını kabullenmek zorunda kalmamakta, aynı zamanda hayatlarını da stomaya göre düzenlemek zorunda kalmaktadırlar (Erol 2011, Altuntaş ve ark. 2012). Çalışmamızda hastalar hayatlarını stomalarına göre düzenlediklerini, sızıntı olma ihtimaline karşı korku duyduklarını ifade etmişlerdir.

Karadağ ve ark. (2003), yaptıkları bir çalışmada, stomanın sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla hastaların insanlardan uzak durup, içe kapanıp, yalnız kalmak isteyebileceğini, bağımlılık yaşayabileceğini, zamanla sosyal olarak kendini güvende hissedememe ve güven eksikliğinin tam bir sosyal yalıtım ile sonuçlanabileceğini göstermişlerdir.

Tema 4: Stres

Bireylerin sağlıklı olma durumu, yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerinde en önemli etkendir. Hastalık, hangi yaşta ve hangi koşullarda olursa olsun, insanlar için bir stres kaynağıdır. Olumsuz duygu, düşünce ve eylemler kişilerde stres oluşturmaktadır. Yapılan bu çalışma da bir hasta "…Sızıntı deneyimlemiş biri olarak stres yaşıyorum. Acaba nerede, ne zaman başıma gelir, başkaları bu durumu fark eder mi diye…" yaşadığı stresi dile getirmiştir. Bir başka hasta "…En çok sızıntıyı yaz döneminde yaşadım. Önümüz yaz bunun sıkıntısını yaşıyorum…" diyerek olayın yeniden gerçekleşebilme durumu ile yaşadığı stresi ifade etmiştir.

Olumsuz yaşam deneyimlerine karşı gösterilen tepki stresdir. Stres tetikte olunması için gelen bir uyarıdır. Yaklaşan tehlikeler için uyarmakta ve kişinin tehdit öğesi ile baş etmek üzere önlem almasını sağlamaktadır (Karaveli 2009). Stomadan gerçekleşen sızıntıyı kontrol altına almada sorun yaşayan bireylerde durumu kontrol altına alamamaya bağlı stres yaşadıklarını ifade etmektedirler.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Stomalı bireyler yaşamlarına devam ederken sızıntı problemi ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu durum stomalı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorunun büyük bir kısmı hemşirelerin verdiği küçük önerilerle çözülebilmektedir. Bazen özel stoma ürünleri (sızdırmayı önleyen bariyerler, pasta, kemer gibi) kullanarak sızıntı problemi ile baş edebilmek daha kolay olabilmektedir. Sızıntı problemi basit önlemler ile giderilemiyorsa, bireylerin stomaterapi hemşiresi

ile iletişime geçmesi sağlanmalıdır. Stomadan sızıntı problemi yaşayan bireylerin yaşadıkları duyguların saptanıp bu konuda gereken yardımın yapılması için, stomalı bireylerin tedavisinin yapıldığı hastanelerde; multidisipliner yaklaşımla, tedavi gruplarına, konu ile ilgili eğitimi ve bilgi birikimi olan stoma hemşiresi, psikolog ve psikiyatristlerin de dahil edilmesiyle stoma bakım ünitelerinin hizmet vermesi sağlanmalıdır. Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonrada karşılaştıkları fiziksel, psikolojik sorunların çözümüne ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Altuntaş Y E, Kement M, Gezen C ve ark. The Role of Group Education on Quality of Life in Patients with a Stoma**.** European Journal of Cancer Care 2012; 1-6.

ASCRS and WOCN Joint Position Statement on The Value of Preoperative Stoma Marking for Patients Undergoing Fecal Ostomy Surgery. American Society of Colon and Rectal Surgeons Committee Members; Wound Ostomy Continence Nurses Society Committee Members. J Wound Ostomy Continence Nurs 2007;34(6):627-8.

Atay M. Stoma Bakım Eğitimi Alan ve Almayan Hemşirelerin İzlediği Hastaların Ameliyattan Sonra Yaşama Uyum Durumlarının Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010; 26 Ek):72-73.

Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27: 86- 90.

Baykara Z G, Leventoğlu S, Menteş B. Stoması Kapatılan Bireylerin İlk Barsak Boşaltımına İlişkin Duygu ve Düşünceleri Bir Pilot Çalışma. Kolon Rektum Hast Dergisi 2007;17:76-81.

Brown H, Randle J. Living with a Stoma: A Review of the Literature. J Clin Nurs 2005; 14:74-81.

De la Quintana Jiménez P, Pastor Juan C, Prados Herrero I, ve ark.. A Prospective, Longitudinal, Multicenter, Cohort Quality-Of-Life Evaluation of an İntensive Follow-Up Program for Patients with a Stoma. Ostomy Wound Manage 2010; 56(5):44-52.

Demir F. Gastrointestinal Stomalar. İçinde: Karadakovan A Eti Aslan F, Editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. I. Basım Nobel Kitabevi; 2010. 751-771.

Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

Erkoçak EU, Alabaz Ö, Karadağ A. Stoma. Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. İstanbul: Ofset Hazırlık ve Baskı. Türk Kolon Rektum Cerrahi Derneği. 2004; 309-29.

Erol F. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

Hamzaoğlu O, Özcan U. Türkiye Sağlık İstatistikleri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2006, from http://www.ttb.org.tr/kutuphane /istatistik.http:// www.cdc.gov/cancer /colorectal/statistics/ index.htm Erişim tarihi 2013.

ISD Online. Cancer Incidence and Mortality Data. Cancer Research UK.http://www.cancerresearchuk.org/ cancerinfo/ cancerstats/world/ colorectal-cancer-world/ 2008. Erişim Tarihi 2013.

Ito N, Kazuma K. Factors Associated with the Feeling of Stability in the Daily Life Among Colostomy Patients. Japan Journal of Nursing Science 2005; 2: 25–31.

Karaveli S. İmplante Port Takılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2009.

Kapan M, Girgin S, Keleş C ve ark. Kolorektal Cerrahide Ostomi Uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2010; 17: (2) 94-106.

Karadağ A, Menteş B, Üner A. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. İnt J Colorectal Dis 2003; 18(3):234-38.

Karadağ A, Menteş BB, Ayaz S. Colostomy Irrigation: Results of 25 Cases with Particular Reference to Quality of Life. J Clin Nurs 2005; 14:479-85.

Kılıç E, Taycan O, Belli KA ve ark. Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel işlevler Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18:302-10.

Kingsley L, Simmons J.A, Smith K ve ark. Adjustment to Colostomy: Stoma Acceptance, Stoma Care Self-Efficacy and İnterpersonal Relationships. Journals of Advance Nursing 2007; 627-635.

Ohlsson-Nevo E, Andershed B, Nilsson U ve ark. Life is Back To Normal And Yet Not – Partners' and Patient's Experiences of Life of the First Year After Colorectal Cancer Surgery. Journal of Clinical Nursing 2012; 21(3-4):555-63.

Pittman J, Kozell K, Gray M. Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality Of Life in Patients Undergoing İntestinal Ostomy Surgery?, J Wound Ostomy Continence Nurses 2009; 36(3): 254- 265.

Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM ve ark. Demographic and Clinical Factors Related to Ostomy Complications and Quality of Life in Veterans with and Ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs 2008; 35(5): 493- 503.

Popek S, Grant M, Gemmill R ve ark. Overcoming Challenges: Life with an Ostomy. The American Journal of Surgery 2010; 640–645.

Potter A P, Perry G A. Bowel Diversions. in. Potter A P, Perry G A, Editors. Fundamentals of Nursing. 6. Edition. Elsevier Mosby; 2005 1373-1419.

Schmelzer M. Lower Gastrointestinal Problems. in Lewis, S. L Heitkemper, Dirksen, O'Brien, Burcher Editors. Medical Surgical Nursing. Vol:2. Seventh Edition. Mossby Elsevier; 2007.

Tarı Ö. Abdominal Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

Vural F. Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Konferans Konuşma Metinleri. 2012; 33-8.

Worster B, Holmes S A. Phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. European Journal of Oncology Nursing 2009; 13 (5): 315–322.

Yaşan A, Ünal S, Gedik E ve ark. Kalıcı ve Geçici Ostomi Yapılmış Kişilerde Yaşam Kalitesinde Değişim Depresyon ve Anksiyete. Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:162-8.

Zając O, Spychała A, Murawa D ve ark. Quality of Life Assessment in Patients with a Stoma Due to Rectal Cancer. Rep Pract Oncol Radıother 2008; 13(3): 130–134.

Zhang J E, Wong F KY, You L M ve ark. A Qualitative Study Exploring The Nurse Telephone Follow-Up of Patients Returning Home with a Colostomy. Journal of Clinical Nursing 2011; 21:1407–1415.

Bekkers M J M, Knippenberg F C E, Dulmen A M ve ark. Survival And Psychologicial Adjustment To Stoma Surgery And Nonstoma Bowel Resection: A 4- year fallow-up. Journal of Psychosomatic Research 1997; 42(3) : 235-244.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2): 26-39 , 2014

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN YAŞAM KALİTELERİ İLE ÇALIŞMA YAŞAMI KALİTELERİNİN İNCELENMESİ

EXAMINATION OF EXECUTIVE NURSES' QUALITY OF LIFE AND QUALITY OF WORK LIFE

Selçuk DEMİRLER* Yard.Doç.Dr.Adalet KOCA KUTLU Yard.Doç.Dr.Hakan BAYDUR****

*Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

**Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

Bu çalışma, 03-04 Mayıs 2012 tarihlerinde Manisa'da yapılan "Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu" unda bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Manisa il merkezi hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin yaşam kaliteleri ve iş yaşamı kalitelerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 1 Mart-30 Nisan 2012 tarihleri arasında, Manisa İl merkezi hastanelerinde çalışan hemşirelik hizmetleri yöneticileri, başhemşireler ve sorumlu hemşirelerini kapsamaktadır (N=107). Çalışmaya katılmayı kabul eden yönetici hemşirelerinin (n=94) "Bireysel Bilgi Formu", "Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği" ve WHOQOL-Brief(Tr) Yaşam kalitesi ölçeklerini doldurmaları sağlanmıştır. Elde edilen verilerin analizi için SPSS 15.00 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzdelik, korelasyon, anova, ki kare testleri ve lojistik regresyon analizi kullanıldı. Kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığı için Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Yönetici hemşirelerin %57.5'i 31-39 yaş grubunda, %79.8'i evli, %53.2'si ekonomik durumunu "orta" olarak ifade etti. %76.6'sının 10 yıldan fazla mesleki deneyimi ve %70.2'sinin ise "5 yıl ve altı" yöneticilik deneyimi olduğu bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin %63.8'inin genel sağlık algısı "iyi", %52.1'inin iş yaşam kalitesi algısı ise "orta" düzeyde belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin yaşam kalitesi alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları; bedensel 14.43±2.01, ruhsal 14.68±1.93, sosyal 14.68±2.11, çevresel alan 13.48±1.67 ve iş yaşam kalitesi toplam puanı 143.37±16.07 'dir. İş yaşam kalitesi özel hastanelerde en yüksek ve elde edilen fark anlamlı bulunmuştur (p=0.0.03). Evlilerde iş yaşam puanları bekar olanlara göre daha yüksek ve anlamlı belirlenmiştir(p=0.05). Yönetici hemşirelerin genel sağlık algısı "çok iyi" olanların yaşam kalitesi olarak alt alan puanları daha yüksek ve aralarında ileri düzeyde anlamlı farklar saptanmıştır (p=0.000). Hemşirelik iş yaşamı kalitesi puanı yüksek olanların, yaşam kalitesi alt alanları puanları ruhsal alan dışında daha yüksek ve anlamlıdır.

Anahtar Sözcükler:Yaşam kalitesi, iş yaşam kalitesi, hemşirelik.

ABSTRACT

Objective: *This study was made to determine the quality of work life and quality of life of executive nurses who are work in hospitals the central of Manisa.*

Methods: *The study includes supervisor, chief nurse and executive nurses who are work in hospitals the central of Manisa between March 1, to April 30, 2012. Personal information form, Quality of Nursing Work Life Scale and WHOQOL-Brief (Tr) Quality of Life Scales were applied to nurses who accepted to participate the study. For the analysis of data that obtained SPSS 15.00 was used. To evaluate the data, mean, standard deviation, percentage, correlation, ANOVA, chi-square test and logistic regression analysis were performed. For internal consistency of the scales were founded Cronbach's alpha coefficients.*

Results: *The characteristics of executive nurses; 57.5% in the age group of 31-39, 79.8% married, 53.2% of the economic situation as "medium", 76.6% the job experience of more than 10 years, and 70.2% "5 years and less" managerial experience were founded. 63.8% of executive nurses general health perception "good" and 52.1% their quality of work life in the "medium" level determined. The mean quality of life of executive nurses; physical 14:43 ± 2.01, mental 14.68 ± 1.93, social 14.68 ± 2.11, the environmental 13:48 ± 1.67 and quality of work life total score 143.37 ± 16.07.*

Quality of work life of nurses who are work in private hospital is the highest and the difference was statistically significant (p = 0.0.03). The work-life scores of married nurses were significantly higher than those of single (p = 0.050). Nurse managers' general health perception "very good" quality of life domain scores higher than those and were significant differences (p = 0.000).

Conclusion: *Executive nurses who are high quality of work life were founded the sub-dimensions of quality of life, also and significant.*

Key Words: *Quality of life, quality of work life, nursing.*

GİRİŞ

İnsanlar, genellikle yaşamlarında belirledikleri amaçları gerçekleştirebilmek için çalışma yaşamlarına katılırlar (Altuntaş ve Baykal 2008). Çalışma yaşamı, insanın yaklaşık günün 1/3'ünü almaktadır. Bu yüzden çalışma koşulları, kişinin işteki sağlığını, mutluluğunu ve performansını etkilemektedir. Çalışmadaki temel amaç, insanın hangi düzeyde olursa olsun temel gereksinimlerini karşılamasıdır. Kişi amacını gerçekleştirirken çeşitli çalışma koşulları ile karşı karşıya gelmektedir. Çalışma koşulları da çalışma yaşamı kalitesini etkilemektedir (Kanten ve Sadullah 2012). Çalışma yaşamında kalite, iş görenlerin fiziksel ve psikolojik iyilik düzeyini yükselten, organizasyon kültüründe değişimler yaratan ve tüm çalışanların değerini arttıran bir yönetim felsefesidir.

Çalışma yaşamı kalitesi (ÇYK), iş yaşamı kalitesi (İYK) olarak da bilinmekte ve işin insancıllaştırılması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi çalışma yaşamı kalitesi, çalışanın sadece bedensel gereksinimlerini karşılamak değil zihinsel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini göz önünde bulunduran bir anlayışı anlatır. Aslında temel gereksinimlerinin yanı sıra kurumsal amaca hizmet etmeleri, kendi yeteneklerini fark etmeleri ve kendilerini geliştirmeleri için uygun ortamın sağlanmasıdır (Thompson ve Burns 2004).

Bir diğer tanımda ise ÇYK, çalışma yaşamını etkileyen doğrudan ve dolaylı tüm etmenleri içeren bir kavramdır. ÇYK'ni belirleyen etkenler; işin ve kurumun örgütsel yapısı, ücretlendirmeler, çalışma ortamı ve koşulları, kullanılan teknoloji, kurumsal ve kurumlar arası ilişkiler, çalışanların katılımının sağlanması durumu, iş doyumu ve motivasyon, iş ve sosyal güvencesi, sosyal adalet ve sürekli eğitimdir (Sherwood 2003,Yıldız ve ark. 2009).

Yaşam kalitesi ise bireyin şu anda içinde bulunduğu durum ile umutları, beklentileri arasındaki fark ya da eksikliktir. Bireysel yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden bazıları; gelir ve tüketim, fiziksel ve ruhsal sağlık, aile ve arkadaşlık ilişkileri, bireysel özerklik ve gelişimi, bireysel iyi oluşluğa katkıda bulunan sosyal araçlar olarak tanımlanmıştır (Uğur ve Abaan 2008). Yaşamın kendisi ve çalışma koşulları birbirleriyle çok yakından ilintilidir. Bu nedenle çalışma koşulları ÇYK'ni oluştururken yaşam kalitesini de etkilemektedir. Başka bir deyişle yaşam kalitesinin sağlanmasında ÇYK'i önemli bir yer tutar (Yüksel 2004).

Hemşirelerin çalışma yaşam koşulları ise birçok özellikte ekip üyelerinin ve hizmet alanlarının bulunduğu karmaşık ve matriks yapıda (proje ve fonksiyonel yöneticili yapı) organizasyonlardan oluşmaktadır. Bu yüzden bu organizasyonlarda çalışan hemşirelerin ÇYK ve yaşam kaliteleri etkilenmektedir. Hemşirelik, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme, tekdüzelik, meslek hastalıkları (enfeksiyon, bel ağrısı, varis gibi) ve fiziksel olarak kötü iş koşulları gibi risk faktörleri içine alan bir meslektir. Bununla birlikte; hizmet yoğunluğuna göre değişmekle birlikte uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ve özellikle son yıllarda giderek artan sağlık çalışanlarına şiddet ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Hemşirelerin çalışma yaşamı kalitesinin hasta bakım kalitesine de yansıdığını göz önünde bulundurduğumuzda bu durum çok daha önemli hal almaktadır. (Lu ve ark. 2005, Mchim 2003, Parlar 2008).

Yönetici hemşireler hem yukarıda bahsedilen çalışma koşullarında kaliteli bakım hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu oldukları için hem de kendi çalışma yaşam kalitelerini sağlamak zorunda oldukları için daha ağır yük altında bulunmaktadırlar. Yönetici hemşireler, çalışma koşullarını iyileştirerek hem hemşirelerin hem de kendi ÇYK ve yaşam kalitelerini ve sonuçta bakım kalitesini arttırmakla yükümlüdürler.

Bu düşüncelerden yola çıkılarak bu çalışma; yönetici hemşirelerin yaşam ve ÇYK kalitelerini belirlemek ve yönetici hemşirelerin YK ve ÇYK arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile planlanmıştır.

AMAÇ

Bu çalışma, Manisa il merkezindeki hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin yaşam kaliteleri, iş yaşamı kalitelerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, 1 Mart-30 Nisan 2012 tarihleri arasında, Manisa il merkezindeki tüm hastanelerde (Üniversite, devlet ve özel hastaneler; 7 hastane) çalışan hemşirelik hizmetleri yöneticileri, başhemşireler ve sorumlu hemşirelerini kapsamaktadır. Özel hastanelerden bir tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya diğer 6 hastane ile devam edilmiştir.

Toplamda 107 yönetici hemşireye ulaşılmış, 13 yönetici hemşire çeşitli nedenlerle (yıllık izin, rapor, iş yoğunluğu) araştırmaya katılmamışlardır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden yönetici hemşirelere (N: 94) 17 sorudan oluşan sosyo-demografik verilerin oluşturduğu Bireysel Bilgi Formu, 42 maddeden oluşan Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği (Quality of Nursing Work Life Survey) ve 27 maddeden oluşan WHOQOL-Kısa Formu-Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir.

Elde edilen verilerin analizi SPSS 15.00 paket programında yapılmış ve verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzdelik, korelasyon, anova, ki kare testleri ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıkları için Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır.

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan yazılı izinler ve C.B.Ü. Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Çalışma için kullanılan araçlar aşağıda tanımlanmıştır.

Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği (HİYKÖ): Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği (Quality of Nursing Work Life Survey QNWL) hemşirelerin iş yaşamının kalitesini ölçmek amacıyla 2001 yılında geliştirilmiştir. HİYKÖ'nin orijinali, 42 maddeden ve ev yaşamı/iş yaşamı, İş tasarımı/iş dizaynı, İş koşulları/iş içeriği ve İş dünyası olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin her bir maddesi "kesinlikle katılmıyorum" (1 puan) ile "kesinlikle katılıyorum" (6 puan) arasında değişen 6'lı likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekte sadece bir madde (20. madde) ters kodlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 42, en yüksek puan ise 252'dir. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hemşirelerin iş yaşamı kalitelerinin iyi olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.83 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Şirin M. ve ark. tarafından yapılmıştır. Uzman görüşlerinden alınan geri bildirimler doğrultusunda maddeler yeniden gözden geçirilmiş, orijinalinde 6'lı likert tipi derecelendirilen ölçeğin 5'li likert şekline dönüştürülmesine karar verilmiştir. HİYKÖ'nin Türkçe formu 5'li likert tipinde (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilmekte, ölçeğin 3, 11, 16 ve 20. maddeleri ters puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puanın artması hemşirelerin iş yaşamı kalitelerinin yüksek olduğunu, toplam puanının azalması ise hemşirelerin iş yaşamı kalitelerinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (Şirin 2011).

WHOQOL-Brief (Tr): WHOQOL-BRIEF Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş 100 soruluk orijinal Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (WHOQOL) kısaltılmış formudur. Orijinal WHOQOL-BRIEF 26 soruluk form; bedensel alan, ruhsal alan, çevre alanı ve sosyal alan olmak üzere 4 alandan oluşmaktadır. WHOQOL-BRIEF 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Formdaki 1. ve 15. soruların yanıt seçenekleri 1=Çok kötü, 2=Biraz kötü, 3=Ne iyi ne kötü, 4=Oldukça iyi, 5=Çok iyi; 3-14 arasındaki sorular ile 27. sorunun yanıt seçenekleri 1=Hiç, 2=Çok az, 3=Orta derecede, 4=Çokça, 5=Aşırı derecede; 2. soru ile 16-25 arasındaki soruların yanıt seçenekleri 1=Hiç hoşnut değil, 2= Çok az hoşnut, 3=Ne hoşnut ne de değil, 4=Epeyce hoşnut, 5=Çok hoşnut ve 26. sorunun yanıt seçeneği 1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Ara sıra, 4=Çoğunlukla, 5=Her zaman şeklinde puanlanır. Değerlendirmede negatif puanlamaya sahip 3, 4, 26 ve 27 no'lu sorular 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 ve 5=1 olacak şekilde pozitif hale getirilerek tersine çevrilir. Ölçekteki yaşam kalitesi ve genel sağlık sorularını içeren ilk iki soru genel sorudur; bu soruların puanları alt boyut puanlarına katılmaz ayrıca değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan WHOQOL-BRIEF'te alt alanların Cronbach alfa değerleri; bedensel, ruhsal, çevre, sosyal ve ulusal alan için sırasıyla 0.83, 0.66, 0.73, 0.53 ve 0.73 olarak bulunmuştur (Eser ve ark. 1999).

BULGULAR VE YORUM

Çalışmaya katılan yönetici hemşirelerin %50'si devlet hastanelerinde, %35.1'i üniversite hastanesi ve %14.9'u özel hastanede çalışmaktadırlar.

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Yaş grupları		
30 yaş ve altı	13	13.8
31-39 yaş	54	57.5
40 yaş ve üzeri	27	28.7
Medeni Durum		
Evli	75	79.8
Bekar (boşanmış, dul)	19	20.2
İlk mezuniyet durumu		
Sağlık Meslek Lisesi/Ön lisans	70	74.5
Lisans	24	25.5
Son mezuniyet durumu		
Sağlık Meslek Lisesi/Ön lisans	29	30.9
Lisans ve Yüksek Lisans	65	69.1
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	75	79.8
Yok	19	20.2

Ekonomik durum		
İyi	39	41.5
Orta	50	53.2
Kötü	5	5.3
Hemşirelik öncesi en uzun yaşadığı yer		
Şehir	41	43.6
İlçe	33	35.1
Köy/kasaba	20	21.3
Mesleki deneyim süresi		
10 yıl ve daha az	22	23.4
10 yıldan fazla	72	76.6
Yöneticilikte deneyim süresi		
5 yıl ve altı	66	70.2
5 yıl ve üstü	28	29.8
Statüsü		
Sorumlu Hemşire	80	85.1
Hemşirelik Hizmetleri Md./Başhemşire	14	14.9
Sorumlu Olduğu Birimler		
Dahili	41	43.6
Cerrahi	36	38.3
İdari	17	18.1
Nöbet tutma durumu		
Evet	49	52.1
Hayır	45	47.9
Sertifika alma durumu		
Evet	65	69.1
Hayır	29	30.9
Sigara kullanma durumu		
Evet	34	36.2
Hayır	60	63.8
Genel sağlık		
Çok iyi	5	5.3
İyi	60	63.8
Orta	29	30.9
İş yaşam kalitesi algıları		
İyi	36	38.3
Orta	49	52.1
Kötü	9	9.6
TOPLAM	94	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri; yaş ortalaması 34.72±6.35, %57.5'i 31-39 yaş grubunda, %79.8'i evli, %74.5'inin ilk mezuniyeti Sağlık meslek lisesi/önlisans, % 69.1'inin son mezuniyeti Lisans/Yüksek lisans, %79.8'inin çocuğu var, %53.2'si ekonomik durumunu "orta" olarak ifade etmiş, %43.6'sının en uzun yaşadığı yer "şehir merkezi", %76.6'sının 10 yıldan fazla mesleki deneyimi ve %70.2'sinin ise "5 yıl ve altı" yöneticilik deneyimi olduğu bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin %85.1'si sorumlu hemşire, %43.6'sı Dahili birimlerde çalışıyor, %52.1'i nöbet tutuyor, %69'1'inin mesleki bir konuda sertifikası var ve %63.8'i sigara kullanmadığını ifade etmişlerdir. %63.8'inin genel sağlık algısı "iyi", %52.1'inin iş yaşam kalitesi algısı ise "orta" düzeyde belirlenmiştir (Tablo 1).

Bu çalışmada, Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Cronbach α katsayısı 0.85, WHOQOL Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Yönetici Hemşirelerin WHOQOL Alt Alanları ve İş Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

WHOQOL Alt Alanları ve İş Yaşam Kalitesi	X±SS
Bedensel alan	14.43±2.01
Ruhsal alan	14.68±1.93
Sosyal Alan	14.68±2.11
Çevresel Alan	13.48±1.67
İş Yaşam Kalitesi	143.37±16.07

Yönetici hemşirelerin WHOQOL Kısa Form alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları; bedensel, 14.43±2.01, ruhsal 14.68±1.93, sosyal 14.68±2.11, çevresel alan 13.48±1.67 ve iş yaşam kalitesi toplam puanları 143.37±16.07 (min:92.0, max:174.0) olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Yönetici Hemşirelerin Demografik Özellikleri İle WHOQOL Alt Alan Puanları ve İş Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkilerin Dağılımı

Demografik özellikler/WHOQOL alt alanları ve H İYK	Bedensel	Ruhsal	Sosyal	Çevresel	İş yaşam kalitesi
Kurumlar					
Üniversite	13.93±2.06	14.58±2.16	14.22±1.90	13.06±1.77	137.69±16.27
Devlet	14.74±1.80	14.82±1.56	14.83±2.07	13.70±1.20	145.61±13.77
Özel	14.57±2.43	14.47±2.52	15.23±2.65	13.78±2.51	149.21±19.69
p	0.203	0.787	0.253	0.186	**0.030***
Sorumlu olduğu birimler					
Dahili	14.48±2.10	14.63±2.02	14.60±1.95	13.37±1.54	140.73±18.01
Cerrahi	14.23±2.14	14.68±1.86	14.59±2.42	13.33±1.89	143.94±15.30
İdari	14.75±1.48	14.82±1.95	15.05±1.87	14.08±1.41	148.52±11.44
p	0.675	0.945	0.723	0.256	0.236

Yaş grupları					
30 yaş ve altı	13.97±2.89	15.07±2.20	14.76±2.40	13.50±3.04	140.84±17.53
31-39 yaş	14.26±1.66	14.53±1.91	14.59±2.18	13.37±1.42	141.72±16.62
40 yaş ve üzeri	15.00±2.11	14.81±1.87	14.81±1.89	13.72±1.21	143.37±16.07
p	0.200	0.611	0.896	0.676	0.222
Medeni durum					
Evli	14.38±1.88	14.71±1.77	14.93±2.02	14.48±1.38	145.00±14.47
Bekar (boşanmış, dul)	14.64±2.50	14.59±2.50	13.68±2.25	13.50±2.56	136.94±20.45
p	0.615	0.819	0.021*	0.975	**0.050***
Çocuk sahibi olma durumu					
Var	14.52±1.83	14.52±1.18	14.70±2.05	13.46±1.35	145.28±14.73
Yok	14.67±2.63	15.33±2.28	14.59±2.41	13.60±2.62	135.84±19.14
p	0.565	0.103	0.847	0.737	0.210
Yaşadığı yer					
Şehir	14.29±1.92	14.65±1.72	14.11±1.93	13.26±1.58	141.46±14.96
İlçe	14.33±2.17	14.70±1.96	14.90±2.24	13.53±1.61	142.30±18.65
Köy/kasaba	14.88±1.93	14.73±2.33	15.46±2.04	13.87±1.92	149.05±12.77
p	0.536	0.986	**0.046***	0.411	0.201
İlk mezuniyet durumu	14.61±1.97	14.78±1.94	14.80±2.15	13.58±1.59	144.52±15.68
SML/Ön lisans	13.92±2.08	14.41±1.89	14.33±2.01	13.20±1.89	140.00±17.04
Lisans					
p	0.152	0.428	0.355	0.343	0.236
Son mezuniyet durumu	14.79±1.91	14.59±2.09	15.12±2.31	13.65±1.76	151.65±13.29
SML/Ön lisans	14.27±2.04	14.72±1.86	15.48±2.01	13.41±1.63	139.67±15.90
Lisans /Yüksek Lisans					
p	0.248	0.764	0.175	0.524	**0.001****
Mesleki Deneyim Süresi					
10 yıl ve daha az	14.28±2.34	15.03±2.05	15.03±2.26	13.56±2.48	142.22±20.74
10 yıldan fazla	14.48±1.91	14.58±1.89	14.57±2.07	13.46±1.35	143.72±14.50
p	0.688	0.345	0.380	0.802	0.705
Yöneticilik Deneyim süresi					
5 yıl ve altı	14.51±1.92	14.77±2.02	14.80±2.02	13.45±1.80	143.50±17.08
5 yıl ve üstü	14.26±2.22	14.47±1.71	14.38±2.33	13.57±1.34	143.07±13.65
p	0.591	0.492	0.374	0.758	0.904
Ekonomik durum					
İyi	14.81±1.80	14.90±2.16	15.00±2.02	13.94±1.59	146.89±17.03
Orta-kötü	14.27±2.12	14.61±1.68	14.56±2.04	13.31±1.60	141.04±15.62
p	0.153	0.257	0.212	**0.009****	0.197

Statüsü					
Sorumlu Hemşire	14.41±2.09	14.69±1.93	14.61±2.13	13.30±1.68	142.25±16.58
Hiz.Md./Başhemşire	14.57±1.48	14.66±1.97	15.04±2.05	14.00±1.50	149.78±11.15
p	0.789	0.965	0.486	0.159	0.106
Nöbet tutma durumu					
Evet	14.25±1.98	14.53±1.88	14.47±2.12	13.18±1.59	140.24±16.63
Hayır	14.64±2.04	14.85±1.99	14.90±2.11	13.82±1.70	146.77±14.86
p	0.350	0.413	0.331	0.064	**0.048***
Sertifika alma durumu					
Evet	14.23±2.06	14.60±2.05	14.42±2.24	13.45±1.86	142.44±16.28
Hayır	14.89±1.84	14.87±1.64	15.26±1.69	13.42±1.13	145.44±15.65
p	0.140	0.537	0.074	0.980	0.406
Sigara kullanma durumu					
Evet	14.42±2.03	14.52±1.94	14.62±2.08	13.63±1.75	145.64±15.74
Hayır	14.44±2.01	14.77±1.93	14.71±2.15	13.40±1.62	142.08±16.24
p	0.950	0.552	0.855	0.535	0.304
Genel Sağlık					
Çok iyi	16.80±1.18	15.86±1.52	15.73±1.73	15.30±0.83	149.20±17.81
İyi	14.87±1.81	15.04±1.90	15.08±2.00	13.88±1.41	144.91±15.43
Orta	13.12±1.75	13.74±1.72	13.65±2.09	12.36±1.65	139.17±16.76
p	**0.000*****	**0.004****	**0.005****	**0.000*****	0.204
İş yaşam Kalitesi					
İyi	15.33±1.65	14.98±1.94	15.55±1.49	14.05±1.26	155.00±10.89
Orta	13.98±2.03	14.54±1.92	14.20±2.28	13.22±1.76	138.26±12.04
Kötü	14.43±2.10	14.29±1.97	13.77±2.30	12.57±2.00	123.44±19.13
p	**0.002****	0.484	**0.005****	**0.017***	0.000***

***p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001**

Tablo 3' de yönetici hemşirelerin demografik özellikleri ile WHOQOL alt alanları ve iş yaşamı puanları incelendiğinde; Kurumlar, birimler, yaş grupları, çocuk sahibi olma, ilk mezuniyet, son mezuniyet durumları, mesleki deneyim, yöneticilik deneyimi, statü, nöbet tutma durumu, sertifika alma durumu ve sigara kullanma arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Medeni durumda evlilerde ve yaşadığı yer köy/kasaba olanlarda sosyal alan puanları daha yüksek ve anlamlıdır (p=0.021, p=0.046). Ekonomik durumda çevresel alan puanlarında anlamlı fark belirlenmiştir (p=0.009).

Kurumlar arasında iş yaşam kalitesi özel hastanelerde en yüksek ve elde edilen fark anlamlı ve (p=0.0.03) evlilerde iş yaşam kalitesi puanları bekar olanlara göre daha yüksek ve anlamlı olarak saptanmıştır (p=0.050). Son mezuniyetle SML/önlisans olanların iş yaşam puanları lisans/yüksek lisans olanlara göre daha yüksek ve aralarında anlamlı fark vardır (p=0.001).

Yönetici hemşirelerin genel sağlık algısı "çok iyi" olanların WHOQOL alt alan puanları daha yüksek ve aralarında ileri düzeyde anlamlı farklar saptanmıştır (bedensel p=0.000, ruhsal p=0.004, sosyal p=0.005, çevresel p=0.000).

İş yaşam kalitesi algısı ile YK alt alanlarından bedensel (p=0.002), sosyal (p=0.005) ve çevresel alan (p=0.017) ve iş yaşamı puanları (p=0.000) arasında anlamlı farklar belirlenmiştir.

Tablo 4. WHOQOL BREF Alt Alanları ve Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Puanları Arasındaki Korelasyonlar

WHOQOL BREF Alt Alanları/H.İ.Y.K.	Bedensel	Ruhsal	Sosyal	Çevresel
H.İ.Y.K	.378(**)	.171	.514(**)	.401(**)

****p<0.01**

İş yaşam kalitesi ile yaşam kalitesi alt alanları arasındaki korelasyonlarda; iş yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ile bedensel alanla 0.378, ruhsal alanla 0.171, sosyal alanla 0.514 ve çevresel alanla 0.401 korelasyon saptanmıştır. Ruhsal alan dışında diğer alanlarla iş yaşam kalitesi arasında ileri düzeyde ilişki bulunmuştur (p=0.01) (Tablo 4).

Tablo 5. Yönetici Hemşirelerin H.İ.Y.K., Ekonomik Durum ve Medeni Durumla WHOQOL Alt Alanları Arasındaki İlişki Düzeyleri (Lojistik Regresyon Analizi)

Değişkenler		Bedensel	Ruhsal	Sosyal	Çevresel
		QR (%95 GA)	QR (%95 GA)	QR (%95 GA)	QR (%95 GA)
H.İ.Y.K	Kötü	3.25** (1.34-7.90)	2.37 (0.98-5.75)	6.26** (2.27-17.28)	3.06*(123-7.63)
Ekonomik durum	Orta-kötü	M.a	2.08 (0.87-4.95)	M.a	2.29(0.94-5.55)
Medeni Durum	Bekar	M.a	M.a	25.61**(3.30-198.37)	M.a

***p<0,05 p<0,01**

#Yaşa göre düzeltilmiştir. M.a.: Modele alınmadı.

Tablo 5'te, yaşa göre düzeltildiğinde; H.İ.Y.K. puanları kötü olanların bedensel 3.25, ruhsal 2.37, sosyal 6.26, çevresel alan puanları 3.06 kat daha düşüktür. Ekonomik durumu orta olanların ruhsal 2.08 ve çevresel puanları 2.29 kat, medeni durumu bekar olanların sosyal puanları 25.61 kat daha düşük bulunmuştur.

TARTIŞMA

Manisa il merkezi hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin iş yaşam kalitelerini ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Uğur ve Abaan'ın hemşirelerin iş yaşamlarını etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalarında (2008); devlet hastanelerinde çalışan sorumlu hemşirelerin %67'sinin 31-40 yaş grubunda, %76.8'inin Sağlık Meslek Lisesi (SML) mezunu, özel hastanelerde çalışan sorumlu hemşirelerin %50'sinin 21-30 yaş grubunda ve %50.0'sinin SML mezunu olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmaya katılan yönetici hemşirelerin yaş ve eğitim durumları benzerdir ancak bu çalışmanın örneklem grubunu yönetici hemşireler oluşturduğu için ikinci mezuniyetlerinde lisans/yüksek lisans oranı daha yüksek bulunmuştur.

Aynı çalışmada, 25-29 yaş grubu, evliler ve ilk mezuniyeti SML olanlar, son mezuniyetleri SML/ön lisans olanlar daha fazladır ve %75'inin herhangi bir alanda sertifikası bulunmamakta ve %55'inin iş yaşam kalitesi algısı "iyi"'dir. Hemşirelerin %62.3'ünün genel iş yaşamı kalitesini "iyi" ve üniversite hastanesinde iş yaşamı kalitesini diğer hastanelerden daha yüksek (%67.2) bulmuşlardır. İş yaşam kalitelerine "iyi" ve "kötü" diyenler arasında demografik özellikler açısından anlamlı farklar saptanmamıştır (Uğur ve Abaan 2008). Bu çalışmada, demografik özellikler açısından evli olma, iş yaşam kalitesi algısı açısından benzerlikler bulunmaktadır. Ayrıca bu çalışmada yer alan yönetici hemşirelerin yaş grubu (31-39 yaş), mezuniyet düzeyleri, sertifika almış olma durumları daha yüksek ve nöbet tutma oranları daha düşüktür.

Perim çalışmasında (2007), hemşirelerin yaş ortalamasını 28.7±5.15, 25-29 yaş grubundaki hemşireleri %50.5, ortalama çalışma yılı 7.53±5.93, %50.4'ü evli, %46.6'sı önlisans mezunu, çalışma deneyimi 10 yıl ve altı olanlar %78.7 ve %70'i nöbet tutuyor, %50.0'si genel sağlık değerlendirmesini "iyi", yaşam kalitelerini %65.7'si "ne iyi ne de kötü", fizik çevrelerini ise %47.0'sinin "orta" olarak nitelendirdiği ve demografik özelliklerle SF 36 çevresel alt alan ortalamaları ile parasal durum arasında anlamlı ilişki bulunduğunu bildirmiştir. Bu çalışmaya katılan yönetici hemşirelerin yaş ortalaması, çalışma yılı, evlilerin oranı, eğitim düzeyleri daha yüksektir. Yönetici olmalarına rağmen yarısından fazlası nöbet tutmaktadırlar.

Başka bir çalışmada, ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitelerinin yaş, çalışma süresi, çalışma şekli ve sigara içme durumlarından etkilendiğini bildirilmiştir (Aksungur 2009). Bu çalışmada yaş grupları, çalışma süresi, çalışma statüsü ve sigara içme ile yaşam kaliteleri ve iş yaşam kaliteleri arasında bir fark saptanmamıştır.

İş yaşam kalitesi, çalışma deneyimlerin analiz edildiği bir sistemdir. Hemşirelerin iş yaşamları ile kişisel yaşamlarının dengelenmesi gerektiği belirtilmektedir (Hsu ve Kernohan 2006). Koonmee ve ark. (2010) işle ilgili sonuçları etkileyen faktörlerin iş doyumu, organizasyonel kararlar ve ekip ruhu olduğunu vurgulamaktadırlar. Kavlu ve Pınar'ın acil serviste çalışan hemşirelerin iş doyumu, tükenmişlik ve yaşam kalitelerine etkilerinin incelendiği çalışmalarında (2008), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arttıkça iş doyumu ve yaşam kalitesinin azaldığını, kişisel başarı arttıkça iş doyumu ve yaşam kalitesinin arttığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada genel sağlık algısı "çok iyi" ve iş yaşam kalitesi algıları "iyi" olanların yaşam kalitesi alt puanları daha yüksek ve anlamlı çıkmıştır. Bu sonuçlar, yönetici hemşirelerin kendi sağlıkları ve işleri ile ilgili algılarının yaşam ve iş yaşam kalitelerini etkilediğini ortaya koymaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerde yapılan çalışmalarda, iş yaşam kalitelerinin tatmin edici olmadığı sonucuna varılmıştır. Etkileyen faktörler, uygun olmayan çalışma saatleri, hemşire sayısının azlığı, hemşirelerin aileleri ile geçirdikleri zamanın az olması, yönetimle ilgili uygulamalar, gelişim fırsatlarının az olması, güvenlikle ilgili sorunlar ve hasta bakım ekibinin yetersizliği şeklinde sıralanmıştır (Almalki ve ark. 2012a, Almalki ve ark. 2012b). Bu çalışmada da nöbet tutan yönetici hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. İş yaşam kalitesi belirteçlerinin önemli bir kısmı çalışma koşullarıdır.

Gillet ve ark. Çalışmalarında (2013), iş yaşam kalitesi ile liderlik tarzı ve iş sorumluluğu arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. (Kanten ve Sadullah 2012) ise çalışma yaşamı kalitesi ve çalışma sorumluluğu arasında ilişki saptamışlardır. Chen ve ark. Psikiyatri hastalarının hemşirelere fiziksel şiddet ve iş yaşam kalitesi ilişkisi ile ilgili çalışmasında (2010), hemşirelerin yaşam kaliteleri düşük çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin ve bazı değişkenlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011).

Mrayyan çalışmasında (2004), hemşirelerin otokratik yönetim, doktorlar ve işyükü fazlalığının otonomilerini düşürdüğünü bildirmiştir. Bir başka çalışmada, yönetim tarzı ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, arkadaşlık ortamı ve takdir edilmenin çalışanların iş tatminlerine olumlu etki yaptığını bildirmektedir (Erdil ve ark.2004). Yücel ve Erkut yaptıkları araştırmada (2003), çalışma yaşamı kalitesini yönetim kalitesi ve bilişim teknolojilerinin kurumda yer alması ile ilişkilendirmişlerdir.

Yukarıda ele alınan çalışmalardan da anlaşıldığı gibi bu çalışmadan önceki araştırmalarda, yönetici hemşirelerin iş yaşamları ve çalışma koşullarına ilişkin çalışmalardan çok hemşirelerin iş yaşamı, çalışma koşulları ve yaşam kaliteleri ortaya konmuştur. Bu açıdan önemli bir boşluğu dolduran bu çalışmada, yönetici hemşirelerin de gereksinimlerinin belirlenmesi, kaliteli bakım verilmesini sağlamaları için kaliteli çalışma koşullarının oluşturulması, iş yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ile yaşam kalitelerinin de artacağının farkına varılması gereksinimi ortaya çıkmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; yönetici hemşirelerde iş yaşamı kalitesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelik iş yaşamı kalitesi puanı yüksek olanların, yaşam kalitesi alt alanları puanları ruhsal alan dışında iş yaşam kalitesi düşük olanlara göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, yönetici hemşirelerin genel çalışma ortamlarına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi, hastane sağlık, güvenlik uygulamalarının ve politikaların düzenlenmesi, yönetici hemşirelerin sorunlarının çözümlenmesi için planlama yapılması, diğer kurumlarla işbirliği yapılması, yönetici hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin saptanması ve geliştirilmesi doğrultusunda girişimlerde bulunulması, yönetici hemşirelerin çalışma yaşamlarını geliştirmek için çeşitli stratejilerin onların katılımları ile geliştirilmesi, yalnızca yönetici hemşirelerin

görev tanımı çerçevesinde görevlerini yapmalarının sağlanması ve çalışma yaşamı kalitesi ile ilgili yeni çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: Ankara:Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009. 109-111.

Almalki HJ, FitzGerald G, Clark M. Quality of Work Life Among Primary Health Care Nurses in the Jazan Region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. Human Resources for Health 2012;1-13.

Almalki HJ, FitzGerald G, Clark M. The Relationship Between Quality of Work Life and Turnover Intention of Primary Health Care Nurses in Saudi Arabia. BMC Health Services Research 2012;1-11.

Altuntaş S. Baykal Ü. İşe Karşı Tutum Ölçeğinin Hemşireler İçin Uyarlanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(1):51-61.

Chen WC, Chuan-Ju Huang CJ, Hwang JS et al. The Relationship Of Health-Related Quality of Life To Workplace Physical Violence Against Nurses By Psychiatric Patients. Qual Life Res 2010;19:1155–61.

Erdil O, Keskin H,İmamoğlu SZ ve ark. Yönetim Tarzı ve Çalışma Koşulları. Arkadaşlık Ortamı ve Takdir Edilme Duygusu İle İş Tatmini Arasındaki İlişkiler: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama. Doğuş Üniv Derg 2004; 5(1):17-26.

Eser SY, Fidaner H, Fidaner C ve ark. Measure of Quality of Life WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. 3P Dergisi 1999;7(2 Suppl.):5-13.

Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac A et al. The Mediating Role of Organizational Justice in the Relationship Between Transformational Leadership and Nurses' Quality of Work Life: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. Int J Nurs Stud 2013; 50(10):1359-67.

Hsu MY, Kernohan G (2006). Dimensions of Hospital Nurses' Quality Of Working Life. Journal of Advanced Nursing 2006; 54(1):120–31.

Kanten S, Sadullah Ö. An Empirical Research on Relationship Quality of Work Life and Work Engagement. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2012; 62:360-66.

Kavlu İ, Pınar R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 29(6):1543-55.

Koonmee K, Singhapakdi A, Virakul B et al. Ethics Institutionalization, Quality of Work Life, and Employee Job-Related Outcomes: A Survey of Human Resource Managers in Thailand. Journal of Business Research 2010; 63: 20-6.

Lu H, While AE, Barriball KL. Job Satisfaction Among Nurses: A Literature Review. Int J Nurs Stud 2005; 42: 211-27.

McKim SJ. Healthy Work Environments. Nurse Leader 2003;16-22.

Mrayyan MT. Nurses' Autonomy: Influence of Nurse Managers' Actions. Journal of Advanced Nursing 2004; 45(3):326-36.

Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. Taf Prev Med Bull 2008;7(6):547-54.

Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2007. 8-17,82.

Sherwood G. Leadership for a Healthy Work Environment. Nurse leader 2003:36-40.

Solmuş T. İş Yaşamında Kalite ve Kaliteyi Artırmaya Yönelik Programlar. Türk Psikoloji Bülteni 2000; 18(6): 37-41.

Şirin M. Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2011.1-4.

Thompson DN, Burns HK. Work Environment for Nurses and the Impact on Protecting Patients From Health Care Errors. Journal of Professional Nursing 2004; 20(3):145-6.

Uğur E, Abaan S. Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2008; 28(3): 297-310.

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(2)61-8.

Yıldız Z, Ayhan S, Erdoğmuş Ş. The impact of Nurses' Motivation to Work, Job Satisfaction, and Sociodemographic Characteristics on Intention to Quit Their Current Job: An Empirical Study in Turkey. Applied Nursing Research 2009; 22:113–8.

Yücel D, Erkut H. Bilişim Teknolojilerinin Çalışma Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İTU Derg 2003; 2(2): 49-59.

Yüksel İ. Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi. Doğuş Üniv Derg 2004; 5 (1): 47-58.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2) : 40-54, 2014

ÇOCUKLARDA PERİFERİK İNTRAVENÖZ KATETER UYGULAMALARINDA FLEBİT VE İNFİLTRASYON GELİŞME DURUMU

PHLEBITIS AND INFILTRATION STATUS IN PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERISATION IN CHILDREN

Öğr.Gör.Dr.Sevil OLGUN* **Ar.Gör.Dr. Ayşe DEMİRAY**** **Prof.Dr.İsmet EŞER*****

Prof.Dr. Leyla KHORSHID***

*Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

**Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

***Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD.

Çalışma 21-23 Eylül 2010 tarihinde İzmir /Çeşme' de yapılan I.Ulusal Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Periferal intravenöz kateterler flebit ve infiltrasyon gibi lokal komplikasyonlara neden olabilirler. Flebit ve infiltrasyon kateterin çıkarılmasını ve tekrar takılmasını gerektirir. Çocuklarda intravenöz kateterlerin rutin olarak çıkarılması ve tekrar takılması önerilmemektedir. Periferal intravenöz kateterlere bağlı flebit ve infiltrasyon görülme durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Hastaneye yatırılan 3-18 yaş grubundaki hastalar (n= 74) çalışma kapsamına alındı. Kateterizasyon bölgesi her gün araştırmacılardan biri tarafından, infiltrasyon ve flebit gelişme ile şiddeti açısından kontrol edildi. Yerel araştırma komitesi çalışmayı onayladı, çocukların ebeveynlerinden yazılı onam alındı. Bağışıklığı baskılanmış olan ve kemoterapi alan hastalar çalışma kapsamına alınmadı. Veriler 18 Aralık 2010- 26 Ocak 2012 tarihleri arasında toplandı. Verilerin analizinde sayısal ve yüzdelik dağılım, ki-kare ve korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 8.29 $\pm$ 3.83 yıldı. Çalışmamızda kateterler 3-303 saat yerinde bırakıldı. Kateterizasyon süre ortalaması 83.52 $\pm$ 56.44 saat idi. Hastaların %64.9' una takılan İV kateterden kortikosteroid türü ilaç, %40.5'ine 1/3 İzomiks, %58.1'ine pump seti kullanılarak sıvı veya ilaç verilmekteydi. Hastaların %54.1'inde ise infiltrasyon geliştiği, %45.9'ünde flebit geliştiği saptandı. Hastaların %23'ünde 3. derecede flebit, %20.3'ünde ise 1. derecede infiltrasyon gelişmiştir. Hastaların %45.9'unda tedavi sonlandırıldığı için, %4.1'inde kateter tıkandığı için kateter çıkarılmıştır. Kateterleri pediatri kliniğinde takılan hastalarda infiltrasyon oranı daha yüksekti. Aynı bölgeye defalarca kateter takılan hastalarda flebit ve infiltrasyon oranı daha yüksekti.

Sonuç: Flebit ve infiltrasyon oranının yüksek olduğu bulundu. Daha geniş bir örneklemde, pediatri ve pediatrik yoğun bakım ünitelerini de kapsayacak şekilde ileri araştırmalar yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Flebit, infiltrasyon, hastaneye yatırılan çocuk.

ABSTRACT

***Objective**: Periferal intravenous catheters can cause local comlications such as phlebitis and infiltration. Phlebitis and infiltration needs catheter removal and replacement. Routinely replacement of intravenous catheters in childrens is not recommended. A descriptive study was performed to examine the status of phlebitis and infiltration associated with peripheral intravenous catheterisation.*

***Methods:** Children (n=74) hospitalized in pediatric clinic between 3-18 years were included to the study. The catheterisation sites examined daily by one of the investigator for the presence and severity of phlebitis and infiltration using a scale. Local research ethics committee approved the study and written informed consent was obtained from parents of children. Patients those who were immunocompromised and those receiving chemotherapy were excluded from the study. Data were collected between the date of 18 December 2010- 26 th January 2012. Numerical and percentage distribution, Chi-square test and correlation were used in analysis of the data.*

***Results**: The mean age of children was 8.29 $\pm$ 3.83 year. Mean dwell time for catheters in situ in our study were 3-303 hours. The mean catheterisation time was 83.52 $\pm$ 56.44 hours. Corticosteroids have been given to 64.9% of the patients and 40.5% of the patients have been given drugs or fluids İV 1/3 izomiks with a set of the pump. The phlebitis in 45.9% of patients was occured, and the infiltration was occured in 54.1% of patient. The severity of phlebitis in 23% of patients was in 3 degree, and the severity of infiltration in 20.3% of patients was in 1 degree. Catheters wer removed in 45.9% of patients because of discontinuation of treatment and in 4.1% because of occlusion of catheters. The rate of patients that developed infiltration was significantly more in patients in whom a catheter was inserted in pediatric clinic. The percentage of patients that developed infiltration and phlebitis was significantly more in patients in whom the same area have been used repeatedly for insertion of a catheter.*

***Conclusion**: It was found that the rate for phlebitis and infiltration were high. Future studies with large samples should implemented both in general pediatric units and in pediatric intensive care unit.*

***Key Words**: phlebitis, infiltration, hospitalized children*

GİRİŞ

Kateterlerin çoğunluğunu periferal venöz kateterler oluşturmaktadır (Bakır ve Soysal 2003). Kısa süreli venöz kateterler vasküler açıklığı sürdürmek için sıklıkla kullanılan araçlardır (Couzigou 2005). Periferal intravenöz (İV) kateter takma işlemi tüm dünyada akut bakım veren hastanelerde yatan hastalarda uygulanan en yaygın invaziv girişimlerden biridir (Lai 1998, Shimandle ve ark. 1999, Lopez ve ark. 2004, Webster 2007) ve hastaneye yatan hastaların %34'üne İV yolla ilaç uygulanmaktadır (Bernaerts 2000). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'nde her yıl yaklaşık 200 milyon olmak üzere, hastanelerde yatan hastaların %7'sine kısa süreli periferal İV kateter takılmaktadır (Rickard ve ark. 2012). Belirsiz bir süre için yerleştirilen (Shimandle ve

ark. 1999) İV kateterler; sıvı, ilaç ve kan ürünlerini, parenteral besinleri vermek (Lundgren 1998; Lundgren ve Wahren 1999, Shimandle 1999, Myrianthefs 2005) ve hemodinamik durumunu izlemek amacıyla kullanılmaktadır (Lopez ve ark.2004).

Periferal İV kateterler flebit, infiltrasyon gibi lokal komplikasyonlara neden olabilirler (Shimandle ve ark.1999, Lopez ve ark.2004, Uslusoy ve Mete 2008). İnfiltrasyon, İV sıvının subkutan doku içine girecek şekilde, şişliğe neden olarak ve İV sıvının verilmesini olanaksız hale getirerek damar dışına çıkmasıdır (Karadağ 1999, Shimandle ve ark.1999), sonuçları lokal irritasyondan amputasyona kadar değişir (Doeliman ve ark. 2009). İnfiltrasyonun belirtileri; lokalize şişlik, yanma hissi ve ağrı, kateterin giriş yerinde soğukluk ve solukluk, sıvı akış hızında azalma ve ciddi durumlarda nekrozdur (Karadağ 1999, Shimandle ve ark.1999). Avustralya'da yapılan bir araştırmada, infiltrasyonun en yaygın kateter çıkarılma nedeni olduğu saptanmıştır (Webster 2007).

Flebit İV sıvı tedavisinin en yaygın komplikasyonudur (Vries ve ark. 1997, Panadero ve ark. 2002, Tagarakis 2002, Bakır ve Soysal 2003) flebit insidansı ise %30-70'tir (Çökmez ve ark 2003). Flebit ven duvarının inflamasyonudur (Karadağ 1999, Panadero ve ark. 2002). İnfüzyona ilişkin flebit, infüzyonun uygulandığı venin içindeki lokal inflamasyon olarak tanımlanır (Panadero ve ark. 2002). Kateterin içinde veya ven duvarı boyunca pıhtı oluştuğunda, bu durum tromboflebit olarak isimlendirilir (Karadağ 1999, Panadero ve ark. 2002). Flebitin semptomları; ağrı, hassasiyet, kızarıklık, şişlik, sertlik ve sıcaklıktır (Karadağ 1999, Curran ve ark. 2000, Oishi 2001, Uslusoy ve Mete 2008). İnfüzyona bağlı flebit hastanede yaygın bir morbiditeye (Çökmez ve ark 2003), ağrıya, sepsise, ilave tanısal girişimlere ve tedavilere neden olur ve hastanın hastanede yatış süresini, stres düzeyini, çalışanların iş yükünü ve bakımın maliyetini arttırabilir (Lundgren ve Wahren 1999, Uslusoy ve Mete 2008). Flebitin etyolojisinde kimyasal, mekanik ve enfeksiyöz etkenlerin var olduğu düşünülmektedir (Vries ve ark. 1997, Curan 2000). Flebitin nedenleri; venin kateter nedeniyle tahriş olması, uygulanan solüsyondan, ven bölgesinden, kateter takılma tekniğinden, kateter büyüklüğünden, kateter kalış süresinden ve kateterin yapıldığı materyalin türünden etkilenir (Oishi 2001). CDC (Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi) 1980-1990 yıllarında periferal İV kateterin her 48-72 saatte bir değiştirilmesini önermekteydi. Yeni yüzyılda, CDC bu rehberi revize ederek günümüzde periferal İV kateterin her 96 saatte bir değiştirilmesini önermektedir (Shimandle ve ark.1999, Bakır ve Soysal 2003, Webster 2007, Fujita ve Namiki 2008, Rickard ve ark. 2012). Lai'nin (1998), 2503 İV kateter girişi üzerinde yaptığı araştırmada İV kateterin 72 saat veya 96 saat süresince aynı vende kalması ile flebit gelişmesi arasından bağlantı bulunmamıştır. Pediatrik hastalarda periferik İV katerizasyona bağlı bir komplikasyon gelişmedikçe ve hastanın konforunu bozan bir durum olmadıkça kateter alanının değiştirilmesine gerek yoktur (Shimandle ve ark 1999; Bakır ve Soysal 2003). Ancak en uygun kateter çıkarılma süresi, doğrulanmamıştır(Curran ve ark. 2000)

Herhangi bir intravasküler araç tromboflebit veya septisemi riskine açık olduğu için, periferal İV kateterler katı endikasyonla kullanılmalıdır (Lundgren ve Wahren

1999). Günümüzde genel ilaç uygulamaları ve özellikle İV ilaç uygulamaları oldukça önemlidir ve sık uygulanan bir hemşirelik girişimidir (Bernaerts 2000, Chang 2002). Periferal İV kateterizasyon uygulaması kazanılması zor bir beceridir (Myrianthefs ve ark 2005). Hemşireler 24 saat boyunca hastaların bakımından sorumludurlar ve genellikle İV yollarla ilgili problemleri ilk fark eden sağlık çalışanlarıdır. İntravenöz açıklık gerektiğinde veya tıkanıklık ya da ekstravazasyon gibi İV araçlarla ilgili komplikasyonlar geliştiğinde İV kanülün yerini değiştirmekten sorumludur (Chang 2002). Hemşirelerin hem sıvı hem de ilaç girişimleri için infüzyonları uygulama ve izleme sorumluluğu vardır. Hemşireler istem edilen İV tedaviden ve tedavinin sonuçlarının izlenmesinden ve flebit komplikasyonunun yönetiminden sorumludurlar. Hemşireler flebit olasılığını arttıran etmenlerin farkında olmalı ve uygun koruyucu önlemleri almalıdırlar (Uslusoy ve Mete 2008).

Periferik İV kateterler hastaneye yatırılan çocuklarda tedavinin önemli bir parçası olmaya başlamıştır (Oishi 2001). Küçük frajil venleri, konuşamamalarından dolayı ağrı ve rahatsızlıklarını söyleyememeleri nedeniyle yenidoğanlar ve çocuklar infiltrasyona ve extravazasyona yatkındırlar. Total parenteral beslenme, elektrolit tedavisi, antibiyotik tedavisi, vazoaktif ilaçlar ve diğer ilaç tedavileri, hasta çocuklarda İV tedaviyi sıklıkla gerekli kılmaktadır (Doeliman ve ark. 2009). Periferal İV kateterlerin takılması bir çocuk için travmatik olabilir (Oishi 2001). Kateteri takarken hastanın rahatsızlığı ve periferal venlere erişmede güçlük gibi etmenler nedeniyle pediatristlerin artık katetere ihtiyaç duyulmayıncaya kadar veya kateter komplikasyonları gelişinceye kadar, kateterleri yerinde bırakmalarına neden olur (Shimandle ve ark.1999). CDC çocuklarda veya araştırmalarla rutin kateter değiştirmenin enfeksiyonu önlemediği kanıtlanmış olan, yüksek riskli hastalarda (arterial, hemodializ, santral venöz kateter gibi) İV kateterin değiştirilmesini önermemektedir. Modern İV kateterler az tahriş edici materyalden yapılırlar ve rutin olarak çıkarılıp tekrar takılmaları gerekmeyebilir (Rickard ve ark. 2012). Çocuklarda İV katetere bağlı olarak gelişen komplikasyonları inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır(Çökmez ve ark. 2003).

Amaç: Bu çalışma hastanede yatan çocuk hastalarda periferik intravenöz katetere bağlı gelişen flebit ve infiltrasyonu incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kliniğinde yürütülmüştür. Veriler 18.12.2010- 26.01.2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evreni, 18.12.2010- 26.01.2012 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Kliniklerinde yatan, periferik kateter takılarak ilaç veya sıvı tedavisi uygulanan 782 hasta, örneklemi ise periferik kateter takılarak ilaç veya sıvı tedavisi uygulanan, ebeveynleri ve kendisi çalışmaya katılmayı kabul eden, 3-18 yaş arasındaki 74 hasta oluşturmuştur.

Çalışma sonucunu etkileyeceği düşünülerek; periferik intravenöz sıvı tedavisi almayan, kemoterapi alan, ağrısını değerlendiremeyeceği düşünülen 3 yaş altındaki

çocuk hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Veriler "Hasta Tanıtım Formu ve "Gözlem Formu" ile toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formlarda, hastayı tanıtıcı bilgiler, kateter özellikleri, verilen sıvılar ve ilaçların özellikleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Gözlem formunda ise flebiti belirlemek için izlenmesi gereken flebit belirtileri yer almıştır. Flebit belirtileri endurasyonun büyüklüğü amacıyla şeffaf milimetrik cetvel kullanılarak ölçülmüştür. IV kateter uygulaması, ilaç ve sıvıların verilmesi klinikte çalışan hemşireler tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan İV kateterizasyonun başlama saati, çıkarılma saati gözlem formuna kaydedilmiştir. Hastada gelişen komplikasyonlar bir araştırmacı tarafından gözlenerek değerlendirilmiştir. Araştırmacının klinikte bulunmadığı saatlerdeki gözlem ve değerlendirmeler araştırma hakkında bilgilendirilmiş olan, bu konuda ayrıntılı olarak eğitilen bir hemşire tarafından gerçekleştirilmiştir. İV sıvı tedavisine bağlı gelişen komplikasyonlardan yalnızca infiltrasyon ve flebit değerlendirmiştir. Hastalar İV kateterleri çıkarılıncaya kadar, kateter giriş alanları flebit, infiltrasyon bulguları ile bunları şiddeti yönünden değerlendirilmiştir. Flebitin ve infiltrasyonun şiddeti, Tablo 1'de yer alan İntravenöz Hemşireler Topluluğu (Intravenous Nursing Society) tarafından geliştirilen "Flebit ve İnfiltrasyon Dereceleme Ölçeği" ne göre gözlenerek saptanmıştır. Groll ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada bu ölçeğin kolayca uygulanabilir, geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Ayrıca, hemşirelere araştırmacının hastanede bulunmadığı zamanlarda gelişen flebitlerin tanılanması için gözlem formu bırakılmıştır. Kateter takılan bölge araştırmacı tarafından her gün, servis hemşiresi tarafından her saat kontrol edilmiştir, kateter eğer lokal inflamasyona neden olduysa veya uygun şekilde işlev görmüyorsa çıkarılmıştır. Flebit belirtilerini kateter çıkarıldıktan 48 saat sonrasına kadar gözlenmiştir. Verilerin analizinde korelasyon ve ki-kare testi kullanılmıştır. Ya ven boyunca hissedilen sertlik var olduğunda ya da aşağıdaki belirtilerden en az ikisi var olduğunda (ağrı, hassasiyet, sıcaklık, kızarıklık, şişlik) durumunda flebitin var olduğu kabul edildi. (Lai 1998, Curran ve ark. 2000, Çökmez ve ark 2003).

BULGULAR VE YORUM

Tablo 1. Flebit ve Infiltrasyon Dereceleme Ölçeği

Flebit Derecesi
0 Hiçbir yakınma yok (Flebit gelişmeyen)
1+Eritem(ağrı yok veya ağrı var)
2+Ağrı, eritem ve/veya ödem
3+İV giriş yerinde kızarıklık, ve/veya ödem, çizgi oluşumu, ven boyunca hissedilen sertlik
4+İV giriş yerinde kızarıklık, ve/veya ödem, çizgi oluşumu, 1 inçten(2.54 cm.) daha büyük uzunlukta ven boyunca hissedilen sertlik, pürülan akıntı (Lai 1998).
İnfiltrasyon Derecesi
0 hiçbir yakınma yok

İnfiltrasyon gelişmeyen
1 deride solukluk, herhangi bir yerde2.54 cm.'den daha az büyüklükte ödem
2 deride solukluk, şeffaflık, herhangi bir yerde 2.54 cm. ila 15.24 cm. büyüklüğündeki ödem, daha az büyüklükte ödem, dokunulduğunda soğukluk, ağrı yok veya ağrı var
3 deride solukluk, şeffaflık, herhangi bir yerde 15.24 cm. ' den fazla büyüklükteki ödem, daha az büyüklükte ödem, dokunulduğunda soğukluk, hafiften orta düzeye kadar ağrı, muhtemelen hissizlik.
4+ deride solukluk, şeffaflık, deride gerginlik, sızıntı, deride solgunluk, basıldığında derin çukurlaşan doku ödemi, dolaşımda bozulma, ortadan şiddetliye kadar ağrı, herhangi bir miktarda kan ürünü, irritan infiltrasyonu veya kabarıklık (Lai 1998).

Araştırma etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Kliniği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen çocuk hastalar ve ebeveynlerine ve araştırma ile ilgili sözlü bilgi verilmiş, ebeveynlerin yazılı onamı alınmıştır.

Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı ve IV Kateterizasyonuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde	Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grubu			**Takıldığı yer**		
3-8 yaş grubu	40	54.1	Acil servis	20	27.0
9-16 yaş grubu	34	45.9	Pediatri Kliniği	54	73.0
Tıbbi Tanısı			**İV Kat. Tak. Yer**		
Solunum Sistemi Hastalığı	15	20.3	El üzeri	39	52.7
Üriner sistem hastalığı	24	32.4	El bileği	10	13.5
Nörolojik hastalık	15	20.3	Önkol	10	13.5
Hematolojik Hastalık	13	17.6	Dirsek içi	12	16.2
Romatolojik Hastalık	7	9.4	Kafa + ayak	3	4.1
Cinsiyet			**Verilen Sıvı Türü**		
Erkek	44	59.5	Sıvı almayan	30	40.5
Kız	30	40.5	İzotonik	4	5.4
Takılan İV Kateter Numarası			1/2 İzomiks	4	5.4
22 nolu	15	20.3	1/3 İzomiks	30	40.5
24 nolu	59	79.7	TPN Sıvısı	2	2.7
İkili musluk			Eritr. Süspansiyonu	3	4.1
Var	36	48.6	1/3 İzomiks+Eri. Süs.	1	1.4
Yok	38	51.4			
IV Set Türü			**Katerden Ver. İlaç.**		
Set kullanılmayan	15	20.3	Antibiyotik	12	16.2
Normal set	3	4.1	Kortikosteroid	48	64.9

Pamp seti	43	58.1	Diğer ilaçlar	**7**	9.5
Perfüzyon seti	13	17.5	Demir preparatı	3	4.1
Vücut bölümü			Antibiy +Kortikos.	2	2.7
Sağ	47	63.5	Radyoopak madde	1	1.3
Sol	27	36.5	Anti.+human albumin	1	1.3
IV kateteri aynı bölgeye takma					
Bir kez	57	77.0			
Tekrarlı	17	23.0	Toplam	74	100.0

Hastaların %54.1'i 3-8 yaş grubundadır, %59.5'i erkektir, yaş ortalaması 8.29 $\pm$ 3.83 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların %64.9' una takılan İV kateterden kortikosteroid türü ilaç verildiği, %40.5'ine 1/3 İzomiks verildiği, %58.1'ine pump seti kullanılarak sıvı veya ilaç verildiği bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Kateterizasyon Sürelerine Göre Dağılımı

Kateterizasyon Süresi	**Sayı**	**Yüzde**	**Kateterin Çıkarılma nedeni**	**Sayı**	**Yüzde**
Komplikasyon gelişmeyen	34	45.9	İnfiltrasyon	18	24.3
24 saat ve altı	4	5.4	Flebit	10	13.5
48 saat	11	14.9	Tedavinin sonlandırılması	34	45.9
72 saat	10	13.5	Kateterin tıkanması	3	4.1
96 saat	5	14.9	İnfiltrasyon + flebit	9	12.2
Toplam	74	100.0	Toplam	74	100.0

IV kateter hastaların %5.4' ünde 24 saat ve daha kısa süre, %14.9'unda 48 saat, %13.5'inde 72 saat, %14.9'unda 96 saat yerinde bırakılmıştır. Hastaların %45.9'unda tedavi sonlandırıldığı, %4.1'inde tıkandığı için kateter çıkarılmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Flebit ve İnfiltrasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı

IV Kateterizasyon Komplikasyonları	**Gelişen**		**Gelişmeyen**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Flebit	34	45.9	40	54.1
İnfiltrasyon	30	40.5	44	59.5

Hastaların %45.9'unda flebit, %54.1'inde ise infiltrasyon geliştiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Flebit ve İnfiltrasyon Derecesi Göre Dağılımı

Flebit Derecesi	Sayı	Yüzde	İnfiltrasyon Derecesi	Sayı	Yüzde
0 (Flebit gelişmeyen)	40	54.1	0 hiçbir yakınma yok	44	59.5
1+	10	13.5	1 +	15	20.3
2+	7	9.4	2 +	12	16.2
3+	17	23.0	3+	3	4.0
4+	-	-	4+	-	-
Toplam	74	100.0	Toplam	74	100.0

Hastaların %23'ünde 3. derecede flebit, %20.3'ünde ise 1. derecede infiltrasyon geliştiği saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Hastalarda Flebit ve İnfiltrasyon Gelişmesini Ekileyen Etmenler

Etkileyen Etmenler	Flebit			İnfiltrasyon		
	x^2	SD	p	x^2	SD	p
Takıldığı klinik	4.642	1	0.028	2.746	1	0.098
Girişim sıklığı	11.779	1	0.001	5.347	1	0.021
Vücut bölümü	3.034	1	0.082	2.256	1	0.133
İkili musluk varlığı	2.730	1	0.098	0.571	1	0.450
Cinsiyet	0.139	1	0.710	0.314	1	0.575
Yaş grubu	1.506	1	0.220	1.749	1	0.186
İlaç türü	1.140	2	0.566	1.439	2	0.487
İlaç alması	0.917	1	0.338	1.435	1	0.231
Kullanılan bölge	4,533	5	0.475	6.034	5	0.303
İnfüzyon süresi (96 s./96 üstü)	0.262	1	0.609	0.765	1	0.382

Hastalara kateterin takıldığı kliniğin ve aynı bölgeye İV kateter takma sıklığının flebit gelişmesini etkilediği, aynı bölgeye İV kateter girişim sıklığının ise infiltrasyon gelişmesini etkilediği saptanmıştır (Tablo 6).

Kateterizasyon süresi ile flebit şiddeti (r =- 0.087, p= 0.462) ve infiltrasyon şiddeti (r =- 0.124, p= 0.294) arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Tablo 6).

TARTIŞMA

Kateterizasyon süresi

Kateterizasyon süre ortalaması 83.52 $\pm$ 56.44 saat olarak bulunmuştur. Bazı hastalarda periferal İV kateterin 120 saatte kadar bırakılabileceği belirtilmiştir (Fujita ve Namiki 2008). Avustralya'da yapılan bir araştırmada toplam kateterizasyon süre ortalamasının girişim grubunda 123.3$\pm$88.9 saat, kontrol grubunda ise 129.9$\pm$ 73.0 saat olduğu saptanmıştır (Webster 2007). Yetmiş sekiz yenidoğana takılan toplam 186 kateter ile yapılan bir çalışmada, kateterizasyon süre ortalamasının 40.8 $\pm$ 27.6 saat (1-

136 saat arasında) olduğu saptanmıştır (Gupta ve ark. 2003). Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından 32 cerrahi kliniğinde periferal venöz kateterlerle ilişkili flebit/enfeksiyonu azaltmak ve risk faktörlerini saptamak amacıyla yapılan araştırmada, iki ayrı tarihte sürveyans yapılmış, 1. sürveyansta hastaların %20'sinde kateterler 1-2 gün arasında, %34'ünde 2 gün, %23' ünde 3 gün, %12'sinde 4 gün, %6'sında 5 gün, %7'sinde 5 günden daha uzun süre yerinde bırakılmıştır, 2. sürveyansta ise hastaların %18'inde kateterler 1-2 gün arasında, %36'sında 2 gün, %25' inde 3 gün, %12'sinde 4 gün, %5'inde 5 gün, %5'inde 5 günden daha uzun süre yerinde bırakılmıştır ve kateterin yerinde kalma süresinin flebit gelişmesi ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (Curran ve ark. 2000).

Flebit gelişme oranı

Hastaların %54.1'inde infiltrasyon geliştiği, %20.3'ünde ise 1. derecede infiltrasyon geliştiği saptanmıştır. İnfiltrasyon şiddeti ortalaması 1.01 $\pm$ 1.25 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların %45.9'ünde flebit geliştiği saptanmıştır. Flebit şiddeti ortalaması 0.6486 $\pm$ 0.89 olarak saptanmıştır. Toplam 1292 hastaya takılan 3118 periferal kateter ile yapılan çalışmada, hastaların %5.6'sında flebit gelişmiştir (Lai 1998). Diğer bir çalışmada flebit insidansı %7.2 olarak bulunmuştur (Fujita ve Namiki 2008). Avustralya'da toplam 3283 hastadaki 5907 kateterde flebitin incelendiği bir araştırmada, klinik olarak endikasyon olduğunda kateteri çıkarılan grubun %7'sinde flebit oluşmuştur (Rickard ve ark. 2012). İntraoperatif ve postoperatif dönemde tek kateter kullanımı ile iki farklı dönemde iki ayrı kateter kullanımının periferal venöz flebit insidansını ve şiddetini karşılaştırmak amacıyla yapılan randomize kontrollü, intraoperatif ve postoperatif dönemde tek kateter kullanımı ile iki farklı dönemde iki ayrı kateter kullanımının periferal venöz flebit insidansını ve şiddetini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmada, iki ayrı kanül grubundaki hastalarda (%26.1) flebit gelişme oranı tek kanül grubundaki hastalardan (%63.3) daha düşük bulunmuştur (Panadero ve ark. 2002). Avustralya'da yapılan bir araştırmada, flebitin sadece 3 vakada (1 deney 2 kontrol grubunda) görüldüğü bulunmuştur (Webster 2007). Periferal İV tedavi alan, genel pediatri hastalarında kateter komplikasyonlarını incelemek için yapılan, hastaların 5 ay boyunca enfeksiyon ve flebit yönünden izlendiği bir araştırmada, 525 hastaya takılan 642 teflon kateter incelenmiş, 7 'sinde flebit gelişmiştir (Shimandle ve ark. 1999). Diğer bir çalışmada flebit oranı %8.5 olarak bulunmuştur (Curran ve ark. 2000). Çalışmamızda flebit gelişme oranı literatürdeki orandan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum örneklemin ve kateterin üretildiği materyelin farklı olmasına, her çalışmanın yönteminin farklı olmasına bağlanabilir.

Kateter takılma nedeni

Çalışmamızda hastaların %59.5' ine sıvı verildiği bulunmuştur. Cerrahi kliniklerinde yapılan çalışmada, iki ayrı tarihte sürveyans yapılmış, 1. sürveyansta hastaların %18'inde kateterler ilaç vermek, %35'inde ilaç/sıvı vermek, %12'sinde damar yolunu açık tutmak, %35'inde sıvı vermek amacıyla; 2. sürveyansta ise hastaların %16'sında kateterler ilaç vermek, %39'unda ilaç/sıvı vermek, %10'unda damar yolunu açık tutmak, %35'inde sıvı vermek amacıyla kullanılmıştır (Curran ve

ark. 2000). Çalışmamızda sıvı verme amacıyla kateter takılan hasta oranı literatürdeki hasta oranından yüksek bulunmuştur.

Kateter takılan yer

Hastaların %52.7'sinde kateterler el üzerine, %13.5'inde el bileğine, %13.5'inde önkola, %16.2'sinde dirsek içine, %4.1'inde kafa + ayak venlerine takılmıştır. Yapılan bir araştırmada, kateterlerden 98'inin el veya bileğin üzerine takıldığı, %29.6'sının kol ve önkola, %14'ünün ayak ve bacağa, %3.8'inin kafa venlerine takıldığı saptanmıştır (Gupta ve ark. 2003). Şelimen ve ark. (2002)'nın çalışmasında İV kateterlerin %54.3'ünün el, %30.5'inin ayak, %10.6'sının kafa, %4.6'sının kola takıldığı belirlenmiştir.

Tedaviyi sonlandırma nedeni

İV kateterler sıklıkla flebit nedeniyle çıkarılırlar. Flebit kateterin çıkarılmasını ve yeni bir İV kateter takılmasını gerektirir (Rickard ve ark. 2012). Hastaların %24.3'ü infiltrasyon geliştiği, %13.5'i flebit geliştiği, %12.2'sinde infiltrasyon ve flebit geliştiği için, %45.9'unda tedavi sonlandırıldığı, %4.1'inde tıkandığı için kateter çıkarılmıştır. Avustralya'da yapılan bir çalışmada, infiltrasyonun en yaygın kateter çıkarılma nedeni olduğu saptanmıştır (Webster 2007). Yapılan bir araştırmada kateterlerin %86.6'sında infiltrasyon nedeniyle İV tedavinin sonlandırıldığı saptanmıştır (Gupta ve ark. 2003). Toplam 1292 hastada 3118 periferal kateter ile yapılan çalışmada, hastaların %5.6'sında flebit gelişmiştir (Lai 1998).

Avustralya'da toplam 3283 hastaya takılan 5907 kateterde flebitin incelendiği bir araştırmada; 1593'ünde klinik olarak bir endikasyon olduğunda, 1690'nında ise rutin olarak kateterin çıkarılıp, yerine yenisinin takıldığı belirlenmiştir. İlk gruptaki ortalama kateterizasyon süresi 99$\pm$54 saat, ikinci gruptaki ortalama kateterizasyon süresi ise 70$\pm$13 saat olarak bulunmuştur (Rickard ve ark. 2012).

Verilen ilaç

Hastaların %64.9'una kateterden kortikosteroid, %16.2'sine antibiyotik uygulanmaktaydı. Bazı ilaçların İV olarak uygulanması, yumuşak doku yaralanmasına neden olur, bu durum kateterin kalış süresini azaltır (Gupta ve ark. 2003). İV kateterizasyona bağlı komplikasyon gelişimini önlemek için eğer ilaç tahriş edici ise kateteri daha sık değiştirmenin gerekli olduğu vurgulanmıştır (Catney ve ark. 2001). Yetmiş sekiz yenidoğana takılan toplam 186 kateter ile yapılan bir çalışmada cefotaxime ve gentamisin uygulanan hastalarda kateterlerin damar içinde kalma süresinin azaldığı, fakat ampicillin, amikasin, vancomysin, kalsiyum glukonat, kan ürünleri ve pressör ajanları uygulamanın kateterlerin damar içinde kalma süresini değiştirmediği saptanmıştır (Gupta ve ark. 2003).

Flebit Derecesi

Hastaların %13.5'inde 1. derecede, %9.5'inde 2. derecede, %23'ünde 3. derecede flebit görülmüştür. Panadero ve ark. (2002)'nın çalışmasında intraoperatif ve postoperatif dönemde tek kateter takılan hastaların %36.7'sinde 1. derece, %30'unda 2. derecede, %30'unda 3. derecede ve %3.3'ünde 4. derecede flebit saptanmıştır.

Oysaki iki ayrı kateter grubundaki hastaların %73.9'unda 1. derecede, %8.7'sinde 2. derecede, %8.7'sinde 3. derecede ve %4.3'ünde 4. derecede flebit görülmüştür.

Flebit gelişimini etkileyen etmenler

Kateterizasyon Süresi

Çalışmamızda kateteri 96 saatten daha kısa süre kalan hastaların %48'inde, 96 saatten daha uzun süre kalan hastaların %41.7'sinde flebit geliştiği, kateteri 96 saatten daha kısa süre kalan hastaların %44'ünde, kateteri 96 saatten daha uzun süre kalan hastaların %33.7'sinde infiltrasyon geliştiği, ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Panadero ve ark. (2002)'nın araştırmasında intraoperatif ve postoperatif dönemde tek kateter takılan hastaların %40'ında 1. gün, %20'sinde 2. gün, %3.3'ünde 4. günde flebit görülmüştür. İki ayrı kateter grubundaki hastaların %17.4'ünde 1. gün, %8.7'sinde 2. günde flebit görülmüştür. Yapılan bir çalışmada IV kateterizasyon süresini 72 saatten 144 saate arttırmanın, flebit ve infiltrasyonda %1.3 oranında artmaya neden olduğu, kateterin 72 saatten sonra da güvenle yerinde bırakılabileceği saptanmıştır (Catney ve ark. 2001). Başka bir çalışmada, flebit oranı ile aracın kalış süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kateterizasyon süresi arttıkça flebit oranı da artmıştır (Curran ve ark. 2000). 1292 hastada toplam 3118 periferal kateter ile yapılan çalışmada, 24 saatten daha kısa süreyle kateter takılan hastaların %0.5' inde, 24 saat süreyle kateter takılan hastaların %3.2'sinde, 48 saat süreyle kateter takılan hastaların %3.5'inde, 72 saat süreyle kateter takılan hastaların %3.3'ünde, 96 saat süreyle kateter takılan hastaların %2.6'sında, 96 saatten daha uzun süreyle kateter takılan hastaların %12.5'inde flebit geliştiği saptanmıştır (Lai 1998). Avustralya'da 206 hastadaki toplam 368 kateterle yapılan bir çalışmada, hastanede yatan hastalarda 3 günde bir kateteri değiştirme ile sadece komplikasyon geliştiğinde kateteri değiştirme arasında bir fark olup olmadığı izlenmiş, sonuç olarak 3 günde bir kateteri değiştirmenin daha az komplikasyon gelişimine neden olmadığı saptanmıştır (Webster 2007). Diğer bir çalışmada İV kateterlerin uygulanma sayısı arttıkça komplikasyon gelişme oranının arttığı belirlenmiştir (Şelimen ve ark. 2002).

Kateter takılan klinik

CDC 'nin rehberde yansıttığı gibi, İV kateteri takan kişinin deneyimi, komplikasyon gelişme riskini etkileyebilir (Catney ve ark. 2001). İV kateteri acil serviste takılan hastaların %25'inde, pediatri kliniğinde takılan hastaların %53.7'sinde infiltrasyon geliştiği, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İV kateteri pediatri kliniğinde takılan hastalarda infiltrasyon gelişme oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonucun Pediatri Kliniğinde yatan çocuk hastaların özellikleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Aynı alanın IV girişim için kullanımı

Aynı alan İV girişim için ilk kez kullanılan hastaların %35.1'inde, tekrarlı kullanılan hastaların %82,4'ünde flebit geliştiği, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, aynı alan İV girişim için tekrarlı olarak kullanılan hastalarda flebit gelişme oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı alan İV girişim için ilk kez kullanılan hastaların %3.33'ünde, tekrarlı kullanılan hastaların %64.7'sinde infiltrasyon geliştiği, bu farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu, aynı alan İV girişim için tekrarlı olarak kullanılan hastalarda infiltrasyon gelişme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Uslusoy ve Mete (2008)'nin çalışmasında aynı bölge tekrarlı olarak kateter takmak için kullanıldığında, flebit oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız Uslusoy ve Mete (2008)' nin bu sonuçları ile paralellik göstermektedir. Uslusoy ve Mete (2008) tarafından kateterin yerinde kalma süresi arttıkça, flebit görülme oranının arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda kateterin yerinde kalma süresinin flebit gelişme oranını etkilemediği bulunmuş olup, bu sonuç Uslusoy ve Mete (2008)'nin sonuçlarından farklı bulunmuştur.

Verilen solüsyon türü

Çalışmamızda verilen sıvı türünün ve kateterin yerinde kalma süresinin flebit gelişme oranını etkilemediği bulunmuştur. Uslusoy ve Mete (2008)'nin çalışmasında sıvı verilmeyen hastaların %56.6'sında, izotonik verilen hastaların %44.7'sinde, hipertonik verilen hastaların %72.6'sında, izotonik + KCl verilen hastaların %63.6'sında flebit geliştiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Uslusoy ve Mete 2008). Sonuçlarımız Uslusoy ve Mete (2008)'nin sonuçlarından farklı bulunmuştur.

Verilen ilaç türü

Çalışmamızda verilen ilaç türünün flebit gelişimini etkilemediği bulunmuştur. Uslusoy ve Mete (2008)'nin çalışmasında ilaç verilmeyen hastaların %47.9'unda, antibiyotik dışında ilaç verilenlerin %58.5'inde, antibiyotikle birlikte diğer ilaç verilen hastaların %66.3'ünde, antibiyotik verilen hastaların %57.1'inde flebit geliştiği, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

İV kateter takılan bölgesi

Uslusoy ve Mete'nin (2008), yaptığı araştırmada İV pompalarını kullanılırken, flebit oranı 3 kat yüksek bulunmuştur. İlaç ve sıvı vermek amacıyla kateter takılan hastalarda flebit oranı daha yüksekti (%9), sadece sıvı vermek amacıyla kateter takılanlarda %6, sadece ilaç vermek vermek amacıyla kateter takılanlarda %7, damarın açık tutulması amacıyla kateter takılanlarda %3 olarak bulunmuştur (Curran ve ark. 2000). Başka bir çalışmada kateter büyüklüğünün ve İV yolla verilen ilaçların komplikasyon gelişmesini etkilemediği bulunmuştur (Şelimen ve ark. 2002).

İV infüzyona bağlı flebit gelişimine zemin hazırlayıcı faktörleri incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada, genel cerrahi kliniğinde yatan 355 hastadaki 568 İV kateter takılan hastaların infüzyon bölgesi her 24 saatte bir ve tedavinin bitiminden 48 saat sonrasında kadar izlenmiş, sonuç olarak dirsek çevresindeki venlere kateter takılmasının ve infüzyonlarda infüzyon pompası kullanımının flebit riskini arttırdığı saptanmıştır (Uslusoy ve Mete 2008). Çalışma sonuçlarımız tüm bu literatür bilgileri ile uyumlu değildir. Çalışma sonuçlarımızla parelik gösterecek şekilde, Uslusoy ve Mete (2008)' nin çalışmasında da hastaların yaşının ve cinsiyetinin flebit görülme oranını etkilemediği bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda; hastaların %64.9' una takılan İV kateterden kortikosteroid türü ilaç verildiği, %40.5'ine 1/3 İzomiks verildiği, %58.1'ine pump seti kullanılarak sıvı veya ilaç verildiği bulunmuştur. Hastaların %5.4' ünde 24 saat ve daha kısa süre, %14.9'unda İV kateter 48 saat, %13.5'inde 72 saat, %14.9'unda 96 saat yerinde bırakılmıştır. Hastaların %45.9'unda tedavi sonlandırıldığı, %4.1'inde tıkandığı için kateter çıkarılmıştır. Hastalara kateterin takıldığı kliniğin ve aynı bölgeye İV kateter takma sıklığının flebit gelişmesini etkilediği, aynı bölgeye İV kateter girişim sıklığının ise infiltrasyon gelişmesini etkilediği saptanmıştır. Hastaların %54.1'inde ise infiltrasyon geliştiği, %45.9'ünde flebit geliştiği saptanmıştır. Kateterizasyon süresi ile flebit şiddeti ve infiltrasyon şiddeti arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Hastaların %23'ünde 3. derecede şiddetinde flebit, %20.3'ünde ise 1. derecede infiltrasyon geliştiği saptanmıştır. Sonuç olarak çocuklarda tüm periferik intravenöz kateter komplikasyon riskinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma sonucunda; aynı hastalara takılan birden çok kateterlerin de örnekleme dahil edilerek, çalışmanın daha geniş bir örneklemde ve farklı gruplarda tekrarlanması, hastaların daha uzun süreli izlendiği çalışmaların yapılması önerilmektedir. Çocuk hastalarda kateterler komplikasyon gelişmedikçe çıkarılmamalıdır.

KAYNAKLAR

Bakır M ve Soysal A. Pediatride İntravasküler Katetere Bağlı Enfeksiyonlar. Pediatride Nazokomiyal Enfeksiyonlar. 1. Baskı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2003. 59-74.

Bernaerts K, Evers G, Sermeus W. Frequency of Intravenous Medication Administration To Hospitalised Patients: Secondary Data-Analysis of the Belgian Nursing Minimum Data Set. International Journal of Nursing Studies 2000; (37): 101-110.

Bowcutt M, Rosenkoetter MM, Chernecky CC, Wall J, Wynn D, Serrano C. Implementation of an Intravenous Medication İnfusion Pump System: İmplications For Nursing, Journal of Nursing Management 2008; (16): 188–197.

Catney MR, Hillis S, Wakefield B, Simpson L, Domino L, Keller S, Connelly T, White M, Price D. Wagner K. Relationship Between Peripheral Intravenous Catheter Dwell Time and the Development of Phlebitis and Infiltration, Journal of Infusion Nursing 2001; 24(5): 332- 341.

Chang KK, Chung JW, Wong TK, Learning Intravenous Cannulation: a Comparison of the Conventional Method and the CathSim Intravenous Training System, Journal of Clinical Nursing 2002; (11): 73-78.

Couzigou C, Lamory J, Ceron S.D ve ark Short peripheral venous catheters: effect of evidence-based guidelines on insertion, maintenance and outcomes in a university hospital. Journal of Hospital Infection 2005; (59): 197–204.

Curan E.T, Coia J.E, Gilmour H ve ark. Multi-centre Research Surveillance Project to Reduce Infections/phlebitis Associated with Peripheral Vascular Ccatheters, Journal of Hospital Infection 2000; (46): 194–202.

Çökmez A, Çökmez A, Gür S, Genç H, Deniz S, Tarcan E. Effect of Transdermal Glyceryl Trinitrate And Anti-Inflammatory Gel On Infusion Phlebitis, ANZ J. Surg 2003; 794–796.

Doeliman D, Hadaway L, Bowe-Geddes LA, Franklin M, LeDonne J, Papke-O'Donnell, Pettit J, Schulmeister L, Stranz M. Infiltration and Extravasation 2009; 32(4): 203-211.

Fujita T and Namiki N. Replacement of Peripheral Intravenous Catheters. Journal of Clinical Nursing 2008. (17): 2509–2510.

Groll D, Davies B, Mac Donald J, Nelson S, Virani T. Evaluation of the Psychometric Properties of The Phlebitis And Infiltration Scales For The Assessment of Complications of Peripheral Vascular Access Devices. J Infus Nurs 2010; 33(6): 385-90.

Gupta P, Ruchi R, Basu S, Faridi M. Life Span of Peripheral Intravenous Cannula in a Neonatal Intensive Care Unit of a Developing Country. Journal of Pediatric Nursing 2003;18(4): 287-292.

Infusion nursing standards of practice. Journal of Intravenous Nursing November/December 2000; 23(6): 1–88.

Karadağ A. Ven içi sıvı tedavisi: komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3(1): 39-47.

Karagözoğlu Ş.A. İntravenöz Sıvı Tedavisi Komplikasyonu Olarak Gelişen Tromboflebitte Hemşirelik Bakımı ve Sıcak-Soğuk Uygulamanın Yeri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5 (1): 18-25.

Lai KK. Safety of prolonging peripheral cannula and IV tubing use from 72 hours to 96 hours. AJIC Am J Infect Control 1998; 25(1): 66-70.

Lopez V, Malassiotis A, Chan WK, Ng F, Wong E. An Intervention Study to Evaluate Nursing Management of Peripheral Intravascular Devices, Journal of Infusion Nursing 2004; 27(5): 322-331.

Lundgren A, Ek A.C ve Wahren L Handling and Control of Peripheral Intravenous Lines. Journal of Advenced Nursing 1998; (27): 897-904.

Lundgren A, Wahren LK. Effect of Education on Eevidence-based Care and Handling of Peripheral Ntravenous Lines. Journal of Clinical Nursing 1999; (8): 577-585.

Myrianthefs P, Sifaki M, Samara I and Baltopoulos G. The Epidemiology of Peripheral Vein Complications: Evaluation of The Efficiency of Differing Methods For The Maintenance of Catheter Patency And Thrombophlebitis Prevention. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2005; 11(1): 85–89.

Oishi LA. Necessity of Routinely Replacing Peripheral Intravenous Catheters in Hospitalized Children, Journal of Intravenous Nursing 2001; 24(3): 174-178.

Panadero A, Iohom G, Taj J, Mackay N, Shorten G. A dedicated Intravenous Cannula for Postoperative Use Effect on Incidence and Severity 2002;(57): 921-925.

Rickard CM, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail MR, French V, Foster L, Gallagher P, Gowardman JR, Zhang L, McClymont A, Whitby M.Routine versus clinical replacement of peripheral intravenous Catheters: a Randomized Ccontrolled Equivalence Trial. www.thelancet 2012; 380, September 22, 1066-1074.

Shimandle R.B, Johnson D, Baker M ve ark. Safety of Peripheral Intravenous Catheters in Children. Infection Control and Hospital Epidemiology 1999; 20(11): 736–740.

Şelimen D, Eti Aslan F, Gürkan A, Zora A. İntravenöz kateterlerin Damardan Çıkarılma Nedenleri, Hemşirelik Forumu 2002; 5(2): 22-26.

Tagarakis V, Kahn S, Libman M, Blostein M. The Epidemiology of Peripheral Vein Infusion Thrombophlebitis: a Critical Review. American Journal of Medicine 2002; 113: 46–151.

Uslusoy E ve Mete S. Predisposing factors to Phlebitis in Patients With Peripheral Intravenous Catheters: a Descriptive Study. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2008; 20: 172–180.

Webster J, Lloyd S, Hopkins T ve ark. Developing a Research Base for Intravenous Peripheral Cannula re-sites (DRIP trial). A Randomised Controlled Trial of Hospital in-Patients. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 664–671.

Vries JH, Dorp W T, Barneveld PWC. A Randomized Trial of Alcohol 70% Versus Alcoholic Iodine 2% in Skin Disinfection Before Insertion of Pperipheral InfusionCcatheters. Journal of Hospital Infection, 1997; 36: 317-320.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2): 55-64, 2014

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUHSAL HASTALIKLARDAKİ BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

KNOWLEDGE ON NUTRITION RELATED TO MENTAL ILLNESS OF THE HEALTH CARE WORKERS WORKING PSYCHIATRY SERVICES

Doç.Dr.Ayşegül BİLGE* Yard.Doç.Dr.Reci MESERİ ** Prof.Dr.Hakan ÇOŞKUNOL ***
Doç.Dr.Ayşe OKANLI** Prof.Dr.Nazan AYDIN*******

Diyetisyen Müjgan ÖZTÜRK**** Ar.Gör.Hatice DURMAZ*********

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
**Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü
*** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.
****Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD.
*****Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.
****** KKTC Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi
*******Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD.

4 - 7 Ekim 2012 tarihlerinde Erzurum'da gerçekleşen II. Uluslararası VI.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Psikiyatri kliniklerinde çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklardaki beslenme ile ilgili bilgi düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan araştırma araştırmacıların bağlı bulunduğu hastanelerin psikiyatri servislerinde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yürütülmüştür. Örnek seçilmemiş bu servislerde görev yapan tüm sağlık çalışanları (hekim, hemşire, sağlık memuru, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı) araştırmaya katılmıştır. Değişkenler cinsiyet, yaş, meslek, maddi ve medeni durum, kendi beslenme alışkanlıkları ve ruhsal hastalıklarda beslenme ile ilgili bilgi düzeyidir. Bilgi düzeyinin ölçümü için doğru yanlış şeklinde 50 soru sorulmuş, her soru puan olarak değerlendirilmiştir. Beslenme bilgi puanı üçte birlik dilimlere ayrılmış, en üstteki üçte birlik dilime girenlerin bilgisi yeterli, diğerlerinin bilgisi yetersiz kabul edilmiştir. Veri, anket formu ile kliniklerde toplanmıştır. Analizde SPSS 15.0 yazılımı kullanılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların (n=73) %54.8'i hemşire, %35.6'sı hekim, %9.6'sı ise diyetisyen, sosyal çalışmacı ve psikologdur. Her gün katılımcıların %32.9'u yeşil yapraklı sebze, %54.8'i meyve tüketirken, haftada en az bir kere balık yiyenlerin oranı %48.0'dır. Çalışanların %87.7'i ise her gün çay, kola ya da kahve içmektedir. Ruhsal hastalıklarda beslenme bilgi puan ortalaması 23.2±7.1 (ortanca değer= 24) puandır. 26 kişinin (%35.6) bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur. En doğru yanıtlanan soru *'Beslenme ruh sağlığını etkiler'* dir(%95.9).

Katılımcılardan bir sosyal çalışmacı-psikolog (%16.7), sekiz hekim (%30.8), 16 hemşire (%40.0) ve 1 diyetisyen (%100.0) yeterli bilgiye sahip bulunmuştur.

Sonuç: Psikiyatri servislerinde görev yapan sağlık çalışanları ruhsal hastalıklar ile beslenme arasında bir ilişki olduğunun farkında olmakla birlikte, çalışanların beslenme ile ilgili bilgi düzeyleri yeterli değildir. Bu servislerde görev yapanlara ruhsal hastalıklardan korunmada ve ruhsal hastalıkların sağaltımında beslenmenin yeri ile ilgili eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, ruhsal hastalık, beslenme.

ABSTRACT

Objective: *It is to determine nutrition knowledge related to mentalillness of the health care workers in psychiatry services and the affecting factors.*

Methods: *Planned cross-sectionally, the study was conducted on the health care workers that work in the same hospitals as researchers do. All of the health care workers (physicians, nurses, dieticians, health officers, psychologists and social workers) were included in the study. Age, gender, occupation, economic and marital status, their nutritional habits and their knowledge on nutrition related to mental health and illness were questioned. Fifty true or false questions were asked in order to assess their nutritional knowledge and each question was one point. The total score than divided into tertiles and highest group was defined as 'sufficient' where the latter two were defined as 'insufficient'. Data was collected via questionnaire at the clinics. SPSS version15.0 used for analysis and p<0.05 was considered as significant.*

Results: *Among participants (n=73), 54.8% were nurses, and 35.6% were physicians. Among participants 32.9% had green leafy vegetables, 54.8% fruits daily, whereas 48.0% stated that they eat fish at least once a week. Most of the workers (87.7%) drink tea, coke or coffee daily. Mean of nutritional knowledge related to mental health and illness was 23.2±7.1 (Median:24) points. Among participants, 26 of them (35.6%) found to have sufficient knowledge. 'Nutrition can affect mental health' was the best known question (95.9%). Among participants, 1 social workers-psychologist (16.7%), 8 physician (30.8%), 16 nurse- health officer (40.0%) and 1 dietician (100.0%) had sufficient knowledge.*

Conclusion: *Even though health care workers working in psychiatry services are aware of that there is a relationship between nutrition and mental health, their knowledge on nutrition related to mental health was found insufficient. In service nutrition education on protection and treatment of mental health and illnesses should be given to the health care workers in these services.*

Key words: *Health care workers, mental illness, nutrition.*

GİRİŞ

Sağlıklı yaşam, organizmanın fizyolojik ve metabolik fonksiyonlarının yerine getirilmesi ile mümkündür. Yeterli ve dengeli beslenme ise, bu fonksiyonların düzenli bir şekilde sürdürülmesinde insanın temel ve öncelikli gereksinimidir. Besinlerin çeşitliliğinin bireyin hissettiklerini etkilediği, psikosomatik olarak gelişen baş ağrısı ya da karın ağrısından iyi bir beslenme programıyla kurtulmanın mümkün olduğu yine son bulgular arasındadır (Akçiçek 2005, Dede 2010).

Bireyin tam anlamıyla sağlıklı kabul edilmesinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden denge içerisinde bulunmasına bağlı olduğu düşünülürse, ruh sağlığı ve beslenme arasındaki ilişki daha iyi anlaşılabilir. Buna ilave olarak beynin biyokimyası da, pek çok ruhsal hastalıkların başlangıcının bedensel olduğunu desteklemektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde yoksulluk en önemli sorunlardan biridir. Dünyaya gelen çocukların büyük bir kısmı yoksulluk ve yoksulluğun getirdiği sağlık ve sosyal sorunlardan olumsuz yönde etkilenmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey ve dolayısıyla yetersiz beslenme düzeyi çocuğun bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimini sağlıklı bir biçimde sürdürmesine engel olmaktadır (Duncan ve Brooks-Gunn 1997, Kaya ve ark. 2006)**.** Çeşitli psikososyal sorunlara yol açmasının yanı sıra yoksulluğun iyi bilinen etkilerinden birisi de zihinsel gelişmeyi olumsuz etkilemesidir. Bunun hem biyolojik hem de ev içi ortamına ait nedenleri vardır. Öncelikle kronik açlığın gelişmekte olan beyin dokusunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (Hatun 2005). Beslenme durumu yaşamın her döneminde büyük öneme sahiptir ve beslenme yetersizliği gelişimin farklı basamaklarında farklı ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Örneğin; annedeki D vitamini yetersizliğinin fetusta beyin gelişimini olumsuz etkileyebileceği ve bu durumun şizofreni için bir risk faktörü olabileceği ileri sürülmüştür (Özen ve Haspolat 2003). Uzun süren demir eksikliğinin entellektüel gelişmeyi olumsuz etkilediği, bunun geri dönüşsüz olabileceği ve ağır demir eksikliğinin hafif derecede mental geriliğe neden olduğu bilinmektedir (Hatun 2002). Demanslı hastalarda ise güneş ışığı veya D vitamininin yetersizliği daha belirgin olmaktadır (Özen ve Haspolat 2003). Beslenmenin yetersiz ya da yanlış olması sadece hasta bireylerde değil sağlıklı bireylerde de sorunlara yol açmaktadır. Sağlıklı gönüllülerle yapılan bir çalışmada, vitamin D3'ün kış aylarında pozitif duygudurumu artırdığı, negatif duygudurumu azalttığı bulunmuştur (Özen ve Haspolat 2003).

Sonuç olarak psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, demans ve zihinsel engellilik gibi pek çok ruhsal hastalıkta iyilik haline ulaşmada beslenmeye yönelik sağlık çalışanlarının bilgilerinin belirlenmesi önemlidir**.** Bu nedenle beslenme ve ruh sağlığını farklı bir bakış açısıyla ortaya koymak amacıyla Psikiyatri kliniklerinde çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklardaki beslenme ile ilgili bilgi düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamak için bu araştırma yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, kesitsel tipte olup,15 Mayıs–15 Temmuz 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Türkiye'deki iki üniversite hastanesinin ruh sağlığı ve hastalıkları ana bilim dalı (s=52+22) ve Kıbrıs'taki bir ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde (s=55) görev yapan sağlık çalışanları oluşturmuştur. Tüm evrene ulaşılmak istendiğinden evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, bu servislerde görev yapan veri toplandığı sırada hastanede bulunan, araştırmaya katılmaya istekli olan, toplam 73 (s=30+18+25) sağlık çalışanı ile (hekim, hemşire, sağlık memuru, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı) araştırma yapılmıştır. Katılım oranı %57'dir.

Veri Toplama Araçları

Bilgi düzeyinin ölçümü için bugünkü kaynaklar ışığında araştırmacılar tarafından hazırlanmış, doğru yanlış şeklinde 50 bilgi sorusu sorulmuş, her soru bir puan olarak değerlendirilmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 50, en düşük puan 0'dır. Yanlış verilen yanıtlar beslenme bilgi puanını etkilememiş, doğru yanıtlanan sorulardan alınan toplam puan beslenme bilgi puanını oluşturmuştur. Beslenme bilgi puanı üçte birlik dilimlere ayrılmış, en üstteki üçte birlik dilime girenlerin bilgisi yeterli (29 ve üstü puan alanlar), diğerlerinin bilgisi yetersiz kabul edilmiştir. Veri, anket formu ile kliniklerde yüz yüze görüşme ile toplanmıştır

Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ile sınıflanmış veri ise sayı-yüzde tablolarıyla sunulmuştur. Çözümleme yöntemi olarak ki-kare kullanılmış, anlamlılık için sınır değer $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Etik

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için kurum izinleri ve çalışmaya katılan bireylerin bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

BULGULAR VE YORUM

Çalışmaya üç hastaneden 73 çalışan katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 34.0 ±7.9 yıldır. Katılımcıların %82.2'si kadın ve %57.5'i evlidir. %52.1'i lisans, %32.9'u lisansüstü eğitim almıştır. Yaklaşık dörtte biri (%23.3) gelirinin giderinden düşük olduğunu belirtmiştir. Çalışanların %54.8'i hemşire, %35.6'sı hekimdir.

Katılımcıların %95.9'u beslenmenin ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu, %82.2'si ruhsal hastalıklardan korunmada beslenmenin önemli olduğunu, %89.0'ı hastalarına beslenme önerilerinde bulunduğunu belirtmiştir. Katılanların beşte biri (%21.9) kişilik bozukluğunda, yaklaşık yarısı (%41.1) anksiyete bozukluğunda, üçte ikisinden fazlası (%69.9) duygudurum bozukluklarında beslenme ile ilgili önerilerde bulunduklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların günlük beslenme alışkanlıkları incelendiğinde, %75.3'ü bir süt ürünü, %35.6'sı kepekli ekmek, %32.9'u yeşil yapraklı sebze, %54.8'i meyve, %54.8'i zeytinyağı tüketirken, haftada en az 3-4 kez ceviz, fındık badem tüketenlerin oranı %49.3'tür. Haftada en az bir kere balık yiyenlerin oranı ise %48.0'dır. Çalışanların %87.7'i ise her gün çay, kola ya da kahve içmektedir ancak dört tanesi her gün hem çay, hem kahve hem de kola içtiğini belirtmiştir.

Ruhsal hastalıklarda beslenme bilgi puan ortalaması 23.2±7.1 (ortanca değer= 24) olup, alınan en düşük puan 8, en yüksek puan 36'dır. Katılımcılar bilgi düzeyi açısından üçte birlik dilimlere ayrılmışlar en üstteki üçte birlik dilime girenlerin (29 ve üstü puan alanların) bilgisi yeterli kabul edilmiştir. Bu durumda 26 kişinin (%35.6) bilgisi yeterli bulunmuştur.

Tablo 1. Ruhsal Hastalıklarda Beslenme İle İlgili Bilgi Sorularının Dağılımı

	En iyi bilinen maddeler		**En kötü bilinen maddeler**	
	Madde	**%**	**Madde**	**%**
1.	Beslenme ruh sağlığını etkiler *(Doğru)*.	95.9	Günlük omega 6 tüketimi ruh sağlığını hastalıklardan korur *(Yanlış)*.	5.5
2.	Ruhsal hastalıklarda yeme alışkanlıkları değişir *(Doğru)*.	93.2	Tüm gıda maddelerinde glutamik asit veya tuzlarının kullanım limiti 10 g/kg dır *(Doğru)*.	8.2
3.	Antipsikotikler kiloda artış yapar *(Doğru)*.	90.4	Nişasta Bazlı Şeker (NBŞ) yiyeceklerin lezzetini arttırır ve pirinçten elde edilir *(Yanlış)*.	12.3
4.	Omega-3 içeren yağlar balık, her türlü deniz ürünleri, soya, badem, cevizden elde edilir *(Doğru)*.	86.3	Manide yüksek Vanadyum düzeyli diyet verilir *(Yanlış)*.	13.7
5.	C vitamini brokoli, turunçgiller, lahana, kivide bulunur *(Doğru)*.	82.2	Gebeliğin ilk üç ayında yetersiz folik asit alımı şizofrenik bozukluk riskini arttırmaktadır *(Doğru)*.	19.2
6.	Ruh sağlığı için en önemli vitaminler B komplex vitaminlerdir *(Doğru)*.	74.0	Yapay glikoz tüketimi öfkeyi arttırır *(Doğru)*.	19.2
7.	Yiyeceklere ilave edildiğinde, o yiyeceğin tadının beyin tarafından güzel ve lezzetli olarak algılanmasını sağlayan katkı maddeleri vardır *(Doğru)*.	72.6	Lityum yan etkisine karşı çinkolu ve düşük yağlı beslenme önerilir *(Doğru)*.	21.9
8.	Depresyonda küçük öğünler halinde az ve sık yenilmelidir *(Doğru)*.	71.2	Sık sık gereksiniminden az yiyecek tüketmek benlik saygısının düşüklüğünü gösterir *(Doğru)*.	21.9
9.	Stres karbonhidrat açlığına neden olur *(Doğru)*.	68.5	Manide uyku sürecinde azalma, kilo artışına neden olur *(Doğru)*.	24.7
10.	Anksiyete kilo artışına neden olur *(Doğru)*.	63.0	Şizofrenide kilo vermede metformin kullanılmaktadır *(Doğru)*.	27.4

Tablo 1'de gösterildiği gibi en sık doğru yanıtlanan soru 'Beslenme ruh sağlığını etkiler' (%95.9) iken, en az doğru yanıt 'Günlük omega 6 tüketimi ruh sağlığını hastalıklardan korur' (% 5.5)'dır. Verilen yanıtlar incelendiğinde, daha genel beslenme sorularının daha doğru yanıtlandığı ancak ruhsal hastalıklarda beslenme ve ruh

sağlığında kullanılan sağaltım yöntemleri ile ilgili beslenme sorularının daha az oranda doğru bilindiği saptanmıştır.

Tablo 2. Sosyo-Demografik Etmenler İle Bilgi Düzeyi İlişkisi

Sosyo-demografik özellikler		Bilgi düzeyi				
		Yeterli değil		Yeterli		X^2_{Yates}
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek olma	7	53.8	6	33.3	0.524*
Yaş	29 yaş ve altı	18	69.2	8	30.8	0.057**
	30-44 yaş	27	69.2	12	30.8	
	45 yaş ve üstü	1	14.3	6	85.7	
Eğitim	Lise-ön lisans	6	54.5	5	45.5	0.340**
	YO- Üniversite	24	63.2	14	36.8	
	Lisansüstü	17	70.8	7	29.2	
Evlilik durumu	Evli olma	25	59.5	17	40.5	0.446
Meslek	Hekim	18	69.2	8	30.8	0.617***
	Hemşire-SM	24	60.0	16	40.0	
	Sosyal Çalışmacı -Psikolog	5	83.3	1	16.7	
	Diyetisyen	0	0.0	1	100.0	

(*) Fisher'in kesin testi (iki yönlü), (**)$X^2_{Eğim}$, (***) Çözümlemede Hekim - Hemşire/SM karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 2'de gösterildiği gibi sosyo-demografik değişkenler bilgi düzeyini anlamlı olarak etkilememiştir. Hemşirelerin üçte birinden biraz fazlası (%40.0), hekimlerin ise %30.8'inin, yeterli bilgiye sahip olması, sosyal çalışmacı ve psikologların biri dışında tümünün bilgisi yetersiz olarak belirlenmiştir.

Beslenme ruh sağlığını etkilemez diyen üç kişiden ikisinin, beslenme ruhsal hastalıklardan korunmada etkili değildir diyen 13 kişiden dokuzunun (%69.2) yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı saptanmıştır.

TARTIŞMA

Günümüzde beslenmenin beden sağlığına etkisi ile ilgili yayınlar fazla ancak ruh sağlığına etkisi ile ilgili yayınlar yeterli değildir. Oysaki insanoğlu sağlıklı ya da hasta olsun son zamanlarda beslenmeyi ruh sağlığında da kullanmaya başlamıştır. Çünkü beslenme, ruhsal hastalıklar oluşumunu, sağaltımını ve ilaçlarını etkilemektedir (Van Der Kamve ark. 2001, Bilge ve Meseri 2012). Araştırmaya üç hastaneden 73 ruh sağlığı

ve hastalıkları klinik çalışanları katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 34.0 ±7.9, %54.8'i hemşire, %35.6'sı hekimdir. Katılımcıların %95.9'u beslenmenin ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu, %82.2'si ruhsal hastalıklardan korunmada beslenmenin önemli olduğunu, %89.0'ı hastalarına beslenme önerilerinde bulunduklarını belirtmişlerdir. Sağlıklı yaşam, organizmanın fizyolojik ve metabolik fonksiyonlarının yerine getirilmesi ile mümkündür. Yeterli ve dengeli beslenme ise, bu fonksiyonların düzenli bir şekilde sürdürülmesinde insanın temel ve öncelikli gereksinmesidir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığı korumada olduğu kadar hastalıkların tedavilerinde de önemli rol oynar (Wunderlich ve Tobias 1992). Sağlık kavramı bedensel ve ruhsal iyiliği içerir. Ruh sağlığı ve hastalıkları profesyonellerinin hastalarına sağlıklı beslenme önerisinde bulunmaları, hastalarının sağlıklı yaşamı öğrenmeleri açısından değerlidir.

Araştırmaya katılanların üçte ikisinden fazlası (%69.9) duygudurum bozukluklarında, yaklaşık yarısı (%41.1) anksiyete bozukluğunda ve beşte biri ise (%21.9) kişilik bozukluğunda beslenme ile ilgili hastalarına önerilerde bulunduklarını belirtmişlerdir. Beslenme desteği sadece ruh sağlığının sürdürülmesi için değil, ruhsal hastalıkların sağaltımında ve ilaçların yan etkilerini azaltmada da kullanılmaktadır (Bilge ve Meseri 2012). Beden kitle indeksi ve ruhsal hastalık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada; zayıf erkeklerde anksiyete bozukluklarının, şişman erkeklerde madde kullanım bozukluklarının, şişman kadınlarda duygudurum bozukluklarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ruhsal hastalık, hastalığın şiddeti, cinsiyet ve yaş düzeyi gibi değişkenlerin beden kitle indeksini etkilediği belirtilmiştir (Mclaren ve ark. 2008). Niasin eksikliği gibi bazı vitamin eksikliklerinin ise depresyonla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (De La Jara ve ark. 2004). Beslenme şeklinin ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasını etkilediği ve özellikle beden imajına da etkisi olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızda diğer araştırma sonuçları ile ilişkili olarak, sağlık profesyonellerinin duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olan hastalara, beslenme önerilerinde bulunmasının, hastalığın nedeni ve hastalığın ardından gelişebilecek bedensel değişikliklerin bir sonucu olarak, hastanın beslenme şeklinin risk taşımasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının haftada en az bir kere balık yiyenlerin oranının %48.0 olduğu belirlenmiştir. Omega 3 yağ asitleri keten tohumu, ceviz ve özellikle planktonlar ile yağlı balıklarda bol miktarda bulunur. Omega 3 yağ asitlerinden olan DHA, insan beynindeki hücrelerin yenilenmesine yardım eder ve beyin ile retina hücrelerinin çoğalmasını sağlar. Bu hücrelerde DHA seviyesinin düşmesi, depresyon, hafıza kaybı, şizofreni ve görme bozuklukları gibi problemlerin ortaya çıkmasına yol açar (Kaya ve ark. 2004). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde sağlıklı beslenme için haftada en az iki kere balık yenilmesi önerilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı 2004). Bir araştırmada haftada en az iki kez balık tüketenlerde depresyon riskinin %37, intihar eğiliminin ise %43 oranında azaldığı belirlenmiştir (Kaya ve ark. 2004). Katılımcıların yarısı (%54.8) her gün meyve, üçte biri (%32.9) yeşil yapraklı sebze yediğini belirtmiştir, oysa yeterli ve dengeli beslenmede her gün taze meyve-sebze yenmesi önerilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı 2004). Taze sebze meyve tüketilmesi vitamin ve minerallerin yeterli alınması için gereklidir. Meyveler özellikle antioksidan vitaminler

açısından, yeşil yapraklı sebzeler ise kalsiyum, magnezyum, potasyum gibi minerallerden ve folik asitten zengindir. Halloperidol sağaltımı alan şizofrenili hastalarda yapılan bir pilot çalışmada, sağaltıma ek olarak omega-3 yağ asitleri, antioksidan vitaminlerden C vitamini ve E vitamini verilmesinin hem şizofrenik bulguları hem de ilacın yan etkilerini azalttığı saptanmıştır (Mazlum 2012). Yapılan başka bir çalışmada Akdeniz tipi beslenen toplumlarda depresyon sıklığının daha az olduğu, depresyonda olan bireylerde demir, selenyum, folat, B12 düzeylerinin olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Shi ve ark. 2010). Araştırmada katılımcıların %87.7'sinin her gün çay, kola ya da kahve içtiği belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada 16 yaş ve üstü bireylerde günde yarım litreden fazla meşrubat içenlerde depresyon, stres kaynaklı sorun ya da özkıyım fikrine sahip olma sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Shi ve ark. 2010). Yapılan başka bir kesitsel çalışmada ise toplumda yaşayan şizofrenili bireylerde kafein alımının yüksek olduğu saptanmıştır (Strassnig ve ark. 2006). Winston ve ark. (2005)'nın hazırladığı bir derlemede kafeinin dünyada en yaygın kullanılan psikoaktif ilaç olduğu ancak psikiyatristlerin hastalarında kafein alımını sorgulamadıklarına vurgu yapılmıştır. Tüm bu bulgular psikiyatri kliniğinde görev yapan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklarla ilintili konularda bile kendi beslenmelerini önemsemediklerini göstermektedir. Oysaki psikiyatri kliniğinde görev yapan sağlık çalışanları tarafından sağlıklı beslenmenin bilinmesi ve uygulanması durumunda hem kendi sağlıkları hem de hizmet sundukları ruhsal sorunlu bireylerin sağlıklarını koruyacakları ve geliştirecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların ruh sağlığı ve hastalıklarında beslenme bilgi puan ortalaması 23.2±7.1 (ortanca değer= 24), alınan en düşük puanın 8, en yüksek puanın 36 olduğu belirlenmiştir. En sık doğru yanıtlanan soru *'Beslenme ruh sağlığını etkiler'* (%95.9 doğru yanıt) iken, en az doğru yanıt *'Günlük omega 6 tüketimi ruh sağlığını hastalıklardan korur'* (%5.5 doğru yanıt)'dır. Bir araştırmada beslenme durumu ve depresyon hastalığının birbiri ile ilişkili olduğu ve özellikle klinisyenlerin beslenmenin depresyona etkisinin olduğunu bilmeleri gerektiği vurgulanmıştır (Phillips 2010). Bir başka çalışmada 'zayıflatma diyetlerinin' bilişsel problemlere neden olabileceği bu doğrultuda da ciddi ruhsal hastalıkları tetikleyeceği bildirilmiştir (Brown ve ark. 2011). Bu sonuçlar doğrultusunda ruh sağlığı ve hastalıkları çalışanlarının beslenmenin ruh sağlığına etkisi olduğunu düşündükleri ancak bu konuda bilgiye gereksinim duydukları söylenebilir. Diğer yandan literatürde psikiyatri sağlık profesyonellerinin 'beslenme ve ruh sağlığı' ile ilişkili bilgilerini değerlendiren araştırmalara ulaşılamamış olup, bu araştırma bu nedenle önemlilik arz etmektedir.

Katılımcılardan diyetisyen (%100.0), hemşire (%40.0) ve hekim (%30.8) yeterli bilgiye sahipken, sosyal çalışmacı ve psikologların bilgisi (%16.7) yetersiz olarak saptanmıştır. Bir araştırmada ruhsal hastalığı olan kişilerin beslenme durumlarının risk altında olduğu vurgulanmış, bu sorunu çözmek için, Kanada Ortak Ruh Sağlığı Girişimi (CCMHI) ve Kanada Diyetisyenler Birliği bir araya gelmiş ve birinci basamakta görev yapan diyetisyenlerin (RD-registered dietitians) görevlerini açıklayan bir araç geliştirmişlerdir (Davison 2006). Araştırma bulgusu sağlık çalışanlarının beslenme ve

ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili net ölçütlere gereksinim duyduklarını göstermekte olup, bu ölçütlerin gerçekleştirilmesi durumunda alanda çalışan meslek gruplarının bilgilerinin artacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; psikiyatri kliniklerinde çalışan sağlık çalışanları beslenme ve ruh sağlığı arasında bir ilişki olduğunun farkındadır ancak çalışanların beslenme ile ilgili bilgi düzeyleri yeterli değildir. Bu servislerde görev yapanlara, ruhsal hastalıklardan korunmada ve ruhsal hastalıkların bakımında beslenme ile ilgili eğitimler verilmelidir. Günümüzde sık görülen ruhsal hastalıkların oluşumunun önlenmesinde, sağaltımında ve ilaç yan etkilerinin azaltılmasında beslenme desteğinden yararlanılabilir. Sağlık ekibinin ruhsal hastalıklarda beslenme konusunda eğitilmesi ve topluma danışmalık yapması son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

Akçiçek T.Fiziksel Egzersizin İş Stresi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2005. Bilge A, Meseri R. Ruh sağlığı ve hastalıklarında beslenme. VIII. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongre Kitabı, 2012, Antalya, 315-16.

Brown C, Goetz J, Hamera E.Weight Loss Intervention for People With Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial of The Renew Program. Psychiatr Serv 2011; 62:800–802.

Davison K.Primary Health Care, Mental Health, and the Dietitian's Role. Can J Diet Pract Res2006; Autumn; Suppl, 47-53.

Dede ND.Tip 2 Diyabetli Hastalarda Profesyonel Egzersizin Oksidatif Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini İnceleyen Klinik Çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi - Meram Tıp Fakültesi - İç Hastalıkları Anabilim Dalı;2010.

De La Jara G, Pécoud A, Favrat B.Musculoskeletal Pain İn Female Asylum Seekers And Hypovitaminosis D3. British Medical Journal 2004; 329, 156–157.

Duncan GJ, Brooks-Gunn J. Consequences of Growing up Poor. New York, Russell Sage Foundation:1997.

Hatun Ş. Çocuk Hakları Sözleşmesinin 13. Yılında Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi:2002.

Kaya Y, Duyar HA, Erdem ME. Balık Yağ Asitlerinin İnsan Sağlığı İçin Önemi. E.Ü. Su Ürünleri Dergisi 2004; 21(3-4):365-70.

Kaya M, Özcan Ö, Kaya B. Malatya İl Merkezinde Farklı Sosyoekonomik Koşullardaki İki İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Ruhsal Uyum Taraması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:157-161.

Mazlum B.Antioksidan Vitaminler ve Psikiyatride Kullanımı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(4):486-505.

Mclaren L, Beck CA, Patten SB et al. The Relationship Between Body Mass İndex and Mental Health a Population-Based Study of The Effects of The Definition of Mental Health. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; Jan 43(1):63-71.

Özen Ş, Haspolat K. D Vitamini, Kalsiyum, Kemik Metabolizması ve Psikiyatrik Bozukluklar. Klinik Psikiyatri 2003; 6:102-113.

Phillips RM Nutrition and Depression in the Community-Based Oldest-Old. 2010; 30(8):462-71.

Shi Z, Taylor AW, Wittert G et al.Soft Drink Consumption and Mental Health Problems among Adults in Australia. Public Health Nutrition 2010; 13(7), 1073–1079.

Strassnig M, Brar SJ, Ganguli R. Increased Caffeine and Nicotine Consumption in Community-Dwelling Patients with Schizophrenia. Schizophr Res 2006; 86:269–275.

TC. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. erişim tarihi:15 Mayıs 2013, http://www.beslenme.gov.tr/content/files/ yayinlar /kitaplar/ diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf

Van Der Kam S, Jong K De, Mulhern M.Mental Health Needed For Caring Capacity. Field Exchange: 2001.

Winston AP, Hardwick E, Jaberi N.) Neuropsychiatric Effects of Caffeine. Advances in Psychiatric Treatment 2005; 11, 432–439.

Wunderlich MS, Tobias A.Relationship Between Nutritional Status Indicators and Lenght of Hospital Stay for Patients With Diverticular Disease. J Am Diet Assoc 1992; 92: 429-433.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2) : 65-78 2014

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE ENGELLİ ÇOCUKLAR

CHILDREN WITH HANDICAP IN TURKEY AND WORLD

Araş. Gör. Elif BİLSİN* **Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL***

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Engellilik insanlığın bir parçasıdır. Küresel Hastalık Yükü (2004) verilerine göre dünya nüfusunun %15.3'ü orta veya şiddetli derecede engellidir, Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) sonucuna göre engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur. Bu makalede engelli bireylere bakım verecek olan sağlık profesyonelleri arasında önemli bir yeri olan hemşirelere, dünyada ve ülkemizde engelliliğin kabul görmüş tanımları, sınıflandırılması, engelli çocuklar ile ilgili sayısal verileri, dünyada ve ülkemizde engelli çocukların hakları, eğitim ve sağlık durumları hakkında bilgi verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Engelli Çocuklar, Engellilik Tanımı ve Sınıflandırılması, Hakları, Yönetmelikler, Eğitim

ABSTRACT

Disability is part of the human condition. The analysis of the Global Burden of Disease 2004 data for this Report estimates that 15.3% of the world population had moderate or severe disability. According to Turkey Disability Survey (2002) disability is 12.29 % of the total population. The aim of this study is to give information nurses who scaring handicap person and are important place between health professional about accepted classification and definitions of handicap in our country and world, statistical datas of children with handicap, rights of children with handicap in Turkey and world, education and health condition of children with handicap.

Key Words: *Children with Handicap, Definition and Classification of Handicap, Rights, Regulations, Education.*

GİRİŞ

Engellilik insanlığın bir parçasıdır. İnsanların çoğu hayatının bir döneminde geçici veya kalıcı bir yetersizlik yaşayabilir ve yaşadıkları süre içerisinde fonksiyonlarında giderek artan zorluklarla karşılaşabilir (WHO 2011).

Engelli çocuk ve ailesiyle hastanede, toplum sağlığı hizmetlerinde ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan hemşirelerin, engelliliğin önlenmesi, erken tanılanması, aileye ve çocuğa bakım verme gibi önemli girişimleri bulunmaktadır. Hemşirenin her bir çalışma alanında ayrı rol ve görevleri olmasına karşın değişmeyen

bakım verici, savunucu, eğitici, araştırıcı, yönetici ve lider rolleri bulunmaktadır (Çavuşoğlu 2008). Bu nedenlerden dolayı hemşireler, engellilik tanımları, engelli çocuklar ve ailelerinin yasal haklarını bilmelidirler.

Bu makalede engelli bireylere bakım veren ve sağlık profesyonelleri arasında önemli bir yeri olan hemşirelere, dünyada ve ülkemizde engelliliğin kabul görmüş tanımları, sınıflandırılması, engelli çocuklar ile ilgili sayısal veriler, dünyada ve ülkemizde engelli çocukların hakları, eğitim ve sağlık durumları hakkında bilgi verilmiştir.

Engellilik Tanımları ve Sınıflandırılması

Yetersizlik, özürlülük ve engellilik kavramları birbirlerinin yerine kullanılmakta ve tanımlamaları da çeşitlilik göstermektedir. Fakat bu kavramlar birbirinden farklı anlamlar taşımaktadır (Çağlar 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu kavram karmaşasını önlemek, çeşitli disiplinler ve bilim alanlarında sağlık ve tıbbi bakımla ilgili dünya çapında iletişimi sağlayan standart, ortak bir dil oluşturmak amacıyla uluslararası çeşitli sınıflandırmalar geliştirmiştir (WHO 2001).

İlk olarak DSÖ 1980 yılında Yetersizlik, Özürlülük ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH) isimli bir sınıflama sistemini geliştirmiştir.

ICIDH, özürlülük olgusunu 3 kategoride ele almıştır:

Yetersizlik (Impairment): Vücudun zihinsel, fiziksel veya işlevsel bozukluğudur. Yetersizlik doku, organ, ekstremite, fonksiyonel sistem ya da vücut mekanizmasındaki psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapı ve fonksiyonların geçici, sürekli kaybı ya da anormalliğini ifade eder.

Özürlülük (Disability): Yetersizlik sonucu fonksiyonel kapasitede azalma ya da kayıptır. Yetersizlik sonucu günlük aktiviteleri içeren beklenen davranış ve fonksiyonlarda eksiklik ya da aşırılıktır.

Engellilik (Handicap): Bir yetersizlik ya da özürlülük sonucu oluşan, toplum tarafından kişiden beklenen bireysel performans veya durumdan sapmaya neden olan toplumsal bir bozukluk olarak ifade edilir. Engellilik, yetersizlik ve özürlülüğün sosyal ve çevresel sonuçlarıdır (Minaire 1992).

1980'lerden günümüze özürlülük konusuna yaklaşımların teorik olarak farklılaşması (Erbil Erdugan 2010) nedeniyle ve ICIDH özürlülük sınıflandırmasının oluşturduğu sakatlık ve damgalanmanın sosyal algısını değiştirebilmek için DSÖ 2001 yılında İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) sistemini geliştirmiştir (WHO 2001). Birleşmiş Milletler (BM), 2001 yılından itibaren bu sınıflandırma sistemini, ICIDH sınıflandırma sisteminin yerine kullanmaya başlamıştır. ICF'e (2001) göre belirlenen ve araştırmalarda kullanılması önerilen özür türleri listesi:

1. Görme
2. İşitme
3. Öğrenme ve öğrendiklerini uygulama
4. Zihinsel fonksiyonlar

- Dikkat fonksiyonu
- Bellek fonksiyonu
- Düşünme fonksiyonu
- Yüksek düzeyde bilişsel fonksiyonlar

5. Günlük gereksinimlerini karşılama
   - Günlük gereksinimlerini yönetme
   - Günlük gereksinimlerini tamamlama
6. İletişim kurma
   - Alma
   - Üretme
7. Beden duruşunu değiştirme ve sabit tutma
8. Eşyaları tutma, hareket ettirme, taşıma
   - Eşyaları kaldırma ve taşıma
   - Parmaklarını kullanma
   - Ellerini ve kollarını kullanma
9. Yürüme ve hareket etme
   - Yürüme
   - Çevrede gezinme
10. Öz bakım
    - Yıkanma
    - Bedensel bakım
    - Tuvaletini yapma
    - Giyinme
    - Yemek yeme
    - İçme
11. Temel yaşam aktiviteleri
    - Eğitim
    - Çalışma
12. Toplumsal, sosyal ve sivil yaşam
    - Toplum yaşamı
    - Eğlence ve boş zaman
    - Dini ve ruhsal yaşam (Mbogoni ve Me 2002).

ICF sadece engelli kişilerle ilgili değil, aslında tüm insanlarla ilgilenen evrensel bir sınıflandırmadır. Bütün sağlık koşulları ile ilişkili sağlıkla ilgili durumlar ICF kullanılarak tanımlanabilir. ICF, her biri iki bileşeni içeren iki bölümden oluşur:

1.Bölüm: İşlevler ve Yetiyitimi
(a) Vücut İşlevleri ve Yapıları
(b) Etkinlikler ve Katılım
2. Bölüm: Bağlamsal Etmenler
(c) Çevresel Etmenler
(d) Kişisel Etmenler (WHO 2001).

Özetle ICIDH'in (1980) "hastalık sonuçları" ICF (2001) tarafından "sağlık bileşenleri"nin sınıflandırılmasına dönüştürülmüştür. "Sağlık bileşenleri" sağlığın

içeriğini tanımlarken, "sonuçlar" sağlık durumu veya hastalık sonucunda ortaya çıkan etkileri tanımlar (WHO 2001).

Ülkemizde ise engellilik ifade edilirken "hasta, sakat, âmâ, özürlü, sağır" gibi deyimlerin kullanılması, engelliliğin bireye özgü tıbbi bir sorun olarak kabul edildiğini, etiketlendiğini ve olumsuz olarak anlaşıldığını göstermektedir. DSÖ, ICF sınıflandırmasına ve BM Engelli Hakları Sözleşmesi'ne göre, engellileri aşağılamanın ilk olarak dilden geçtiği ve bilinçli olarak etiketlemeden kaçınılması gerektiği vurgulanmasına rağmen, "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" ve eklerinin ICF sınıflama sistemiyle tam uyumlu olmaması nedeniyle 2005 yılında kabul edilen Özürlüler Yasası'nda ve Türkiye'deki mevzuatta hâlâ engelli kavramı yerine özürlü kavramı kullanılmaktadır. Bu sebeplerden dolayı ülkemizde Özürlüler Araştırması Sınıflandırılması'nda (2002) engellilik ortopedik özürlü, görme özürlü, dil ve konuşma özürlü, zihinsel özürlü ve süreğen hastalık olarak 6 grupta sınıflandırılmıştır (Çağlar 2011).

Dünyada ve Türkiye'de Engelli Çocuklar İle İlgili Sayısal Veriler

Bazı ülkelerde ve ülkemizde ICF sınıflandırma sistemi kullanılmadığı için yapılan çalışmalar ve sayısal verilerde engelli ve özürlü kavramları, ülkelerin benimsediği sınıflandırma sistemlerine göre kullanılmakta ve literatürde ortak bir dil birliği sağlanamamaktadır. Bu yüzden sayısal veriler yapılan çalışmalarda kullanılan kavramlara göre verilmiştir.

Küresel Hastalık Yükü (2004) verilerine göre dünya nüfusunun %15.3'ü "orta veya şiddetli derecede özürlü", %2.9'u "ağır özürlü", 0-14 yaş arasındaki çocukların ise %0.7- %5.1'inin özürlü olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2011). Dünyada engelli bireylerin sayısal verileri ile ilgili olarak; Namibya Ulusal Özürlülük (2003) verilerine göre nüfusun %1.62'si engelli ve 5 yaş ve üzerindeki bireylerin %53.8'i mental, öğrenme, görme, işitme, iletişim engeline sahiptir (Eide ve ark. 2003). Yeni Zelanda Özürlüler Araştırmasına (2006) göre nüfusun %17'sinin ve 15 yaşın altındaki çocukların ise %10'unun engelli olduğu, engelli çocukların %39'unun kronik hastalığa sahip, %21'inin psikolojik ya da psikiyatrik engeli bulunduğu (http:/ /www.stats. govt. nz/browse_for_stats/health/ disabilities.aspx), Kanada Özürlüler Araştırmasına (2006) göre ise, nüfusun %14.3'ünün, 14 yaş ve altı çocukların %3.7'sinin engelli olduğu, 5-14 yaş arasındaki çocukların %54.1'inin iletişim, %5'inin kronik hastalık, %6.3'ünün öğrenme, %3.1'inin duygusal, %1'inin işitme, %0.8'inin görme ve %0.8'inin ise fiziksel engelli olduğu bildirilmiştir (http:// www. hrsdc. gc.ca/ eng/ disabilityissues/ reports/ disability_profile/2011/ disability_profile.pdf).

Türkiye'deki engellilere yönelik sayısal veriler incelendiğinde, verilerin değişmediği görülmektedir. Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) sonucuna göre özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2010) tarafından yapılan özürlülerin sorun ve beklentileri araştırmasına göre ise 0–6 yaş grubundaki çocukların %25.1'inin dil ve konuşma özürlü, %9.6'sının işitme özürlü, %7.4'ünün zihinsel özürlü, %3.7'sinin ortopedik özürlü, %3.7'sinin çoklu özürlü, %3.6'sının süreğen hastalıklı, %2'sinin ruhsal ve duygusal özürlü, %1.4'ünün görme özürlü olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın

sonuçlarına göre özürlü olma oranları yaş grubuna göre incelendiğinde yaş arttıkça özürlülük oranı da artmaktadır.

Dünyada ve Türkiye'de Engelli Çocukların Yasal Hakları

Engelli bireylerin yaşamın her yönüne eşit katılımı beklenmektedir. Bu bireylerin bağımlı olmadan yaşama olanaklarına kavuşturulması ve eşit haklara sahip olmaları istenmesine rağmen, bu haklara ulaşma ve kullanmada yetersiz bir grup oldukları belirlenmiştir (Çağlar 2011, Şişman 2011). Devletler, engelli bireylerin haklarını yasal düzenlemelerle güvence altına alma görevini üstlenmişlerdir (ÖZİDA 2009, Şişman 2011). Uluslararası hukukta engelli bireylerin ekonomik ve sosyal hakları ile ilgili BM, Avrupa Konseyi (AK) ve Avrupa Birliği (AB), 1975 yılında BM Genel Kurulunun İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine ek olarak yayımladığı "Özürlü Hakları Bildirgesi", "Mental Retardasyonlu İnsanların Hakları Bildirgesi" (1971) gibi çalışmalar yapmıştır. Bu bildirilerin dışında engellilere ilişkin gelişmeler 1980'lerden itibaren yoğunluk kazanmış, BM Genel Kurulu 3 Aralık 1981 tarihinde aldığı bir kararla o yılı "Özürlüler Yılı" ilan etmiştir. Bu kavram 1980 sonrası uluslararası özürlülük politikalarını etkilemiştir (ÖZİDA 2009 ve Kökkaya 2006). 1983–1992 yıllarında "Özürlü İnsanlar ile İlgili Dünya Eylem Programı" uygulanmış ve bu programın önerdiği faaliyetlerin hükümetlerce uygulanmasını ve tüm dünyada özürlülerle ilgili gelişmeleri sağlamak amacıyla 1983–1992 yılları arası "BM Özürlüler On yılı" ilan edilmiştir. Bu süre boyunca her yıl 10-16 Mayıs tarihleri arası "Sakatlar Haftası" olarak kutlanmıştır (ÖZİDA 2009 ve Kökkaya 2006).

1989 yılında kabul edilen BM "Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)" engellilere açıkça yer veren tek sözleşme olma niteliğini taşımaktadır. Bu sözleşmenin 23. maddesi tamamen engelli çocuklara ayrılmıştır. Bu maddenin birinci fıkrasında, Taraf Devletler zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıklarını güvence altına almayı, özgüvenlerini geliştirmeyi ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını sağlar, ikinci fıkrasında, özürlü çocuğun eğitimi, mesleki eğitimi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, bir işte çalışabilecek duruma getirme hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanakları gibi özel bakımdan yararlanma hakkını kabul eder ve üçüncü fıkrasında ise söz konusu yardımın "olanaklar ölçüsünde ücretsiz" sağlayacaklarını taahhüt eder (Kökkaya 2006, http:// www.unicef. org/ turkey/ crc/cr23d.html).

1992 yılında ise BM tarafından her yıl 3 Aralık gününün "Özürlüler Günü" olarak kutlanması kararlaştırılmıştır (ÖZİDA 2009 ve Kökkaya 2006). BM'nin engellilik konusundaki politikalarının yanı sıra AB, üye ülkelerini özürlüler konusunda fırsat eşitliğine dayalı politikalar üretmesi için teşvik etmiştir (Kökkaya 2006). Bu konuda Avrupa Konseyi tarafından 1980 ve 1990'larda yayınlanan bildirgeler ve kararlardan engellilik konusunda temel çerçeve oluşturan düzenlemelerden biri AK'nin "Özürlüler İçin Fırsat Eşitliği-Topluluğun Yeni Özürlülük Stratejisi 1996" başlıklı bir tebliğdir. Bu strateji, özürlülerin toplumsal yaşamın tüm alanlarında karşılaştıkları engellerin tanımlanması gerekliliğini ve özürlülerin fırsat eşitliğinden yararlanmasının önündeki engellerin ortadan kaldırılmasını vurgulamaktadır. 1999 yılında imzalanan "Avrupa Topluluğu Amsterdam Antlaşması"na ilk kez, özürlülüğe dayalı ayrımcılıkla mücadele

edilmesini içeren bir hüküm konulmuştur (ÖZİDA 2009). Sonrasında AK tarafından yeniden 2003 yılı Avrupa "Özürlüler Yılı" olarak ilan edilmiştir (ÖZİDA 2009).

Engellilere karşı ayrımcılığı ortadan kaldırmak ve onların yaşam standartlarını yükseltmek gibi yükümlülükler getiren BM "Engelli Hakları Sözleşmesi" 2006 yılında oluşturulmuş, 2007 yılında Türkiye tarafından imzalanmış ve 2008 yılında yürürlüğe girmiştir (ÖZİDA 2009, Kökkaya 2006, Çağlar 2011, www. ozida. gov. tr/.../**BM_ENGELLIHAKLARISOZLESMESI**.pdf). Sözleşme ile engellilerin temel insan hak ve özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik ve temin etmek ve insanlık onuruna saygıyı güçlendirmek, engellilere karşı ayrımcılığı ortadan kaldırmak ve onların yaşam standartlarını yükseltmek amaçlanmıştır. Sözleşme'de Taraf Devletler, engelliliğe dayalı herhangi bir ayrımcılık yapılmaksızın bütün engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinin tam olarak hayata geçirilmesini sağlama ve güçlendirme sorumluluğu altındadır. Bu amaçla, Taraf Devletler

- Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı,
- Engelli Kadınlar,
- Engelli Çocuklar,
- Bilinç Yükseltme,
- Hizmetlere Erişebilirlik,
- Yaşama Hakkı,
- Risk Durumları ve İnsani Açıdan Acil Durumlar
- Yasa Önünde Eşit Tanınma,
- Adalete Erişim,
- Kişi Özgürlüğü ve Güvenliği,
- Bağımsız Yaşama ve Topluma Dahil Olma,
- Kişisel Hareketlilik,
- Kişinin Bütünlüğünün Korunması,
- Sömürüye, Şiddete ve İstismara Maruz Kalmamak,
- İşkenceye ve zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muameleye
- veya Cezaya Maruz Kalmamak,
- Seyahat Özgürlüğü,
- Düşünce ve İfade Özgürlüğü ve Bilgiye Erişim,
- Özel Hayata Saygı, Konuta ve Aile Hayatına Saygı,
- Eğitim,
- Sağlık,
- Habilitasyon ve Rehabilitasyon,
- Yeterli Hayat Standardı ve Sosyal Korunma,
- Çalışma ve İstihdam,
- Siyasi ve Kamusal Yaşama Katılım,
- Kültürel Yaşama, Dinlenme, Eğlence ve Spor Etkinliklerine Katılım Haklarını taahhüt etmektedir. (www.ozida.gov.tr/../BM_ENGELLİ HAKLARI SÖZLEŞMESİ pdf.).

Ülkemiz açısından özürlüler için politika belirleme, yasal mevzuatı ve kurumsal yapıyı oluşturma gibi faaliyetler 1990'lı yılların ikinci yarısından itibaren yoğunlaşmaktadır. Ülkemizde engelli bireyler ile ilgili doğrudan veya dolaylı olarak pek çok yasal düzenleme bulunmaktadır (ÖZİDA 2008, Şişman 2011). Anayasamızın özürlü bireylere yönelik diğer yasal düzenlemelere hukuki bir dayanak sağlayan maddeleri ve 5378 sayılı "Özürlüler Kanunu" özürlü bireylerin haklarını koruma altına alan özel bir yasal düzenlemedir (Şişman 2011). Özürlüler Kanunun amacı; özürlülüğün önlenmesi, özürlülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü, topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmaktır (ÖZİDA 2008, http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1517.html).

Dünyada ve Türkiye'de Engelli Çocukların Eğitim Olanakları

Eğitim düzeyi doğrudan yaşam kalitesini etkileyen bir göstergedir. Sağlık, çalışma durumu, gelir ve sosyal yaşama katılma düzeyi eğitim düzeyi ile doğru orantılı olarak artar. Engelli olmak eğitim yaşamına katılmayı engelleyen bir durum olduğu gibi, bu durumun sonucu engelliğin yükünü artırır (ÖZİDA 2010).

Dünyadaki engelli çocukların okula gitme oranlarına bakıldığında; Namibya'da 5 yaşından büyük engelli çocukların %38.6'sının hiç okula gitmediği (Eide, Rooy, Leob 2003), Kanada'da 5 ile 14 yaş arasındaki engelli çocukların %94'ünün okula devam ettiği (http: //www. hrsdc.gc.ca/ eng/ disability_issues/ reports/ disability_profile/ 2011/ disability_profile. pdf), Yeni Zelanda'da ise çocukların %5'inin özel eğitime gereksinim duydukları (http:// www. stats. govt. nz/ browse_for_stats/ health/ disabilities.aspx) belirlenmiştir. Ülkemizde ise genel nüfusta okuma yazma bilmeyenlerin oranı yaklaşık %13'tür. Bu oran engelli bireylerde yaklaşık %36, süreğen hastalığı olanlarda ise yaklaşık %25'dir (ÖZİDA 2010).

Engelli çocukların eğitim hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemesi Çocuk Hakları ve BM Engelli Hakları Sözleşmesi, BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (ESKHUS) ile belirtilmiştir (http:// www. sabancivakfi.org/.../ Tohum_Kaynastirma_Durum_Raporu.pdf, UNİCEF 2011). Bu sözleşmeler, kabul eden taraf devletleri, engellilerin eğitim hakkını tanımakla yükümlü kılmaktadır (http://www.sabancivakfi.org/.../Tohum_Kaynastirma_Durum_Raporu.pdf). Çocuk Hakları Sözleşme'sinde engelli çocuklar, diğer çocuklarla aynı haklara sahip olmalarının yanı sıra, Sözleşme'nin 23'üncü maddesine göre "engelli çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, meslek hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirme amacını güder". BM Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 24'üncü Eğitim maddesine göre ise "taraf devletler, bu hakkın fırsat eşitliği temelinde ve ayrımcılık yapılmaksızın eğitim sisteminin her seviyesinde engellileri de içine alarak ve yaşam boyu öğrenim olanağı sağlamakla görevlidir" (www.ozida.gov.tr/.../Bm_Engellıhaklarısozlesmesı.Pdf). BM tarafından, ESKHUS'nin eğitim hakkını düzenleyen 13. maddesinde, sözleşmeye taraf olan devletlerin yetki alanları içinde bulunan herkesin eğitim hakkını tanımakla

yükümlü olduğu ifade edilmektedir (http:// erg. sabanciuniv. edu/ sites/ erg.sabanciuniv. edu/files/ Kaynast% C4 %B1rmalyi Ornekler.12.10.11.rev1_.pdf).

Dünya'da engellilere eğitim sağlamak için farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Kabul edilen eğitim modelleri, özel eğitim ve bütünleştirme eğitimi veren okul ve kurumlardır. Özel gereksinimli öğrencilerin genel eğitim sınıflarında akranlarıyla birlikte eğitim görmeleri İtalya'da (1971), İngiltere'de (1974), Fransa ve ABD'de (1975), Norveç'te (1976) yasal olarak kabul edilmiştir. Türkiye'de kaynaştırma uygulamaları, 1983 yılında yürürlüğe giren Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu'yla yasalaşmıştır (www.ozida.gov.tr/.../Bm_Engellıhaklarısozlesmesı.Pdf, Tohum). Kaynaştırma yoluyla eğitimde, özel gereksinimli öğrencilerin engelli olmayan akranlarıyla etkileşime girerek sosyal becerilerinin ve sosyal kabullerinin artırılması ve bu öğrencilerin sınıflarının etkin üyeleri olmaları amaçlanmaktadır (http:// www. sabancivakfi. org/.../Tohum_ Kaynastirma_ Durum_Raporu.pdf). Avrupa ülkeleri arasında zorunlu eğitime devam etmesi gereken öğrencilerin % 2.3'ü özel eğitim veren bir okulda ya da genel okulun ayrı bir sınıfında eğitimine devam etmektedir. Belçika ve Almanya'da özel eğitim ihtiyaçları olan çocuklar özel okullarda eğitime devam etmektedirler (WHO 2011). Kanada'da ise özel eğitime gereksinimi olan çocuklar genel okullarda kaynaştırma, özel eğitim sınıfları ya da özel eğitim okullarında eğitimlerine devam etmektedir (http:/ /www. hrsdc. gc.ca/eng/ disability_issues/ reports/ disability_profile/ 2011/disability_profile.pdf).

Türkiye'de ise engelli çocuklara yönelik hizmetlerle ilgili yasal düzenleme Anayasamız, Çocuk Hakları ve BM Engelli Hakları Sözleşmesinin yanı sıra Özürlüler Kanunu'nda yer almaktadır (ÖZİDA 2008, Şişman 2011, http://www. mevzuat.adalet.gov.tr/html/1517.html). Anayasamızın 42. maddesinde "kimse, eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamaz" ve "devlet, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanları topluma yararlı kılacak tedbirleri alır" denilerek, özürlülerin özel ve temel eğitim gereksinimlerinin karşılanması doğrultusunda korunmalarına hukuki bir dayanak oluşturulmuştur. Özürlüler Kanunu'nun eğitim ve öğretim başlıklı 15. maddesinde ise "hiçbir gerekçeyle özürlülerin eğitim alması engellenemez", "özürlü çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünleştirilmiş ortamlarda ve özürlü olmayanlarla eşit eğitim imkânı sağlanır" ifadeleri yer almaktadır. Bu hükümler doğrultusunda engelli bireyler toplumsal yaşama katılımlarının sağlanması amacıyla eğitim ve öğretim olanaklarından yararlanmalıdırlar (Şişman 2011).

Milli Eğitim Bakanlığı engelli çocukları eğitim sistemine ya entegre biçimde ya da özel eğitim okulları aracılığıyla dahil etmektedir. 1997 tarih ve 573 sayılı Özel Eğitim Kararnamesi, özel eğitime ihtiyacı olan çocukların kişisel eğitim planları temelinde normal okullarda akranlarıyla birlikte eğitim görmesi gerektiğini vurgulamaktadır (UNICEF 2010). Türkiye'de engel gruplarına göre çocuklar görme engelliler, işitme engelliler, ortopedik engelliler, zihinsel engelliler okullarında, otistik çocuklar eğitim-iş eğitim merkezlerinde, uyum güçlüğü olanlar okulunda, özel eğitim okulları bünyesinde ana sınıfında ve özel eğitim sınıflarında özel eğitim alabilmektedir. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim, Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliğinde yapılan "Özel Eğitime

İhtiyacı Olan Öğrencilerin Okullara ve Kurumlara Erişiminin Ücretsiz Sağlanması Projesi" özel eğitime gereksinim duyan çocuklara okullara ücretsiz erişim ve eğitimde fırsat eşitliğini sağlayarak çocukların okumaya teşvik edilmesi amacıyla hazırlanmıştır (ÖZİDA 2008).

Dünyada ve Türkiye'de Engelli Çocukların Sağlık Sorunlarına Yönelik Mevcut Durum

Engellilerin sağlık hizmeti almasında sağlık kuruluşlarının yeterli uygunlukta olmadığı, sağlık kuruluşlarına ulaşım güçlüğü, sağlık hizmetlerinde bakım ve rehabilitasyon ünitelerinin yetersiz olduğu, tedavinin devamlılığının sürdürülememesi, engellilikleri dışındaki sağlık sorunları için hizmetten faydalanmada geç kalınması gibi sorunların olduğu bilinmektedir (Durduran 2009). Durduran (2009) engelli çocuklara yönelik yapmış olduğu çalışmasında ailelerin %8.2'sinin sağlık ocağından hizmet alımında problem yaşadığı, %31.8'inin sağlık hizmet alımında bir takım şikayetlerinin olduğunu saptamıştır. Kanada'da engelli çocuğu olan ebeveynlerin %14.8'inin çocukları için gerektiğinde sağlık çalışanlarına ulaşamadıklarını, bu ebeveynlerin %77'sinin bu gereksinimlerinin karşılanmamasının nedeni olarak sağlık bakımı almak için çok uzun listenin olmasını belirtmişlerdir. Ailelerin en fazla gereksinim duydukları sağlık çalışanlarının ise konuşma terapisti, çocuk psikologları ve çocuk uzman hekimleri oldukları saptanmıştır (http://www.hrsdc.gc.ca/eng/disability_issues/reports/disability_profile/2011/disability_profile.pdf).

Engelli çocuklarda engelinin dışında birçok sağlık problemi görülmektedir. Engelli çocuk ve ailesinin fiziksel, sosyal ve duygusal pek çok sorununun olduğu belirlenmiştir (Thyen ve ark. 2003, Aktaş 2010). Müsküler distrofi gibi fiziksel engele neden olan hastalığa sahip çocuklarda sıklıkla solunum yolu enfeksiyonları (Çavuşoğlu 2008, Durduran 2009, http:// www.stats. govt.nz/ browse_for_stats/ health/ disabilities.aspx), aspirasyon pnömonisi, serebral palsilinin neden olduğu engelli çocuklarda diş çürükleri (Çavuşoğlu 2008, Çokpekin ve ark. 2003), mental retardasyon (Çavuşoğlu 2008), çiğneme, yutma ve konuşma fonksiyonlarında bozulmalar (Çavuşoğlu 2008, Erdoğanoğlu, Kerem Günel 2007), tekrarlayan jeneralize nöbetler ve duyusal bozukluklar (örn: işitme, görme gibi) (Erdoğanoğlu, Kerem Günel 2007, Çavuşoğlu 2008, Durduran 2009) ile psikolojik ya da psikiyatrik bozukluklar olduğu saptanmıştır (http:// www. stats. govt.nz/ browse_for_stats/ health/ disabilities. aspx). Ailelerin bu sorunlardan dolayı evde bakıma ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Thyen ve ark. 2003, Aktaş 2010). Engelli çocukların gereksinimini azaltmak için ev ziyaretleri ile hemşirelik bakımı verilerek yapılan bir çalışmada, engelli çocuklar ve ailelerine verilen hemşirelik bakımının ailelerin gereksinimlerini azaltmaya etkili olduğu saptanmıştır (Bilsin 2012).

Dünyada engelli çocukların evde bakım gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili farklı uygulamalar bulunmaktadır. ABD'de, ev ziyareti programları genel olarak düşük gelirli, eğitim düzeyi düşük ya da özürlü bireylere ücretsiz olarak verilmektedir (Bilukha ve ark. 2005, Astuto ve Allen 2009). İspanya, Almanya ve Belçika gibi ülkelerde çocuğun sağlık ve sosyal sorununa ve gelir düzeyine bakılmaksızın

bütün ailelere evde bakım hizmeti verilmektedir (Astuto ve Allen 2009, Bilukha ve ark. 2005). Güney Afrika'da anayasa ve çocuk hakları sözleşmesi ile engelli çocukların temel sağlık ve eğitim hakları korunmakta ve 2004 yılından beri engelli yetişkin ve çocuklar için sağlık bakımı ücretsiz olarak verilmektedir (Saloojee ve ark. 2006). Ülkemizde konu ile ilgili olarak yalnızca 2005 yılı içinde yürürlüğe girmiş "Evde Bakım Hizmetinin Sunumu Yönetmeliği" bulunmaktadır. Ancak bu hizmet, doktoru tarafından taburculuk aşamasında, evde sağlık hizmeti almasına karar verilen bireyleri kapsamakta ve sağlık çalışanlarının sayısı yetersiz kalmaktadır. Evde bakım hizmeti yönetmeliğinde "hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır" (http://www.ailehekimligi.gov.tr) hükmü olmasına rağmen bu birimde çalışan sağlık personeli yetersizliğinden dolayı hizmet yeterince etkili olmamaktadır. Yalnızca engelli çocuk ve bireylere, içinde hemşirenin de bulunduğu engelli çocuklara bakım verebilecek bilgi ve beceriye sahip bir sağlık ekibi tarafından sunulan, evde bakım hizmetine gereksinim vardır.

Hemşirelerin engelli çocuk ve ailesine bakım vermede önemli rolleri bulunmaktadır. Bu rollerden bir tanesi de evde bakım gereksinimi olan bireylerin sorunlarını belirlemek ve sorunların uygun biçimde ele alınmasını sağlamak, güçlerini belirlemek, bu güçlerden yararlanılmasını desteklemek ve bakımda süreklilik sağlamaktır. Ev ziyaretleri ile ailelerin gereksinimlerine dayalı hemşirelik bakımı verilir, aile üyelerinin birbirleriyle olan etkileşimi gözlenir, aile değerlendirilir, çocuğun davranış problemleri erken dönemde saptanır, ailelere bu konuda eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından çocuğun gelişimi, sağlığı ve bakımı hakkında bilgi verilir, aileye destek sağlanır ve sağlık hizmetlerine ulaşması kolaylaştırılır (Bilsin 2012).

Çocukların sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler Çocuk Hakları ve BM Engelli Hakları Sözleşmesi ile belirtilmiştir (http:// www. ozida. gov.tr/.../Bm_Engellıhaklarısozlesmesı. Pdf,Şişman 2011). BM Engelli Hakları Sözleşmesine göre, taraf devletler, engellilerin engelleri nedeniyle ayrımcılığa uğramaksızın, ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkını tanırlar. Aynı zamanda taraf devletler, engellilerin sağlıkla ilgili rehabilitasyon dahil olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için tüm uygun tedbirleri almalıdır. Bu bakımdan, taraf devletler, özellikle sağlık, istihdam, eğitim ve sosyal hizmetler alanlarında kapsamlı eğitim ve bakım alma hakkı ve rehabilitasyon hizmetleri sunmalı, mevcut hizmetleri güçlendirmeli ve genişletmelidir (http:/ /www. ozida.gov.tr/.../Bm_Engellıhaklarısozlesmesı.Pdf).

Ülkemizde ise Özürlüler Kanunu'nun erken tanı ve koruyucu hizmetler başlığını taşıyan 11. maddesinde özürlülüğe neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilmesinin ve özürlülüğün önlenmesi, 36. maddesinde yer alan Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanunu'nda özürlülüğe yol açan diğer kalıtsal hastalıklarla koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında mücadele edilmesi, 6. maddesi'nde bakım hizmetleri ile ilgili olarak, evde bakım hizmeti sunulmasının esas olduğu, 30. maddesinde ise bakıma muhtaç özürlülerin bakım ücreti alabilmesi belirtilmektedir (http://www. mevzuat.adalet.gov.tr/html/1517.html, Şişman 2011).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Engellilik kavramları yerine kullanılan birçok kelime vardır. Yapılan tanımlamalar da çeşitlilik göstermektedir. Bu kavram karmaşasını önlemek için DSÖ tarafından 2001 yılında oluşturulan ICF, günümüzde engelliğin uluslararası sınıflandırılmasında kullanılan en geçerli sınıflandırmadır (WHO 2001). Ülkemizde ise "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" ve eklerinin ICF sınıflama sistemiyle tam uyumlu olmamasından dolayı mevzuatta genelde özürlü kelimesi kullanılmaktadır (Çağlar 2011). Uluslararası hukukta engelli bireylerin ekonomik ve sosyal hakları ile ilgili BM, Avrupa Konseyi ve AB'nin çalışmaları ve pek çok yasal düzenlemeleri bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalardan en önemlisi engellilere karşı ayrımcılığı ortadan kaldırmak ve yaşam standartlarını yükseltmek gibi yükümlülükler getiren BM Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi'dir (Kökkaya 2006, ÖZİDA 2009, Çağlar 2011, www. ozida. gov. tr/.../BM_ENGELLI HAKLARI SOZLESMESI.pdf). Ülkemizde anayasamız özürlü bireylere yönelik diğer yasal düzenlemelere hukuki bir dayanak sağlayan maddeleri ve Özürlüler Kanunu özürlü bireylerin haklarını koruma altına alan özel bir yasal düzenleme olarak ülkemizdeki diğer yasal metinlerden ayrılarak öne çıkmaktadır (Şişman 2011). Dünyada ve Ülkemizde 1980'lerden itibaren engellilere yönelik yapılan yasal düzenlemeler yoğunluk kazanmış ve günümüzde de artarak devam etmektedir. Bu yasal düzenlemeler, engelli çocuk ve ailelerine eğitim, sağlık, bakım, rehabilitasyon, engelli bireylerin her bakımdan gelişmeleri ve toplumsal hayata tam katılımlarının sağlanması ve bu hizmetlerin koordinasyonu gibi çeşitli haklar tanımakta ve fırsatlar sunmaktadır.

Engelli çocukların yasal hakları ile ilgili bilgiler engelli çocuklara bakım veren hemşireler tarafından detaylı bilinmeli, aileye bu konuda bilgiler verilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır. Hemşireler güncel olarak yasal düzenlemeleri izlemelerinin yanı sıra, engelli haklarının savunulmasında önemli görevler üstlenmeli ve dernek ve vakıflarda eğitici ve koordinatör olarak da yer almalıdır.

Öneriler

- Tıbbi tanılama, engellilik düzeyinin belirlenmesi ve sınıflandırılmasında ortak bir dil oluşturmak için tüm ülkelerin ICF sınıflama sistemini kullanmaları,
- Yasal düzenlemelerin uygulanmasını sağlayacak yönetmeliklerin düzenlenmesi ve uygulamayı yürüten kurumların uygun şekilde denetlenmesi,
- Engellilere yönelik stigmanın ortadan kaldırılması amacıyla toplumsal bilincin artırılması,
- Engelli çocuklara verilen eğitimin, uluslararası ve ulusal yasalara uygun olarak verilmesi,
- Engelli çocukların eğitim göreceği okullarda sınıf düzenlemelerinin Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre yapılması ve denetimlerin uzman kişiler tarafından yapılması,
- Engelli çocuklar için örgün eğitimin yanında mesleki eğitimin yaygınlaştırılması ve eğitime almaları önündeki engellerin kaldırılması,

- Okulları kaynaştırma eğitimini uyumlu hale getirmek için, kaynaştırma eğitimine uygun fiziksel çevre ve ders programları düzenlemeleri yapılması, yeterli sayıda rehberlik ve özel eğitim öğretmeni sağlanması, öğretmenlere, okul yöneticilerine, ailelere ve öğrencilere kaynaştırma eğitimi üzerine gerekli bilgilendirme yapılması,
- Devlet tarafından ücretsiz verilen fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin çocuğun gereksinimine göre düzenlenmesi, sınıfta bulunan öğrenci sayısı etkin öğrenmeyi sağlayacak sayıda olması, verilen eğitimin ve rehabilitasyonun bu konuda özel eğitim görmüş öğretmenler ve fizyoterapistler tarafından verilmesi, özel fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin etkin bir şekilde, düzenli aralıklarla denetlenmesi,
- Engelli çocuklarda engelinin dışında birçok sağlık problemi olduğu bilinmektedir. Dünyadaki bölgesel farklılıkları da dikkate alarak, engelliğin önlenmesi konusunda işbirliği içerisinde bilinçlendirme çalışmaları yapılması,
- Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunların giderilmesi için engelli çocuklara engelli olmayanlarla aynı hakların verilmesi,
- Engelli çocuklara fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren kurumlarda neredeyse hemşire bulunmamaktadır. Bu yüzden bu kurumlarda ailelere çocuğun bakımı ve sağlık gereksinimleri ile ilgili konularda danışmanlık ve eğitim verecek sağlık ekibi içerisinde önemli görevleri bulunan bir hemşirenin bulundurulması,
- Engelli çocuğa sahip ailelerin çocuğun bakımı, tedavisi, eğitimi gibi konularda bilgi ve sürekli evde bakım hizmetine ihtiyaç duymaları nedeniyle, ülkemizde var olan evde bakım hizmetlerinin amacına uygun olarak bu konuda eğitim almış hemşire, doktor, diş hekimi ve psikologun da içinde bulunduğu bir ekip tarafından tamamen engelli çocuklara özel ve ücretsiz bir evde bakım hizmetinin sunulması,
- Engelli çocukları ve aileleri belli aralıklarla ziyaret eden Evde Bakım Heyeti içerisinde sosyal hizmet uzmanı dışında ailelere sağlık bakımı, eğitim, danışmanlık ve verecek bir hemşirenin bulundurulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aktaş E. Fiziksel Engelli Çocuk ve Ailesinin Evde Bakım Gereksinimine Işık Tutucu Araştırmaların Sistematik İncelemesi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

Astuto J, Allen L. Home Visitation and Young Children: An Approach Worth Investing in?, Socıal Polıcy Report. 2009;(23): 4.

Bilsin E. Engelli Çocukların Ailesine Verilen Hemşirelik Bakımının Aile Gereksinimini Karşılama Düzeyine Etkisinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

Bilukha O, Hahn RA, Crosby A,. & et al. The Effectiveness of Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence, A Systematic Review Am J Prev Med 2005;28(2S1):11-39.

Çağlar S. (2011) Engelli Hakları Sözleşmesi'nde Ayrımcılık Yasağı ve Türkiye'nin Uyum Sorunu . Retrieved February 12, 2012, from http://www. edirne. gov.tr/ ortak_icerik/edirne/ d%C3%B6k%C3% BCmanlar/_App_Themes_Dergi_2011-96-780.pdff.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 9. Baskı 2. Cilt, 2008. s. 81-96-97.

Çokpekin F, Köymen G, Başak F. ve ark. Engelliler Okuluna Devam Eden Çocukların Ağız Diş Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi. 2003;45(3):228–232.

Durduran Y. Engelli Çocukların Engellilikleri Dışındaki Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumları: Kontrollü Saha Çalışması, Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

Eide AH, Rooy GV, Leob ME. Living Conditions Among People With Activity Limitations in Namibia. A Representative, National Survey. 2003.

Erbil Erdoğan F. Türkiye'de Özürlü Yoksulluğu ve Mücadele Politikalarının Değerlendirilmesi: Ankara-Keçiören Örneği, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayın No:50, Ankara, 2010.

Erdoğanoğlu Y, Kerem Günel M. Serebral Paralizili Çocukların Motor ve Fonksiyonel Seviyeleri İle Sağlıkla İlgili Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(3):13-18.

Kökkaya Z. Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'de Özürlü İnsanların Ekonomik ve Sosyal Hakları İstanbul Bilgi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnsan Hakları Hukuku; 2006.

Mbogoni M, Me A. Revising the United Nations Census Recommendations on Disability, First Meeting of the Washington Group on Disability Statistics Washington, 2002.

Minaire P. Disease, Illness and Health: Theoretical Models of the Disablement Process, Bulletin of the World Health Organization. 1992;70(3):373-9.

Özürlüler Kanunu. 2005. Retrieved February 12, 2012, from http://www .mevzuat. adalet. gov.tr/ html/1517.html.

Saloojee G, Phohole M, Saloojee H. & et al. Unmet Health, Welfare and Educational Needs of Disabled Children in an Impoverished South African Peri-Urban Township, Journal Compilation. 2006;33(3):230–235.

Statistic Canada Disability in Canada: A 2006 Profile. Retrieved February 12, 2012, from http://www.hrsdc.gc.ca/eng/disability_issues/reports/disability_profile/2011/disability_profile.pdf

Statistics New Zealand. 2007. Disability Survey 2006. Wellington-New Zealand, Retrieved February 12, 2012, from http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/disabilities.aspx.

Şişman Y. Türkiye'de Özürlülere Yönelik Yasal Düzenlemeler, Sosyal Siyaset Konferansları. 2011; 60(1):169–221.

United Nations International Children's Emergency Fund (UNİCEF). (2011). Türkiye'de Çocukların Durumu Raporu. Retrieved February 12, 2012, from http://www.panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/s/i/sitan-tur.pdf.

World Health Organization (WHO). (2011). World Report On Dısabılıty. Geneva. 2011.

World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, 2011.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2002. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Retrieved February 12, 2012, from http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/305/Turkiye+Ozurluler+Arastirmasi+2002.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA). 2009. Toplum Özürlülüğü Nasıl Anlıyor, Retrieved February 12, 2012, from http://www.ozida.gov.tr/arastirma/toplum_ozurlulugu_nasil_anliyor.pdf.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA) Retrieved February 12, 2012, from http://www.ozida.gov.tr/.../Bm_Engellıhaklarısozlesmesı.Pdf.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA). Özürlüler Kanunu ve İlgili Mevzuat, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Yayın No:43, Üçüncü Baskı, Ankara, 2008.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA). (2010). Projeler, Özürlülük Araştırmaları, Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri, Retrieved February 12, 2012, from http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm. (Erişim Tarihi: 10.01.2012).

Thyen U, Sperner J, Morfeld M. & et al. Unmet Health Care Needs and Impact on Families with Children with Disabilities in Germany, Ambulatory Pediatrics, Volume. 2003; 3(2):74-81.

Tohum Otizm Vakfı (TOV) Kaynaştırma/Bütünleştirmenin Etkililiğini Artırmak İçin Politika ve Uygulama Önerileri Projesi, Türkiye'de Kaynaştırma/Bütünleştirme Yoluyla Eğitimin Durumu. Retrieved February 12, 2012, from http://www.sabancivakfi.org/.../Tohum_Kaynastirma_Durum_Raporu.pdf.

Tohum Otizm Vakfı (TOV) Kaynaştırma/Bütünleştirmenin Etkililiğini Artırmak İçin Politika ve Uygulama Önerileri Projesi, Kaynaştırma/Bütünleştirme Yoluyla Eğitimde Dünyadan ve Türkiye'den İyi Örnekler. Retrieved February 12, 2012, from http://erg. sabanciuniv.edu sites/ erg.sabanciuniv.edu/files/ Kaynast%C4%B1rmaIyiOrnekler.12.10.11.rev_.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2011) Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 71. Retrieved February 12, 2012, from http://www.tuik.gov.tr.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge 2012. Retrieved February 12, 2012, from http://www.ailehekimligi.gov.tr.

United Nations International Children's Emergency Fund (UNİCEF). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme: Birinci Kısım, Madde 21-30. Retrieved February 12, 2012, from http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2): 79-87, 2014

WEB DESTEKLİ ÖĞRETİMİN HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE KULLANILMASININ ÖNEMİ

THE IMPORTANCE OF USING WEB ENHANCED EDUCATION IN NURSING EDUCATION

Araş. Gör. Dr. Deniz ÖZTÜRK*

*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Öğretim teknolojilerinin hemşirelik eğitiminde kullanılması giderek yaygınlaşmaktadır. Günümüzde hemşirelik eğitiminde kullanılan öğretim teknolojilerinin değişik isimlerle anıldığı görülmektedir. Bunlardan web tabanlı öğretim ile web destekli öğretim içerdiği ortak özelliklere rağmen, esasında farklı iki öğretim yöntemidir. Özellikle web destekli öğretim, sınıf içi ortamda yüz yüze yapılan geleneksel öğretim yöntemini destekleyici yönde kullanıldığında, öğrencilerin bilgi ve becerilerini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu makalede örgün eğitim kurumlarında sınıf içi öğretim yöntemlerini desteklemek amacıyla, web destekli öğretimin kullanılmasının yaratacağı olumlu etkiler ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler

Web destekli öğretim, web tabanlı öğretim, öğretim yöntemi, hemşirelik eğitimi.

ABSTRACT

The use of training technologies in nursing is gradually increasing. It can be observed that the training technologies used today in nursing education are referred to with different names. Among these, web enhanced education and web based education are actually two different training methods despite their common properties. Especially when web enhanced education is used to support traditional face-to-face teaching methods in the classroom setting, it is able to positively affect the knowledge and skills of the student. The positive effects of the use of enhanced education for the purpose of supporting in-class education methods at formal education institutes have been discussed in this article.

Keywords

Web enhanced education, web based education, teaching method, nursing education.

GİRİŞ

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileşmeye ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur (ICN 2010). Bu hizmeti sunacak hemşirelerin eğitim yaşantıları süresince, belirli kuramsal ve uygulamalı öğretimler ile teorik bilgi, tutum ve psikomotor becerileri kazanması gerekmektedir (Mahara 1998). Bilgi ve becerilere ek olarak, doğru karar verme ve kendi kendini denetleme gücü kazandırılmak istenen özelliklerden

bazılarıdır (Çakıroğlu 1992). Ayrıca hemşirelik eğitimi, yönetimi ve araştırmalarında rol alabilecek, kendini geliştirme becerisine sahip, ekip içerisinde aktif çalışabilecek nitelikte profesyonel birer hemşire yetiştirmek hedeflenmektedir (Erdemir 1998, Karadağ 2006). Tüm bu amaç ve hedeflere ulaşabilmek için hemşirelik eğitiminin özellikleri ve derslerin öğrencilere sunuluş şekli yeniden değerlendirilmelidir.

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE ÖĞRETİM TEKNOLOJİLERİ

Günümüzde hemşirelik eğitimi geleneksel olarak sınıf içinde yüz yüze eğitim, laboratuar uygulaması ve hastane uygulaması şeklinde yapılmaktadır. Bununla birlikte hemşirelik eğitiminde çağdaş bilişim ve öğretim teknolojilerinin kullanımı üzerinde giderek artan ilgi vardır (McNeil 2003). 1900'lü yılların başlangıcında basılı materyaller ve posta yoluyla kullanılmaya başlanan öğretim teknolojileri, 2000'li yıllarda uzaktan eğitimin değişik şekillerinin eğitime eklenmesiyle değişmiş ve gelişmiştir (Novotny ve Davis 2006, Axley 2008). Bilişim teknolojilerinin eğitimde kullanılması, öğrencilerin öğretim yaşantılarını bireyselleştirmekte, her öğrencinin kişisel yetenek ve ilgisine karşılık verecek biçimde bir öğrenme ortamı sunulmasına olanak vermektedir (Oğuzkan 1993).

Hemşirelik eğitiminin de değişen bu teknolojileri eğitim sistemi içerisine alması gerekliliği, Amerika'da Hemşirelik Eğitimi ve Uygulamaları Ulusal İnformatik Birliği (National Informatics Agenda for Nursing Education and Practice)'nin 1997 yılında yayımladığı raporda görülmektedir. Bu raporda daha verimli bir hemşirelik eğitimi ortamı oluşturabilmek için hemşirelik eğitimi müfredatında bilgisayarın ve bilişimle ilgili uygulamaların daha fazla yer alması gerektiği belirtilmiştir (National Informatics Agenda for Nursing Education and Practice 1997). Amerikan Hemşirelik Kolejleri Birliği'nin 2005 yılında yayımladığı bir başka raporda, hemşirelik eğitiminde eğitim, araştırma ve uygulamanın teknoloji ile desteklenmesinin, öğrencilerin öğrenme kapasitelerini arttıracağı ve öğrenme ortamını zenginleştireceği belirtilmiştir (American Association of Colleges of Nursing 2005).

Ülkemizde öğretim teknolojilerinin hemşirelik eğitiminde kullanılmasının ilk örneğinin Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi hemşirelikte ön lisans programları ile başlatılmış olduğu bilinmektedir. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi 1991-1999 yılları arasında hemşirelik eğitiminde ön lisans programı açarak hemşirelik öğrencileri yetiştirmeye başlamıştır (Bahçecik ve Alpar 2009). Ancak 1996 yılında Sağlık Bakanlığı ile Yüksek Öğretim Kurumu arasında yapılan protokol ile Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi, hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu programına öğrenci alınmasına son verilmiş ve 79 adet sağlık yüksek okulu açılmasına karar verilmiştir (TC Resmi Gazete 1996). Bununla birlikte Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Sağlık Programları bölümünde öğrenci kaydı yapılmamasına rağmen, ebelik, hemşirelik ve sağlık teknikerliği programları halen yer almaktadır (Anadolu Üniversitesi 2009). Ayrıca Sağlık Bakanlığı ile Atatürk Üniversitesi'nin yaptığı protokol doğrultusunda kamu veya özel sektörde çalışmakta olan Hemşirelik ile Sağlık Memurluğu bölümü/programı ön lisans mezunu sağlık çalışanları için uzaktan eğitim yoluyla lisans tamamlama programı başlatılmıştır. Bu programın ilk öğrencileri 2009–2010 öğretim yılında ders almaya başlamıştır ve halen

çok sayıda ön lisans mezunu bu program aracılığıyla lisans eğitimini tamamlamaktadır (Atatürk Üniversitesi 2009). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı Hemşireliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı lisans üstü düzeyde eğitim veren bir programı 2012-2013 eğitim öğretim yılında başlatmıştır (Dokuz Eylül Üniversitesi 2012). Benzer şekilde İnönü Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği tezsiz yüksek lisans eğitimini uzaktan eğitim yoluyla vermektedir (İnönü Üniversitesi 2013). Bu gelişmelere paralel olarak ülkemizde ve dünyada, bilgi ve teknolojinin hızla ilerlemesi ve önceden kazanılan bilgilerin kısa sürede güncelliğini yitirmesi nedeniyle öğrenmenin yalnızca örgün eğitim kurumlarında kazanılan bilgi ve beceriler ile sınırlı kalamayacağı, bireylerin bilgi toplumuna uyumu için yaşam boyu öğrenmelerinin gerekli olduğu anlayışı yaygınlaşmıştır. Bu bağlamda Avrupa'da ortak bir yükseköğretim alanı yaratma düşüncesinden hareketle, 1999 yılında 29 Avrupa ülkesinin yükseköğretimden sorumlu Bakanları tarafından imzalanan Bologna Bildirisi'ne 2001 yılında yaşam boyu öğrenimin teşvik edilmesi hedefi ilave edilmiştir (Yüksek Öğretim Kurumu 2012). Avrupa Birliği'ne aday olan ülkemiz de 2004 yılında Bologna Sürecine dahil olmuş ve bu konuyla ilgili çalışmalar Yükseköğretim Kurulu tarafından yürütülmektedir. Yaşam boyu öğrenme, bireylerin eğitim ve öğrenme sürecini, hayatlarının belli bir bölümüne sıkıştırmanın aksine; evde, işte, kafede vb. her yerde ve bütün yaşam boyu devam edecek bir sürece dönüştürmektedir. Yaşam boyu öğrenmeyi hayata geçirmek ve öğretimin etkinliğini arttırmak için bilişim teknolojilerinin eğitim sistemine dahil edilmesi önerilmektedir (Çallı 2002).

ÖĞRETİM TEKNOLOJİLERİNİN FARKLI UYGULANIŞ ŞEKİLLERİ

Günümüzde hemşirelik eğitiminde kullanılan öğretim teknolojileri farklı isimlerle anılmaktadır. Bunlar uzaktan eğitim, web tabanlı öğretim, web destekli öğretim, elektronik öğrenme, internet temelli öğrenme, online eğitim olarak örneklendirilebilir. Bu öğretim teknolojileri günümüzde bazen geleneksel sınıf içinde yapılan yüz yüze öğretimin yerine veya bazen sınıf içi öğretimle birlikte geleneksel öğretimi destekleyici şekilde kullanılabilmektedir (Kearns ve ark. 2004, Halstead ve Coudret 2000).

Ülkemizde yaygın olarak anılan uzaktan eğitim; geleneksel öğrenme-öğretme yöntemlerindeki sınırlılıklar nedeniyle sınıf içi etkinliklerin yürütülme olanağı bulunmadığı durumlarda eğitim etkinliklerini planlayanlar ve uygulayanlar ile öğrenenler arasında iletişim ve etkileşimin özel olarak hazırlanmış öğretim üniteleri ve çeşitli ortamlar yoluyla belli bir merkezden sağlandığı bir öğretim yöntemidir (Alkan 97). Uzaktan eğitim, bilgisayar tabanlı öğretim, elektronik öğrenme, web tabanlı öğretim ve web destekli öğretim gibi öğretim yöntemlerini kapsar (Urdan 2000). Bu öğretim yöntemlerinden günümüzde yaygın olarak kullanılanlarından biri, web tabanlı öğretimdir. Online öğretim veya internet temelli öğretim gibi farklı isimlerle tanımlanabilen web tabanlı öğretim, bilgisayarlara bağlı internet veya intranet ağları üzerinden yapılan bireyselleştirilmiş öğretim yöntemidir (Manochehr 2001). Web tabanlı öğretimde temel olan zaman ve mesafe ne olursa olsun, herkes

için, her zaman ve her yerden uygulanabilir bir eğitim şekli olmasıdır (Aggarwal ve Legon 2006). Web destekli öğretim ise, etkili öğrenmeyi artırıcı, kalıcı öğrenmeyi destekleyici özelliğe sahip eğitim ortamları için bilgisayar ağlarından yararlanılan bir eğitim programıdır (Altunçekiç ve Aksu 2011). Ayrıca web destekli öğretim, sınıf içinde öğretim alan öğrencilerin öğrenme ortamlarını arttırmak ve öğrenci merkezli eğitim yaklaşımını desteklemek amacıyla teknolojinin kullanılması olarak da açıklanabilir (Billings 2000). Web tabanlı öğretim ile web destekli öğretim çoğu kez birbirinin yerine geçecek şekilde veya eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.

Web tabanlı öğretim ile web destekli öğretimin bazı ortak özellikleri bulunmaktadır. Web tabanlı öğretim ile web destekli öğretimin ortak özelliklerinden biri; bilgisayar destekli öğretimin tüm olanaklarını bünyesinde barındırmasıdır. Bu olanaklara ek olarak her iki öğretim yöntemi de internet ortamını içermesi nedeniyle öğrenciye evrensel nitelikte hizmetler sunmaktadır (Uzunboylu 2002). Ortak özelliklerden bir diğeri; her iki öğretim yönteminde de derslerin, eş zamanlı (senkron) veya eş zamanlı olmayan (asenkron) şekilde işlenebilmesidir. Eş zamanlı olarak yürütülen derslerde, öğrenci ve eğitmenler fiziksel olarak farklı mekanlardadır ve dersler eş zamanlı olarak gerçekleşir. Sesli-görüntülü konferanslar ve online sanal sınıflar, eş zamanlı ders ortamlarına örnek olarak verilebilir. Eğitmenler öğrencilerle sanal bir ortamda buluşur ve eğitim aktivitesi eş zamanlı olarak gerçekleştirilir. Bu tür ortamların en önemli avantajı, "öğrencilerle öğrenciler" ya da "eğiticilerle öğrenciler" arasındaki etkileşimi sağlayabilecek araçların kullanımına uygun olmaları nedeniyle, geleneksel sınıf içi eğitimine benzer şekilde tartışma ortamının yaratılabilmesidir (Urdan ve Weggen 2000, Trakya Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi 2012). Eş zamanlı olmayan kavramı ise, öğrenme ve öğretme aktivitelerinin; öğrenci ve eğitmenler fiziksel olarak farklı mekanlardayken, farklı zamanlarda gerçekleşmesini ifade eder. Eş zamanlı olmayan dersler, kişinin kendi kendine yaptığı öğrenme faaliyetlerini kapsar. Depolanmış sesli-görüntülü web sunumları, elektronik posta ve forumlar, online sohbet odaları ve tartışma grupları asenkron öğrenmede kullanılabilmektedir. Eş zamanlı olmayan öğrenmede eğitici, eğitim materyallerini, öğrenme aktivitesi gerçekleşmeden önce hazırlamak ve depolamak durumundadır. Öğrenci de depolanmış eğitim materyallerine ne zaman ve nereden ulaşacağına kendisi karar vermektedir (Urdan ve Weggen 2000, Trakya Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi 2012).

Yukarıdaki açıklamalardan da görülebileceği üzere; web tabanlı öğretim ile web destekli öğretim ortak özellikler içermektedir. Ancak bu ortak özelliklere rağmen, özellikle uygulanışları bakımından bazı farklılıklara sahiptir.

Web tabanlı öğretim ile web destekli öğretimin birbirinden ayrıldığı en temel nokta, derslerin öğrenciye aktarılmasında izlenen yoldur. Web tabanlı öğretim, eğitim sürecinde örgün eğitim kurumlarının dışında da geleneksel sınıf içi öğretim yapılmaksızın tek başına uygulanabilirken, web destekli öğretim belli bir konunun öğretimine destek sağlamak amacıyla geleneksel sınıf içi öğretime destekleyici olarak kullanılmaktadır. İki öğretim yönteminin birbirinden ayrıldığı bir diğer nokta ise, dersi yöneten eğitimciden kaynaklanmaktadır. Web tabanlı öğretimde, öğrenme-öğretme

sürecini yöneten ve yönlendiren farklı uzmanlık alanlarından oluşan uzmanlar grubu yer alabilmekte iken, web destekli öğretimin yönetimi tamamen eğitimciye aittir (Uzunboylu 2002).

WEB DESTEKLİ ÖĞRETİMİN YARARLARI

Web destekli öğretimin en önemli yararı, uzman bir eğitimcinin geliştirdiği web destekli öğretim materyalinin öğrenciler tarafından farklı ortamlardan takip edilebilmesidir (Khan 2001). Öğrenciler, dünyanın herhangi bir yerinden, herhangi bir bilgisayar aracılığıyla, günün herhangi bir saatinde bir web destekli öğretim programına katılabilirler (Arslan 2008). Örneğin Uzunboylu çalışmasında, öğrencilerin kullanımı için bir web sitesi hazırlamış ve öğrencilerin ingilizce derslerini bu web sitesi üzerinden almasını sağlamıştır. Öğrenciler tartışma forumlarına katılarak, sohbet odalarına girerek, web sitesi üzerinde hazırlanmış bazı oyunlara katılarak ingilizce gramer bilgilerini geliştirmişlerdir. Araştırma sonucunda bu öğrencilerin ingilizce gramer başarılarında gelişme saptanmıştır (2002).

Web destekli öğretimin diğer yararı, her öğrencinin kendi öğrenme hızına göre eğitim içeriğine ulaşma, ders notlarını takip etme ve istediği zaman dersleri tekrar etme imkanı vermesidir (Khan 2001, Wingard 2004, Arslan 2008, Kerrigan 2008). Örneğin Jang ve ark., öğrencilerin kendi kendine EKG becerisini öğrenmeleri için web sitesinde bir ders içeriği hazırlamışlardır. Öğrenciler istedikleri bir ortamdan ders içeriğine ulaşma ve ders içeriğini tekrar etme fırsatı bulmuşlarıdır. Araştırma sonucunda öğrencilerin öğrenme motivasyonlarının ve memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir (2005).

Web destekli öğretimin içerdiği bir diğer yarar ise, ders içeriklerini geliştirmenin ve güncellemenin kolay olmasıdır. Merkezi bir noktadan dersleri güncellemek ve yenilikler yapmak mümkündür (Driscoll 1998). İnternet yazılım araçları kullanılarak, dersleri geliştirmek ve kaydetmek oldukça kolaydır. Dersleri geliştirme kolaylığı, eğitimcilere yenilikleri hazırlamak için zaman sağlarken; öğrencilere en güncel eğitim materyallerine ulaşma olanağı verir (Arslan 2008).

Web destekli öğretim; metin, grafik, ses, video ve animasyon gibi çeşitli çoklu ortam elemanlarını birleştirerek, öğrenme ortamlarını zenginleştirmektedir. Bu şekilde zenginleştirilerek hazırlanmış bir öğretim ortamı, öğrencilerin kişisel ihtiyaçlarına en uygun kaynakları bulmalarına olanak sağlar (Khan 2001, Wingard 2004). Wingard çalışmasında, web destekli öğretimi "Eğitimin zenginliği" olarak tanımlamaktadır. Wingard web destekli öğretimin eğitimde zenginliği; ders içeriği (ders notu, grafikler, ses ve video), etkileşim (aktiviteler ve küçük ara sınavlar) ve iletişimi (e-mail, tartışma ve grup çalışmaları) bünyesinde barındırması sayesinde sağladığını belirtmiştir (2004).

Web destekli öğretim, sohbet kanalları ve video konferans gibi eş zamanlı; e-posta ve tartışma grupları gibi eş zamanlı olmayan iletişim seçenekleri ile öğretmen-öğrenci, öğrenci-öğretmen ve öğrenci-öğrenci arasında devamlı ve etkili bir iletişim kurulmasına olanak sağlar (Wingard 2004, İşman 2011). Schutte (2002) çalışmasında, web tabanlı olarak eğitim alan öğrencilerin derslerine karşılıklı iletişimi arttırmaya

yönelik olarak sanal sınıf ortamı hazırlamış; derslere elektronik posta ve eğitimciyle online bağlantı kurulmasını eklemiştir. Araştırmaya katılan öğrenciler bu şekilde işlenen derslerin akran iletişimini sağlamada etkili olduğunu belirtmiştir.

Ders içeriklerinin öğrenciye sunumunda maliyet etkili oluşu, web destekli öğretimin bir diğer yararıdır. Böylece öğrencilerin ve öğretmenlerin seyahat etme, konaklama ve kırtasiye masrafları en aza indirilmiş olur. Ayrıca web destekli öğretim, kurumların da öğretim materyallerini çoğaltma, paketleme ve postalama maliyetlerini azalmaktadır (Khan 2001).

WEB DESTEKLİ ÖĞRETİMİN SINIRLILIKLARI

Web destekli öğretim yukarıda belirtilen yararlarının yanı sıra bazı sınırlılıklara da sahiptir. Web destekli öğretimin kullanımının en önemli sınırlılığı, derslerin hazırlanması ve sunumu sırasında özel yazılım ve donanımların kullanılması gerekliliğidir. Ayrıca web siteleri üzerinden verilecek derslerin hazırlanması için yapılacak ön hazırlıklar uzun süre alabilmektedir (Black ve Watties–Daniels 2006, Travale 2007). Örneğin Pachnowski ve Jurczyk (2003), web tabanlı bir öğrenme ortamını ilk kez hazırlayan bir eğitimci için, ders içeriğini web ortamına aktarmanın uzun bir ek zaman ve çalışma gerektirdiğini saptamıştır. Ayrıca web tabanlı öğretimin ilk kez yapılacağı yılda web ortamının hazırlığında kurum için ek finansal kaynaklar sağlanması gerekebileceği belirtilmiştir.

Web destekli öğretime katılacak öğrencilerin teknolojiye ulaşabilirlikleri ve teknolojiyi kullanım konusundaki yeterlilikleri bir diğer sınırlılık olarak sayılabilir (Black ve Watties–Daniels 2006, Travale 2007). Ayrıca web destekli öğretimde oluşabilecek teknik arızalar derslerin verimliliğini de azaltabilmektedir. Özellikle aksaklıkların öğrenci tarafından giderilemediği durumlarda dışarıdan teknik destek alma zorunluluğu doğabilmekte ve bu durum eğitimde gecikmelere neden olabilmektedir (Arslan 2008). Rivera ve Rice (2002)'nın yaptığı çalışmada, web tabanlı bir ders içeriğinin öğrenciye sunulmasından önce, öğrencinin dersten en etkili şekilde yararlanmasını sağlamak amacıyla, öğrencilerin hazırlanmış olan web içeriği hakkında önceden bilgilendirilmesinin, hazırlanacak olan ders materyallerinin sade ve konu için özelleşmiş olmasının son derece önemli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca öğrencilerin ve eğitimcilerin hızlı ve kesintisiz bir internet erişiminin olmasının, derslerin etkili bir şekilde sunulmasında önemli bir kriter olduğu belirtilmiştir.

Web destekli öğretime katılacak öğrencilerden, kendi kendine çalışma motivasyonu düşük olan veya ders çalışmaya başlama konusunda destek bekleyen öğrenciler, yüz yüze yapılmayan derslerin iletişim sınırlılığı meydana getirdiğini düşünebilirler (Black ve Watties–Daniels 2006, Travale 2007). Ayrıca öğrenciler dinlenme ve eğlenme zamanlarının büyük bir bölümünü bilgisayar başında geçirmek zorunda kalabilirler. Bu nedenle öğrenciler sosyal ortamlara girmede güçlük, yalnızlık ve uyumsuzluk yaşayabilirler (Arslan 2008). Örneğin Heath (2004) çalışmasında, web sitesi aracılığıyla eğitime katılan öğrencilerin, dersin eğitimcisinden ve dersi birlikte aldıkları arkadaşlarından uzak kaldıklarını belirtmiştir.

Web destekli öğretimin yukarıda belirtilen tüm yararları ve sınırlılıkları dikkate alındığında, hemşirelik eğitiminde kullanılmasının olumlu sonuçlar yaratabileceği düşünülmektedir. Hemşirelik eğitim müfredatlarında yapılacak bazı düzenlemelerle web destekli öğretimin olumlu yönlerinden faydalanılabilir. Özellikle sınıf içinde yapılan geleneksel yüz yüze öğretimi destekleyici olarak ve sınıf içi öğretimle birlikte kullanıldığında öğrenci başarısında artış yaratacağı yapılmış çalışmalarla kanıtlanmıştır. Hemşirelik eğitiminin temelini oluşturan hemşirelik becerilerinin öğretiminde yaşanan bazı sıkıntıların giderilmesi açısından da web destekli öğretimin kullanılması yararlı olacaktır. Zira günümüzde hemşirelik eğitiminde giderek artan öğrenci sayıları nedeniyle sınıflar çok kalabalık hale gelmiştir. Merkez şehirlerde hemşirelik eğitimi veren kurumlarda birinci sınıfa kayıtlı öğrenci sayıları 300'ü geçmiştir. Kalabalık bu sınıflarda etkili ve nitelikli eğitim vermek oldukça güçleşmiştir. Hemşirelik eğitiminin ve hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan psikomotor beceri gerektiren uygulamaların öğretimi sırasında, öğrencilerin uygulama alanını ve uygulamayı net bir şekilde görmeleri oldukça sınırlı hale gelmiştir. Kaldı ki ülkemizde hemşirelik eğitimini uzmanlık alanları doğrultusunda yapacak öğretim elemanı sayısı da oldukça yetersizdir ve bu sayısal yetersizlik, öğrencilerin beceri öğretimine yansımakta ve öğrenciler yeterli sayıda tekrarlı uygulama yapamamaktadır. Tüm bu nedenlerle, hemşirelik eğitiminin kalitesini arttırmak ve öğrencilerin eğitimlerinden en etkili şekilde yararlanmalarını sağlamak amacıyla, eğitim teknolojilerinin ve özellikle web destekli öğretimin hemşirelik eğitiminde kullanılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

SONUÇ

Web tabanlı öğretim ile web destekli öğretim içerdikleri ortak özelliklere rağmen, özellikle uygulanışları bakımından birbirinden farklı öğretim yöntemleridir. Özellikle web destekli öğretim, sınıf içi ortamda yüz yüze yapılan geleneksel öğretim yöntemini destekleyici yönde kullanıldığında, öğrencilerin bilgi ve becerilerini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca web destekli öğretimin kullanılması öğrencilerin kendi öğrenme hızlarında öğrenmelerine ve daha bağımsız bir şekilde çalışmalarına imkan vermekte, öğrenme için gereken zamanı kısaltmakta, öğreticinin ilgili beceriyi gösterme ve öğrencinin uygulamayı gerçekleştirme zamanını arttırmaktadır. Bu bağlamda, örgün eğitim kurumlarında sınıf içi öğretim yöntemlerini desteklemek amacıyla, web destekli öğretimin önemli bir seçenek olduğu ve öğrenci başarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Aggarwal AK ve Legon R. Case Study- Web-Based Education Diffusion. IJWLTT 2006; 1(1): 49-72.

Alkan C. Eğitim Teknolojisi. 5.basım, Ankara: Anı Yayıncılık. 1997.

Altunçekiç A ve Aksu L. Web Destekli Öğrenme Ortamlarının İnternet Kullanımına Yönelik Tutum Düzeyleri Üzerine Etkisi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2010; 19(1): 239-250.

American Association of Colleges of Nursing. Faculty Shortages in Baccalaurate and Graduate Nursing Programs: Scope of Problem and trategies for Expanding the Supply. American Association of Colleges of Nursing, 2005, Erişim Tarihi: 10.12.2013, http://www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/facultyshortage.pdf.

Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Programları Bölümü, Erişim Tarihi: 05.08.2012 https://www.anadolu.edu.tr/akademik/fak_aof/aofsaglikprgbol/index.htm

Arslan A. Web destekli Öğretimin Ve Öğretimsel Materyal Kullanımının Öğrencilerin Matematik Kaygısına, Tutumuna Ve Başarısına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2008.

Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı. ErişimTarihi:05.08.2012 ttp://atauzem.atauni.edu.tr/hakkimizdaa.aspx?program=0&sayfa=3

Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı.ErişimTarihi:05.08.2012 ttp://atauzem.atauni.edu.tr/hakkimizdaa.aspx?program=0&sayfa=0.

Axley L. The Integration of Technology into Nursing Curricula: Supporting Faculty via the Technology Fellowship Program. OJIN 2008; 13.

Bahçecik N ve Alpar Ş. Nursing Education in Turkey: From Past to Present. Nurse Education Today 2009; 29(7): 698–703.

Billings DM. A Framework for Assessing Outcomes and Practices in Web-Based Courses in Nursing. Journal of Nursing Education 2000; 39(2): 60-67.

Black CD, Watties–Daniels DA. Cutting Edge Technology to Enhance Nursing Classroom Instruction at Coppin State University. JABNF 2006; Summer: 103-106.

Çakıroğlu S. Türkiye'de Hemşirelik Eğitimi Sorunlarının Genel Görünümü. Hemşirelik Bülteni 1992; 6(23): 17-22.

Çallı İ. Türkiye'de uzaktan eğitimin geleceği ve e-üniversite. Sakarya Üniversitesi İnternet Destekli Öğretim [Bildiri], Açık ve Uzaktan Eğitim Sempozyumu 2002, Eskişehir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Uzaktan İş Sağlığı Yüksek Lisans Programı, Erişim Tarihi: 05.08.2012 http://www.deu.edu.tr.

Driscoll M. Web-Based Training. [Elekronik Sürüm]. San Francisco: Jossey Bass/Pfeiffer. 1998.

Erdemir F. Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 59-63.

Halstead JA ve Coudret NA. Implementing Web-Based Instruction in a School of Nursing: Implications for Faculty and Students. Journal of Professional Nursing 2000; 16(5): 273-281.

Heath JM. Student Isolation Issues in the E- Learning Enviroment. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Arizona: Arizona Üniversitesi; 2004.

International Council of Nursing. Definition of Nursing. Erişim Tarihi: 10.12.2013, http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/.

İnönü Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi, Erişim Tarihi: 05.08.2012 http://inuzem. inonu.edu.tr/ web/index.php? menuid= 4&programid=8

İşman A. Uzaktan Eğitim. 8.basım, Ankara: Pagem Yayıncılık; 2011.

Jang KS, Hwang SY, Park SJ ve ark. Effects of a Web Based Teaching Method on Undergraduate Nursing Students' Learning of Electrocardiography. Journal of Nursing Education 2005; 44(1): 35-39.

Karadağ G ve Uçan Ö. Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 3(1): 42–51.

Kearns LE, Shoaf JR, Summey MB. Performance and Satisfaction of Second-Degree BSN Students in Web-Based and Traditional Course Delivery Environments. Journal of Nursing Education 2004; 43(6): 280-284.

Kerrigan J. Web-Enhanced Instruction and Simulation: Technologies that Can Bridge the Theory to Practice Gap**.** CNIA 2008; 3(2): 25-48.

Khan B. Web Based Training. New Jersey: Educational Technology Publication Inc. 2001.

Mahara MS. A Perspective on Clinical Evaluation in Nursing Education. Journal of Advanced Nursing 1998; 28(6): 1339-1346.

Manochehr NN. The Influence of Learning Styles on Learners in e-Learning Environments: An Empirical Study. CHEER 2001; 18: 10-14.

McNeil JB, Elfrink LV, Bickford JC ve ark. Nursing Information Technology Knowledge, Skills, and Preparation of Student Nurses, Nursing Faculty, and Clinicians: A U.S. Survey, Journal of Nursing Education 2003; 42: 341-349.

National Advisory Council on Nursing Education and Practice. (December 1997). A National Informatics Agenda for Nursing Education and Practice (MF01/PC02). Erişim Tarihi: 26.12.2012, http://nursing-informatics.com/niassess/8f.pdf

Novotny J ve Davis R. Distance Education In Nursing [Elekronik Sürüm]. New York: Springer Publishing. 2006.

Oğuzkan F. Eğitim Terimleri Sözlüğü. 3.basım, Ankara: Emel Matbaacılık. 1993.

Pachnowski LM, Jurczyk JP. Perceptions of Faculty on the Effect of Distance Learning Technology on Faculty Preparation Time. OJDLA 2003; 6(3): 1-10.

T.C. Resmi Gazete. 96/8655 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı. 22805, 10 Ekim 1996.

Rivera JC ve Rice ML. A Comparison of Student Outcomes & Satisfaction Between Traditional & Web Based Course Offerings. OJDLA 2002; 5(3): 1-11.

Schutte JG. Virtual Teaching in Higher Education:The New Intellectual Superhighway or Just Another Traffic Jam? Erişim Tarihi: 05.12.2012 http:// www.csun.edu /sociology/virexp.htm

Trakya Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi. Erişim Tarihi: 05.12.2012 http:// tuzem. trakya. edu.tr/e_ogrenme. html

Travale IL. Computer-Assisted Instruction for Novice Nurses in Critical Care. Journal of Continuing Education in Nursing 2007; 38(3): 132-138.

Urdan T ve Weggen C. Corporate e-Learning: Exploring a New Frontier [Elekronik Sürüm]. U.S.: WR Hambrecht Co. 2000 http://cclp.mior.ca/Reference%20Shelf/PDF_OISE/Corporate%20e-learning.pdf

Wingard RG. Classroom Teaching Changes in Web-Enhanced Courses: A Multi-Institutional Study. EQ 2004; 1: 26-35.

Yüksek Öğretim Kurulu. Bologna Süreci Nedir? Erişim Tarihi: 05.12.2012, http://bologna. yok.gov.tr/index. php?page=yazi&c=1&i=3

Uzunboylu H. Web Destekli İngilizce Öğretiminin Öğrenci Başarısına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2002.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2): 88-99, 2014

KAN DONASYONUNDA VAZOVAGAL REAKSİYONLAR VE GÜVENLİĞİ GELİŞTİRMEK: MEVCUT ARAŞTIRMALAR

VASOVAGAL REACTIONS OF BLOOD DONATION AND IMPROVING THE SAFETY: CURRENT RESEARCH

Öğr.Gör. Dr. Serpil İNCE* **Prof.Dr. Leyla KHORSHID****

* Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

** Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD.

ÖZET

Tam kan donasyonunun güvenli olduğu düşünülür, fakat bazen kan alırken veya kan alma işleminin sonunda değişik şiddette istenmeyen reaksiyonlar oluşabilir. Vazovagal reaksiyon, kan donasyonuna ilişkin en yaygın görülen istenmeyen olaylardan biridir. Kan donasyonu sırasında vazovagal semptomları deneyimleme, daha sonraki donasyonların olasılığını anlamlı derecede azaltır. Vazovagal reaksiyon, bilinç kaybına kadar ilerleyebilen anksiyete, baş dönmesi, ve bulantı ile birlikte genel bir rahatsızlık ve halsizlik duygusudur. Psikolojik etmenler ve alınan kan miktarının neden olduğu nispi hipovolemi ile artabilen vazovagal reaksiyona parasempatik sinir sistemi neden olur. Vazovagal reaksiyonun semptomları, hafif başağrısı ve baş dönmesinden tam bayılmaya kadar sıralanabilir. Donasyon yeri, demografik etmenler, ilk kez veya tekrarlı donör olma, alınan kan miktarı, psikolojik etmenler vazovagal reaksiyon görülme oranını etkileyen bazı etmenlerdir. Donasyon öncesi sıvı verme, donasyon sırasında bacakları çaprazlama ve kasları germe ile ağızdan tuz takviyesi, vazovagal semptomları azaltan tekniklerdir. Kan donörünün güvenliği çok önemlidir. Hemşireler risk grubunda olan bireylerde senkopu önlemeye katkıda bulunabilirler. Daha önce vazovagal senkop geçiren bireyler; sıcak zamanlarda yetersiz sıvı alımı, uzun sure ayakta hareketsiz kalma, gibi tetikleyicilerden kaçınma konusunda eğitilmelidir. Bireylerin öncül bulguları tanıması sağlanıp bu bulguları hissettiğinde bir yere uzanması, ya da kısa kısa öksürmesi önerilebilir. Bu yolla beyin perfüzyonunun devamlılığı sağlanabilir. Hasta başdönmesinden yakınıyorsa veya senkop riski taşıyorsa, sıvı volümü ve nabız düzensizlikleri yönünde izlenir. Bu makalede kan donasyonu sırasında oluşan vazovagal reaksiyon, belirti ve semptomları ve onların önlenmesine yardım edebilecek uygulamalar sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Vazovagal reaksiyon, kan donasyonu, donor, bayılma.

ABSTRACT

Whole blood donation is considered safe, but occasionally adverse reactions of varying severity may occur during or at the end of the blood collection. Vasovagal reaction is a very common advers events related to blood donation. A vasovagal reaction is a general feeling of discomfort and weakness with anxiety, dizziness and nausea, which may progress to loss of consciousness. The vasovagal reaction is caused by the parasympathetic nervous system, which can be further augmented by psychological factors, and the volume of blood removed causing relative hypovolemia. The symptoms of vasovagal reaction range from light headache and dizziness to full-out fainting. Site of donation, demographic factors, first time versus repeated donors, volume of blood collected, psychological factors are some factors affecting frequency of vasovagal reactions. Experience of vasovagal symptoms during blood donation significantly reduces the change of subsequent donation. Predonation hydration, leg crossing and applied muscle tension during donation, and nutritional salt supplementation are techniques that reduce the occurence of vasovagal symptoms. The safety of blood donor is of prime importance. Nurses can contribute to preventing syncope in those who are at high risk for it. Individuals suffering from vasovagal syncope previously, should educate about avoidance from triggers such as inadequate fluid intake at the hot times, exercise in a warm environment. To recognizing the preliminary findings of individuals should obtained and when these feel these findings should been extended to a place or coughing briefly can recommended. In this way brain perfusion continuity can be achieved. When a patients reports dizziness or is at risk of syncope, assess fluid volume status and check the pulse for irregulatories. In this article symptoms of vasovagal reaction occurring during blood donation, signs and symptoms, and the practices which would help to prevent them have been presented.

***Key Words**: Vasovagal reaction, blood donation, donor, fainting.*

GİRİŞ

Kan donörlerinin düzenli kan donörü haline gelmesinde ilk kan donasyonunda (bağışında) edindikleri deneyimlerin önemli etkileri vardır. İlk donasyonda olumsuz etkiler azaldığında, donörlerin sonraki kan donasyonu için kan merkezlerine başvurma olasılığı artmaktadır. Vazovagal reaksiyonlar, kan donasyonu nedeniyle sık gelişen istenmeyen olaylardan biridir. Vazovagal reaksiyon gönüllü olan bağışçıların tekrar kan vermesini engelleyici olabilir.

Vazovagal reaksiyonlar; Presenkobal semptomlar, Minor senkobal semptomlar, ve major senkobal semptomlar'dan oluşur. Presencopal semptomlar (baş dönmesi, solgunluk, terleme veya bilinç kaybı olmaksızın sersemlik) ve senkop kan donasyonu sonrasında ortostatik kan basıncı değişiklikleri, akut hipovolemi, psikolojik stres ve değişikliklerin etkisi sonucu da oluşabilir (Weiling ve ark. 2011). Vazovagal senkop tablosunda gözlenen solukluk, terleme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, sersemlik hali gibi prodromal belirtiler yaşlılarda gençlere göre daha kısa sürelidir ya da yoktur (Pery ve Kenny 2002, Alboni ve ark. 2008). Vazovagal reaksiyon semptomları; kan donasyonundan hemen veya kısa bir süre sonra gelişen baş dönmesi, güçsüzlük, terleme, endişe, çarpıntı, solgunluk, hipotansiyon, bradikardi (Krediet ve ark. 2002,

Newman ve ark.2004, Newman ve ark. 2007, Rohra ve ark. 2010), bulantı, kusma ve bayılmadır (Weiling ve ark. 2011, Velthuizen ve ark. 2012).

Fizyopatolojisi

Vazovagal reaksiyon bilinç kaybına kadar ilerleyebilen anksiyete, baş dönmesi, bulantı ile birlikte görülen genel bir rahatsızlık ve güçsüzlük duygusudur (Rohra ve ark. 2010) ve arteriyel dilatasyona neden olan, uygun olmayan kardiyak yavaşlamayı harekete geçiren otonom sinir sisteminin bir refleksidir (Weiling ve ark. 2011, Velthuizen ve ark. 2012). Kan donasyonunun ciddi komplikasyonlarından biri senkoplu vazovagal reaksiyondur (France ve ark. 2008, Ando ve ark. 2009, Newman ve Siegfried 2011). Senkop, "global beyin hipoperfüzyonuna bağlı, aniden ortaya çıkan, kısa süreli ve kendiliğinden tam bir düzelmeyle sonuçlanan, geçici bir bilinç kaybı" olarak tanımlanır (Krediet ve ark. 2002, France ve ark. 2010, Olatunji ve ark. 2010). Vazovagal senkop kan basıncını azaltarak, pıhtılaşmayı kolaylaştırarak, hemorajiyi azaltarak, yaşamda kalma olasılığını arttırarak, şiddetli yaralanmaya ve kan kaybına karşı bir adaptif yanıttan kaynaklanır (Ditto ve ark. 2012).

Kalp debisinin ya da periferik damar direncinin düşmesinin sonucu beynin kanlanması azaldığında senkop gerçekleşir (Moya ve ark. 2009). Bir dakikadan daha kısa süreli geçici bilinç kaybı varsa, minör senkop, bir dakikadan daha uzun süreli bilinç kaybı varsa veya bağırsak/mesane kontrol kaybı, nöbetler veya konvülsiyonlar varsa major senkop olarak sınıflandırılır (Zervou ve ark. 2005, Rohra ve ark. 2010, Pathak ve ark. 2011). Vazovagal senkop uzun süre ayakta durma ya da sabit pozisyonda oturma, sıcak ve havasız ortamlar, dehidratasyon, duygusal stres anları, korku, ağrı, damar yolu açılması vb. ile tetiklenebilir (Wieling ve ark. 2004). Senkoplu vazovagal reaksiyon tekrarladığında, hastanın yaşam kalitesi ciddi bir şekilde etkilenebilir, hızlı bilinç kaybı ve olası travma, hastanın fiziksel kontrolünü ve öz saygısını zedeleyebilir (Krediet ve ark. 2002).

Vazovagal Reaksiyon Görülme Oranı

Tam kan donasyonundan sonra kan donörlerinin % 4 - %5' inde vazovagal semptomlar gelişir (Ditto ve France 2006, Newman ve ark. 2007). Senkoplu vazovagal reaksiyon insidansı yaklaşık %1' dir (Ando ve ark. 2009, Velthuizen ve ark. 2012). Ancak literatürde bu konuda farklı oranlar bildirilmiştir. Pakistan'da 674 kan dönörü ile yapılan bir çalışmada, vazovagal reaksiyon prevalansı %8.2 olarak bulunmuştur (Rohra ve ark. 2010). Pathak ve ark. (2011)'nın 18635 donör ile yaptığı çalışmada presenkobal komplikasyonların hafif şiddette olduğu ve donörlerin %0.04'ünü etkilediği, major senkobal komplikasyonların çok nadir (%0.005) oluştuğu saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada, çalışma kapsamına alınan tüm bireylerde vazovagal reaksiyon ortalamasının 2.03 olduğu saptanmıştır (Van Dongen ve ark. 2012). Popovsky ve ark. (2002) 198,000 donasyonda 1 hastaneye yatırılma oranı ve vazovagal reaksiyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon oranını %67 olarak bulmuştur.

Kan donörlerinde (n=37896) donasyona bağlı olarak gelişen komplikasyonların %63.5' inin vazovagal reaksiyonlar olduğu, %1.1'inin ise geç vazovagal reaksiyonlar

olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, 602 vazovagal reaksiyonun %84.2'sinin hafif, %12'sinin orta, %3.8'inin ise şiddetli düzeyde olduğu, bu komplikasyonlar nedeniyle gelişen diğer semptomların terleme (%65.3), sersemlik (%55.8), solgunluk (%55.3), anksiyete (%51.8), bilinç kaybı (%14.5), bulantı (%10), kusma (%6.1), tonik-klonik konvülsiyonlar (%3.2), çarpıntı (%2.2), halsizlik (%1.7), sıcaklık duygusu (%1.5), üşüme duygusu (%0.8), susuzluk (%0.7), aralıklı kas kasılması (%0.5), başağrısı (%0.5), kas seğirmesi/kasılması (%0.5), gözlerde bulanıklık (%0.3), inkontinans (%0.3), seste titreşim (%0.3), el titremesi (%0.2) ve kramplar (%0.2) olduğu görülmüştür (Agnihotri ve ark. 2012). Vazovagal reaksiyonların incelendiği bir çalışmada (n=674), güçsüzlüğün (%13.5) ve baş dönmesinin (%10.8) katılımcılar tarafından en sık bildirilen semptomlar olduğu, terlemenin %8, huzursuzluğun %5.9, bulantı/kusmanın %4, solgunluğun %3.6, anksiyetenin %2.5, bayılmanın %0.2 oranında görüldüğü belirlenmiştir (Rohra ve ark. 2010).

Risk Faktörleri

Donasyon Bölgesi: Eğitim kurumlarında ve endüstriel bölgede donasyon yapılan bireylerde, daha faza sayıda reaksiyon geliştiği saptanmıştır. Hastaneler ile kan toplama merkezlerindeki donörler arasında da fark bulunmuş, hastanelerde vazovagal reaksiyon sıklığı daha düşük bulunmuş, ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Agnihotri ve ark. 2012)

Donörün Demografik Özellikleri: Donörlerin genç ve kadın olmasının daha yüksek vazovagal reaksiyon sıklığı ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Ditto ve ark. 2006, Ando ve ark. 2009). Vazovagal reaksiyon düşük kilolu donörlerde daha yaygındır (Zervou ve ark. 2005). Yapılan bir çalışmada, erkeklere (%4.6) oranla kadınlarda (%4.9) reaksiyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Donörün yaşı arttıkça vazovagal reaksiyon oranında sürekli bir azalma olduğu ve vazovagal reaksiyon görülen donörlerin yaş ortalamasının 26 ± 7 yıl olduğu saptanmıştır. Tüm popülasyondaki reaksiyon oranına göre, 18-24 yaş grubunda daha yüksek vazovagal reaksiyon oranı görülmüştür, en düşük reaksiyon oranı 46-60 yaş grubunda görülmüştür. Donörlerin kilosu arttıkça reaksiyon oranı azalmıştır, 60 kg.'ın altındaki bireylerde, 60 kg.'ın üzerindeki bireylere oranla daha yüksek oranda vazovagal reaksiyon görülmüştür (Agnihotri ve ark. 2012).

İlk Kez Donasyonda Bulunma: Donörlerin ilk kez donasyonda bulunmasının daha yüksek vazovagal reaksiyon sıklığı ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Ditto ve France 2006, Ando ve ark. 2009, Zervou ve ark. 2005). Yapılan bir çalışmada, ilk kez donör olanlarda vazovagal reaksiyon oranı %2.21, tekrarlı donasyonda bulunanlarda ise %0.85 olarak bulunmuştur. İlk kez istemli donasyonda bulunan erkek donörlerde vazovagal reaksiyon oranı %1.84 iken, tekrarlı donayonda bu %0.79'a düşmüştür**.** Benzer şekilde ilk kez istemli donasyonda bulunan kadın donörlerde reaksiyon oranı %4.33 iken, tekrarlı donayonda bu %1.41'e düşmüştür (Agnihotri ve ark. 2012). Ayrıca, sürekli donörlerle kıyaslandığında ara sıra kan veren donörlerde reaksiyon oranının daha yüksek (%1.15 e karşın % 0.53) olduğu bulunmuştur (Zervou ve ark.2005).

Alınan Kan Miktarı: Donörlerin tahmin edilenden daha düşük kan volümüne sahip olmasının, daha yüksek vazovagal reaksiyon sıklığı ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Ditto ve France 2006, Ando ve ark. 2009). Alınan kan miktarı bireyin ağırlığı ile ilgilidir, vücut ağırlığının vazovagal reaksiyon gelişme ile ilgili olduğu görülmüştür. Bir çalışmada, 55 kg.'dan daha düşük kiloda olan donörlerden 350 $\pm$ 3 ml., 55 kg.'da daha yüksek kiloda olan donörlerden 450 $\pm$ 45 ml. kan alınmış, yani 55 kg.'dan daha düşük kiloda olan donörlerden $\leq$ 7.78$\pm$ 0.80 ml/kg. (veya total kan volümünün %11.48'i), 55 kg.'dan daha yüksek kiloda olan donörlerden $\leq$ 8.04$\pm$ 0.80 ml/kg. (veya total kan volümünün %20.4'ü) kan alınmış ve reaksiyon sıklığı 450 $\pm$ 45 ml. kan verenlere oranla, 350 $\pm$ 3 ml kan veren donörlerde daha yüksek bulunmuştur (Agnihotri ve ark. 2012)

Psikolojik Etmenler: Donasyon öncesi anksiyete donörün deneyimini etkileyebilir ve sonraki kan donasyonu olasılığı ile ilişkili olabilir. Kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek predonasyon anksiyetesi nedeniyle, izleyen yılda tekrar kan verme olasılığının anlamlı şekilde daha az olduğu belirlenmiştir (Ditto ve France 2006). Donasyon öncesi anksiyetenin kan donasyonu sırasında vazovagal reaksiyon derecesi ile pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Olatunji ve ark. 2010). Sürekli kaygılı olan bireylerde kan bağışı işlemi sırasında daha yüksek oranlarda olumsuz tepkiler gelişir (Labus ve ark. 2000). Yapılan bir çalışmada vazovagal reaksiyon gelişen donörlere, bu reaksiyonların gelişmesine zemin hazırlayıcı herhangi bir psikolojik sorunları olup olmadığı sorulmuş, %84.6'sı donasyon sırasında bu reaksiyonların gelişmesine zemin hazırlayıcı etmenlerden bir veya birden çoğunun var olduğunu; %75.9'u kan donasyonunun güvenliği hakkında genel endişesi olduğunu, %31.6'sı donasyonun ağrılı olduğunu, %19.9'u bir arkadaşında donasyon reaksiyonu geliştiğini bildiğini, %20.6'sı donasyondan önce uzun süre beklediğini ve %15.6'sında iğne ve/veya kan korkusu olduğunu, ayrıca kan verdikleri hastalarının sağlık durumları hakkında anksiyeteleri olduğunu belirtmiştir (Agnihotri ve ark. 2012).

Diğer Etmenler: Reaksiyonlar flebotomiden önce gelişebildiği gibi, bazen reaksiyon gelişen bir donörü gözlemiş olan bir başka donörde bu gözlemden sonra da gelişebilir (Newman 2004). Donasyondan önceki son öğünün vazovagal reaksiyon gelişimini etkileyebileceği düşünülmüş, ancak yapılan bir çalışmada, donasyondan önceki son öğünün zamanı ile donasyon sırasında vazovagal reaksiyon gelişen 136 (%22.3), donasyondan hemen sonra vazovagal reaksiyon gelişen 253 (%41.4) ve donasyon yerinden ayrılmadan hemen önce vazovagal reaksiyon gelişen 97 (%15.8) hasta arasında hiçbir ilişki bulunmamıştır. Yalnızca bir donörde (%0.2) flebotomiden önce reaksiyon geliştiği saptanmıştır (Agnihotri ve ark. 2012)

Tanılama

Vazovagal senkoptan önce çoğunlukla otonomik aktivasyonu yansıtan terleme, solukluk ve bulantı hissi gibi belirtiler görülür (Wieling ve ark. 2004, Ritz ve ark. 2010). Bütün kan donörlerinde oluşan vazovagal reaksiyonlar; baş dönmesi, terleme, solgunluk ve anksiyete gibi semptomları içerir ve genellikle kan almanın sonuna doğru donör yatağında ortaya çıkar. Bayılma reaksiyonların %60'ı donör kan verme alanını terk ettikten sonra oluşur (Newman ve Graves 2001, Bravo ve ark. 2011).

Donör ayağa kaldırılmadan önce bayılma belirtileri yönünden gözlenmeli ve dikkatli olunmalıdır, çünkü ayağa kalktığında bayılan donör düşebilir ve yaralanabilir.

(Bravo ve ark. 2011). Büyük bir çoğunlukla, yaralanmalar hafiftir, ancak çatlaklar, incinme ve kafaya yakın yaralanmalar gibi ciddi yaralanmalar da olabilir (Newman ve Siegfried 2011). Kan donasyonunda vazovagal reaksiyon sürecinde; denge kaybı, baş dönmesi, esneme, mide bulantısı, terleme, solgunluk ve görsel bozukluklar gibi semptomlar sonrası, kısa süreli bir bilinç kaybının olduğu senkoplar söz konusudur.

a)Damara Girmeden Önce Vazovagal Senkop: Kan verme alanına varma ve damara girme arasındaki bayılma oranı oldukça düşüktür (%0.004) (Smith ve ark. 1999, Bravo ve ark. 2011). Damara girmeden önce vazovagal senkop ile ilişkili faktörler; donörün genç olması ve ilk kez kan verecek olmasıdır (Bravo ve ark. 2011).

b)Kan Donasyonu Sırasında Vazovagal Senkop: Tam kan donasyonu yaklaşık 7-9 dakika sürer. İğne tanıtımından sonra ilk 4 dakika boyunca, bayılma oranı çok düşüktür (Tomasulo ve ark. 2010). Bu yüzden sadece iğne tanıtımının psikolojik stresinden kaynaklı ani vazovagal senkoplar kan donörlerinde çok seyrek görülen bir durumdur (Wieling ve ark. 2011). İlk birkaç dakikada çok düşük olan bayılma oranı, kan vermenin sonuna doğru iğnenin çıkarılması sırasında artar. Tamamlanmış kan bağışlarıyla ilişkili vazovagal senkopların yaklaşık %10'u, iğnenin çıkarılırken ve sonrasındaki bir dakika boyunca oluşur (Tomasulo ve ark. 2010). Kan verme işlemi boyunca alınan kanın miktarı (540 mL), yatar pozisyondan ayağa kalkma boyunca hızlıca aşağı doğru inen toplanmış kanın miktarıyla (300-800 mL) hemen hemen aynıdır (Bravo ve ark. 2011, Tomasulo ve ark. 2010).

c)Ayağa Kalktıktan Sonra Kan Alınan Yerde Vazovagal Senkop: Uzanır pozisyonda yatma durumundan sonra aktif ayağa kalkma ile her zaman var olan kan basıncındaki ilk kısa süreli (ilk 20-30 saniye) azalma, belirgin denge kaybı ya da bayılma ile sonuçlanabilir (Fu ve Levine 2010).

d)Alan Dışı Vazovagal Senkop: Veri grubundaki vazovagal senkopların yaklaşık %10u donör kan verme alanını terk ettikten sonra oluşmuştur. İğne ortadan kaldırıldıktan sonra 5 saatten daha az bir sürede ortaya çıkmıştır. Alan dışı reaksiyonlar kadınlarda ve tahmin edilen kan yoğunluğuna daha yüksek bir yüzde verilen donörlerde daha yaygındır (Bravo ve ark. 2011). Bu reaksiyonlar alan içi reaksiyonlardan daha çok yaralanmalarla ilişkili olduklarından önemlidir (Kamel ve ark. 2010, Bravo ve ark. 2011). Vazovagal senkopun acil yönetiminde başı dizlerinin arasında eğerek oturma önerilmektedir (Wieling ve ark. 2004).

Önleme ve Tedavi

a)Bacakları Çaprazlama ve Kasları Germe:

Tüm vücudu germenin, izometrik kol egzersizinin, bacak, karın ve kalça kaslarını gererek bacak çaprazlamanın, çömelmenin, bir bacağı sandalyeye koyarak ayakta durmanın, kan basıncını sabit tutarak, vazovagal senkopun önlenmesinde veya geciktirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Krediet ve ark. 2002, Ditto ve ark. 2003, Colman ve ark. 2004, Wielling ve ark.2004). Krediet ve ark. 2006).

Bacak çaprazlama ve kas gerginliği arteriyel kan basıncında artış meydana getirir (Krediet ve ark. 2002, Groothuis ve ark. 2007). Fiziksel karşılayıcı manevralarının sistemik kan basıncı üzerine yararlı etkisinin altındaki varsayılan mekanizma; vücudun alt kısmındaki iskelet kaslarını germe, göllenmiş olan venöz kanın tekrar geriye göğüse infüze edilerek, böylelikle kardiyak dolma basıncını, strok volümü ve kardiyak volümü attırdığıdır. Ayrıca, fiziksel karşılayıcı manevraların periferal vasküler direnci arttırdığı da düşünülmektedir. Maksimal gücün %10'una kadarki izometrik kasılmalar, iskelet kaslarındaki arterleri sıkabilir ve bu total mekanik olarak gelişen total periferik dirençteki artışın da fiziksel karşılama manevralarının etkinliğinin de rolü olduğu ileri sürülmektedir (Krediet ve ark. 2005). Diğer yandan, bacak vasküler rezistansının, sıkı manevralarla bacaklardaki büyük arterlerin basıncında bir artış sağlayabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca kas gerginliği sırasında vazodilatasyon meydana geldiği bilinmektedir (Alboni ve ark. 2008) ve fiziksel karşılama manevraları sırasında da vazodilatasyon meydana gelebilir (Groothuis ve ark. 2007). Ortostatik intoleransı ve ağır ortostatik hipotansiyonu olan hastalarda, kas iskelet tonüsünü artıran bacak çaprazlama ve kas gerginliği gibi fiziksel manevraların uygulanması ile karbondioksit artar ve venöz dönüş artabilir (Wieling ve ark. 2004, Groothuis ve ark.2007). Ortostatik intoleransı olan hastalarda, fiziksel karşılama manevraların kan basıncını artırıcı etkisinin yalnızca karbondioksitteki artış nedeniyle olduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte, bacak vasküler rezistansının kendisi fiziksel karşılama manevraları sırasında birçok yolla etkili olabilir (Groothuis ve ark. 2007). Kan verirken kasları germek basit davranış tekniği olup, kan basıncını koruyarak vazovagal reaksiyonların gelişimini azaltır (Ditto ve ark. 2007; Tomasulo ve ark. 2011).

Bacak, karın ve kalça kaslarını gererek bacak çaprazlama, yakında oluşacak bir vazovagal bayılmaya karşı, bayılma esnasında kan basıncını sabit tutarak, etkili bir manevra olduğu kanıtlanmıştır (Krediet ve ark. 2005). Bir çalışmada, kas germe tekniğinin fobik olmayan kan donörleri populasyonunda donasyona ilişkin semptomları azaltmada umut verici olduğu saptanmıştır (Ditto ve ark. 2007).

Ditto ve arkadaşları (2009) tüm vücuda uygulanan gerilim boyunca, nabız hızı ve kan basıncının daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Kowalsky ve ark. (2011)' nın çalışmasında, bağış boyunca tekrarlı alt-vücut kas germe işlemi yapan donörlerin kontrol grubu olarak tasarlanan en az düzeyde ayak hareketi yapan donörlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek düzeyde serebral oksijenlenme gösterdiğini bulmuşlardır.

Genç erişkin kan donörlerinde (n=282) donasyon öncesinde uygulanan kas gerginliğinin kan donasyonu sırasındaki vazovagal semptomların azaltılmasında etkili olduğu, donasyon öncesi gerginliğin uygulandığı bireylerin, uygulamayanlara oranla vazovagal reaksiyonlar için daha az tedaviye gereksinim duydukları belirlenmiştir (Holly ve ark. 2012).

b)Su Alımının Vazovagal Reaksiyon Gelişimini Önlemede Etkisi: Su içme, su dengesinde kısa süreli değişikliğe yol açan bir girişimdir. Düzenli miktarlarda su içmenin, böbreklerde serbest suyun hızlıca atılması nedeniyle, tüm su dengesi üzerine etkisi minimaldir (Jordan 2002). Normal bireylerde su alımının ortostatik hipotansiyonu olan otonom yetmezliği olan hastalarda kan basıncını arttırdığı

gösterilmiştir. Sağlıklı genç bireylerde, su alımının kan basıncını arttırmada hiçbir etkisi yoktur. Ancak yaşlılarda kan basıncında bir artış söz konusudur (Jordan 2002, Mathias and Young 2004).

Su alımının vazovagal reaksiyonların önlenmesinde basit ve etkili bir yol olabileceği ileri sürülmektedir (Hanson ve France 2004, Newman ve ark. 2007, Ando ve ark. 2009, Tomasulo ve ark. 2011). Vazovagal reaksiyon için yüksek riskli bireylerde 300 ml. sıvı alımının, vazovagal reaksiyon oranını %47'den %21'e düşürdüğü belirlenmiştir (Ando ve ark. 2009). Diğer bir çalışmada 17-22 yaş grubundaki donörlerde donasyon sırasında kasları germe ve donasyon öncesi su içmenin, reaksiyon oranını %24 oranında azalttığı, %25'inde ise geciktirdiği saptanmıştır (Tomasulo ve ark. 2011). Lise öğrencisinden oluşan geniş bir örneklemde (n=8894) vazovagal reaksiyonları önlemek için su içmenin etkinliğini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, su alan grupta donör reaksiyon oranı %9.9, su almayan grupta ise %12.5 olarak bulunmuştur (Newman ve ark. 2007).

Multipl sistem atrofisi olan hastaların oturur durumda kan basıncının 33 mm Hg, otonomik yetmezliği olanlar hastalarda ise 37 mm Hg arttığı saptanmıştır. Presör etki su içtikten sonra 5 dk. içinde hızlıca başlar, kan basıncındaki maksimal artış 30-40 dk. sonra sona erer (Jordan ve ark. 2002). Genç normal bireylerde su alımından sonra kan basıncı değişmemiştir. Ancak, normal yaşlı bireylerde 35 dk sonra, sistolik basınç 11 mm Hg artarak kan basıncında yükselme olmuştur. Kan basıncındaki bu yükselmenin, su alımının 5. dakikası içinde başladığı, 30. ve 35. dakikada zirveye ulaştığı ve 90 dk sonra azaldığı görülmüştür. Yapılan diğer bir çalışmada otonom disfonksiyonu olmayan yaşlılarda oturur pozisyonda 400 ml su alımı ile sistolik veya diyastolik kan basıncı değişmemiştir. Sistolik kan basıncı 480 ml alımından sonra 50 mm Hg ve 240 ml alımından sonra 30 mm Hg zirvesine yükselmiştir (Mathias ve Young 2004). Sağlıklı bireylerde ortostatik toleransı geliştirmek için 500 ml su alımı önerilmektedir. Stres testinden 15 dakika önce 500 ml su içmenin yaklaşık 5 dakika ayakta kalma zamanını arttırdığını bildirmişlerdir. France ve ark. (2010)'nın yaptığı çalışmada, kan donasyonunda presenkobal reaksiyon gelişmesine su alımı ile kombine bacak egzersizinin ilk kez donör olanlarda vazovagal reaksiyonu azalttığı saptanmıştır.

Kan donasyonundan önce ayakta durmaya karşın hemodinamik yanıtların ölçümünün vazovagal reaksiyon için yüksek riskli donörleri belirlemede yararlı olup olmadığını saptamak ve aynı zamanda 300 ml sıvı alımının vazovagal reaksiyonu önlemedeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kan donasyonundan 15 dakika önce 300 ml sıvı alımının ayakta kalmaya ve kan donasyonundan sonra nabız hızı üzerine etkisi analiz edilmiş, sonuç olarak su alan ikinci gruptaki yüksek riskli bireylerde donasyondan önce ayakta durma sırasındaki nabız hızındaki artışın azaldığı saptanmıştır. Çalışmada kan donasyonundan önce ayakta kalmaya nabız hızındaki tepki, vazovagal reaksiyon için yüksek riskli bireyleri belirleyebileceği ve vazovagal reaksiyon için yüksek riskli bireylerde 300 ml sıvı alımının, vazovagal reaksiyonların önlenmesinde basit ve etkili bir yol olabileceği sonucuna varılmıştır (Ando ve ark. 2009). İlk kez kan veren lise öğrencilerinde donasyondan önce sıvı alımının, vazovagal reaksiyonu %47'den %21'e kadar azalttığı bulunmuştur (Mathias ve Young 2004). 17-22 yaş grubundaki donörlerde yapılan benzer bir çalışmada da,

donasyon sırasında kasların gerilmesi ve donasyon öncesi su içmenin reaksiyon oranını %24 oranında azalttığı, %25'inde ise geciktirdiği saptanmıştır (Tomasulo ve ark. 2011).

c)Kan Donörlerinde Besinsel Tuz Takviyesi: Vazovagal reaksiyonları önlemek için, kan bağışından dolayı oluşan 320 ml plazma kaybı, tercihen kan almadan önce veya çok kısa zaman sonra 1.2 g sodyum ve fazladan su alımıyla yerine konmalıdır. İki şişe spor içeceği ve çubuk kraker ya da 2 kap çorba, 1.2 g sodyum eksikliğini karşılayabilir (Rose ve Post 2001).

Hemşirenin Rolü

Senkoplu hastada ilk tanılama, senkoba şahit olan bireylerden ayrıntılı tıbbi öykü almaktır. Hem supine hem de ayakta dururken, kan basıncı ve nabız hızı alınmalıdır, böylece ortostatik hipotansiyon ve otonom disfonksiyon saptanır. Hastaların ayrıntılı fiziksel muayenesi yapılmalıdır. Hastaya zemin hazırlayıcı etmenler (kalabalık veya sıcak bir yer, uzun sure ayakta kalma, yemek yeme, korku, yoğun ağrı) hakkında sorular sorulmalıdır (Aziz ve Herzog 2012). Alt extremitelerde venöz göllenme ve nispi santral hipovolemi vazovagal senkobun ana tetikleyicilerinden biri olduğu için, sıvı ve tuz alımını arttırarak, kan volümünü arttırmaya yönelik düzenlemeler yararlı olur. Kontrendikasyon yoksa yemeklerdeki tuz miktarı arttırılabilir (Aslan ve Güneri 1999). Vazovagal senkop geçiren bireyler; sıcak zamanlarda yeterli sıvı alımına dikkat etmek, uzun süre ayakta hareketsiz kalma, dehidratasyon, fazla miktarda yemek yedikten sonra ve sıcak bir ortamda egzersiz yapma gibi tetikleyicilerden kaçınma konusunda eğitilmelidir (Aslan ve Güneri 1999, Parry ve Kenny 1999). Bireylerin öncül bulguları tanıması sağlanıp bu bulguları hissettiğinde bir yere uzanması, ya da kısa kısa öksürmesi önerilebilir, böylece beyin perfüzyonunun devamlılığı sağlanabilir. Hasta başdönmesinden yakınıyorsa veya senkop riski taşıyorsa, sıvı volümü ve nabız düzensizlikleri yönünden izlenir (Black ve Hokanson 2009). Senkopun iyileşmesini beklemeden konfüze durumdaki hasta yürüdüğünde düşme riski taşır (Black ve Hokanson 2009).

SONUÇ

Vazovagal reaksiyon gönüllü olan bağışçıların tekrar kan vermesini engelleyebilir ve bu durum toplumdaki sürekli donör oranını ve transfüzyona ihtiyaç duyan toplumdaki bireylerin kan gereksinimlerinin karşılanmasını olumsuz yönde etkileyebilir. Kan donörleri kan donasyonu sırasında ortaya çıkabilecek hafif belirtiler konusunda bilgilendirilmelidir. Bu alanda görev alan sağlık çalışanları donasyonlara bağlı komplikasyonların önlenmesine ilişkin yöntemleri kullanma konusunda eğitilmeli ve bunları kullanmaları teşvik edilmelidir. Bu uygulamalar, basit ve ucuz olup kan donasyonu deneyimi daha olumlu hale getirebilir.

KAYNAKLAR

Aslan Ö, Güneri S, Vaovagal Sekop, Türk Kard. Dern Arş 1999, 27: 637-646.

Aziz EF, Herzog R (2012) The approach to the patients with syncope, In: The Cardiac care unit survival guide(Eyel Herzog), Wolter Kluver Health, Lippincott Wiliams and Wilkins, Amazon, CO, p.193-199

Agnihotri N, Marwaha N, Sharma RR. Analysis of Adverse Events and Predisposing Factors in Voluntary and Replacement Whole Blood Donors: A study from north India, Asian Journal of Transfusion Science 2012; 6 (2): 155-60.

Alboni P, Alboni M, Bertorelle G. The origin of vasovagal syncope: to protect the heart or to escape predation?, *Clin Auton Res* 2008; 18:170–8.

Ando S, Kawamura N, Matsumoto M et al. Simple standing test predicts and water ingestion prevents vasovagal reaction in the high-risk blood donors, Transfusion 2009; 49:1630-6.

Black JM, Hokanson J. Medical Surgical Nursing-Clinical management for positive outcomes, Volume II, Eight edition, Saunders Elsevier, 2009. St Louis, 1305, 1361.

Bravo M, Kamel H, Custer B et al. Factors Associated with Fainting Before, during and After Blood Donation, *Vox Sang* 2011; May 3. doi: 10.1111/j.1423-0410.2011.01494.x.

Ditto B, France CR, Lavoie P et al. Reducing Reactions to Blood Donation with Applied Muscle Tension: a Randomized Controlled Trial, Transfusion 2003; 43: 1269-75.

Ditto B, France CR. The Effects of Applied Tension on Symptoms in French-Speaking Blood Donors: a Randomized Trial, Health Psychol 2006; 25: 433–7.

Ditto B, France CR, Michael A et al. Dismantling Applied Tension: Mechanisms of a Treatment to Reduce Blood Donation–Related Symptoms, Transfusion 2007; 47: 2217-22

Ditto B, France CR, Albert M et al. Effects of Applied Muscle Tension on the Likelihood of Blood Donor Return, Transfusion 2009; 49:858-62.

Ditto B, Balegh S, Gilchrist PT et al. Relation Between Perceived Blood Loss and Vasovagal Symptoms in Blood Donors, Clin Auton Res 2012; 22:113–6.

France CR, Montalva R, France JL et al. Enhancing Attitudes and Intentions in Prospective Blood Donors: Evaluation of a New Donor Recruitment Brochure, Transfusion 2008; 48:526-30.

France CR, Ditto B, Wissel ME et al. Predonation Hydration and Applied Muscle Tension Combine to Reduce Presyncopal Reactions to Blood Donation, Transfusion 2010; 50:1257-64.

Fu Q, Levine BD. Why do Young Women (donors) faint?, Transfusion 2010; 50:522-5.

Groothuıs JT, Dıjk NV, Walter TW et al. Leg Crossing with Muscle Tensing, a Physical Counter-Manoeuvre to Prevent Syncope, Enhances Leg Blood Flow, Clinical Science 2007; 112: 193–201.

Hanson SA, France CR. Predonation Water İngestion Attenuates Negative Reactions to Blood Donation, Transfusion 2004; 44: 924–8

Holly CD, Torbit LBA, Ditto B. Applied Tension and Coping with Blood Donation: A Randomized Trial, *Ann. Behav* Med 2012; 43:173–80.

Jordan J. Acute Effect of Water on Blood Pressure What Do We Know?, Clin Auton Res 2002; 12: 250–5.

Kamel H, Tomasulo P, Bravo M et al. Delayed Adverse Reactions to Blood Donation, Transfusion 2010; 50:556-65.

Newman BH, Newman DT, Ahmad R et al. The Effect of Whole-Blood Donor Adverse Events on Blood Donor Return Rates, Transfusion 2006; 46:1374-9.

Krediet CT, van Dijk N, Linzer M et al. Management of Vasovagal Syncope: Controlling or Aborting Faints By Leg Crossing and Muscle Tensing, Circulation 2002; 106:1684–9.

Krediet PCT, Bruin IGJM, Ganzeboom SK et al. Leg Crossing, Muscle Tensing, Squatting, and The Crash Position Are Effective Against Vasovagal Reactions Solely Through Increases in Cardiac Output, J Appl Physiol 2005; 99: 1697–703.

Kowalsky JM, France JL, Wissel ME et al. Effect of Applied Muscle Tension on Cerebral Oxygenation During Blood Donation, Transfusion 2011; 51:1802-8.

Labus JS, France CR, Taylor BK. Vasovagal Reactions in Volunteer Blood Donors: Analyzing the Predictive Power of the Medical Fears Survey, International Journal Of Behavioral Medicine 2000; 7(1): 62–72.

Mathias CJ, Young TM. Water Drinking in the Management of Orthostatic Intolerance Due to Orthostatic Hypotension, Vasovagal Syncope and the Postural Tachycardia Syndrome, European Journal of Neurology 2004; 11: 613–9.

Moya A, Sutton R, Ammirati F et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal 2009; 30: 2631–71.

Newman BH, Graves S. A study of 178 Consecutive Vasovagal Syncopal Reactions From The Perspective Of Safety, Transfusion 2001; 41:1475-9.

Newman HB. Blood Donor Complications After Whole-Blood Donation, Curr Opin Hematol 2004; 11: 339–345.

Newman B, Tommolino E, Andreozzi C et al. The effect of a 473-mL (16-oz) Water Drink on Vasovagal Donor Reaction Rates in High-School Students, Transfusion 2007; 47:1524-33.

Newman BH, Siegfried BA. The Quest to Reduce Vasovagal Reactions in Young Blood Donors, Transfusion 2011; 51:2061-63.

Olatunji BO, Etzel EN, Ciesielski BG. Vasovagal Syncope and Blood Donor Return: Examination of the Role of Experience and Affective Expectancies, *Behav Modif* 2010; 34:2, 164-74.

Pathak C, Pujani M, Pahuja S et al. Adverse Reactions in Whole Blood Donors: an Indian Scenario, Blood Transfus 2011; 9: 46-9.

Parry SW, Kenny RA. Vasovagal Syncope Masquerading As Unexplained Falls in an Elderly Patient, Can J Cardiol 2002; 18:757– 8.

Parry SW, Kenny RA, The Management of Vazovagal syncope, QJMed 1999, 92: 697-705.

Popovsky MA. Vasovagal Donor Reactions: An Important Issue with Implications for the Blood Supply, Transfusion 2002; 42:1534-6.

Ritz T, Meuret AE, Ayala ES. The Psychophysiology of Blood-Injection-Injury Phobia: Looking Beyond the Diphasic Response Paradigm]. International Journal of Psychophysiology 2010; 78: 50–67.

Rohra DK, Juriasinghani V, Rai K et al. Prevalence of Immediate Vasovagal Reaction in Blood Donors Visiting two Blood Banks of Karachi, Transfusion Medicine 2010; 20: 129–33.

Rose BD, Post TW. Clinical Physiology of Acid-Base and Electrolyte Disorders. 5th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2001.

Smit AA, Halliwill JR, Low PA et al. Pathophysiological Basis of Orthostatic Hypotension in Autonomic failure, J Physiol 1999; 519(Pt 1):1-10.

Tomasulo P, Bravo M, Kamel H. Time Course of Vasovagal Syncope with Whole Blood Donation, ISBT Sci Ser 2010; 5: 52-8.

Tomasulo P, Kamel H, Bravo M et al. Interventions to Reduce the Vasovagal Reaction Rate in Young Whole Blood Donors, Transfusion 2011; doi: 10.1111/j.1537-2995.2011.03074.x

Van Dongen A, Abraham C, Ruiter RAC et al. The Influence of Adverse Reactions, Subjective Distress, and Anxiety on Retention of First-Time Blood Donors, Transfusion 2012; doi: 10.1111/j.1537-2995.2012.03810x

Veldhuizen I, Atsma F, Van Dongen A et al. Adverse Reactions, Psychological Factors, and Their Effect on Donor Retention in Men and Women, Transfusion 2012; 52:1-9.

Wieling W, France CR, Dijk N van et al. Physiologic Strategies to Prevent Fainting Responses During or After Whole Blood Donation, Transfusion 2011; 51: 2727-38.

Zervou EK, Ziciadis K, Karabini F et al. Vasovagal Reactions in Blood Donors During or Immediately After Blood Donation, Transfusion Medicine 2005; 15: 389–94.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2):100-117, 2014

MULTİPLE SKLEROZ VE EVDE BAKIM

MULTIPLE SCLEROSIS AND HOME CARE

Araş.Gör.Birgül VURAL DOĞRU* **Doç.Dr.Yasemin YILDIRIM***

Prof.Dr.Çiçek FADILOĞLU*

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Multiple skleroz (MS) genellikle 20-50 yaş arası ortaya çıkmakta olup, genç erişkinlerde travmalardan sonra en sık özürlülük nedenidir. Oluşan semptomların bireylerde ciddi sorunlara ve sıklıkla özürlülüğe yol açması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. MS'li bireyler tedaviye uyum sağlamada, semptom yönetiminde, günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız sürdürmede ve fiziksel bozuklukların gelişmesini engellemede, hemşire tarafından sunulan evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyarlar. Bu makalede multiple skleroz ve evde bakım tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz, evde bakım, hemşirelik yönetimi.

ABSTRACT

Multiple sclerosis usually appears in 20 to 50 years of age, and is the most common cuase of disabilities in young adults after trauma. Symptoms cause severe problems, and frequently result in disabilties which diminishes the quality of life. Patients with multiple sclerosis need home care presented by nurses in means of compliance to treatment, manangement of symptoms and avoiding progesssion of physical deformities. In this study, multiple sclerosis and home care will be discussed.

Key Words:*Multiple sclerosis, home care, nursing management.*

GİRİŞ

Multiple skleroz (MS), beyin, spinal kord ve optik sinirleri etkileyen, progresif, inflamatuar, kronik, otoimmün, multifokal ve nörodejeneratif bir hastalıktır. MS'de Santral Sinir Sisteminin (SSS) beyaz maddesinde, demiyelinizasyon, aksonal kayıp ve glial skar (skleroz) gelişmekte ve buna bağlı olarak ilgili sistemlerde nörolojik fonksiyon bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Mirza 2002, Holland 2006, Cook ve ark. 2010, Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013).

Tüm dünyada 2,5 milyondan fazla MS hastası olduğu rapor edilmiştir (Cook ve ark. 2010). ABD'de yıllık MS insidansının 12 bin olduğu, 250-500 bin arasında bireyin

etkilediği ve bunlardan 50 bin 'den fazlasının Kanada da bulunduğu bildirilmektedir (MS Society 2003, Halper ve Costello 2010, Thompson ve Mauk 2011).İngiltere de yaklaşık 100,000, ülkemizde ise 35000 MS hastası olduğu tahmin edilmektedir (Pugliatti ve ark. 2006, MS Society 2009, Mollaoğlu 2012). MS genellikle 20-50 yaş arası ortaya çıkmakta olup, genç erişkinlerde travmalardan sonra en sık özürlülük nedenidir (http://www. klinikgelisim.org.tr/ kg_10_1/11.pdf/ Erişim tarihi:15.1.2013.). Risk kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha yüksek olup, sarı ve siyah ırka oranla beyaz ırkta özellikle Kuzey Avrupa, Kanada, ABD'nin kuzeyi başta olmak üzere ılıman kuşakta daha çok görülmektedir (Cook ve ark. 2010, Brodkey ve ark. 2011).

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, otoimmünite, genetik ve çevresel faktörlerin (bakteriler, virüsler, stres, metabolik ve vasküler hastalıklar, iklim vb.) MS'te görülen SSS hasarında rolü olduğu ileri sürülmektedir. Sigara kullanma, Epstein-Bar virüsü ve D vitamini eksikliği gibi diğer güçlü çevresel faktörlerin de MS ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Cook ve ark. 2010, Thompson ve Mauk 2011). Genellikle MS'te genetik olarak yatkın bir bireyde, bazı enfeksiyonların veya çevresel faktörlerin otoimmun yanıtı tetiklediği varsayılmaktadır (Holland 2006, Pugliatti 2006, Cook ve ark. 2010, Thompson ve Mauk 2011).

MS'te belirtiler kişiden kişiye ve aynı kişide zaman içinde değişebilir. Belirtilerin 24 saatten uzun sürdüğü aktif MS periyotları alevlenme, atak veya rölaps olarak adlandırılırken, iyileşme dönemleri ise remisyon olarak adlandırılmaktadır (Northrop ve Frankel 2010). Bazı kişiler eğer zaman içinde kümülatif özürlülük az olursa daha az sayıda atak geçirmektedirler. Tanı sırasında çoğu kişide tekrarlayıcı-remisyon (relapsing-remitting) ataklarını takiben, aylarca hatta yıllarca süren total veya kısmi remisyon dönemleri görülmektedir. Hastalık, başlangıçtan itibaren giderek kötüleşen semptomlar (primer progresif), tekrarlayıcı-remisyon ataklarından sonra progresif seyir (sekonder progresif) veya yineleyici-ilerleyici (relapsing progresif) ataklar şeklinde dört değişik klinik tipte görülebilmektedir (Holland 2006, MS Society2009, Northrop ve Frankel 2010, Brodkey ve ark. 2011).

MS hastanın yaşamını fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal yönleriyle etkileyebilen, sıklıkla özürlülüğe yol açan kronik bir hastalıktır. Çeşitli semptomların varlığı ve öngörülemeyen doğası nedeniyle hastalar gelecekleriyle ilgili belirsizlikle karşı karşıyadırlar (Thompson ve Mauk 2011). Kesin tedavisi olmadığı için hasta ve ailelerine maddi açıdan yük oluşturabilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerine yardım ihtiyacı, multidisipliner sağlık bakımı ve immüno-modülatör tedavi maliyetleri, fiziksel engellilik, yorgunluk ve komorbiditeye bağlı erken üretkenlik ve iş kaybı, hastalık süresinin uzun olması gibi nedenler, toplumsal maliyetin Stroke ve Alzheimer'den daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak hastalığın mali etkisi, bakım sağlayıcılar ve hastanın ev ortamında değişen ihtiyaçlarını karşılamak ile ilişkili olabilir. Gerekli tıbbi ve diğer hizmetlerin maliyetini karşılama, hasta ve ailelerinin buna yönelik uyum ve gelir kaybı, gerginlik, finansal strese neden olabilir. Maliyetler ve yaşam kalitesi önemli ölçüde hastaların fonksiyonel kapasitesi ile ilişkilidir (Pugliatti 2006, Thompson ve Mauk 2011).

Multiple skleroz yaşam boyu süren, kompleks, çok yönlü, son derece değişken bir hastalıktır (Halper 2008). Oluşan semptomların bireylerde ciddi sorunlara ve sıklıkla özürlülüğe yol açması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Trisolini ve ark. 2002, Cook ve ark. 2010, Koçer ve ark. 2011). Hastaların duygusal iyilik halini bozarak, sosyal hayatını etkileyerek ve günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesine engel olarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (Trisolini ve ark. 2002, Halper 2008, Holland ve ark. 2011, Koçer ve ark. 2011). MS'de ev ve toplum temelli bakım, hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde geliştirmektedir (Northrop ve Frankel 2010). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) evde bakımı, 'Profesyonel sağlık çalışanları tarafından veya hasta bakıcı gibi informal tarzda yetişmiş bireyler tarafından hastaya kendi ev ortamında bakım hizmetinin verilmesi' olarak tanımlamıştır. DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun hazırladığı rapora göre ise, "evde uzun süreli bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişiler ile bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir" (WHO 2000). MS'de evde bakım hemşireliği, geçici bakım, evde sağlık bakımı, kişisel bakım, fonksiyonel bozuklukları gidermek için tasarlanmış diğer hizmetleri içermektedir (Northrop ve Frankel 2010). Ayrıca erken tedavi, tedavinin sürekliliği için hastanın cesaretlendirilmesi ve hastalığı ile baş etmesini kolaylaştırmak için destek hizmetlerini de içermektedir. Sürekli bakım hizmetleri, engelli MS'li hastaların fonksiyonlarını daha bağımsız sürdürmesine olanak sağlar (Trisolini ve ark. 2002).

Bu makalede multiple skleroz ve evde bakım ile ilgili literatür gözden geçirilmiş, multiple skleroz'da evde bakımın öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

MULTİPLE SKLEROZ VE EVDE BAKIM

Multiple sklerozun daha çok genç bireylerde görülmesi, fiziksel olarak bağımlılığa yol açması, depresyon görülme sıklığının daha fazla yaşanması, aile ve günlük yaşamlarında yer alan arkadaşlar dolayısıyla daha geniş bir kitleyi etkilemesi, sosyalleşme ve mental uyarılma ihtiyacının daha fazla olması gibi nedenlerden dolayı MS hastaları evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Bunlara ek olarak genç insanların yaşadıkları özürlülük, iş değişiklikleri, finansal sorunlar, güvenlik, aktif ebeveyn yeteneği ve cinsel fonksiyonlarda azalma veya kayba bağlı yaşam sürecinde farklı bir takım deneyim yaşamaları nedeniyle evde bakım ihtiyacı doğmaktadır (MS Society 2003, Northrop ve Frankel 2010). MS Derneği tarafından MS'de evde bakıma kabul kriterleri şu şekilde belirtilmektedir (Northrop ve Frankel 2010);

- ✓ Özürlülük durumu gittikçe kötüleşen ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yardıma ihtiyaç duyan,
- ✓ Yakın zamanda hastaneye yatmış ve akut atak geçirmiş olan,
- ✓ Ölüm, hastalık, boşanma veya ayrılık nedeniyle bakıcı desteğini kaybetmiş olan,
- ✓ Tıbbi, hemşirelik, rehabilitasyon bakımı yetersiz olan ve motivasyonu azalmış olan,
- ✓ Akut bakım ortamından taburcu edilen ve önemli tıbbi ihtiyaçları olan MS'li bireyler evde bakım alabilir.

- ✓ Ayrıca kişi ve/veya ev durumu gözle görülür bir şekilde kötüleşmiş ise; kişisel hijyen, önemli ölçüde kilo kaybı veya kilo alma, evin dağınık veya kirli olması, bakıcı, eş veya ailenin tükenmişliği dile getirmesi durumlarında evde bakım alınabilir.

Multiple Skleroz Merkezleri Konsorsiyumu'nun bakım önerilerine göre, sağlık bakım ekibi kapsamlı ve koordineli bakımı sağlamalıdır (Cook ve ark. 2010). Farklı profesyoneller optimum bakımı sağlamak için birlikte çalışmalı ve danışmanlık yapmalıdır. MS'de evde bakım ekibinin merkezinde hasta, aile ve/veya bakım verici yer alırken, MS hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog/nöro-psikolog, fizyoterapist, iş-uğraş terapisti, konuşma terapisti, aile hekimi, psikiyatrist, ortopedist, mesleki danışman, nörolog, ürolog ve fizik tedavi uzmanı diğer ekip üyeleridir. MS hemşireleri multidisipliner sağlık bakım ekibinin önemli bir üyesidir, bakımın en iyi şekilde sağlanmasında önemli bir role sahiptir ve koordinatör olarak görev yapmaktadır. Tüm profesyonellerin bir arada olması, sorunların hızlı bir şekilde tespit edilmesini, semptomlar ve fonksiyonel sorunların başarılı bir şekilde yönetilmesini ve komplikasyonların önlenmesini sağlamaktadır (Halper 2008, Cook ve ark. 2010, Holland ve ark. 2011).

MS de mevcut tedavi modelleri, gelişmekte olan ilaçlar, yeni ihtiyaçlara yönelik becerileri kazanma, sorumluluk üstlenme ve değişen koşullara uyumu öğrenme ihtiyacından dolayı hastaların pasif bir rolden ziyade aktif bir rol almalarını gerektirmektedir. İlerleyici bir seyre sahip olanlarda semptomatik bakımı yapabilmeye, komplikasyonları önlemeye yönelik danışmanlık ve eğitim verilmelidir (Halper 2008, Cook ve ark. 2010).

Multiple sklerozun başarılı bir şekilde yönetiminde, hemşire ve diğer sağlık çalışanları; bireyleri hastalığı hakkında bilgilendirmeli, rutin olarak yaşam kalitesi, yorgunluk, finansal sorunlar ve istihdam problemleri gibi konuları değerlendirmeli, hastaları açık iletişim kurmaya teşvik etmeli, rutin olarak tedavilere uyumu değerlendirmeli, destek hizmetleri ve toplum temelli programlar konusunda hastaları yönlendirmelidir (Halper 2008).

MULTİPLE SKLEROZDA EVDE BAKIMDA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

1. Tanılama,
2. İnterferon ve steroid tedavisinin yönetimi,
3. Semptom yönetimi,
4. Hastanın, ailenin ve/veya bakım verenin eğitimini içermektedir (MS Society 2004, Cook ve ark. 2010, Northrop ve Frankel 2010, Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013).

1.Tanılama

Evde bakım hemşiresi, zaman içerisindeki tıbbi durum ve fonksiyonel değişiklikleri değerlendirmek için düzenli aralıklarla hasta ve ailesini ziyaret etmelidir (Northrop ve Frankel 2010, Reitman ve Kalb 2012). Her ziyarette hastanın mobilitesi, fonksiyonel bağımsızlık durumu, görme/işitme durumu, konuşma durumu, cilt bütünlüğü/duyu, mesane/barsak fonksiyonu, bilişsel durumu, ağrı, depresyon/duygusal durumu,

beslenme/yutma durumu değerlendirilmelidir (Northrop ve Frankel 2010, Thompson ve Mauk 2011, Reitman ve Kalb 2012)

- Mobilite;
  - ✓ Oda içinde hareket etme yeteneği
  - ✓ Tekerlekli sandalye, tuvalet, duş, yatağa yatma ve kalkmada transfer yeteneği
  - ✓ Yatar pozisyondan oturur pozisyona gelme ve dönme yeteneği
  - ✓ Güçsüzlük, spastisite, yorgunluk ve denge de bozulma olup olmadığı?
- Fonksiyonel bağımsızlık; giyinme, bakım, beslenme, banyo ve kişisel hijyen.
  - ✓ Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha az/daha fazla mı bağımsız?
  - ✓ Durumundaki değişikliğin nedeni ne?
  - ✓ Yardımcı cihazlara veya daha fazla yardıma ihtiyacı var mı?
- Görme/İşitme; Çift görme, işitmede bir değişiklik var mı?
- Konuşma; Konuşma yeteneğinde bir değişiklik var mı? Konuşması anlaşılabilir mi? Sesinde pelteleşme var mı?
- Cilt bütünlüğü/Duyu; Ciltte herhangi bir kızarıklık, tahriş var mı? Morlukların sayısında artış var mı?
  - ✓ Herhangi bir his değişikliği var mı; uyuşukluk, yanma, kaşıntı ya da herhangi bir rahatsızlık hissi var mı?
- Mesane/Barsak fonksiyonu;
  - ✓ Mesane fonksiyonunda bir değişiklik var mı? İdrar sıklığı ve/veya aciliyeti arttı mı?
  - ✓ Barsak fonksiyonunda bir değişiklik var mı?
  - ✓ Konstipasyon, diyare ve barsak hareketlerinin sıklığında değişiklik var mı?
- Bilişsel durum; Hatırlamada, düşüncelerini organize etmede ve konsantrasyon yeteneğinde bir değişiklik var mı?
- Ağrı; Ağrı da artma var mı? Ağrının doğası nedir? Ne zaman ve nerede görülmektedir?
- Depresyon/Duygusal durum; Hasta depresif görünüyor mu?
  - ✓ Sık sık duygu-durum değişiklikleri var mı? Kontrolsüz gülüyor veya ağlıyor mu?
  - ✓ Öforik ve endişeli görünüyor mu? Üzgün görünüyor ve ağlıyor mu?
- Beslenme/Yutma durumu; iştah veya yiyeceklere ilgisinde değişiklik, yutma güçlüğü var mı? Beslenme ve hidrasyonu yeterli mi?

Multiple sklerozlu hastada tüm bu alanlar evde bakım hemşiresi tarafından periyodik olarak değerlendirilmelidir. Bu alanlardaki değişim, bir rölaps başlangıcı, hastalığın ilerlemesi, enfeksiyon, diğer bir tıbbi durum veya mental sağlık sorununun erken tespit edilmesini sağlayabilir (Northrop ve Frankel 2010).

2.İnterferon ve Steroid Tedavisinin Yönetimi

MS'in kesin tedavisi olmamakla birlikte, hastanın durumuna göre değişik yaklaşımlar söz konusudur. MS'li hastalarda bakımın en önemli bileşenleri atak

yönetimi, hastalık modifikasyonu tedavisi, semptom yönetimi, psiko-sosyal destek, komplikasyonları önleme ve hasta eğitimi konularını içermektedir. MS'in atak tedavisinde steroidler kullanılırken uzun dönem tedavisinde ise İmmuno-modulatör (İnterferonlar, Glatiramer asetat, Natalizumab) ve immun-supresif ajanlar kullanılmaktadır (Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013, http://www.klinikgelisim.org.tr/kg/Erişim tarihi:15.1.2013).

İnterferon tedavilerinin en sık karşılaşılan yan etkisi ateş, titreme, baş ağrısı ve miyaljilerle görülen grip benzeri tablodur (Dishon ve ark. 2011, Thompson ve Mauk 2011). Bu durum hastaların %50'sinde ortaya çıkabilir. Enjeksiyondan kısa bir süre sonra meydana gelir, fakat sıklıkla 24 saatten az sürer. İlaca düşük dozda (hedeflenen dozun % 25'i) başlamak ve kademeli olarak ilacı arttırarak bir ay içinde tam doza ulaşmak bu yan etki olasılığını azaltmaktadır (Dishon ve ark. 2011, http://www.klinikgelisim.org.tr/kg/Erişim tarihi:15.1.2013). Enjeksiyonların gece yatarken yapılması, enjeksiyon öncesi ve sonrasında alınacak parasetamol veya ibuprofen gibi nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar söz konusu yakınmaları giderebilir (Thompson ve Mauk 2011,http://www.klinik gelisim.org.tr/kg/Erişim tarihi:15.1.2013).

Subkutan enjeksiyon yerinde ağrı, eritem, lipoatrofi, abse, enfeksiyon, döküntü ve şişlik gibi reaksiyonlar intramüsküler enjeksiyona göre daha sık görülmektedir. Evde bakım hemşiresi, hastayı enjeksiyon yerleri, teknikleri, rotasyon ve reaksiyonların yönetimi konusunda bilgilendirmelidir (Dishon ve ark. 2011, Sammaro ve ark. 2013, Brodkey ve ark. 2011).

İnterferonlar bazı hastalarda kırgınlığa yol açabilir. Kırgınlık bazen haftalarca, aylarca hatta tedavi yapıldığı süre boyunca görülmeye devam edebilir. İkinci sıklıkta karşılaşılan yan etki karaciğer enzimlerinde genellikle geçici bir yükselme görülmesidir(Sammaro ve ark. 2013, http://www.klinikgelisim.org.tr/ kg_10_1/11.pdf/ Erişim tarihi:15.1.2013). İlacın kesilmesini gerektirecek artış normal değerlerin 5 katının üstündeki artışlar olup bu durum genelde hastaların %3'ünden azında görülmekte ve ilacın bırakılmasıyla da normale dönmektedir. Hastaların özellikle interferon aldıkları ilk 6 ay içinde karaciğer enzimleri yakından izlenmelidir. IFN-β alan hastaların ayrıca tam kan sayımı ve yıllık olarak tiroid fonksiyon testlerini yaptırmasının önemi anlatılmalıdır (http:// www. klinikgelisim. org.tr/ kg_10_1/11.pdf/ Erişim tarihi:15.1.2013).

Evde bakım hemşiresi tarafından steroidlerin etkinliği değerlendirilmeli ve tedavi süresince herhangi bir yan etki gelişip gelişmediği izlenmelidir. İntravenöz metilprednizolan 500mg-1gr /gün, 3 ila 5 gün boyunca, her infüzyon 1 saat sürecek şekilde, yüksek doz oral metilprednizolan 500mg-2gr /gün, 3 ila 5 gün boyunca uygulanmaktadır (Yılmaz 2006, MS Society2009). Metilprednizolon yerine deksametazon, prednizolon, sentetik adrenokortikotrop hormon gibi alternatifler de kullanılmaktadır. Steroid tedavisi birden sonlandırılmamalı, doz kademeli olarak azaltılıp kesilmelidir. Steroidlerin sık ve uzun süreli kullanımı, aseptik kemik nekrozu, osteoporoz, katarakt, hipertansiyon ve adrenal yetmezlik gibi komplikasyonlara yol açabileceği için kaçınılmalıdır. Kortikosteroid tedavisi sırasında tuzsuz diyet uygulanması, kan şekeri, kilo ve tansiyon takibi yapılması, mide koruyucu tedavi

eklenmesi unutulmamalı bu konuda hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilmelidir (MS Society2009, http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/11.pdf/ Erişim tarihi:15.1.2013).

3.Semptom Yönetimi

Semptom yönetimi; komplikasyonların önlenmesinde, önlenebilir fiziksel bozuklukların gelişmesini engellemede ve yaşam kalitesini arttırmada son derece önemlidir (MS Society 2004). Hastada hangi semptomların görüldüğü, ne zaman başladığı, daha önce görülüp görülmediği, bu semptomlara yönelik neler yaptığı, yaptıklarının faydalı olup olmadığı, semptomların hastanın yaşamını ne kadar etkilediği, ilaç kullanma durumu, herhangi bir alerjisinin olup olmadığı, üriner semptomlar, enfeksiyonlar ve başka tanıların varlığı değerlendirilmelidir (Halper ve Costello 2010). MS'de bazı semptomlar başka hastalıklarda görülen semptomlarla benzerlik gösterse de, semptomların kümelenmesi ve doğası hasta ve bakım veren açısından ciddi sorunlara yol açabilir. Bu durum beraberinde geniş bir bakım ihtiyacına neden olur (Northrop ve Frankel 2010).

MS'de etkin semptom yönetimi için; etkili iletişim, hasta eğitimi ve güçlendirme, egzersiz, fizik tedavi ve sosyal etkinliklere katılmaya teşvik etme, multidisipliner girişimleri koordine etme, uygun farmakolojik ve bireyselleştirilmiş tedavi uygulanması gereklidir (Halper ve Holland 2002, Halper ve Costello 2010).

Yorgunluk: Ulusal MS Derneği yorgunluğu 'alışılmış ya da istenen aktiviteleri sınırlayan subjektif fiziksel ve/veya mental enerji eksikliği' şeklinde tanımlamaktadır (A Guide for Multiple Sclerozis Patients, 2006). MS'de yorgunluk herkes için farklıdır; görme bozukluğu, konsantrasyon, bellek, hareket güçlüğü ve kas spazmları gibi semptomların kötüleşmesi ağır yorgunluğa yol açarken günlük yaşam aktiviteleri ile baş etme güçlüğü olağan yorgunluğa yol açabilmektedir (Uccelli 2003). Birincil yorgunluk, merkezi sinir sisteminin doğrudan bir hasarı sonucu ortaya çıkmaktadır (Uccelli 2003, Thompson ve Mauk 2011). Aktiviteye katılım veya egzersiz ile ilgili bitkinlik, belirli kas gruplarında oluşan kısa süreli yorgunluk, vücutta sıcaklık artışının neden olduğu ısı hassasiyetine bağlı yorgunluk birincil yorgunluğun farklı tipleridir (Uccelli2003). İkincil yorgunluk, ağrı, spazmlar, noktüri, depresyon ve anksiyete gibi semptomlar nedeniyle ortaya çıkan uyku bozukluğu, enfeksiyon, efor, ilaçlar, depresyon ve aydınlatma, sıcaklık gibi çevresel etmenlerden kaynaklanmaktadır (Uccelli2003, Thompson ve Mauk 2011).

Evde bakım hemşireleri, hastaların yorgunluğunun derecesini çeşitli ölçeklerle belirlemeli, neden olabilecek faktörleri ve baş etme yeteneğini değerlendirmelidir (Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013). Vücut sıcaklığı izlenmeli, ısıya hassas bireylerde aşırı ısıdan kaçınılmalıdır (Uccelli 2003, MS Society 2004). Sıcaklığın yorgunluğu arttırması nedeniyle sıcak banyo yapmaması, ısıtmalı tedavi havuzlarının kullanılmaması ve sıcak yemek yemeden kaçınılması konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır. Aktiviteler, öğünler ve tedavi programları arasında dinlenme periyotları sağlanmalıdır (MS Society 2004). Spesifik enerji tasarruf teknikleri, enerjiyi koruma ilkeleri ve egzersiz programları için terapist veya hemşire hastaya yardım etmeli, meditasyon ve gevşeme teknikleri öğretilmelidir (Uccelli 2003, MS Society 2004, Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013). MS'li bazı

hastalar, doyurucu bir akşam yemeği yemek için yorgun olabileceğinden sabah ve öğle yemeklerinin daha besleyici olması gereklidir. Akşam yemeği için kendilerinin hazırlayabileceği hafif yemekler öğretilebilir. Bu etkinlik aynı zamanda bağımsızlığı destekler ve geliştirir (MS Society 2004). Hastalar, stres yönetim stratejileri, etkili baş etme mekanizmaları konusunda bilgilendirilmelidir. Antihistaminik, antidepresan, antikonvülzan gibi ilaçların kullanımı yorgunluğa/uykusuzluğa neden olabileceğinden değerlendirilmeli ve dozları ayarlanmalıdır (Sammaro ve ark. 2013). Bu yöntemlere karşın yorgunlukla baş edilememesi durumunda, doktor tarafından reçete edilen ilaçları kullanması önerilmelidir (Uccelli 2003, Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013).

Denge ve Yürüme Sorunları: MS'de ataksi şeklinde yürüme bozukluğu görülmektedir. Duyusal atakside kişinin zemini hissetmesi güçtür ve ayakta şiddetli uyuşmaya yol açar (Sammaro ve ark. 2013). Denge sorunları bireyin düşmesine ve tekerlekli sandalye ile transfer sırasında veya ayakta durur pozisyonda iken özellikle güvenlik sorunlarına neden olabilir (MS Society 2004). Yürüme sorunlarında, yorgunluk artar ve hareket kabiliyeti azalır. Hareket kısıtlılığı veya yanlış oturma bası yarası riskini arttırır (MS Society 2004, Sammaro ve ark. 2013).

Evde bakım hemşiresi, hastaya yardımcı araç-gereç kullanımı, yürüme ve denge egzersizleri, kazaların önlenmesine yönelik ev ortamının düzenlenmesi konusunda bilgi vermelidir (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013). Günlük yaşam aktiviteleri sırasında, özellikle duş giriş ve çıkışlarında, mutfak ve banyo etrafında dönüş esnasında yakın izlem gerekmektedir. Baston veya yürüteçler düşmeleri önlemeye yardımcı olabilir, tutunma barları ve korkuluklar güvenli ve bağımsız hareket etmeyi sağlayabilir. Denge sorunları ciddi ise yan gövde desteği, emniyet kemerli, eğim özelliği olan tekerlekli sandalye oturma dengesi için en iyi seçeneklerdir (MS Society 2004). Denetimli tedavi egzersizleri, denge güçlüğünde, denge merkezinin uyarılmasında ve dengenin sağlanmasında yardımcı olabilir (MS Society 2004, Sammaro ve ark. 2013).

Spastisite: Genel düzeyde ya da bazı kas veya kas gruplarıyla sınırlı olarak kas tonusunun anormal biçimde artmasına denir (Northrop ve Frankel 2010). MS'in en yaygın semptomlarından birisidir (MS Society 2004, Northrop ve Frankel 2010). Spastisite eklem ve çevresinde ağrı veya gerginliğe, bel ağrısına neden olabilir. Hareketlilik, mesane kontrolü, cinsellik, hijyen, uyku, konfor ve postür üzerinde etkilidir. En fazla bacaklarda olmak üzere herhangi bir ekstremitede meydana gelebilir (Northrop ve Frankel 2010). Spastisite yönetimi, germe egzersizleri ve anti-spastik ilaçları içermektedir (MS Society 2003 ve 2004, Northrop ve Frankel 2010).

Evde bakım hemşiresi hastayı değerlendirerek spazmı arttıran faktörleri saptamalı ve azaltılmasına yönelik girişimleri uygulamalıdır. Hastaya, anksiyetenin spastisiteyi daha da ağırlaştırabileceği söylenmelidir. Spastisitede beklenmedik artış mesane enfeksiyonu belirtisi olabilir. Ağrı ve enfeksiyonun da spastisiteyi ağırlaştırabileceği göz önünde bulundurulmalı ve tedavi edilmelidir (MS Society 2004 ve 2009). Spazm geçene kadar yaptığı işi bırakması, ani ve hızlı hareketlerden kaçınması, yavaş ve yumuşak hareket etmesi konusunda birey yönlendirilmelidir. Germe egzersizleri için

fizyoterapist önerilmelidir. Egzersiz programları genellikle haftada 3 gün, 20 dakikalık seanslardan oluşmaktadır. Yataktan kalkmadan önce germe egzersizlerini yapmasının günlük yaşam aktivitelerini daha etkili ve güvenli bir şekilde gerçekleştirmesini sağlayacağı söylenmelidir. Spastisitesi olan bireyler, yürüme ve transferlerinde dengelerini koruyabilmeleri için baston veya yürüteç kullanmaya teşvik edilmelidir. Doğru pozisyonlama ile spastisite azaltılabilmektedir (MS Society2003 ve 2004).

Tremor: Genellikle 5 ile 15 yıl arasında ortaya çıkmaktadır (MS Society 2009). En yaygın ve en fazla özürlülüğe yol açan semptomdur (MS Society 2003, 2004, 2009, Reitman ve Kalb 2012). Bardağa uzanmak gibi herhangi bir amaca yönelik hareket veya stres tarafından tetiklenebilir (MS Society 2003, 2004, 2009). Postural tremor, otururken ve ayaktayken görülür. Bir veya daha fazla ekstremite, baş, boyun veya gövdeyi de etkileyebilir ve bireyin yürüme, kendi bakımını sağlama yeteneğini kısıtlayabilir. Tremor ile birlikte sıklıkla ataksi de vardır (MS Society 2009). Mobilitenin güvenli ve bağımsız bir şekilde sürdürülebilmesi için stratejik yerlere korkuluk ve tutunma barları yerleştirilmelidir. Ekstremitede tremoru inhibe etmek için ağırlık ve diğer cihazlar kullanılabilir. Tremor'da yardımcı cihazların kullanımı konusunda iş-uğraş terapistinden danışmanlık alınabilir (MS Society 2004). Tekerlekli sandalyeyi kullanırken kol desteği sağlanmalı, joystik kumandaları ile sürüş yeteneğini geliştirmeye yardımcı olunmalıdır (MS Society 2003).

Ağrı ve Duyusal Sorunlar: Ağrının, MS'li hastalarda yaklaşık %45-65 oranında görüldüğü bildirilmektedir (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013). Ağrı kas-iskelet sorunlarına bağlı ya da doğrudan nörolojik hasar sonucu ortaya çıkabilir. Trigeminal nevralji, tonik spazmlar gibi nöropati kaynaklı olabileceği gibi, güçsüzlük, postür değişikliği, gibi MS'e sekonder olarakta ortaya çıkabilir (MS Society 2009). MS'de ağrının günlük yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamı etkilediği ve diğer ağrı türlerine göre daha fazla analjezi kullanılması gerektiği bildirilmiştir (Sammaro ve ark. 2013). Hemşire tarafından ağrının derecesi ve nedeni belirlenmelidir(Dishon ve ark. 2011, Sammaro ve ark. 2013). Kaslarda ve eklemlerde lokal analjezikler kullanılabilirken, baş, boyun ve omurgada belirtileri alevlendirebileceğinden sıcak uygulama yapılmamalıdır. Evde bakım hemşiresi özellikle kas-iskelet sistemi ağrılarında masaj, bilişsel davranışsal terapi, hayal kurma ve gevşeme tekniklerinin kullanılabileceği konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir (Dishon ve ark. 2011, Reitman, Kalb 2012). Egzersiz, pasif hareket, iyi beslenme ve pozitif bir tutum sürdürmenin ağrının etkisini azaltabileceği düşünülmektedir (MS Society 2009). Non-farmakolojik yöntemler başarısız olduğunda uygun analjezikler kullanılmalıdır. Nöropatik ağrıda antikonvülzanlar veya trisiklik anti-depresanlar kullanılabilir (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013). Bunlara rağmen devam eden ağrılarda transkutanöz sinir stimulasyonu yapılabilir (MS Society 2009).

Parestezi, yanma, karıncalanma ve diğer olağan dışı cilt duyularını ifade etmektedir (MS Society 2004 ve 2009). MS'de bazı bireylerde dokunmaya karşı hipersensitivite veya dokunma hissinde bozulma görülebilmektedir. Bazen sıradan bir dokunma veya fırçalama ciltte ağrıya neden olabilir (MS Society 2004). Boyun fleksiyonu sırasında elektrik şoku hissine yol açan Lhermitte fenomeni ortaya çıkabilir

(MS Society 2004, Sammaro ve ark. 2013). Duyu azalması sonucunda yardımcı cihazların kullanımı, banyo ve beslenme gibi aktiviteler güvenlik kaygısına yol açabilirken dokunma hissinin kaybı veya dokunmaya karşı rahatsızlık duyma bireyin cinsel aktivitesini etkileyebilmektedir. Bazı hastaların ayakkabısız dolaşması, çorap ve ayakkabı yerine terlik giymeyi tercih etmesi, ağırlık kaldırma, ayak ve bacakta yanma hissi, batmaya yol açabilir. Bu durumda bireyler tekerlekli sandalyede iken ayak masajı, topikal anestezikler ve zaman zaman soğuk uygulamalar ile geçici bir rahatlama sağlayabilir. Evde bakım hemşiresi, duyu hissinde azalma ve hareket kısıtlılığı olan bireylere ve bakım vericilerine ciltte sıyrık, kesik ve basınca duyarlı alanlarda kızarıklık olup olmadığını kontrol etmeleri gerektiğini söylemelidir (MS Society 2004).

Mesane sorunları: MS'de meydana gelen mesane sorunlarının 3 tipi vardır (MS Society 2009, Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013). Bunlardan biri aşırı aktif mesane kasından kaynaklanan depolama yetersizliğidir. Mesane normal kapasitesini dolduramaz, noktüri, acil idrar yapma, idrar yapma sıklığında artma veya inkontinans ile sonuçlanır. Diğeri boşaltım disfonksiyonudur. Mesane doludur fakat spinal kord sfinkteri rahatlatmak için beyne sinyal gönderemez ve/veya mesane yeterince kasılamaz bu da idrar retansiyonuna ve bazen mesanenin normal kapasitesinden fazla dolmasına neden olmaktadır. Boşaltım disfonksiyonu inkontinans, enfeksiyon, damlama, duraksama ve idrar yapma aciliyetine neden olur (MS Society 2009, Khan ve ark.2011). Kombine disfonksiyonda ise depolama ve boşaltma yetersizliği bir aradadır (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013).

Sık idrar yapma ihtiyacı veya inkontinans, sıkıntı vermesi veya idrar kaçırma korkusu nedeniyle sosyal izolasyona yol açabilir (MS Society 2009). Hastanın düzenli aralıklarla tuvalete götürülmesi veya gitmesinin hatırlatılması gerekir. İhtiyaç olduğunda yardım etmek için evde bakım personeli her fırsatta hastayı ziyaret etmeli ve bakıcılara destek olmalıdır (Northrop ve Frankel 2010). İdrar yapma aciliyeti ve/veya mesane spazmlarının azaltılması için kafeinli ve gazlı içeceklerden kaçınılmalıdır (MS Society 2003, Northrop ve Frankel 2010). Ayrıca dehidratasyonda, konsantre idrar mesaneyi tahriş edebilir ve belirtileri kötüleştirebilir. Hastalar günde en az 1.5-2 lt. sıvı almalı, almaları gereken sıvının çoğunu yemek yerken almaya çalışmalı ve 60-90 dakika sonra tuvalete gitmeli, yatak odası banyoya yakın olmalı, idrar sızıntısı için uygun giyinmeli, sızıntı fazla olursa ürolojik değerlendirme için hasta yönlendirilmelidir (MS Society 2003, Northrop ve Frankel 2010, Thompson ve Mauk 2011). Hasta ve ailesi cildi nasıl değerlendireceği, çamaşırların sık sık değiştirilmesi, cildin kuru ve temiz kalması, irritasyonun önlenmesi için farklı uygulamalar ve ürünler konusunda bilgilendirilmelidir (Northrop ve Frankel 2010). Retansiyon ve sıvı dengesi izlenmelidir (Thompson ve Mauk 2011). Miksiyon sonrası rezidüel mesane volümü 100 ml'den fazla ise aralıklı kateterizasyon değerlendirmesi yapılmalıdır. Mesane disfonksiyonunun tipine bağlı olarak aralıklı idrar kateterizasyonu günde 3-4 kez yapılabilir. Aralıklı kateterizasyon uygun olmayan hastalarda kalıcı kateterizasyon gerekebilir (MS Society 2003 ve 2009, Northrop ve Frankel 2010, Thompson ve Mauk 2011). Kalıcı kateterizasyon gerektiren hastalar

supra-pubik kateter değerlendirmesi için bir üroloğa yönlendirilmelidir. Kateteri olan, ped kullanan hastalar idrar yolu enfeksiyonu açısından değerlendirilmelidir (MS Society 2003 ve 2009, Northrop ve Frankel 2010).

Barsak sorunları: MS'li bireylerde fiziksel aktivite azlığı, ilaçlar, MS'e bağlı nörolojik hasar sonucu barsak hareketlerinin azalması veya karın kaslarında güçsüzlük, diyet ve yetersiz sıvı alımına bağlı konstipasyon görülebilmektedir (MS Society 2003). Evde bakım hemşiresi tarafından, sıvı ve lifli gıdaların alımının arttırılması, davranışsal değişiklikler/rutin barsak programı, yemeklerden özellikle kahvaltıdan 20-30 dakika sonra gastro-kolik refleksten yararlanma, dışkı yumuşatıcılar, laksatifler, oral stimulanlar, karna hafif masaj yapılması, mekanik stimulasyon ve düzenli fiziksel egzersiz programı gibi girişimler konusunda hasta eğitilmelidir. Sık lavman yapmaktan kaçınılmalıdır (MS Society 2003, 2004, 2009). Rektum duyarlılığında azalma olması, hastalarda eliminasyonu tamamlama hissinde belirsizliğe yol açabilir (MS Society 2004). Bazı bireylerde fekal inkontinans gelişebilir. Diyare, fekal impakt, aşırı laksatif kullanımı veya ilaçlara sekonder olarak gelişebilmektedir. Diyare ve inkontinans, ciltte irritasyona ve acil durumlarda mobiliteye bağlı güvenlik sorunlarına yol açabilir. Barsak yönetimi için günlük plan yapılmalıdır. Bazı kişiler, duyu azalmasından dolayı lazımlık veya klozette rahatsızlık duymadan uzun süre oturabilir, hatta bazıları lazımlık üzerinde oturduğunu unutabilir. Bunun için bireylere, sürgü veya klozetten kalkmak için hazır olup olmadıkları ışıklı çağrı cihazıyla hatırlatılabilir. Bu hastaların sık sık izlenmesi ve denetlenmesi gerekir (MS Society 2003 ve 2004).

Bilişsel Sorunlar: Genellikle evde bakım hemşireliği hizmeti gerektiren MS'li bireylerde bazı bilişsel bozukluklar gelişebilir (MS Society 2003). Bilişsel fonksiyon ile fiziksel özürlülük veya tanıdan itibaren geçen zaman arasında bir korelasyon vardır (Thompson ve Mauk 2011, Sammaro ve ark. 2013). MS'li kişilerin yaklaşık %50'si, öğrenme, hatırlama, konsantrasyon, planlama ve bilgileri hızlı işleme yeteneğini kaybeder (MS Society 2003 ve 2009, Sammaro ve ark. 2013). Bilişsel fonksiyon etkilense de dil ve sosyal becerileri genellikle etkilenmez (MS Society 2003). Bilişsel zorluklar, iş değişikliğine veya işsizliğe, daha az sosyal temasa ve fiziksel rehabilitasyona uyumda bozulmaya yol açabilir. Bunların sonucunda da hastalarda sosyal izolasyon görülebilir (MS Society 2004 ve 2009). Bellek sorunları bakıcılar için önemli bir stres nedenidir (MS Society 2009).

Evde bakım hemşiresi bilişsel bozukluğu olan bireyleri değerlendirmeli ve bakım vereni eğitmelidir (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013). Alzheimer hastalığı dâhil demans ile ilişkili MS'li hastalar ayırt edilmelidir (MS Society 2004, Sammaro ve ark. 2013). Kendini değerlendirme yeteneği bozulan bireyler tanımlanmalı ve öğelerin tanıdık yerlerde kalması için çevre düzenlemesi yapılmalıdır (MS Society 2003). Günlük tutması önerilmeli, çaba gerektiren zihinsel faaliyetlerin günün erken saatlerinde yapılması için program yapılmalı ve bunlar kısa sürecek şekilde sınırlanmalıdır (MS Society 2004). Bilgiler tekrar edilmeli, gerekirse önemli noktalar not edilmelidir (Sammaro ve ark. 2013). Sözlü talimatları izleyip izlemediği değerlendirilmeli, iletişimde yazılı ve görsel araçlar kullanılmalıdır. Önemli bilgileri

takip etmek için dizüstü bilgisayar, elektronik ajanda veya takvim kullanması için cesaretlendirilmelidir (MS Society 2004). Duyusal uyarı grupları, müzik ve gevşeme terapisi gibi aktivitelere katılımı sağlanmalıdır (MS Society 2003). Planlama, organizasyon ve yargılama fonksiyonlarındaki değişiklik özellikle elektrik ile çalışan tekerlekli sandalye gibi araçların manuel işletim güvenliğini etkileyebilir. Bunun için tekerlekli sandalye kullanan kişilerin bilişsel durumuna göre düzenleme yapılmalıdır (MS Society 2004). Oyunlar, puzzle ve bulmaca çözme bireyin konsantrasyon, organizasyon ve hafızasını geliştireceğinden teşvik edilmelidir (Thompson ve Mauk 2011). Bilişsel fonksiyon bozukluğu ve iş durumunu düzenlemek için bir nöro-psikologa yönlendirilmelidir (MS Society 2003 ve 2009).

Disfaji: Disfaji, beyin sapı disfonksiyonunun bir sonucudur. Çiğneme güçlüğü, boğaza besinlerin yapışması, yemek sırasında ve sonrasında öksürük, anksiyete, aşırı tükrük salgısı ve boğulma gibi sorunlara yol açabilir. Tedavi edilmezse, aspirasyon, dehidratasyon ve malnutrisyon gelişebilir. Fark edilmesi güç olduğundan çok az vaka erken evrede belirlenip tedavi edilmekte, hastalar genellikle yutma ile ilgili bir sorunun olduğunu fark edememektedir (MS Society 2009).

Yoğun kıvamlı çay ve kahve gibi içecekleri sıcak yerine buzlu içmesi önerilmelidir (Northrop ve Frankel 2010). Kıvamı artırmak için bir ürün kullanılacaksa, sadece servis öncesi sıvıya kıvam arttırıcı ürün eklenmesi konusunda bilgi verilmelidir (Northrop ve Frankel 2010, Sammaro ve ark. 2013). Eğer birey yavaş yiyorsa, 20 dakikadan sonra yemek yeniden ısıtılabilir. Heimlich manevrası bireye ve bakım vericiye öğretilmelidir. Yemek yerken konuşmaktan kaçınılması gerektiği aksi takdirde boğulmaya yol açabileceği, bir sıvı ve bir katı gıda alımı şeklindeki alternatiflerin gıdaların yapışmasını önlemeye yardımcı olacağı konusunda bilgi verilmelidir (Northrop ve Frankel 2010). Yutma mekanizmasının günün ilerleyen saatlerinde yorgunluktan etkilenebileceği bu nedenle yüksek kalori ve besin alımının büyük bölümünün sabah kahvaltısı ve öğle yemeğinde karşılanması gerektiği bildirilmelidir. Yemek sırasında ve sonrasında uygun pozisyonun sağlanması, besinleri iyice çiğneyip, kontrollü bir şekilde ve nefesini tutarak yutmasının önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Ağız ve farengial yapıları geliştirmek ve dil kaslarını güçlendirmek için eklem açıklığı egzersizleri bireye öğretilmelidir. Hasta tüm gıdaları aspire ediyorsa oral beslenme kesilmelidir. Oral beslenmenin kesilmesi geçici olabileceği gibi kalıcıda olabilir. Bu durumda nazo-gastrik tüp (NG) ile beslenmeye geçilmelidir (Sammaro ve ark. 2013). Ancak NG burun ve boğaz irritasyonuna yol açtığından geçici olarak kullanılmalıdır. Perkutan endoskopik gastrostomisi (PEG) olan hastalarda, PEG ile beslenme ve bakımı konusunda hasta, ailesi ve/veya bakım verici evde bakım hemşiresi tarafından eğitilmelidir (MS Society 2004 ve 2009, Sammaro ve ark. 2013).

Dizartri: Dizartri, beyin sapı tutulumu veya serebellar hasardan kaynaklanmaktadır. MS'de dizartri sıklığı %51 civarındadır (MS Society 2009). Solunum sorunları nedeniyle zayıf bir sesle konuşma, rezonans ve kontrol güçlüğü, burundan konuşma görünümü, uzun kelimeler arasında anormal duraklama veya heceleme tipik semptomlardır (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013). Dizartri genellikle ciddi düzeyde bilişsel sorunları olan hastalarda ortaya çıkar. İletişim

sorunlarının sosyal izolasyon, yalnızlık ve strese yol açtığı bildirilmektedir. Evde bakım hemşiresi, konuşma kalitesi ve eşlik eden değişiklik, iş ve evde konuşma-iletişim sorunları olup olmadığını değerlendirmelidir (Sammaro ve ark. 2013). Aynı zamanda MS'in normal konuşma ve ses üzerine etkisi, spastisite, güçsüzlük, tremor, ataksi ve yorgunluk gibi katkıda bulunan faktörlerin yönetimi, MS'le ilgili diğer konuşma sorunları hakkında stratejilerle ilgili hasta ve bakım vereni eğitmelidir (Sammaro ve ark. 2013). Ayrıca konuşma terapisti, konuşma netliğini arttırmak için egzersizler, telaffuz teknikleri, ses yükselteçleri, bilgisayar destekli cihazlar gibi iletişimi destekleyici cihazları kullanmayı önerebilir (Klugman ve Ross 2002, Northrop ve Frankel 2010). Ailesi ve/veya bakım veren, konuşma sorunu olan bireyle iletişim kurarken sabırlı olunması, acele ettirilmemesi, cümleleri tamamlamaya çalışılmaması, anlamış gibi davranılmaması ve basit cümleler kurulması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (Klugman ve Ross 2002, MS Society 2009, Northrop ve Frankel 2010, Sammaro ve ark. 2013).

Cinsel Sorunlar: MS'li hastalarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı %50-73 iken sadece kadınlarda bu oran %45-70 arasında değişmektedir (Sammaro ve ark. 2013). Libidoda azalma, uyarılmada azalma (vajinal lubrikasyon, erektil fonksiyon), genital duyuda değişim, orgazm yoğunluğunda azalma ve orgazm olamama gibi primer cinsel işlev bozuklukları Santral Sinir Sistemi(SSS) lezyonlarının doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. İkincil olarak yorgunluk, halsizlik, spastisite, yanma, ağrı, mesane, barsak ve bilişsel sorunlar gibi MS'e bağlı semptomlar ve ilaç yan etkilerinden kaynaklanmaktadır. Üçüncül olarakta, rol değişimi, öz-saygıda azalma, beden imajında değişiklik, partneri tarafından reddedilme korkusu, iletişim güçlükleri gibi psikososyal, manevi ve kültürel konulardan ortaya çıkmaktadır (Matthews 2009, Sammaro ve ark. 2013).

Bireylerin geçmişteki ve son zamanlardaki cinsel fonksiyon değişiklikleri ve MS semptomları değerlendirilmelidir (Sammaro ve ark. 2013). Evde bakım hemşiresi hastalara danışmanlık yapmalı, cinsel sorunları olan bireylerin duygularını rahat ifade etmesi için güven vermeli, kişisel ilişkileri ve cinselliği sürdürmenin güçlükleri üzerine bireye konuşma fırsatı vermelidir. Hastalar danışmanlık ve destek hizmetleri hakkında bilgilendirilmelidir (Barlow ve ark. 2008, MS Society 2009). Hemşireler hastalara cinsel ilişkiden birkaç saat önce sıvı alımını azaltma, mesane ve barsakları boşaltma, sürekli kateter takan bireylerin cinsel aktivite sırasında kateteri çıkarma, ayrıca vajinal kuruluğu olan kadınlara sıvı veya jelli, suda eriyebilen kişisel lubrikantları kullanma konusunda bilgi vermelidir (Sammaro ve ark. 2013). Ereksiyon bozukluğu olan erkeklere doktor tarafından sildenafil, vardenafil gibi oral ilaçlar, papaverin gibi enjektabl ilaçlar, penis içine suppozituar yerleştirme, şişme cihazlar ve implantlar önerilebilir (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013).

Görme Sorunları: Görme ve göz hareket kaslarındaki bozukluklar MS'de en yaygın görülen semptomlar arasındadır. Genç erişkinlerde akut demiyelinizan optik nevritin en önemli sebebi optik sinir inflamasyonudur (MS Society 2004). Optik atrofi, nistagmus, diplopi, oftalmopleji, vertigo, bulanık görme, görme kaybı ve kortikosteroid tedavisine bağlı gelişen katarakt görme ile ilgili diğer sorunlardır (MS

Society 2004, Barlow ve ark. 2008, MS Society 2009). Yorgunluk, stres ve yüksek sıcaklık gibi diğer MS semptomları görme bozukluklarını arttırabilir (MS Society 2004, Barlow ve ark. 2008).

MS'li bireylerin televizyonu büyük ekrandan izlemelerinin önemi, kendine yaklaştırmasının kolay olması için TV sehpasının tekerlekli olması konusunda bilgi verilmelidir (MS Society 2004). Görme bozukluğu olanlara okumayı kolaylaştırmak için beyaz kâğıt üzerine en az 14 punto siyah renkle yazılmış materyallerin kullanılması önerilmelidir. Kapı çerçeveleri ve giriş-çıkışların zıt renk olması, hastaların yürürken veya tekerlekli sandalye kullanırken çarpmalarını azaltacaktır. Kitap okuma, TV programı anlatma ve hastayı kontrol etmek için düzenli aralıklarla ev ziyareti yapılmalıdır (MS Society 2004). Gazete, kitap okuma, televizyon izleme vb. durumlarda görme ile ilgili bir sorun yaşayan veya gözlüğe rağmen görme keskinliğinde azalma olan hastaların göz kontrolünden geçmesi önerilmelidir (MS Society 2009).

Depresyon ve Diğer Duygu-durum Değişiklikleri: MS'li bireylerin %50'den fazlasında yaşamlarının belli bir aşamasında majör depresyon görüldüğü ve genel popülâsyona göre 7,5 kat daha fazla intihar girişiminin olduğu bildirilmektedir (Mollaoğlu 2012). MS'de depresyonla anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada depresyonun yaşam kalitesi üzerinde daha fazla azalmaya yol açtığı bulunmuştur. Gelecekle ilgili belirsizlik, 'normal yaşamın kaybı' algısı ile birleştiğinde depresyona yol açarak iş yaşamını, çalışma ve bağımsız yaşama yeteneğini etkilemektedir (Sammaro ve ark. 2013). Araştırmalar, depresif ve kaygılı bireylere göre emosyonel durumu iyi olan insanların performans ve fonksiyonlarının çok daha iyi olduğunu göstermiştir. Umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk duyguları, yorgunluk, uykusuzluk ve intihar düşüncesi diğer depresyon semptomlarıdır (Barlow ve ark. 2008).

Evde bakım hemşiresi depresyon semptomları ve düzeyinin tanımlanmasında önemli bir role sahiptir. Hasta veya aile kontrolsüz gülme veya ağlama ataklarını kaydetmelidir (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013). Depresyon yönetiminde hasta, psikolojik destek, egzersiz, bilişsel davranışsal terapi veya özel anti-depresan tedavi için yönlendirilmelidir (Barlow ve ark. 2008, MS Society 2009, Costello ve Kennedy 2010, Sammaro ve ark. 2013).

4.Hasta ve Ailenin Ve/Veya Bakım Vericinin Eğitimi

Hemşire, hasta, aile ve bakım vericiye eğitim ve danışmanlıkta kanıt-temelli yaklaşımları kullanmalıdır (Sammaro ve ark. 2013). MS'de evde bakım hemşiresi, sağlık bakım ekibinin önemli bir üyesi olarak işlev görmekte, hastalar, aileler veya bakıcılarla etkileşimde önemli bir rol oynamaktadır (Holland ve ark. 2011, Sammaro ve ark. 2013). MS'de hemşirelik bakımı, hastada farkındalık, kendi bakımını yönetme becerisi ve motivasyonu geliştirmeyi hedefleyen, hastayı pasif bir izleyici değil aktif bir katılımcı olarak gören, yaklaşımın önemli bir unsurudur (Brodkey ve ark. 2011, Holland ve ark. 2011, Halper ve Harris 2012). Hemşire, yeni tanı konulmuş hastaya başlangıçta, hastalığı, tedavisi, kendi kendine enjeksiyon yapma, gelişebilecek

semptomlar ve bunların yönetimi, stres ve sıcak gibi atak tetikleyicileri, stres yönetimi, diyet, egzersiz, hastalıklardan korunma, düzenli sağlık kontrolü, genel sağlığı sürdürme ve toplumsal destek kaynakları, yeni tedaviler, tamamlayıcı tedaviler, çalışma yaşamı, rol değişiklikleri, yasal ve finansal konularda, geç dönemde ise hasta ve bakıcıya, ev ortamı değişiklikleri, sosyalizasyon, mental sağlık, kişisel bakım, komplikasyonların önlenmesi vb. konularda eğitim vermelidir (Northrop ve Frankel 2010, Thompson ve Mauk 2011, Holland ve ark. 2011, Sammaro ve ark. 2013). Eğitim özellikle evde güvenli transfer, beslenme, banyo, ulaşım, düşen bir kişinin nasıl kaldırılacağı gibi konuları içermelidir (MS Society 2009, Northrop ve Frankel 2010, Holland ve ark. 2011).

MS'e özgü semptomlarda kullanılan tamamlayıcı tedavilerin; diyet yaklaşımları, masaj, refleksoloji, T'ai Chi, manyetik alan terapisi, multi-modal terapide nöral tedavinin kısmen de olsa etkin olduğu randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir. Bunlar ve diğer yöntemlerin yarar veya riskleri konusunda hastaya danışmanlık yapılmalı ve kendisine zarar verebilecek yöntemleri kullanması önlenmelidir (MS Society 2009, http://www. klinik gelisim.org.tr/kg_10_1/11.pdf/ Erişim tarihi:15.1.2013).

Bakıcılar, bazen uzun süre evden ayrılamadıkları için sıkıntı yaşayabilirler bunun için on-line veya telefonla destek grubu ve hasta bakımını üstlenen diğer bireyler tarafından bakım verenlerin dinlenmesi sağlanabilir (Holland ve ark. 2011). Özürlülük ve kronik hastalığın olduğu ailelerde istismar ve ihmal riski yüksektir. Stres, tükenmişlik, mali konular ve sınırlı destek daha ciddi istismar ve ihmale yol açabilir. Evde bakım hemşiresi istismar belirtilerini tanımak, ihmal ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi gözlemek ve bakım vereni bu konuda bilgilendirmek için önemli bir konumdadır (Uccelli ve ark. 2007).

Evde bakım hemşiresi MS'li bireylere;20-25 yaşından sonra yıllık meme ya da testis muayenesi, 40-50 yaşından itibaren yıllık mamografi, kolesterol ve tiroid fonksiyon testleri için serum tarama, kırık veya osteoporoz riski için kemik dansitometre, 65 yaşından sonra yıllık glokom ve göz muayenesi, 50 yaşından itibaren 5 yılda bir işitme testi, 50 yaşından sonra yıllık direkt rektal muayene gibi sağlık tarama programlarını yaptırmasını önermelidir (MS Society 2009, Klugman ve Ross 2002).

MS'li bireylerin bazıları günlük yaşam aktiviteleri için başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Yardımın türü ve derecesi kişiden kişiye hatta aynı bireyde bile zaman içinde değişiklik göstermektedir (Northrop ve Frankel 2010). Evde bakım hemşiresi, fonksiyonel kısıtlamaları olan hastaları tanımlamalı ve bunlara yardımcı olmalıdır. Hemşire, hasta, aile ve/veya bakım verene, ev ortamında güçsüz kasları destekleyecek özel ekipmanların kullanımı, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yorgunluğu azaltmak için enerji korumaya yönelik düzenlemelerin yapılması ve güvenlik önlemleri konusunda önerilerde bulunmalıdır. Merdiven, banyo, dolap ve koridorlarda tutunma barları, duş koltuğu, esnek duş başlığı, mobilya kenarlarının yuvarlak olması, hijyen, yemek hazırlama, temizlik, hareketliliği arttırma ve dengeyi sağlamaya yönelik araçların kullanımı hakkında eğitim verilmelidir (Northrop ve Frankel 2010, Trisolini ve ark. 2002, MS Society 2009).

İş ortamında bilgisayar ekranı, klavye, ses tanıma yazılımı ve oturma ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Dinlenme için belli aralıklarla mola ayarlanmalıdır. Isı kaynağından uzak, lavaboya yakın bir yerde çalışma, yürüme mesafesini en aza indirmek için iş yerine yakın bir park alanı sağlanmalı, güvenlik için korkuluklar ve özel ekipman ile gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (Noyes and Kalb 2006, MS Society 2009).

MS doğurganlığı etkilememektedir. Gebelik düşünen kadın hastaların nörologa danışmaları önerilmelidir. Sakıncası olmayan hastalarda gebelik öncesi hastalık modifikasyon tedavisinin kesilmesi tavsiye edilmektedir. Doğumu izleyen ilk 3 ay içerisinde daha çok atak geliştiğinden bu süre boyunca hastalara destek olunması ve daha fazla dinlenmesi konusunda bilgilendirilmelidir (MS Society 2009, Sammaro ve ark. 2013).

Son yapılan çalışmalarda MS de bir risk faktörü olan sigaranın progresyon üzerine etkisinin olduğunu destekleyen kanıtlar ağırlık kazanmaktadır. Alkol kullanma bireyin kilo almasına neden olabilirken, diüretik etkisi dehidratasyona yol açarak MS semptomlarını şiddetlendirebilmektedir (MS Society 2009).

Seyahat öncesi özellikle yurt dışı gezilerinde evde bakım hemşiresi ve nörolog ile tüm sorunlar, seçenekler, aşılama gerekip gerekmediği konuşulmalı, kullanması gereken ilaç ve hastalığı ile ilgili bilgiler havayolu şirketine bildirilmelidir (MS Society 2009, Northrop ve Frankel 2010).

MS'li bireyler vücut sıcaklığını, güçsüzlüğü arttıracağından fazla ve yoğun egzersiz yapmamalıdır. Egzersiz sırasında fan, klima, sprey kullanılmalı ve soğuk içecek tüketilmesi önerilmelidir. Gevşeme egzersizleri, yüzme ve yoga gibi alternatif egzersiz programları önerilebilir. MS'de egzersizin uykusuzluk, yorgunluk, depresyon, güçsüzlük, esneklik, denge, stres ve ağrı kontrolünde yardımcı olduğu düşünülmektedir (Lode ve ark. 2007, MS Society 2009, Northrop ve Frankel 2010).

SONUÇ

MS gibi birçok sistemi etkileyen ve yaşamın her alanına ait sorunları beraberinde getiren bir hastalıkta, hastalığın yarattığı fiziksel, emosyonel, bilişsel ve psiko-sosyal etkilerle baş etme konusunda evde bakım, hastalığa uyumu kolaylaştırmakta, otonomi ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (MS Society 2004, Lode ve ark. 2007, Northrop ve Frankel 2010, Sammaro ve ark. 2013).

KAYNAKLAR

Barlow S, Blagus L, Coleman J & et al, Editör. The Australian Multiple Sclerosis Nursing Manual, 2nd Edition, Serono Symposia International;2008.

Brodkey MB, Ben-Zacharia AB, Reardon JD. Living Well With Multiple Sclerosis. AJN 2011; 111:7.

Cook SD, Coyle PK, Ross AP. A Spotlight On Multiple Sclerosis: Counseling And Treatment, Supported by: Novartıs; 2010. 1-24.

Costello K, Kennedy PM. (2010). The nurse's pivotal role in ıdentifying and managing symptoms of multiple sclerosis, Syllabus and Course Guıde. Retrieved january 23, 2013, from http://www.cmeoutfitters.com/pdf/wc-012livecourseguide.pdf.

Demir GA. Multiple skleroz tedavisi. Retrieved january 15, 2013, from http://www. klinikgelisim.org. tr/kg_10_1/11.pdf.

Dishon S, Greinel E, Kieser B & et al. (2011). International multiple sclerosis nursing care plan, Serono Symposia International Foundation. Retrieved january 23, 2013, from http:/ /www.sepmydream.net/wp-content/uploads/2011/03/Nursing-Care-Plan-course.pdf.

Halper J. Comprehensive care in multiple sclerosis – a patient-centred approach, European Neurologıcal Revıew 2008; 3(2): 72-74.

Halper J, Costello KM. (2010). Art and science of nursing care in multiple sclerosis. Teva Neuroscience, 1-32. Retrieved january 14, 2013, from http://www.medscapecme.com/cmelive/.

Halper J, Harris C. Nursing Practice İn Multiple Sclerosis - A Core Curriculum, Third Edition; 2012. 13-20.

Halper J, Holland N, Editör. (2002). Comprehensive nursing care in multiple sclerosis. 2nd ed. New York: Demos; Crayton H & et al. Neurology 2004; 63(5 suppl): 12-18.

Holland NJ. A Clinical Bulletin From The Professional Resource Center of The National Multiple Sclerosis Society. 2006.

Holland & et al. Meeting The Needs Of People With Primary Progressive Multiple Sclerosis, Their Families, And The Health-Care Community. International Journal of MS Care 2011; 13: 65–74.

Khan F, Amatya B, Turner-Stokes L. Symptomatic Therapy And Rehabilitation İn Primary Progressive Multiple Sclerosis. Neurology Research International 2011;22-10.

Klugman TM, Ross E. Perceptions Of The İmpact Of Speech, Language, Swallowing, And Hearing Difficulties On Quality Of Life Of A Group Of South African Persons With Multiple Sclerosis. Folia Phoniatr Logop 2002;54(4):201-21.

Koçer E, Koçer A, Yaman M & et al. Multipl Skleroz Olgularında Yaşam Kalitesi: Fiziksel Özürlülük ve Depresyonun Etkisi? Journal of Mood Disorders 2011; 1(2):63-7.

Lode K & et al. Patient İnformation And Coping Styles İn Multiple Sclerosis. Multiple Sclerosis 2007; 13: 792-799.

Matthews V. Sexual Dysfunction İn People With Long-Term Neurological Conditions. Nursing Standard 2000; 23(50):48-56.

Mirza M. Multipl Sklerozun Etyoloji Ve Epidemiyolojisi. Erciyes Medical Journal 2002;40 (1):40-47.

Mollaoğlu M, Durna Z, Editör. Multiple Skleroz Ve Bakım; Kronik Hastalıklar Ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012. 261-277.

MS Society. A Guide To MS For Gps And Primary Care Professionals, Second edition. MS Society Publishing; 2009.

National Multiple Sclerosis Society. (2006). Fatigue: what you should know. A Guide for Multiple Sclerozis Patients. Retrieved January 15, 2013, from http://www. nationalms society.org/ ultimedialibrarry.

National Multiple Sclerosis Society. (2003). Nursing Home care of Individuals With Multiple Sclerosis: Guidelines & Recommendations For Quality Care, National MS Society Long Term Care Committee. Retrieved january 16, 2013, from www.nationalmssociety.org/.multiple-sclerosis.

National Multiple Sclerosis Society Clinical Programs Department. (2004). Assisted living for ındividuals with multiple sclerosis: guidelines & recommendations. Retrieved january 15, 2013, from http:// www. nationalmssociety. org/living...multiple-sclerosis/.

Northrop De, Frankel D, Editör. (2010). Servıng Indıvıduals wıth Multıple Sclerosıs In The Home;Guidelines and Recommendations for Home Care Providers and Personal Assistants, National Multiple Sclerosis Society. Retrieved January 15, 2013, from http://www.nationalmssociety.org/.

Noyes B, Kalb RC. Working With Multiple Sclerosis: Information For Employees, Published by MS Australia 2006; 15-19.

Okçin F, Karadakovan A. Kanserli Hastaya Evde Bakım Veren Yakınlarının Semptom Kontrolüne İlişkin Yeterliliklerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2009; 25(1): 71-79.

Pugliatti M & et al. The Epidemiology Of Multiple Sclerosis İn Europe. European Journal of Neurology 2006; 13: 700–722.

Reitman N, Kalb R. Multiple Sclerosis: The nursing perspective. 6 th Edition. National multiple sclerosis society; 2012. 1-86.

Sammaro C, Logan D, Remington G, Rosalind Kalb R, The Nurse Practitioner's Handbook. National Multiple Sclerosis Society; 2013.

Thompson HJ, Mauk KL, Editör. (2011). Nursing Management of the Patient with Multiple Sclerosis, AANN, ARN, and ıomsn clinical practice guideline series. Retrieved january 18, 2013, from http:// www.aann. org/uploads/ AANN-ARN-IOMSN_MS_Guideline_FINAL. pdf.

Trisolini M, Wiener J, Miller D. (2002). Principles to promote the quality of life of people with multiple sclerosis, Published by Multiple Sclerosis International Federation. Retrieved january 23, 2013, from http://www.msif.org/includes/documents/cm_docs/2011/p/principlestopromotequalityoflife1.pdf?f=1.

Uccelli MM, Editör. MS İn Focus Issue I;Special Focus On Dealing With Fatigue, Organising Theme Seminars, Your Questions Answered. Book And Website Reviews. Cambridge Publishers; 2003. 1-28.

Uccelli MM & et al. MS in Focus Issue 9; Care Giving and ms, Multiple Sclerosis International Federation. Cambridge Publishers Ltd; 2007. 15-17.

WHO. (2000). Home Based Long- Term Care, Technical Report Series, 898, World Health Organization, 1-37. Retrieved january 23, 2013, from http:// www. who. int /chp /knowledge/ publications/ policy_issues_ltc. pdf

Yılmaz NÇ. Multiple Skleroz ve Otoimmünite, Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C.Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği; 2006.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30(2) :118-125, 2014

PULMONER ENDARTEREKTOMİ SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

NURSING CARE AFTER PULMONARY ENDARTERECTOMY

Uzman Hemşire Aynur KAYNAR ŞİMŞEK*

*T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bu makale 24 Mart 2013 tarihinde Antalya'da , 9.Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresinde sunulmuştur.

ÖZET

Pulmoner tromboendarterektomi (PTE) kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonun (KTEPH) tedavisinde etkin bir yöntemdir. Günümüzde PTE uygulaması giderek artmaktadır. PTE'nin başarılı sonuçlanması, başarılı bir cerrahi tekniğin yanında kaliteli bir hemşirelik bakımına bağlıdır. Ancak literatür incelendiğinde PTE sonrası hemşirelik bakımını içeren kaynaklara rastlanamamıştır. PTE sonrası hemşirelik bakımı açık kalp cerrahisine yönelik hemşirelik bakımını ve PTE'nin özel komplikasyonlarına yönelik hemşirelik bakımını içerir. Bu makale pulmoner tromboendarterektomi sonrası hemşirelik bakımında yol göstermek amacı ile yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner tromboendarterektomi, Pulmoner tromboendarterektomi komplikasyonları, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Pulmonary thromboendarterectomy (PTE) is an effective method in the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension (CTEPH). Today, PTE oparetion is increasing. Besides a successful surgical technique, result of the successful PTE depends on the quality of nursing care.However, after reviewing the literature, resources about nursing care after PTE were not found. Nursing care after PTE includes both nursing care of open cardiac surgery and nursing care of complication related to PTE. This article is written due to showing the way of nursing care after pulmonary thromboendarterectomy.

Keywords: *Pulmonary thromboendarterectomy, Pulmonary of complications, nursing care.*

GİRİŞ

Günümüzde akut yada kronik iskemi ve inmeden sonra en sık karşılaşılan kardiyovasküler patoloji pulmoner embolidir. Kardiyovasküler hastalıklar ve

kanserden sonra 3.sıradaki ölüm sebebidir. Pulmoner emboli akut bir durum olabildiği gibi tekrarlayan embolilere bağlı kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyona (KTEPH) yol açarak kronik bir hastalık tablosuna ortaya çıkarabilir (Çilek 2012).

Akut pulmoner emboliyi takiben bir saat içinde olguların %20-40'ında hemodinamik yetmezlik gelişir ve ölümle sonuçlanır. Sağ kalan hastalarda ise lokal fibrinolisiz ile pulmoner arter yatak korunur. Hemostaz, fibrinolizdeki bozukluklar ve nüks emboliler nedeni ile vakaların %1-4' ünde emboli çözülmez ve pulmoner arter yatak içerisinde organize olur. Pulmoner arter intimasındaki fibröz kalınlaşma pulmoner arterin intraperikardiyal kısmında başlar, ilerleyerek lobal ve segmental arterlere devam eder. Pulmoner arterler kalınlaşır ve pulmoner arter yatak tıkanmaya başlar. Bu durum KTEPH olarak tanımlanır. (Çiçek 2012,Yıldızeli ve ark 2010, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005). Pulmoner vasküler yatağın %40'ı tıkanırsa sağ kalp yetersizliğine yönelik semptomlar görülmeye başlar (ISHLT 2009). KTEPH fatal seyirlidir (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010, Öztürk ve ark 2006). Ortalama pulmoner arter basıncı 50 mmHg'nın üzerinde olan hastaların 5 yıllık sağ kalım oranı %10 olarak bildirilmiştir (Yıldızeli ve ark 2010,Özcan ve ark 2008, Mares ve ark 2000).

KTEPH tedavisinde medikal yaklaşım, akciğer veya kalp akciğer nakli gibi tedavi yaklaşımları olsada, hastalığın günümüzdeki tek ve gerçekçi çözümü pulmoner tromboendarterektomidir (PTE). Çünkü KTEPH mekanik bir hadisedir. Hiç bir medikal ajan organize trombüs meteryalini çözemez, uzaklaştıramaz ve ortadan kaldıramaz; akciğer ve kalp-akciğer transplantasyonu ise PTE' den daha kötü sonuçlanmaktadır. PTE doğru endikasyonlarda uygulandığında akciğer ve kalp-akciğer transplantasyonuna oranla mortalite ve morbiditesi düşük başarılı bir tedavi yöntemidir (Çilek 2012,Yıldızeli ve ark 2010, ISHLT 2009, Öztürk ve ark 2006 , Mares ve ark 2000).

Pulmoner Tromboendarterektomi

Pulmoner tromboendarterektomi organize trombüsün pulmoner arter intimasından soyularak uzaklaştırılması işlemidir. İlk defa 1957 yılında uygulanan bu tedavinin dünyada kullanımı giderek artmaktadır (Öztürk ve ark 2006). PTE'nin uygulanması için açık kalp cerrahisi gerekir. KTEPH'da, trombüs fibröz hale geldiği için antikoagülasyon yada fibrinolitik tedavinin pulmoner arter yatağa etkisi yoktur. Hastada yeni bir emboli yada lokal trombüs ile klinik tablonun kötüleşmemesi için antikoagülan tedavi başlanmalıdır. Bunun dışında oksijen tedavisi, diüretik, pozitif inotropik ve vazodilatör ilaçlar sağ kalp yetmezliği tedavisinde kullanılırlan medikal ajanlardır. Ancak kesin çözüm PTE'dir (Yıldızeli ve ark 2010). PTE'nin yayınlarda mortalitesi %5- 7 olarak bildirilmektedir (Özcan ve ark 2008, Öztürk ve ark 2006). PTE, istirahat yada egzersiz halinde hemodinamik yetmezliği yada solunum sıkıntısı olan tüm hastalarda endikedir (Yıldızeli ve ark 2010).

Pulmoner Tromboendarterektomi Tekniği

Amaç ; ekstrakorpereal sirkülasyon altında, ulaşılabilinen tüm pulmoner arter dallarına pulmoner vasküler rezistansı erken dönemde %50 azaltacak kadar

endarterektomi yapmaktır. Ameliyat median sternotomi ile intraperikardiyak yapılır, plevralar açılmaz.

Tekrarlayan pulmoner emboliler nedeni ile bu hastalarda sistemik hipervaskülarizasyona bağlı bronşiyal arterlere, parietal plevra ve intrakostal arterlerden kollateraller gelişir. Bu kollateraller prekapiller düzeyde pulmoner arter ile bağlantılı olduğundan, endarterektomi sırasında geri kanamaya (back-bleeding) yol açacaktır. Ameliyat sahasının kan ile dolmaması için bu kollateral sirkülasyonu durdurmanın tek yolu sirkülatuar arest uygulamaktır. Bunun içinde 18-20 °C derin hipotermi uygulanır. Sağ ve sol ana pulmoner arterden başlanarak endarterektomi yapılır (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010).

Hastanın Postoperatif Dönemde Yoğunbakım Ünitesinde Takibi

PTE sonrası hastalar yoğun bakım ünitesine alınırlar. Mekanik ventilasyon ile beraber nitrik oksit inhalasyonu başlatılır. Hastaların entübe kalış süresi ortalama 2 gündür (Sunar ve ark 2013, Yıldızeli ve ark 2010). Ventilatör tidal volümü 6-8 ml/kg şeklinde ayarlanmalıdır. Ekspiryum sonu pozitif basınç (PEEP) 5 mmHg altında tutulmalıdır. Ekstübasyonla birlikte inhalasyon yoluyla iloprost tedavisi günde yedi kez ve üç ay boyunca uygulanabilir. Yoğun bakım boyunca negatif sıvı dengesi hedeflenmelidir (Sunar ve ark 2013).

Pulmoner arter basıncın ve pulmoner vasküler direncin düşmesi klinik iyileşmeyi belirler. Restorasyon başarılı olduysa pulmoner arter basıncının operasyon sonrası normale dönmesi beklenir. Pulmoner dolaşımın normale dönmesi ile kardiyak hemodinami düzelmeye başlar ve hastalarda görülen kalp yetmezliği bulguları kaybolur (Sunar ve ark 2013).

Hastaların yoğun bakım ünitesinde kalış süresi 4-10 (ortalama 7) gün, hastanede yatış süresi ise 7-15 (ortalama 11) gündür. Hastalar operasyondan sonrası ömür boyu warfarin kullanmak zorundadırlar (Sunar ve ark 2013, ISHLT 2009, Meras ve ark 2000). INR değerleri 2.5-3 olacak şekilde warfarin kullanımı önerilmektedir (Kayıkçıoğlu ve Kültürsay 2009). Hastalara ilk hafta 3 kez, ikinci hafta 2 kez, 1 ay haftada bir, 2 ay 2 haftada bir ve sonra ayda bir kez INR takibi yapmaları ve anormal değerleri doktoruna bildirmeleri anlatılmalıdır (Alay ve ark 2011).

Yapılan araştırmalarda görülmüştür ki yüksek INR değerine bağlı en sık karşılaşılan kanama gastrointestinal kanamalardır (Eroğlu SE ve ark 2012, Eroğlu ve ark 2011). Gastrointestinal kanamalar kolaylıkla fark edilebilmelerine karşın hastaların % 50 'si kanamadan 12 saat sonra hastaneye başvurmaktadırlar. Bunun nedeni bilgi eksikliği olarak bildirilmiştir. Melena, hemoptizi konusunda hastalara eğitimler verilmeli ve bu gibi durumlarda doktora gitmeleri konusunda bilgilendirilerek taburcu edilmelidirler (Eroğlu SE ve ark 2012).

Postoperatif Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Postoperatif dönemde açık kalp cerrahisi sonrası görülebilecek tüm komplikasyonlar ve PTE'nin özel komplikasyonları görülebilir (Narayana ve ark 2010). Pulmoner endarterektomiye yönelik özel komplikasyonlar ;

1.Reperfüzyon akciğer hasarı:

İlk 24 saatte gelişen oksijen ve mekanik ventilasyon ihtiyacını arttıran (> 2), reperfüzyona verilen akut bir yanıttır. Reperfüzyon ödemi olarak da adlandırılan bu durum orta-ağır akut akciğer hasarına yol açarak (nadiren pulmoner hemoraji) ölüme sebep olabilir (Yıldızeli ve ark 2010). PTE ameliyatı sonrası %10 hastada reperfüzyon hasarı ve akciğer ödemi gelişebilmektedir (Freed ve ark 2010, Özcan ve ark 2008, Mares ve ark 2000). Akciğer hasarı ilk 24 saatte başlar ancak bulguların ortaya çıkması 72 saati bulabilir (Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005).

Reperfüzyon akciğer hasarı bir inflamasyon sendromu ve artmış permeabilite olarak tanımlanabilir. İskemik kalan dokuda, nötrofillerin akciğer endoteline adezyonunu takiben proteolitik enzimler ve serbest oksijen radikalleri açığa çıkar. Buna bağlı pulmoner kapiller permeabilite artar. Pulmoner ödem gelişmesiyle akciğerlerin ventilasyon/perfüzyon oranı bozulur (Freed ve ark 2010, Özcan ve ark 2008, Ekim ve ark 2005). Akciğerlerde hasar, hipoksemi, pulmoner hipertansiyon ve non-hidrostatik akciğer ödeminden akut respiratuar distres sendromuna (ARDS) kadar değişen bir klinik spektrum gösterebilir (Ekim ve ark 2005).

Hemşirelik Bakımı:

- Endotrekeal tüpten, kanlı köpüklü sekresyon gelmesi akut akciğer hasarını düşündürmelidir. Bu konuda dikkatli davranılmalı ve hasta yakından izlenmelidir (Çiçek 2012). Reperfüzyon akciğer hasarı gelişmesi durumunda yüksek basınçlı ventilasyon yapılır. Yüksek PEEP (5mmHg ve üstünde) uygulanarak V/P oranı düzeltilmeye çalışılmalıdır (Sunar ve ark 2013, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005, Mares ve ark 2000,Fedullo ve ark 1999). Inverso-ratio ventilasyon (İ/E normalde 1/2 sn dir bu oran 2/1 sn ayarlanır) ve düşük tidal volümlü ventilasyon (<8 ml/kg) uygulanmalıdır (Sunar ve ark 2013, Demir ve Ünsar 2008, Fedullo ve ark 1999). Serbest oksijen radikallerinin oluşumunu engellemek amacı ile FİO2 seviyesi düşük tutulmalıdır, hastalarda satürasyonun %90 kadar düşmesine izin verilebilir (Çiçek 2012, Yılldızeli ve ark 2010). Kan viskositesini artırarak akciğer ödemini engellemek için hemotokrit seviyesi %32-36 ve daha yüksek tutulmalıdır.(Sunar ve ark 2013, Özcan ve ark 2008, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005).
- Ameliyat sonrası verilen sıvı volümü çok önemlidir. Aldığı çıkardığı izlemi cok dikkatli yapılmalıdır (Asgar Pour ve Demir Korkmaz 2010, Demir ve Ünser 2008). Doktor istemi doğrultusunda uygun diüretik ve kortikosteroid tedavisi yapılır (Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005). Diüretiklerin ve kortikosteroidlerin yan etkileri takip edilmelidir (hiponatremi, hipokalsemi, dehidratasyon, mental konfüzyon) (Demir ve Ünser 2008). Ağır olgularda inhaler nitrik oksit ve hatta ECMO (extra corporeal membrane oxygenation) uygulanır. Nitrik oksit inhalasyonunun gaz değişimine fayda sağladığı ancak etkisinin kısa süreli olduğu bildirilmiştir (Yıldızeli ve ark 2010, Freed ve ark 2010, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005, Mares ve ark 2000,Fedullo ve ark 1999).
- Extübe hastalarda acil ilaçlar ve entübasyon malzemeleri hazırda bulundurulmalıdır, hastaların entübe edilmesi gerekebilir. Arteriyel kanda oksijen basıncı % 90'ı geçene kadar maske ile %100 oksijen verilir. Eğer %100 oksijen

verilmesine rağmen PaO2 60 mmHg'nın altında, PaCO2 50 mmHg'nın üstünde ise hasta entübe edilmelidir (Sunar ve ark 2013).

- Hastanın anksiyetesini azaltmak icin çevresel uyaranlar azaltılır, her uygulama öncesi hasta bilgilendirilmelidir (Demir 2008). Hastanın uyuması için imkan sağlanması anksiyetesini azaltmak için diğer bir yöntemdir (Asgar Pour ve Demir Korkmaz 2010) .
- Hastanın durumu stabilleştikten sonra hangi aktivitelerin önemli olduğu ve öncelikli aktiviteler hasta ile birlikte belirlenmelidir. Yatak içinde 2 saatte bir pozisyon değişikliği yapmak, oda içinde hareket edebilmesine olanak sağlamak hasta için yararlı olacaktır. Aktivite artışını dereceli olarak yapmak gerekir. Yatakta, oturarak veya yatak kenarında ROM egzersizleri yaptırılabilir (Demir ve Ünser 2008). Egzersizlere günde 10-15 dakika ile başlanmalı yavaş yavaş artırılmalıdır (Hanözü 2006).

2. Rezidüel pulmoner hipertansiyon

Olguların %10-15'inde görülür. PTE sonrası cerrahi mortaliteyi arttıran bir durumdur (Yıldızeli ve ark 2010). PTE sonrası hastaların 2/3'sinde ameliyat sonrasında anlamlı hemodinamik düzelme görülmektedir; olguların sadece %3-5'inde düzelme çok az olmakta veya hiç olmamaktadır (Auger 2004). Cerrahiden yararlanamamanın nedeni yetersiz endarterektomi, distal trombolitik patoloji veya sekonder vaskülopati olabilir (Sunar ve ark 2013).

Bu dönemdeki hastalara yaklaşımın hedefi, sistemik oksijen tüketimini en aza indirmek, sağ ventrikül yükünü en uygun düzeye getirmek ve inotropik destek sağlamaktır. Ancak, bu yaklaşımlar sırasında, sistemik hipotansiyondan ve koroner perfüzyon basıncındaki düşüklükten sakınılmalıdır. Hasta, ameliyat sonrası bu komplikasyonlu dönemi atlatabilirse, uzun dönemde pulmoner vazodilatör tedaviye (intravenoz epoprostenol veya endotelin antagonisti) mutlaka başlanmalıdır (Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005, Auger 2004).

Hemşirelik Bakımı:

- Kalp hızı ve ritmi, kalp sesleri, hemodinamisi değerlendirilmeli ve özellikle taşikardi, hipotansiyon, kardiyak aritmiler varsa hekime bildirilmelidir (Demir 2008).
- Hastanın bakımı, aralıklı dinlenme periyotlarına izin verecek şekilde organize edilmelidir. Hastada dispne, solunum hızında yavaşlama, yüzeyel solunum, algılama düzeyinde azalma ya da koordinasyon kaybı varsa aktivite kısıtlanmalıdır (Demir 2008). Fiziksel hareket hastanın tolere edebildigi ölçüde yavaş yavaş kademeli olarak arttırılmalıdır. Göğüs ağrısı, bas dönmesi, nefes darlığı ve yorgunluğa neden olan hareketleri bırakması söylenmeli ve kaçınılması gereken aktiviteler konusunda hekim önerilerine bağlı kalması sağlanmalıdır. Hareket toleransı azalmışsa hekim ya da hemşireye haber vermesi gerektiği anlatılmalıdır (Demir ve Ünser 2008, Demir 2008).
- Hipoksemi, güçlü bir pulmoner vazokonstriktör olduğundan, hipoksemi belirti ve bulguları (konfüzyon, huzursuzluk, dispne, aritmi, taşikardi, siyanoz)

gözlenmelidir (Demir 2008). KTEPH hastalarına oksijen satürasyonu sürekli >%90 kalacak şekilde oksijen destek tedavisi önerilmektedir. Özellikle uyku döneminde olası hipoksi açısından hastalar değerlendirilmelidir (ISHLT 2009).

- Sıvı volüm fazlalığı belirti ve bulguları değerlendirilmeli, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Özellikle tibia ve sakrum uzerindeki bölgeler palpe edilerek ödem kontrolü yapılmalıdır. Sıvı yüklenmesi var ise sodyum ve sıvı kısıtlanmalıdır. Doktor istemine göre diuretikler verilmeli ve potansiyel yan etkiler izlenmelidir (hipopotasemi, hiponatremi, hipomagnezemi) (Demir 2008).
- Yeterli beslenmeyi sürdürebilmek icin besin gereksinimini karşılayan, hoşa giden yiyecek ve sıvıları seçmede hastaya yardım edilmeli ve öğünlerden önce ağız bakımı sağlanmalıdır. Büyük öğünler yerine sık ve küçük öğünler tavsiye edilir. Düşük sodyumlu diyeti daha lezzetli hale getirmek icin hekim ve diyetisyen uygun buluyorsa baharat, çeşni kullanması önerilir. Gastrik distansiyon ve diyafragmada basınç artışını önlemek icin gaz yapan yiyeceklerden, karbonatlı içeceklerden kaçınılması önerilmelidir (Demir 2008).
- Hastada anksiyete belirtileri (huzursuzluk, terleme, taşikardi, iştahsızlık, uykusuzluk) varsa sessiz ve rahat bir ortam sağlanmalıdır. Hekim istemine gore sedatize edilebilir. Ziyaretçi sayısı ve süresi sınırlandırılmalıdır (Demir 2008).

3. Abondan hemoptizi

Peroperatif dönemde K Antivitaminleri ile oral antikoagülan ilaç kullanımı, açık kalp ameliyatı sırasında hastaya antikoagülan ilaçların verilmesi, hipotermi ve ekstrakorperal sirkülasyon uygulanmasına bağlı postoperatif erken dönemde hastaların kanama riski çok yüksektir (Narayana ve ark 2010, Asgar Pour ve Demir Korkmaz 2010).

Bu terim 24 saatte pulmoner arterlerden en az 600 ml kanamanın olması demektir. Ölüme yol açа bilen diğer bir durumdur. Pulmoner hemoraji korkulan bir komplikasyon olup diseksiyon planının parenkime kadar ilerlediğini yada mekanik bir travmayı gösterir. Kanamada öncelik kanamanın lokalizasyonu ve endobronşial bloker ile durdurulmasıdır. Bu işlemler yapılırken muhakkak ameliyat hazırlığı yapılmalı kanamanın durmaması halinde hasta ameliyata alınarak kanama durdurulmalıdır. Lokalize edilebilen hemoptiziler embolizasyon ile tedavi edilir (Sunar ve ark 2013).

Hemşirelik Bakımı :

- Endotrokeal aspirasyon, tekniğine uygun yapılmalı ve küçük numaralı aspirasyon sondaları kullanılmalıdır. Endotrokeal aspirasyonda vakum basıncının yüksek olmasından (aspiratör basıncı 80-140 mmHg, duvar tipi aspiratörler 110-120 mmHg) kaçınılmalıdır. Sekresyonun rengine ve hemoptizik olup olmadığına dikkat edilmelidir (Ovayolu ve ark 2008, Özden 2007).
- Hasta sakinleştirilmeye, korku ve kaygıları giderilmeye çalışılmalı, sakin bir ses tonu ile anlaşılır şekilde konuşularak işlemler anlatılmalıdır (Ovayolu ve ark 2008).

- Acil durumlar için trakeostomi seti, entübasyon malzemeleri ve aspirasyon işlemleri için araç gereç hazır bulundurulmalıdır. Ağız bakımı sık sık yapılmalıdır.İşlemler devam ederken hasta için ameliyat hazırlıkları başlatılmalıdır (Ovayolu ve ark 2008).

SONUÇ

Son dönemlerde PTE sonrası uzun dönem sonuçlar da yayınlanmaya başlanmıştır. PTE sonrası >6 yıl sağ kalım oranı %75'dir. Bu oran akciğer veya kalp-akciğer transplantasyonundan yüksektir. Olguların %62'si işlerine dönmüşlerdir. Hastaların sadece %10'unda, PTE sonrası oksijen ihtiyacı devam etmiştir. Bu sonuçlar PTE'nin sağ kalım oranını ve yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010).

Hastaların iyileşme sürecini cerrahi işlemin başarısı kadar etkileyen diğer bir durum ise kaliteli hemşirelik bakımı almalarından geçmektedir. Doğru hemşirelik bakımının iyileşme süreci üzerine etkisi tartışılmazdır. Hastaların kaliteli sağlık hizmeti almaları ve normal hayatlarına daha çabuk dönmeleri ; bilgili, deneyimli hemşirelerin varlığı ve ameliyat sonrası etkin bakım planları ile mümkündür.

KAYNAKLAR

Alay M, Demir C, Atmaca M ve ark . Oral Antikoagulan Tedavi Seyrinde Kanama Komplikasyonu ile Gelen Hastaların Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 2011; 18 (1): 9-14

Asgar Pour H, Demir Korkmaz F. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26(1): 77-86.

Auger WR, Kerr KM, Kim NH ve ark. Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. Cardiol Clin 2004; 22: 453-66.

Bilge Öztürk A, Mertoğlu M, Okumuş G ve ark. Pulmoner Tromboendarterektomi: Olgu Sunumu. Toraks Dergisi 2006; 7(2): 132-134.

Çiçek S. Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon Tedavisinde Gerçekci Bir Çözüm: Pulmoner Tromboendarterektomi. Kardio Vital 2012; Ocak (6): 1-2.

Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2008.

Demir M , Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3 (8): 120-130.

Ekim H, Erdoğan HB, Kutay V ve ark. Abdominal Aortaya Kros Klemp Konmasının Neden Olduğu İskemi/reperfüzyon Hasarının Akciğerlere Etkisi. Van Tıp Dergisi 2005: 12 (3):175-178.

Eroğlu M, Çınar O, Çevik E ve ark. Varfarin Tedavisine Bağlı Komplikasyonlar Nedeniyle Acil Servisten Yoğun Bakıma Yatırılan Olguların Analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2011 ;11(1):9-12.

Eroğlu SE, Altınok Denizbaşı A, Özpolat Ç ve ark.Varfarin Kullanım Öyküsü Olan Hastalarda, INR Değerleriyle Komplikasyon Gelişim Risk İlişkisinin Ortaya Konması. Marmara Medical Journal 2012; 25: 138-42.

Fedullo PF, Auger WR, Dembitsky WP. Postoperative Management of The Patient Undergoing Pulmonary Thromboendarterectomy. Semin Thorac Cardiovasc Surg 1999 ;11: 172-8.

Freed DH, Thomson BM, Berman M ve ark. Survival Afer Pulmonary Thromboendarterectomy: Efect of Residual Pulmonary Hypertension. J Thorac Cardiovasc Surg 2010; May: 12

Hanözü M. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Gelişen Torasik Komplikasyonlar. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Siyami Ersak Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006

Kayıkçıoğlu M, Kültürsay H. Pulmoner Arteryel Hipertansiyon Tedavisine Güncel Yaklaşım ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniği'nin Deneyimi. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2009; 37(8): 580-590.

Kayıkçıoğlo M, Rubin LJ. Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon. Türk Kardiyol Dern Arfl - Arch Turk Soc Cardiol 2005; 33(7): 423-432.

Mares P, Gilbert TB, Tschernko EM ve ark. Pulmonary Artery Thromboendarterectomy: A Comparison of Two Different Postoperative Treatment Strategies. Anesth Analg 2000: 267-73.

Narayana Iyengar RM, Hegde D, Chattuparambil B ve ark. Postoperative Management of Pulmonary Endarterectomy and Outcome. Ann Card Anaesth 2010; 13: 22-7.

Ovayolu N , Ovayolu Ö , Ateş Ç. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3 (9): 3-14.

Özen D. Kapalı Sistem Aspirasyon Yöntemi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(3): 29-37.

Pulmoner Hipertansiyon Tanı ve Tedavi kılavuzu Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Solunum Derneği (ERS) Pulmoner Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Görev Grubu tarafından oluşturulmuş ve Uluslararası Kalp ve Akciğer Transplantasyonu Derneği (ISHLT) tarafından onaylanmıştır. European Heart Journal 2009; 30: 2493–2537

Sunar H, Yıldızeli B, Taş S ve ark. Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyonda Pulmoner Endarterektomi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2013; 21(1): 7-13.

Vefa Özcan A, Baltalarlı A, Sungur Tekin H ve ark. Pulmoner Tromboendarterektomi Olgusu. FıratTıp Dergisi 2008; 13(2): 156-158.

Yıldızeli B, İsbir S, Dal D. Pulmoner Tromboendarterektomi. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2010; 1-7

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.
İngilizce anahtar kelimeler "Medical subject Headings (MESH"e uygun olarak (http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html),Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri" nden (http://www.bilimterimleri.com) adresinden verildi.
☐ 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.

☐ 28. **KAYNAKLAR YAZIM KURALLARI YÖNÜNDEN DİKKATLİCE KONTROL EDİLDİ.**

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@gmail.com.) 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 ozen.durakoglu@gmail.com. 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 taşımalıdır.

- 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 belirtilmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve Şekiller: Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. 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) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgül konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra "ve ark." Şeklinde belirtilmelidir. Kongre bildirileri, kişisel deneyimler kaynak olarak gösterilmemelidir.

Dergi isimleri kısaltılmış olarak veriliyorsa, Index Medicus'a uygun olarak ve/veya derginin ilan ettiği şekildeki kısaltma varsa bu şekilde kısaltılmalıdır. Eğer kısaltma kullanmayan bir dergi ise, kısaltma yapılmayıp, dergi adı aynen yazılmalıdır. 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 belirtilmeledir.

- Stephane A. Management of Congenital Cholesteatoma with Otoendoscopic Surgery: Case Report. J Med 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): 230-4.

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, kaçıncı baskı olduğu, sehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

- Karasar N. Araştırmalarda Rapor Hazırlama. 8.Baskı. Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd; 1995. 101-112.
- Terakye G. Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri. 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. 2 nd ed. USA: F.A. Davis Company; 2002.

- Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the Exocrine Pancreas. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. 145-210.

Kitap Bölümü:

- Kaufman CA, Wyatt RJ. Neuroleptic Malignant Syndrome. In: Melszer HY, Editor. Psychopharmacology. New York: Raven Pres; 1987.
- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and Aberrant Growth. In: Wilson JD, Foster DW, Editors. Viliams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. 1079-138.

Kitap Çevirisi:

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

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

- Hofling CK, Leininger MM. (1960) Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Çeviren: Kumral A. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1983.

Yazar ve Editörün Aynı Olduğu Kitaplar

- Uyer G. Yeni Bir Birimin Planlanması ve Organizasyonu. İçinde. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Uyer G, Editor. 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. Çeviren: Köroğlu E. 4.baskı. Ankara: (DSM-IV.) Hekimler Yayın Birliği; 1995.

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

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O. Bir Üniversite hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Ve Örgütsel Gereksinimlerine İlişkin Bir İnceleme. 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 Psychophormacol. (Inpress).

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. rg/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.