

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU  
DERGİSİ**

**JOURNAL OF EGE UNIVERSITY  
SCHOOL OF NURSING**

---

---

Cilt/Volume: 27

Sayı/Number: 2

Yıl/Year: 2011

---

---



# HYO

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU  
DERGİSİ**

**Cilt 27, Sayı 2**

**2011**

### **Yayın Sahibi**

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU Hemşirelik Yüksek Okulu Adına

### **Sorumlu Müdür**

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

### **Yayın Alt Komisyonu**

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (Başkan)

Prof. Dr. Gülümser ARGON

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Doç. Dr. Meryem YAVUZ

### **Dergi Yayın Kurulu**

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör)

Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd)

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Prof. Dr. Aynur ESEN

Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Doç. Dr. Meryem YAVUZ

### **Basım Yeri**

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

### **Baskı Tarihi**

### **Yönetim Yeri**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

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

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

### **Yazışma Adresi**

Özen DURAKOĞLU: ozen.durakoglu@ege.edu.tr

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

## **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.

**HEMŐIRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ**  
**DERGİ HAKEM KURULU**

**PROFESÖRLER**

AKBAYRAK Nalan  
AKYOLCU Neriman  
ARGON Gülümser  
ARSLAN Hediye  
AŞTI Nesrin  
AŞTI Türkinaz  
BAHAR Zuhâl  
BAŞBAKKAL Zümürüt  
BAYIK TEMEL Ayla  
BAYRAKTAR Nurhan  
BEDÜK Tülin  
BULDUKOĞLU Kadriye  
BUZLU Sevim  
ÇAM Olcay  
ÇAVUŐOĐLU Hicran  
ÇİMETE Güler  
ECEVİT ALPAR Şule  
EMİROĞLU Oya Nuran  
ENÇ Nuray  
ERCİ Behice  
ERDEMİR Firdevs  
ERDOĞAN Semra  
EROĞLU Kafiye  
ESEN Aynur  
EŞER İsmet  
ETİ ASLAN Fatma  
FADİLOĞLU Çiçek  
GÖKDOĞAN Feray  
GÖRGÜLÜ Selma  
GÖZÜM Sebahat  
HATİPOĞLU Sevgi  
KANAN Nevin  
KARADAKOVAN Ayfer  
KARANİSOĞLU Hacer  
KARATAŐ Nimet  
KHORSHİD Leyla  
KOCAMAN Gülseren  
KÖMÜRÇÜ Nuran  
NAHÇİVAN Nursen  
OCAKÇI Ayşe  
OKUMUŐ Hülya  
OLGUN Nermin  
ÖZ Fatma  
ÖZBAŐARAN Ferda

ÖZHAN ELBAŞ Nalan  
ÖZSOY Süheyla  
PAŐİNLIOĐLU Türkan  
PINAR Rukiye  
SABUNCU Necmiye  
SAVAŐER Sevim  
SEVİĞ Ümit  
SEVİL Ümran  
ŞİRİN Ahsen  
TAŐOCAK Gülsün  
ÜSTÜN Besti  
YILDIRIM Aytolon  
YILDIZ Suzan

**DOÇENTLER**

ABAAN Süheyla  
ACAROĞLU Rengin  
AKYOL Asiye  
ALTUN İnsaf  
BAYKAL Ülkü  
ÇEBER Esin  
DEMİRKİRAN Fatma  
DEMİR KORKMAZ Fatma  
DİNÇ Leyla  
ENGİN Esra  
GÜNEŞ Ülkü  
KAPTAN Gülten  
KARAÇAM Zekiye  
KARADAĞ Ayiőe  
KULAKAÇ Özen  
KUKULU Kamile  
ÖĞCE Filiz  
ÖZEL EFE Emine  
UÇAR Hülya  
UYSAL Aynur  
UZUN Özge  
SAN TURGAY Ayşe  
SOĞUKPINAR Neriman  
SEREN Şeyda  
ŐENOL ÇELİK Sevilay  
ŞENUZUN Fisun  
TERZİOĞLU Füsün  
YAVUZ Meryem  
ZAYBAK Ayten



# İÇİNDEKİLER

Editörden

## Araştırmalar

- Hastaneye Yeni Yatan Hastaların Algıladığı Sosyal Destek İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi  
*Examining the Association of Perceived Social Support and Anxiety Level of Newly Hospitalized Patient*  
Dilek SARI, Leyla KHORSHID, İsmet EŞER..... 1-9
- Kan Bağışı Yapan Donörlerde Kan Alma Sırasında Görülen Olumsuz Belirti ve Bulguların İncelenmesi  
*Examination of Negative Signs and Symptoms Seen During Bloodletting From Donors Which are Donating Blood*  
Fatma BİRGİLİ, Leyla KHORSHID..... 11-17
- İlköğretim Öğrencilerinin Öz-Yeterlik Düzeylerinin ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi  
*The Study of Self-Efficacy Levels Among Primary Education Students and Investigation of Affecting Variables*  
Figen YARDIMCI, Zümrüt BAŞBAKKAL..... 19-33
- Öğrenci Hemşirelerde Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeği (ÖHPBKÖ): Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması  
*Professional Self-Concept Scale in Student Nurses; Development, Reliability, Validity*  
Selma SABANCIOĞULLARI, Selma DOĞAN..... 35-45
- Miyokard İnfarktüsu Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi  
*Investigation of the Relationship Between Anxiety and Depression Levels with Psychosocial Adaptation of Patients who Experienced Myocardial Infarction*  
Olca ÇAM, Sevgi NEHİR..... 47-59

## Derleme Yazılar

- Geriatrik Cerrahide Hasta Bakımı  
*Patient Care in Geriatric Surgery*  
Burcu TOTUR, Fatma DEMİR KORKMAZ..... 61-68
- Skleroderma ve Hemşirelik Bakımı  
*Scleroderma and Nursing Care*  
Yasemin TOKEM, Filiz ÖZEL..... 69-77
- Kolcaba'nın Konfor Kuramı  
*Kolcaba's Comfort Theory*  
Şebnem ÇINAR YÜCEL..... 79-88





**Editörden Okura,**

**Değerli Okuyucularımız,**

Dergimizin yayın kalitesini, 2011 yılı sayılarında da yüksek tutmaya çalışmaktayız. Ulusal ve uluslar arası indexlere girebilme çabamız sürmektedir. Yazarlarımızdan dergimizde yayınlanan makalelere özellikle uluslar arası indekslerde yer alan makalelerinde atıf yapmalarını istemiştik ve bu isteğimizi, yinelemek durumundayım. Ayrıca dergimize gönderdiğiniz makalelerinizde de bu dergide çıkmış makaleleri kaynak olarak göstermenizi bekliyoruz.

Dergimizin bu sayısında 5 araştırma 3 derleme makale olmak üzere 8 bilimsel makale yer almaktadır.

Bu sayımızdaki araştırma makalelerimizin birincisi hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeyleri ile ilgilidir. İkincisi kan bağışi yapan donörlerden kan alma sırasında görülen olumsuz belirti ve bulgularla ilgilidir. Üçüncüsü çocuklarda öz-yeterlik düzeyi ile ilgilidir. Dördüncüsü öğrenci hemşirelerde profesyonel benlik kavramı ölçeği geliştirilmesi ile ilgilidir. Beşincisi ise myokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Tüm araştırma makaleleri özel alanlardaki bilimsel bilgiyi artıracak kalitededir. Derleme makaleleri ise benzer şekilde üç özel konuda olup, Bunlar; Geriatrik Cerrahi, sklerodermada hemşirelik bakımı ve Kolcaba'nın konfor kuramını içermektedir.

Bu sayıda yayınlanan tüm makalelerin içerisindeki bilimsel bilgilerin, mesleğimizin bilimsel bilgi birikimini arttıracığı inancındayım. Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı ve verimli günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

**Prof. Dr. Olcay ÇAM  
EDİTÖR**

**m.olcay.cam@ege.edu.tr**

**olcaycam@yahoo.com**

**İletişim Mail Adresi:**

Özen DURAKOĞLU

ozen.durakoglu@ege.edu.tr

**Posta Adresi:** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR



## HASTANEYE YENİ YATAN HASTALARIN ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK İLE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

EXAMINING THE ASSOCIATION OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND ANXIETY LEVEL OF NEWLY HOSPITALIZED PATIENT

Yrd.Doç.Dr Dilek SARI \*

Prof.Dr. Leyla KHORSHID \*\*

Prof.Dr. İsmet EŞER \*\*

\*Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada; hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastalar ile yapılmıştır. Çalışmada örneklem, yatış süresi 24 saati geçmemiş 98 hastadan oluşmuştur. Veriler üç ayrı form kullanılarak elde edilmiştir. 1. Sosyodemografik Bilgi Formu, 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri. Formlar bireylerle görüşülerek açıklanmış ve formlar doldurulmuştur.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışma kapsamına alınan hastaların anksiyetelerinin normal sınırlarda olduğu ve algılanan sosyal desteğin orta düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışma sonuçları, hastaneye yatan bireylerin durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete ile algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunmadığını göstermekle birlikte, hastaneye yatışın hasta ve hasta ailelerinin anksiyete ya da kriz yaşamalarına neden olabileceği göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Sosyal destek, anksiyete, hastaneye yatma

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to examine the association between perceived social support and anxiety level of newly hospitalized patient.

**Methods:** The research was conducted on the patients who were admitted in one university hospital. The sample was consisted of patients ( $n=98$ ) who hospitalized less than 24 hours. The data were collected via 3 different questionnaires; 1st Socio-Demographic Information Form, 2nd The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, 3rd State-Trait Anxiety Inventory with face to face interview.

**Results and Conclusion:** It was found that the anxiety level of the patients examined in this study was within normal range and the level of perceived social support was higher than moderate level. There was no statistical significance between state-trait anxiety and perceived social support in this study ( $p>0.05$ ). Although the results showed that there was no statistical significance

*between patients' state-trait anxiety and perceived social support, it should not be ignored that hospitalization may cause anxiety in patients and their families or crisis.*

**Key Words:** *social support, anxiety, hospitalization*

## **GİRİŞ**

Günlük yaşamında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığın kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir. Hastalık tıbbi açıdan, fizyolojik ve organik süreçlerle biyolojik, psikolojik, psikoseksüel, entellektüel, sosyal, çevresel ve ailesel çok boyutlu bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir (Kayahan ve Sertbaş 2007). Hasta, hastaneye akut bir hastalığın teşhisi ya da tedavisi için gelebildiği gibi kronik bir hastalığın tekrarlayan tedavileri nedeniyle de gelmiş olabilir (Ertem ve Ay 2008, Dursun ve Özhan 2009).

Bir hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey hastaneye yattığı andan başlayarak "hasta" rolünü almaktadır (Alkan ve Sezgin 1998). Hastaneye yatış hasta ve hasta ailelerin anksiyete ya da kriz yaşamalarına neden olabilir (Ertem ve Ay 2008).

Hastaneye yattığı zaman günlük yaşantısından, evinden ve kendisi için önemli birçok uyarandan uzaklaşan bireyin, fiziksel-emosyonel rahatsızlığı olan, acı çeken birçok insanla birlikte olması, pek çok aktivitesinde başkalarına bağımlı ve sınırlı hareket etmesi, üzerinde bilmediği işlemlerin yapılmasına itirazsız uyum yapmak durumunda olması ve hastane ortamında bulunmak gibi nedenler anksiyete ve depresyon gelişmesine yol açabilir (Kayahan ve Sertbaş 2007, Alkan ve Sezgin 1998, Bahar ve ark 2009). Literatürde de, hastaların hastanede geçirdiği ilk 24 saat anksiyete düzeylerinin en yüksek olduğu saatler olarak bildirilmiştir (Çakırcalı 2000).

Stresli yaşam olaylarının üstesinden gelme bireyin baş etme gücü ve sosyal destek kaynakları ile yakından ilgilidir (Tel ve Uzun 2003, Ardahan 2006). Sosyal destek, güç durumdaki ya da stres altındaki bireye eş, aile ve arkadaşları gibi yakın çevresi tarafından sağlanan maddi, manevi veya bilişsel yardımdır (Yılmaz ve Özkan 2009, Tel ve Uzun 2003, Sorias 1988, Aksüllü ve Doğan 2004, Ayaz ve ark. 2008, Aras ve Tel 2009, Vırit ve ark. 2008, Yılmaz ve ark. 2008, Öztürk ve Şirin 2000, Çakır ve Palabıyıkoğlu 1997). Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır (Ardahan 2006). Literatürde, bireyin hissettiği ve algıladığı desteğin birey için daha yararlı olduğu belirtilmektedir (Aksüllü ve Doğan 2004).

Sosyal desteğin, fizik ya da ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Ardahan 2006, Sorias 1988, Ayaz ve ark 2008). Başka bir anlatımla sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir (Ardahan 2006). Sosyal bağların stres yaratan durumlarda önemli bir rol oynadığı uzun zamandır bilinmesine karşın, psikososyal süreçlerin hastalığın etyolojisindeki önemi ve özellikle kaygı yaratan çevresel koşullar altında sosyal bağlardaki kopmaların hastalığa yatkınlığı arttırdığı görüşü göreceli yeni bir bulgudur (Özyurt 1997).

Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve

sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini arttırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir (Aras ve Tel 2009).

Hastanede yeni yatan bireylerin anksiyete düzeyleri ile sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada; hastaneye yeni yatan hastaların sosyal destek algısı ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini Temmuz - Aralık 2004 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Nöroloji, Üroloji, Göz Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Dermatoloji ve Nöroşirürji Anabilim Dallarında yatarak tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Örneklem ise hastaneye yeni yatmış, yatış süresi 24 saati geçmemiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 98 bireyden oluşmuştur.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır.

Araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formunda, hastaları tanıtıcı sorular ile hastane deneyimlerine ilişkin bilgilerin sorgulandığı sorular yer almaktadır.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):** Ölçek, 1988 yılında Zimet ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (Cronbach Alfa 0.86). Ölçek üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup mevcuttur. Bunlar aile, arkadaşlar ve özel bir insandır. Ölçekte ters ifade yoktur. Ölçek “Tamamen Katılıyorum”, “Çoğunlukla Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Çoğunlukla Katılmıyorum” ve “Hiç Katılmıyorum” seçeneklerinden oluşmaktadır. Her bir madde 1-7 puan üzerinden değerlendirilir. Her alt ölçekteki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Tel ve Uzun 2003, Aksüllü ve Doğan 2004, Ayaz ve ark 2008, Eker ve ark 2001, Tan ve ark. 2005).

**Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri:** Envanter, 1970 yılında Spielberger ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Envanterin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Envanter toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği; bireyin içinde bulunduğu

durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluk Kaygı Ölçeği'nin yanıtlanmasında, her ifade için "hiç", "biraz", "çok" ve "tamamıyla" seçeneklerinden birinin seçilmesi; Sürekli Kaygı Ölçeği'nin yanıtlanmasında ise her ifade için "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çok zaman" ve "hemen her zaman" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenmektedir. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplamları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nin değişmez değeri 50, Sürekli Kaygı Ölçeği'nin 35'dir. En son elde edilen puan bireyin kaygı puanıdır. Ölçekten alınan puan arttıkça kaygı seviyesinin yükseldiğini, puan düştükçe de kaygı seviyesinin azaldığını gösterir (Öner ve Le Comptte1985).

Araştırma yapılan kurumdan ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan yazılı izin ve hastalardan sözel onay alınmıştır.

### İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS programı 15.0 versiyonu ile yapılmıştır. Gruplar arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi ve tek yönlü varyans analizi, gruplar arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasında korelasyon analizi kullanıldı. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alındı.

## BULGULAR

**Tablo 1:** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	59	60.2
Erkek	39	39.8
<b>Medeni durumu</b>		
Evli	71	72.4
Bekar	12	12.2
Boşanmış-Dul	15	15.4
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul ve altı	36	36.7
Ortaokul ve üzeri	62	63.3
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	61	62.2
Gelir gidere denk	37	37.8
<b>Yaşamını Geçirdiği Yer</b>		
Köy	12	12.2
İlçe	37	37.8
İl	49	50.0
<b>Toplam</b>	98	100.0

Tablo 1'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hastaların %60.2'si kadın, %72.4'ü evli, %63.3'ü ortaokul ve üzeri bir eğitim

kurumundan mezun, %62.2'sinin geliri giderine denk olup, %50'si ilde yaşamaktadır (Tablo 1). Hastaların yaş ortalamasının  $43.02 \pm 14.06$  yıl olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2:** Hastaların Hastaneye İlişkin Deneyimlerine Göre Dağılımı

	n	%
<b>Daha Önce Hastaneye</b>		
Yatan	60	61.2
Yatmayan	38	38.8
<b>Evde bireyin bakımına ihtiyacı</b>		
Olan	31	31.6
Olmayan	67	68.4
<b>Hastaneye yatmaktan sıkıntı</b>		
Duyan	71	72.4
Duymayan	27	27.6
<b>Toplam</b>	98	100.0

Tablo 2'de hastaların hastaneye yatışa ilişkin deneyimleri görülmektedir. Hastaların %61.2'si daha önce hastaneye yatmıştır. Yüzde 68.4'ünün evde bakıma ihtiyaç duyan bir yakını olduğu ve %72.4'ünün hastaneye yatmaktan sıkıntı duyduğu belirlenmiştir. Bunların %40.8'i hastane ortamından rahatsızlık duyduğunu ifade etmiştir (Tablo 2). Hastaların daha önce ortalama  $1.90 \pm 1.31$  kez hastaneye yattığı, tanı konulduğundan beri geçen süre ortalamasının  $1.41 \pm 5.17$  yıl olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3:** Hastaların Durumluk-Sürekli Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

	Mean	SD	Min-Max
Durumluk Anksiyete	40.29	6.10	30-54
Sürekli Anksiyete	43.97	5.33	28-55
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	61.96	22.05	17-84
Aile Alt Boyutu	23.10	6.37	8-28
Arkadaş Alt Boyutu	20.46	7.97	4-28
Özel İlişki Alt Boyutu	18.39	9.26	4-28

Çalışmaya katılan hastaların durumluk anksiyete toplam puan ortalaması  $40.29 \pm 6.10$ , sürekli anksiyete toplam puan ortalaması  $43.97 \pm 5.33$ 'dür. Çalışmaya katılan hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması  $61.96 \pm 22.05$ 'dir (Tablo 3). Durumluk Anksiyete ve Sürekli Anksiyete ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Hastaların medeni durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4:** Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sürekli Anksiyete Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Cinsiyet	n	Mean	Sd	t	p
Kadın	59	45.45	4.71	3.574	0.001
Erkek	39	41.74	5.49		

Tablo 4’de hastaların cinsiyetlerine göre sürekli anksiyete toplam puan ortalamaları görülmektedir. Kadın hastaların erkek hastalara göre sürekli anksiyete toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $t=3.574$ ,  $p=0.001$ ) (Tablo 4). Durumluk anksiyete puan ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $t=0.489$ ,  $p>0.05$ ).

Hastaların daha önce hastaneye yatma durumları ile durumluk anksiyete toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; daha önce hastaneye yatan hastaların durumluk anksiyete toplam puan ortalamasının, daha önce hastaneye yatmayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $t=-2.916$ ,  $p=0.004$ ).

**Tablo 5:** Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>Sd</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Özel İlişki</b>	İlkokul ve altı	36	14.22	9.14	-3.605	0.000
	Ortaokul ve üzeri	62	20.82	8.49		
<b>Aile</b>	İlkokul ve altı	36	20.33	7.08	-3.210	0.002
	Ortaokul ve üzeri	62	24.70	5.36		
<b>Arkadaş</b>	İlkokul ve altı	36	16.83	8.61	-3.654	0.000
	Ortaokul ve üzeri	62	22.58	6.78		
<b>ÇBASDÖ</b>	İlkokul ve altı	36	51.38	22.62	-3.871	0.000
	Ortaokul ve üzeri	62	68.11	19.37		

Çalışma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeyine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ve alt boyut toplam puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanların algıladıkları sosyal desteğin, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo 5).

Köyde yaşayan hastaların, ilde yaşayan bireylere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması ve özel ilişki alt boyut puan ortalaması anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $F=4.132$ ,  $p=0.019$ ;  $F=5.220$ ,  $p=0.007$ ).

## **TARTIŞMA**

Çalışma kapsamına alınan hastaların anksiyetelerinin normal sınırlarda olduğu ve algılanan sosyal desteğin orta düzeyin üzerinde olduğu ifade edilebilir. Çalışmamızda Durumluk Anksiyete ve Sürekli Anksiyete ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3). Benzer şekilde, Vırt ve arkadaşları (2008) hamilelerle yaptıkları çalışmada, depresyon ve kaygı düzeyleri ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Aştı ve arkadaşlarının (2006) sürekli ayaktan periton diyalizi yapılan hastalarla yaptığı çalışmasında ve Yılmaz ve Özkan’ın (2009) cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda yaptığı çalışmasında da, hastaların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur. Literatürde, çoğu zaman hastane ortamında bulunmanın, hastalıkla ilgili korku ve endişe, kendisine ne yapılacağı, iyileşip iyileşmeyeceğini bilmemenin hasta ve ailesi için anksiyete nedeni olduğu



belirtilmektedir (Kayahan ve Sertbaş 2007, Ertem ve Ay 2008, Alkan ve Sezgin 1998, Bahar ve ark 2009). Ayrıca hastaların anksiyete düzeylerinin en yüksek olduğu zaman diliminin, hastanede geçirdikleri ilk 24 saat olduğu belirtilmiştir (Çakırcalı 2000). Özgüven ve ark. (1999) çalışmasında, yatarak tedavi gören hastaların durumluk kaygı düzeylerinin normal sınırlarda olduğunu, ancak hafif-orta düzeyde depresyonları bulunduğunu belirtmiştir. Çalışmamız literatür bilgileri ile paralel sonuçlar göstermezken, Özgüven ve ark. (1999)'nın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, durumluk anksiyete yapısı itibariyle özgül olmayan ve yalnızca içinde bulunulan andaki anksiyete düzeyini ölçmeye yönelik bir ölçek olmasından dolayı, bedensel rahatsızlıklar nedeniyle hastanede yatmakta olan hastalardaki dakikalarla sınırlı olmayan daha yaygın anksiyeteyi ölçememiş olmasına bağlanabilir (Özgüven ve ark 1999).

Hastaların medeni durumu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ayaz ve ark. (2008) jinekolojik kanserli hastalarda ve Aras ve Tel'in (2009) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda yaptıkları çalışmalarda, algılanan sosyal destek düzeyi ile medeni durum açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Ayaz ve ark. 2008, Aras ve Tel 2009). Araştırma sonuçlarımız bu sonuçlar ile uyum göstermektedir.

Sürekli anksiyete puan ortalaması ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde, kadın hastaların erkek hastalara göre sürekli anksiyete puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Fakat durumluk anksiyete puan ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Özgüven ve ark. (1999) da çalışmasında, araştırmamızdaki ile benzer sonuçlar bulmuştur.

Daha önce hastaneye yatan hastaların durumluk anksiyete toplam puan ortalaması, daha önce hastaneye yatmayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşüktür ( $p<0.05$ ). Bu sonucun, daha önce hastaneye yatan bireylerin hastane ortamı ve prosedürel işlemlere ilişkin bilgi sahibi olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya alınan hastaların eğitim düzeyi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ve alt boyut toplam puanı ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanların algıladıkları sosyal desteğin, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Tan ve arkadaşları (2005) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmasında, eğitim seviyesi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Yüksekokul mezunu hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olması dikkat çekicidir (Tan ve ark. 2005). Benzer şekilde Aras ve Tel'in çalışmasında (2009) ve Yılmaz ve Özkan'ın çalışmasında (2009) da, ortaokul ve lise eğitilmiş hastalarda algılanan arkadaş desteğinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Aras ve Tel 2009, Yılmaz ve Özkan 2009). Çalışma sonuçlarımız bu çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Köyde yaşayan hastaların, ilde yaşayan bireylere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması ve özel ilişki alt boyutu puan ortalaması

anlamalı düzeyde daha düşüktür ( $p<0.05$ ). Kırsal kesimde yaşayan bireylerin geniş aile özelliğine sahip olması ve bireylerin sosyal ağında hem aile bireylerinin hem de arkadaşlarının yoğunlukta olmasından dolayı, özel ilişki alt boyutuna daha düşük puan verdikleri düşünülmektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu araştırmada hastaların anksiyetelerinin normal sınırlarda olduğu ve algılanan sosyal desteğin orta düzeyin üzerinde olduğu ifade edilebilir. Çalışmamızda Durumluk Anksiyete ve Sürekli Anksiyete ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte yine de, hasta ve ailesinin kliniğe geldiğinde çoğu zaman hastalık ve hastane hakkında pek fazla bilgiye sahip olmadığı göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle hastaların kendilerini huzursuz hissedebileceği ve korku duyabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda hemşire hasta ve ailesinin temel gereksinimlerinden birinin kendini rahat hissetmek ve kabul edilmek olduğunu bilmeli ve bu gereksinim doğrultusunda hasta ve ailesini karşılamalıdır. Ayrıca hastaneye yatan bir hastaya bakım veren hemşirelerin, hastaların sosyal destek durumlarını değerlendirerek ve sosyal destek algısı ile ilişkili olan sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri dikkate alarak bakım planlamaları, aile ve arkadaş desteğinin artırılması için hastayı ailesi ve yakın çevresi ile birlikte ele alarak bakım sunmalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- Aksüllü N, Doğan S (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 5:76-84.
- Alkan S, Sezgin A (1998). Yetişkin hastalarda yalnızlık. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2:43-52.
- Aras A, Tel H (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Der*, 10:63-68.
- Ardahan M (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9:68-75.
- Aşti T, Kara M, İpek G, Erci B (2006). The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patient with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. *J Clin Nurs*, 15:490-497.
- Ayaz S, Efe Ş Y, Korukluoğlu S (2008). Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28:880-885.
- Bahar A, Savaş HA, Parlar S (2009). Göğüs hastalıkları servisinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *New Symposium Journal*, 47:9-15.
- Çakır Y, Palabıyıkçıoğlu R (1997). Gençlerde sosyal destek- çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5:15-24.
- Çakırcalı E (2000). Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, İstanbul, 23-40.
- Dursun S, Özhan F(2009). Hastanın kabul ve taburcu edilmesi. Sabuncu N (Ed), *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*, Alter Yayıncılık Ltd. Şti, Ankara, 167-185.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:17-25.

- Ertem UT, Ay FA (2008). Hasta kabülü taburculuk ve yatak yapımı. Ay FA (Ed), Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, 131-142.
- Kayahan M, Sertbaş G (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:113-120.
- Öner N, Lecompte A (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No:333, İkinci Baskı. İstanbul.
- Özgüven HD, Köker S, Canat S (1999). İbni Sina Hastanesi'nde yatarak tedavi gören bir grup hastada depresyon ve anksiyete düzeylerinin araştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 52:7-11.
- Öztürk H, Şirin A (2000). Doğum yapan annelerde algılanan sosyal destek faktörlerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16:2-3, 31-40.
- Özyurt BE (1997). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. Kriz Dergisi, 5:1-15.
- Sorias O (1988). Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27:353-357.
- Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkisinin değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8:32-39.
- Tel H, Uzun S (2003). İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:151-158.
- Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45:9-13.
- Yılmaz E, Özkan S (2009). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları sosyal destek ve yalnızlık düzeyleri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25:2, 73-88.
- Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi, Genel Tıp Dergisi, 18:71-79.



## KAN BAĞIŞI YAPAN DONÖRLERDE KAN ALMA SIRASINDA GÖRÜLEN OLUMSUZ BELİRTİ VE BULGULARIN İNCELENMESİ

EXAMINATION OF NEGATIVE SIGNS AND SYMPTOMS SEEN DURING BLOODLETTING FROM DONORS WHICH ARE DONATING BLOOD

Yard.Doç.Dr. Fatma BİRGİLİ\* Prof.Dr. Leyla KHORSHİD\*\*

\*Muğla Üniversitesi, Muğla Sağlık Yüksekokulu

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

### ÖZET

**Amaç:** Bu tanımlayıcı çalışma, kan bağışında bulunan bireylerin kan bağışı sırasındaki ağrı ile kan bağışı sırasında ve sonrasında olumsuz semptomların incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın evrenini Kızılay tarafından düzenlenen bir kan bağışı kampanyasında kan bağışında bulunan bireyler oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini, Muğla ilinde yürütülen bu kampanyada kan bağışında bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 866 birey oluşturmuştur. Veriler 7 Nisan 2010 -15 Haziran 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) kullanılmıştır. Verilerin analizinde ki-kare testi, t testi, Kruskal Wallis testi ile Pearson's Correlation katsayısı kullanılmıştır. Çalışma için gerekli yazılı izinler ve bireylerden sözel onam alınmıştır.

**Bulgular:** Bireylerin %79.7'u 18-30 yaş grubundadır, %57'si erkektir, %75.2'si bekar, %72'ü il merkezinde yaşamaktadır, %64'ü öğrencidir, %71'i normal kiloludur, %53.9'u ilk kez kan bağışında bulunmuştur.

Kan veren bireylerin yaklaşık %37.1'inde kan verme sırasında ve sonrasında istenmeyen semptomlar gelişmiştir. Kadınlarda ve beden kitle indeksi düşük olan bireylerde istenmeyen semptom gelişme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Vericilerin kan alma sırasında hissedilen ağrı şiddet ortalaması  $2.61 \pm 1.59$  olarak bulunmuştur. Kan veren bireylerin cinsiyetinin, yaş grubunun ve beden kitle indeksinin kan alma sırasındaki ağrının şiddetini etkilemediği belirlenmiştir. Kan alan sağlık çalışanının mesleki deneyim süresi arttıkça kan veren bireylerin ağrı şiddeti azalmaktadır.

**Sonuç:** Kan veren bireyler, kan alma sırasında düşük bir ağrı hissetmektedirler. Kan veren bireylerin 1/3'ünde fazlasında kan verme sırasında ve sonrasında istenmeyen semptomlar deneyimlemesi önemlidir. Beden kitle indeksi düşük olan donörler kan verirken istenmeyen semptomlar yönünden yakından izlenmelidir. Donörlerden kan alma işlemi daha deneyimli sağlık çalışanları tarafından yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, donör, kan alma, olumsuz semptom, kan bağışı

### ABSTRACT

**Objective:** This descriptive study was carried out with the purpose of examining the negative symptoms during and afterwards bloodletting and pain during bloodletting in donors which are donating blood.

**Methods:** The population of the study was consisted of individuals who are donating blood participating in blood donation campaign conducted in Muğla. The sample of the study was consisted of 866 individuals who are donating blood in this campaign and was volunteers to participated to the study. The data were collected between the date 7 April 2010 and 15 June 2010. Questionnaire and Visual Analog Scale was used in collecting data. Kruskal Wallis test, t test, and Pearson's Correlation coefficient was used in analysing the data. Written consent was obtained from institutions and verbal was obtained from individuals, necessary to study.

**Results:** Seventynine point seven percent of individuals were in 18-30 age group, 57% were male, 72% were live in cities, 64% were students, 71% were normal weight, 53.9% were donated blood for the first time. Adverse symptoms developed in 37.1% of individuals during and after bloodletting. The adverse symptoms improvement rate was higher in women and in individuals with low body mass index. The mean pain intensity was found as  $2.61 \pm 1.59$  during bloodletting in donors. The bloodletting donors' gender, age group and body mass index did not affect the pain intensity during bloodletting. The pain intensity was decreased during bloodletting when the duration of professional experience increased of the health care workers.

**Conclusion:** Individuals who were donation blood are feeling low level pain during the bloodletting. It is important that in approximately 1/3 of blood donating individuals were experiencing negative symptoms during and afterwards bloodletting. Donors with low body mass index should be monitored in terms of negative symptoms during bloodletting. Bloodletting procedure should be done by healthcare workers who have more experience.

**Key words:** pain, donor, taking blood, negative symptoms, blood donation

## GİRİŞ

Kan transfüzyonu hayat kurtarıcı bir tedavi olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Kan transfüzyonlarının tek kaynağı sağlıklı donörlerden kan bağıışı ile toplanan kan ve kan ürünleridir (Cevizci ve ark. 2010, Hablemitoğlu ve ark. 2010). Ülkemiz; kan bağıışı konusunda gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında oldukça geri sıralarda yer almaktadır. Gönüllü bağıışçı oranı, gelişmiş ülkelerde nüfusun %5'ine ulaşırken bu oran halen ülkemizde %1,5 civarındadır (Mutlu 2007, Hablemitoğlu ve ark. 2010).

Gönüllü toplumsal kan bağıışçısı teşvik edici para ve baskı olmaksızın tamamen kendi özgür iradesi ile kan bağıışlayan kişiyi tanımlar (Korur Fincancı 2007, Mutlu 2007). Gönüllü bağıışçıların en önemli özelliği tekrarlayan kan bağıışında bulunmalarıdır (Mutlu 2007). Kan bağıışçıların düzenli kan bağıışçıları haline gelmesinde ilk kan bağıışında edindikleri deneyimlerin önemli etkileri vardır (Mutlu 2007, Güzel 2007). İlk bağıışta olumsuz etkiler azaldığı ölçüde kan bağıışçıların sonraki kan bağıışı için gelme olasılığı artmaktadır (Newman et al 2006, Güzel 2007).

Kan bağıışı ile ilgili en önemli problem, gönüllü kan bağıışçısı sayısındaki yetersizliktir (Aksoy 2009, Hablemitoğlu ve ark. 2010). Kan bağıışı ile ilgili pek çok yanlış bilgi, tutum, davranış, inanç ve korkular kan bağıışı gönüllülüğünü engelleyebilmektedir (Cevizci ve ark. 2010). Kan bağıışlamama nedenlerinden bazıları; iğne korkusu (Güzel 2007, Aksoy 2009) tıbbi işlemlerle ilgili korkular, kan görme korkusu, kan bağıışı sırasında hastalık bulaşması korkusu gibi korkulardır (Güzel 2007). Bazı donörler tarafından deneyimlenen bayılma, baş dönmesi bulgularının daha sonra kan verme olasılığında azalmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bonk et al 2001, Newman et al

2006). Yapılan bir çalışmada, donörlerin %15.1'inde ekimoz, %7'sinde kol ağrısı, %5.1'inde yorgunluk görüldüğü ve bunların daha sonraki kan vermeyi olumsuz yönde etkileyip donör oranını azalttığı saptanmıştır (Newman et al 2006). Gezici kan kliniklerine başvuran 610 sağlıklı erişkin donör ile yapılan bir çalışmada, kadınlarda ve kan dönörlüğünü daha az deneyimleyenlerde daha çok bayılma geliştiği saptanmıştır (Byrne ve Ditto 2005).

Düzenli kan bağıışının organizasyonunda ilk adım kan bankası hekimi ve personelinin kişiye bağıış sonu iyi bir anı bırakmalarından başlamaktadır (Mutlu 2007). Kan nakli işlemi alıcı bireyin sağlığı için ne kadar önemli ise, verici kişinin bu işlem sonucunda sağlık problemi yaşamaması da bir o kadar önemlidir. Kan verme işlemi sonrasında vericide oluşan semptomlar, gelişen komplikasyonların habercisi olduğundan, bu nedenle bulguların izlenmesi ve yorumu önemlidir (Feyzioğlu ve ark. 2007). Kan bağıışında bulunan bireylerin kan bağıışı sırasında ve sonrasında görülen olumsuz bulgulara ve algılanan ağrıya ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır (Bonk et al 2001, Feyzioğlu ve ark.2007).

## **AMAÇ**

Bu çalışma, kan bağıışında bulunan bireylerin kan bağıışı sırasında görülen olumsuz belirtiler ile kan bağıışı sırasında ve sonrasında görülen olumsuz bulguların incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Çalışmanın evrenini Kızılay tarafından Muğla ilinde düzenlenen başlayan bir kan bağıışı kampanyasında kan bağıışında bulunan bireyler oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini, bu kampanyada kan bağıışında bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 866 birey oluşturmuştur. Veriler 7 Nisan 2010 -15 Haziran 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu ve 1-10 aralığındaki Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) kullanılmıştır. Anket formunda bireylerin sosyodemografik özellikleri ile kan bağıışı sırasında görülen olumsuz belirti ve bulgulara ilişkin sorular yer almıştır. Anket formu donörler tarafından doldurulmuş, donörler kan verme işleminden itibaren 1 saat sonrasına kadar gelişen belirti ve bulgular yönünden gözlenmiştir. Verilerin analizinde ki-kare yöntemi, t testi, Kruskall Wallis testi ile Pearson Correlation katsayısı kullanılmıştır. Çalışma için gerekli kurumlardan yazılı izinler ve bireylerden sözel onam alınmıştır.

## **BULGULAR**

**Tablo 1:** Kan Bağıışında Bulunan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yaş Grubu</b>		
18-30 yaş	690	79.7
31-42 yaş	96	11.1
43-54 yaş	58	6.7
55 yaş ve üzeri	22	2.5

<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	372	43.0
Erkek	494	57.0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	215	24.8
Bekar	651	75.2
<b>Halen yaşadığı yerleşim birimi</b>		
il	632	73.0
İlçe	171	19.7
Kasaba	17	2.0
Köy	46	5.3
<b>Mesleği</b>		
Emekli+ev hanımı	98	11.3
Memur	68	7.9
Mühendis+ mimar	61	7.0
İşçi+çiftçi	12	1.4
Serbest meslek mensubu	55	6.4
Öğrenci	554	64.0
Memur	16	1.8
Şoför	2	0.2
<b>Gelir-gider durumu</b>		
Geliri giderine denk	482	55.7
Geliri giderinden az	269	31.1
Geliri giderinden fazla	115	13.3
<b>BKI</b>		
18.5 kg. /m <sup>2</sup> 'in altında olanlar (zayıf)	25	2.9
18.5 - 24.9 kg. /m <sup>2</sup> (Normal kilolu)	615	71.0
25 - 29.9 kg. /m <sup>2</sup> (Hafif şişman)	191	22.1
30 - 39.9 kg. /m <sup>2</sup> (Obez)	35	4.0
<b>Kan bağışında bulunma sayısı</b>		
İlk kez kan bağışında bulunan	467	53.9
İki ve daha fazla kez kan bağışında bulunanlar	399	46.1
<b>Toplam</b>	<b>866</b>	<b>100.0</b>

Bireylerin büyük çoğunluğu (%79.7) 18-30 yaş grubundadır, %57'si erkektir, %75.2'si bekar, %72'ü il merkezinde yaşamaktadır, %64'ü öğrencidir, %71'i normal kiloludur, %53.9'u ilk kez kan bağışında bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 2:** Kan Bağışında Bulunan Bireylerin Kan Bağış Sırasında ve Sonrasında İstenmeyen Belirti ve Bulgular Gelişme Durumuna Göre Dağılımı

<b>Belirti ve Bulgular Gelişme Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Gelişmeyen	545	62.9
Gelişen	321	37.1
Toplam	866	100.0
<b>Gelişen Belirti ve Bulgular</b>		
Hematom	62	7.2
Başdönmesi	251	29.0
Bayılma	8	0.9
<b>Toplam</b>	<b>321</b>	<b>37.1</b>



Kan veren bireylerin %37.1'inde kan verme sırasında istenmeyen belirti ve bulgular gelişmiştir (Tablo 2). Kadınların %44.9'unda, erkeklerin %31.2'sinde kan verme nedeniyle istenmeyen semptomlar geliştiği ve bu farkın anlamlı olduğu, kadınlarda istenmeyen semptom gelişme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $X^2= 17.12$ ,  $SD =1$ ,  $p= 0.00$ ,  $p<0.01$ ).

Bireylerin yaş grubunun ( $X^2 = 3.84$ ,  $SD= 3$ ,  $p= 0.27$ ,  $p>0.05$ ) kan verme nedeniyle istenmeyen bulgu gelişmeyi etkilemediği saptanmıştır. Beden kitle indeksi 18.5'in altında olan bireylerin %40'ında, 18.5 – 24.9 olanların %38.4'ünde, 25 – 29.9 olanların %36.6'sında, 30-39.9 olanların %14.3'ünde kan verme nedeniyle komplikasyonlar geliştiği ve bu farkın anlamlı olduğu, beden kitle indeksi arttıkça istenmeyen semptom gelişme oranının azaldığı saptanmıştır ( $X^2= 17.12$ ,  $SD =3$ ,  $p= 0.03$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 3:** Bireylerde ağrı şiddetini etkileyen etmenler

Ağrıyı etkileyen etmenler	n	Ağrı Ortalaması	p
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	215	2.71	t= 1.60
Erkek	651	2.54	
<b>Yaş Grubu</b>			
18-30 yaş grubu	690	2.64	KW $\chi^2 = 0.73$
31-42 yaş grubu	96	2.59	
43-54 yaş grubu	58	2.43	
55 yaş ve üzeri	22	2.50	
<b>TOPLAM</b>	<b>866</b>	<b>2.61 ± 1.59</b>	

Bireylerin kan alma sırasında hissedilen ağrının şiddet ortalaması  $2.61 \pm 1.59$  olarak bulunmuştur (Tablo 3). Kan veren bireylerin cinsiyetinin ( $t = 1.60$ ,  $p = 0.10$ ) ve yaş grubunun ( $KW \chi^2=0.73$ ,  $p= 0.69$ ), kan alma sırasında hissedilen ağrının şiddetini etkilemediği bulunmuştur. Beden kitle indeksi ile kan alma sırasında hissedilen ağrı şiddeti arasında ilişki olmadığı ( $r = - 0.03$ ,  $p= 0.28$ ), ancak kan alan sağlık çalışanının mesleki deneyim süresi ile kan alma sırasında hissedilen ağrı şiddeti arasında ters yönlü bir ilişki olduğu ( $r = - 0.20$ ,  $p = 0.00$ ,  $p<0.01$ ), kan alan sağlık çalışanının mesleki deneyim süresi arttıkça kan veren bireylerin algıladıkları ağrının azaldığı saptanmıştır (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Kan veren bireylerin yaklaşık 1/3'ünde (%37.1) kan verme sırasında istenmeyen semptomlar gelişmiştir (Tablo 2). Yapılan bir çalışmada, kan verdikten sonra donörlerde uyuşma, karıncalanma, elde veya kolda güç kaybı, yayılan ağrı yakınmaları görülmüştür (Newman ve Waxman 1996). Crocco ve D'Elia (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, donörlerin %1.2'sinde istenmeyen bir reaksiyon geliştiği, %1.08'inde kan vermeye bağlı ajitasyon, terleme, solgunluk, üşüme hissi, güçsüzlük hissi, bulantı gibi orta derecede reaksiyonlar geliştiği, %0.2'inde ise

kusma, bilinç kaybı, kasılma, bayılma gibi daha şiddetli derecede reaksiyonlar geliştiği saptanmıştır.

Kadınlarda ve beden kitle indeksi düşük olan bireylerde istenmeyen semptom gelişme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Feyzioğlu ve ark. (2007) tarafından Meram Tıp Fakültesi Kan Merkezinde kan veren 135 bireyde kan alma sırasında ve sonrasında göz kararması, çarpıntı, terleme, titreme, kasılma v.b. semptomlar incelenmiş ve 135 vericiden 120'sinde hiçbir semptom görülmemiştir. Aynı çalışmada 15 (%11) verici ise bir veya birden fazla semptom tarif etmiştir. İki kişi göz kararması şikayeti bildirirken, 5 kişi ateş basması, 2 kişi çarpıntı, 8 kişi terleme, 2 kişi bulantı, 5'i baş dönmesi, 1'i ise baş ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Üç verici geçici bayılma sorunu yaşamıştır (Feyzioğlu ve ark.2007). Çalışmamızda istenmeyen belirti gelişme oranı Feyzioğlu ve ark. (2007)' nin çalışma sonuçlarından yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, ilk kez kan bağışında bulunan bireylerin oranının yüksek (%53.9) olmasına bağlanabilir. Gezici kan kliniklerine başvuran 610 sağlıklı erişkin donör ile yapılan bir çalışmada, kadınlarda daha çok bayılma geliştiği saptanmıştır(Byrne ve Ditto 2005). Çalışma sonuçlarımız, Byrne ve Ditto (2005)' nun çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Genel olarak kan verme deneyimlerinde negatif etkilenim "iğne acısı ve bayılma korkusu"ndan kaynaklanmaktadır. Daha küçük çaplı iğneler eritrosit hemolizine neden olduğundan, kan bağışında kullanılan iğneler özel olarak silikon kaplı, 16 numaradır ve bu çaptaki bir iğne ağrıya yol açmaktadır. Ancak bu ağrı, insan hayatını kurtarmada katlanılabilir bir ağrıdır (Aksoy 2009). Bireylerin kan alma sırasında hissedilen ağrının şiddet ortalaması 10 üzerinden  $2.61 \pm 1.59$  olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu ağrı düzeyi oldukça düşük sayılabilir. Kan veren bireylerin cinsiyetinin, yaş grubunun ve beden kitle indeksinin kan alma sırasında hissedilen ağrının şiddetini etkilemediği saptanmıştır. Ancak kan alan sağlık çalışanının mesleki deneyim süresi arttıkça kan veren bireylerin algıladıkları ağrının azaldığı saptanmıştır (Tablo 3). Sağlık çalışanlarının deneyimi arttıkça el berisinin artması ve donörün kan verirken daha az ağrı hissetmesi beklenen bir sonuçtur. Araştırma sonuçları, kan alma sırasında hissedilen ağrının şiddetine ilişkin temel bir veri sağlamıştır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Kan veren bireylerin, kan alma sırasında oldukça düşük bir ağrı hissettikleri söylenebilir. Kan veren bireylerin 1/3'ünden fazlasında kan verme sırasında istenmeyen belirtiler gelişmesi önemlidir.

Beden kitle indeksi düşük olan donörler kan verirken istenmeyen belirtiler yönünden yakından izlenmelidir. Donörlerden kan alma işlemi daha deneyimli sağlık çalışanları tarafından yapılmalıdır. Kan alma işlemi sırasında görülen olumsuz belirti ve bulguların azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Çalışmanın daha geniş bir örnekleme tekrarlanması önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- Aksoy K (2009) Toplumda Kan Bağışı Konusunda Yanlış Bilinenler, Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbı Kursu XII - İleri Kurs Kitabı, Türkiye Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği, Türk Kan Vakfı, 3-7.Kasım.2009, Antalya, Nakış Ofset, 196-198.
- Bonk VA, France CR, Taylor BK (2001) Distraction Reduces Self-Reported Physiological Reactions to Blood Donation in Novice Donors With a Blunting Coping Style. *Psychosomatic Medicine*, 63: 447-452.
- Byrne N, Ditto B (2005) Alexithymia, Cardiovascular Reactivity, and Symptom Reporting During Blood Donation *Psychosomatic Medicine* 67: 471-475.
- Cevzici S, Erginöz E, Yüceokura A (2010) Gönüllü Kan Bağışıçılığı ve Kan Verme Davranışını Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*, 22(1): 85-92.
- Crocco A, D'Elia D (2007) Adverse Reactions During Voluntary Donation Of Blood And/Or Blood Components. A statistical-epidemiological study, *Blood Transfus*. July; 5(3): 143–152.
- Feyzioğlu B, Doğan M, Bayındır Ö ve ark. (2007) Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kan Merkezi'nde Kan Alma Esnasında Görülen Olumsuz Semptomlar, I. Ulusal kan merkezleri ve transfüzyon tıbbi kongresi özet kitabı, Antalya, Nakış Ofset, 231-232.
- Güzel U (2007) Motive Edici Faktörler ve Bağışıç Beklentileri, II. Ulusal kan merkezleri ve transfüzyon tıbbi kongresi özet kitabı, Antalya, Nakış Ofset, 28-33.
- Hablemitoğlu Ş, Özkan Y, Yıldırım F (2010) Bir Fedakarlık Örneği Olarak Kan Bağışı, Aile ve Toplum, Ocak - Şubat - Mart, 5:20, 67-77.
- Korur Fincancı Ş (2007) Bağışıç Hakları, II. Ulusal kan merkezleri ve transfüzyon tıbbi kongresi özet kitabı, Antalya: Nakış Ofset, 37-39.
- Mutlu B (2007) Düzenli Kan Bağışının Organizasyonu, II. Ulusal kan merkezleri ve transfüzyon tıbbi kongresi özet kitabı, Antalya: Nakış Ofset, 34-36.
- Newman BH, Newman DT, Ahmad R, Roth AJ (2006) The Effect Of Whole-Blood Donor Adverse Events On Blood Donor Return Rates. *Transfusion*, 46: 1374–1379.
- Newman, B. and Waxman, D. (1996), Blood Donation-Related Neurologic Needle Injury: Evaluation of 2 Years' Worth of Data From a Large Blood Center. *Transfusion*, 36: 213–215.



## İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN ÖZ-YETERLİK DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

THE STUDY OF SELF-EFFICACY LEVELS AMONG PRIMARY EDUCATION STUDENTS AND INVESTIGATION OF AFFECTING VARIABLES

Yard. Doç.Dr. Figen YARDIMCI Prof.Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

\*Bu araştırma, 1. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur. 21-23 Haziran 2007, İzmir

### ÖZET

**Amaç:** Öz yeterlik, insan davranışının önemli güdüleyicilerinden biri olarak çocuk ve ergenin ruh sağlığında önemli bir yere sahiptir. Bu araştırma, öğrencilerin öz-yeterlik düzeylerinin belirlenmesi ve cinsiyet, sınıf, aile tipi, ailenin ekonomik durumu, öğrencinin başarı durumu ve sağlık durumu değişkenlerine göre incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma ilköğretim öğrencisi olan 623 ergenle gerçekleştirilmiştir. Veriler iki bölümden oluşan anket formu ile elde edilmiştir. İlk bölümde kişisel bilgi formu, ikinci bölümde Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği kullanılmıştır. Veri analizinde yüzde dağılımları, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetine (t: 5.425, p=0.000) ve aile tipine (F: 3.167, p=0.043) göre kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir, öğrencilerin sınıflarına göre akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında (F: 3.100, p=0.046) ve ailenin ekonomik durumuna göre koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:10.775, p=0.000).

**Sonuç:** Öğrenciler Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği'nden en yüksek puanı "madde bağımlılığı potansiyeli" alt ölçeğinden, en düşük puanı ise "koruyucu sağlık" alt ölçeğinden almışlardır.

İlköğretim öğrencilerinde, cinsiyet, sınıf, ailenin ekonomik durumu, öğrencinin algıladığı sağlık durumu ve başarı durumu öz-yeterliği etkileyen değişkenlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Öz yeterlik; Ergenlik; Sağlığı geliştirme

### ABSTRACT

**Objective:** Self-efficacy, as an important motive in human behaviors, is a critical component of child and adolescent spiritual wellbeing. This research has been conducted in order to determine the self-efficacy levels of students and investigate the effects of gender, grade, type and economic status of the family as well as academic success and health status of the child on self-efficacy levels.

**Methods:** The research has been conducted on 623 adolescents in primary education. Data has been collected via a survey form that has two parts. First part contains a personal data form and the second part includes Middle School Self-Efficacy Scale. Percentage Distribution, One Way ANOVA and T-test have been used in data analysis.

**Results:** A meaningful distinction has been found between average points of inter-personal relations subscale according to genders ( $t: 5.425, p=0.000$ ). There also found to be a meaningful distinction between average points of academic success subscale according to grade ( $F: 3.100, p=0.046$ ). Statistically important distinction has been found between average points of inter-personal relations subscale according to family types ( $F: 3.167, p=0.043$ ). Statistically important distinction has been found between average points of protective health subscale according to economic status of the family ( $F:10.775, p=0.000$ ).

**Conclusion:** The students received the highest points from "substance abuse potential" subscale and the lowest points from the "protective health subscale" of the Middle School Self-Efficacy Scale. Gender, grade, economic status of the family as well as academic success and health status of the child are the variables affecting the self-efficacy in primary education students.

**Key words:** Self Efficacy; Adolescent; Health Promotion

## GİRİŞ

Öz-yeterlik; bir kimsenin yeterli ve etkili olduğunu hissetme duygusudur. Algılanan öz-yeterlik ise; insanların hayatlarını etkileyen olaylar üzerinde, etkili olacak performansı ortaya koyabilme yetenekleri hakkındaki inançlarıdır. Öz-yeterlik inançları kişilerin nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve kendilerini nasıl motive ettiklerini, davranışlarını belirler (Kitayama 1996, Lane ve ark. 2004).

Öz-yeterlik kavramı ilk kez psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında , "Bilişsel Davranış Değişimi" kapsamında ileri sürülmüştür. Güçlü bir bireysel yeterlik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu kavram, okul başarısı, duygusal bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyo-politik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılabilir (Keskin ve Orgun 2006).

Öz-yeterlik bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı, inancıdır. Bandura'nın (1977) davranış üzerine etkili olduğunu düşündüğü temel kavramlardan biri olan öz-yeterlik, sosyal öğrenme kuramının temel bileşenlerinden birisidir. Pender (1987) tarafından geliştirilen "Sağlığı Geliştirme Modeli" Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından temel alınarak geliştirilmiştir. Bu modelde bireyin öz-yeterlik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Bandura 1993).

Bandura (1997), öz-yeterliği; içinde bilişsel, sosyal, duygusal ve davranışsal becerileri barındıran ve sayısız amaçlar doğrultusunda, yöneltilmek ve organize edilmek zorunluluğu olan genel bir kapasite olarak tanımlamaktadır. Algılanan öz-yeterlik, kişinin ne kadar yeteneğe sahip olduğu konusunu değil, sahip olduğu yeteneği ile ne yapabileceği konusundaki inancını tanımlar. Yani, kişinin belirli bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği konusundaki yargısını ifade eder. Öz-yeterlik beklentisi, sürekli değişen ve farklı uyaranlar içeren stresli şartlara uyum sağlamaya yardım eder. Bireyin belirli bir davranışa teşebbüs edip etmeyeceğini, engellerle karşılaştığında ısrar edip etmeyeceğini, güç kullanıp kullanmayacağını ve başarısızlıklarını kendine veya diğer insanlara yükleyip yüklemeyeceğini de etkiler.

Öz-yeterlik inançları, sadece davranış üzerindeki kontrolle ilgili değildir, aynı zamanda düşünce işlemleri, motivasyon ve etkili psikolojik durumlarla da ilgilidir (Ehrenberg ve ark. 1991, Hanson 1998, Martin ve Kulinna 2004, Ergül 2006, Bandura 2006).

Bandura'nın (1986), Sosyal Öğrenme Kuramı, insan davranışını açıklamada teşvik, ürün beklentisi ve öz yeterlik beklentisi kavramlarını içermektedir. Bu kavramların hepsi önemlidir, ancak öz-yeterlik beklentisinin, bireyin sağlıklı olarak eğitim almasında ayrı bir önemi vardır ve davranış değişikliğini başlatma ve sürdürmedeki rolü büyüktür (Bilgin 1997, Hevey ve ark. 1998).

Bireylerin kendi sağlıkları hakkında bilgilenmeleri ve sağlıklarını korumaya yönelik doğru davranış ve tutumlar kazanmalarına yönelik çalışmaların hedeflenmesi sağlıklı bir toplumun oluşturulmasında önemlidir. Bireyleri sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan koruyup, sağlığı geliştiren olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşirelerin, bireyin davranışları üzerinde davranış sürecini kontrol ederek etkili olan bu bilişsel-algisal faktöre ilişkin bilgisinin olması önemlidir (Bulut 2003, Gözüm ve Aksayan 1999).

Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup; bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir. Hemşirelik kuramcılarında Orem'in hemşirelik anlayışı da bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasına yardım etmeyi içermektedir. Bireyler, sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirme ve karar verme için gerekli bilgiye, tutum ve becerileri geliştirme yeteneğine sahiptir ve bu nedenle hemşirelik uygulamaları sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde öz sorumluluğun geliştirilmesine yönelik olmalıdır (Aksayan ve Gözüm 1998).

Bu çalışmanın amacı, ilköğretim öğrencilerinin kendi sağlıklarını koruyup geliştirme konusunda önemli bir faktör olan öz-yeterlik düzeylerini belirlemek ve öğrencilerin öz-yeterlik düzeylerini cinsiyet, sınıf, aile tipi, ailenin ekonomik durumu, öğrencinin okul başarısı ve sağlık durumuna göre karşılaştırmaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Evren ve Örneklem**

Araştırma evrenini Ankara İli Etimesgut İlçesi'nde alt, orta ve üst sosyo-ekonomik düzeyi temsil eden üç okul oluşturmuştur. Okulların hangi düzeyi temsil edeceği Devlet İstatistik Kurumundan elde edilen listelerden belirlenmiştir. Şeyh Şamil İlköğretim Okulu, Etimesgut İlköğretim Okulu ve Ağa Ceylan İlköğretim Okulunda 2004- 2005 eğitim öğretim döneminde öğrenim gören 6-7-8. sınıf toplam 1609 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada kullanılan ortaokul öz-yeterlik ölçeği 11-14 yaş grubunu içerdiği için araştırmaya 6,7,8. sınıf öğrencilerin alınması planlanmıştır. Evreni oluşturan 1609 öğrencinin %50'sine ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya alınma kriterlerine uymayan, eksik bildirimli formlar ve uygulamanın yapıldığı zaman devamsızlık yapmış olan öğrenciler çalışmadan çıkarılınca toplam 623 öğrenciye ulaşılmıştır. Çalışmaya alınan 623 öğrenci evrenin %38.7'sini oluşturmaktadır.

### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, “Öğrencilere Yönelik Bilgi Formu” ve “Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği” olmak üzere iki tip veri toplama aracı kullanılmıştır.

Öğrencilere Yönelik Bilgi Formu; öğrencinin yaşı, sınıfı, cinsiyeti, aile tipi, anne ve babalarının eğitim durumu ve meslekleri ile bilgileri içermektedir. Aynı formda ailenin ekonomik durumu, öğrencinin okul başarı durumu ve kendi sağlık durumları hakkındaki görüşlerinin özellikle kendi algılarını içermesi amaçlanmıştır. Öz-yeterlik; bir kimsenin yeterli ve etkili olduğunu hissetme duygusudur. Algılanan öz-yeterliği değerlendirmeye çalışırken öğrencilerin ekonomik durum, başarı durumu ve sağlık durumları hakkında kendi algıları önem kazanmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, araştırmaya katılan öğrencilerin Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamalarıdır. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyeti, sınıfı, aile tipi ile ailesinin sosyo-ekonomik düzeyi, okul başarısı, sağlık durumunu algılayışı araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Ortaokul Öz-Yeterlik Ölçeği (Middle School Self-Efficacy Scale)

Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği, Bray, Nash ve Froman tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir (Bray, Nash, Froman 2003). Ölçek Likert tipi 37 maddeden oluşmuştur. Her bir madde için “Aşağıdaki maddelerin her birini yapmak sizin için gerçekte ne kadar uygun?” sorusuna karşılık 1 ile 5 arasında puan vermeleri istenmektedir.

Puanlandırma, 1 (Hiç uygun değil), 3 (Biraz uygun), 5 (Çok uygun) şeklindedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach Alfa), 0.73 ile 0.89 arasında bildirilmiştir. Yüksek toplam puan sonuçları yüksek öz-yeterliği göstermektedir.

Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği, Koruyucu Sağlık, Kişiler Arası İlişkiler, Madde Bağımlılığı Potansiyeli ve Akademik Başarı olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmuştur. Koruyucu sağlık alt ölçeği 10 maddeden oluşmuştur, alt ölçekten alınan en düşük puan 10, en yüksek puan 50’dir. Kişiler arası ilişkiler alt ölçeği 14 maddeden oluşmuştur, alt ölçekten alınan en düşük puan 14, en yüksek puan 70’tir. Madde bağımlılığı potansiyeli alt ölçeği 2 maddeden oluşmuştur, alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek puan 10’dur. Akademik başarı alt ölçeği 11 maddeden oluşmuştur, alt ölçekten alınan en düşük puan 11, en yüksek puan 55’dir.

Ölçekten alınan en düşük puan 60, en yüksek puan 185’tir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça öz-yeterlik düzeyi de artmaktadır.

Ortaokul Öz-Yeterlik Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Figen Kayhan Yardımcı ve Zümrüt Başbakkal tarafından yürütülmüştür (Yardımcı ve Başbakkal ).

Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği’nin Cronbach Alpha katsayısı 0.86, alt ölçeklerinin katsayısı 0.71 ile 0.94 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test katsayısı 0.66 bulunmuştur.

Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği’nin Temel Bileşenler analizi sonucunda dört faktörlü, (koruyucu sağlık, kişiler arası ilişkiler, madde bağımlılığı potansiyeli ve akademik başarı) bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir.



### Araştırmanın Etik Yönleri

Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için, ölçeğin yazarlarından elektronik posta yoluyla izin alınmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurul İzni, Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Ankara Valiliği, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve bu konudaki tüm soruları yanıtlanmıştır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

### Öğrencilerin Sosyo-demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya 623 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin % 38.4'ü 7.sınıf, % 52'si kız, % 48'i erkektir. Öğrencilerin % 83'ü çekirdek aileye sahiptir. Öğrenci annelerinin % 96.6' sı ev hanımı, % 58.3'ü okur-yazar (ilkokul), babaların % 52.6'sı işçi, % 33.3'ü lise mezunudur.

### Öğrencilerin Ortaokul Öz-Yeterlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 1:** Öğrencilerin ortaokul öz-yeterlik ölçeği puanlarına göre dağılımı

Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği Alt Ölçekleri	Madde Sayısı	Alt ve Üst Değer	Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	Madde Puan* Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$
Koruyucu Sağlık	10	10-50	40.97±5.55	<b>4.09±0.55</b>
Kişiler Arası İlişkiler	14	14-70	58.60±9.05	4.18±0.64
Madde Bağımlılığı Potansiyeli	2	2-10	9.16±2.17	<b>4.58±1.08</b>
Akademik Başarı	11	11-55	47.99±6.11	4.36±0.55
<b>Öz-yeterlik Ölçeği Toplam</b>	<b>37</b>	<b>37-185</b>	<b>156.73±18.12</b>	<b>4.24±0.49</b>

\*Her maddeden alınabilen en yüksek puan 5'tir.

Tablo 1'de Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği'nin alt ölçeklerinden alınan madde puanları incelendiğinde; öğrencilerin en düşük puanı ölçek tam puanı 5 olan "Koruyucu Sağlık" alt ölçeğinden 4.09±0.55, en yüksek puanı Madde Bağımlılığı Potansiyeli" alt ölçeğinden 4.58±1.08 aldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin madde bağımlılığı potansiyeli öz-yeterliklerinin orta düzeyin çok üstünde olduğu söylenebilir.

Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının ülkemizde ve birçok Avrupa ülkesinde gençlerin sağlığı açısından önemli bir sorun olduğu belirtilmektedir (Jairath ve ark.2003, Conwell 2003,Dowdell ve Santucci 2004, Christie-Mizell 2004, Crosnoe ve ark. 2004, Alikashiöglü ve Ercan 2006). Gençlerin sigara ve alkol kullanımına ilişkin çeşitli oranlar belirtilmektedir. Ögel ve arkadaşları (2004), ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını inceledikleri çalışmalarının sonucunda ilköğretim öğrencileri arasında yaşamı boyunca en az bir kez tütün kullananların oranının % 16.1 olduğunu saptamışlardır. Bu oran alkol için % 15.4,

uyuşturucu ve uçuucu maddeler için % 1.7'dir. Şaşmaz ve arkadaşları (2006), 4143 öğrenci ile yürüttükleri çalışmalarında, öğrencilerin % 24.5'inin hayatı boyunca en az bir kez alkol içtiğini saptamışlardır. Sınıf derecesinin artması, sigara veya illegal bir madde denemek, anne veya babanın alkol içmesi, erkek olmak ve evde ceza verilmesinin alkolü denemeyi etkileyen başlıca risk faktörleri olduğu saptanmıştır. Türkiye'de ilk ve ortaöğretim öğrencileri arasında madde kullanımının diğer ülkelere oranla düşük bulunmasına rağmen özellikle tütün kullanımının oldukça yaygın olduğu belirtilmektedir. (Ögel ve ark. 2004).

Araştırmada madde bağımlılığı potansiyeli öz-yeterliliğinin en yüksek düzeyde olmasının ölçekteki madde sayısının az olması (2 madde) ve öğrencilerin bu konuda okul ve aile tarafından daha çok uyarılmış olabileceklerini düşündürmektedir.

Çocuk ve gençlerde sağlığı koruma ve geliştirme bilinci oluşturabilme ve sağlıklı yaşamayı bir kültür şekline dönüştürebilmeyi amaçlayan politika ve projelerin geliştirilmesi bu konuda yapılacak önemli çalışmalar arasında yer almalıdır. Sağlık hizmetlerinin yalnızca "sağlık sektörü" tarafından yürütülemeyecek kadar kapsamlı olduğu ve bu hizmetlerin yürütülmesinde ve geliştirilmesinde sektörler arası eşgüdümün sağlanması gerektiği görüşü çağdaş sağlık anlayışı kapsamında da yer almaktadır (Öztürk ve Bıkmaz 2007). Bu çerçevede çocukluk ve gençlik yıllarının çok büyük bir bölümünün ilköğretimde geçtiği dikkate alınırsa çocuk ve gençlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için okullar önemli kurumlardır. Özellikle ilköğretim dönemi örgün eğitimin ilk basamağı olması açısından birçok çocuğa erken dönemde ulaşabilme fırsatı tanır. Sağlığı koruma ve geliştirme bilincinin erken dönemlerde kazandırılması bu bilincin çocuklarda yerleşmesini kolaylaştıracaktır (Koç 2005, Ulukol 2006, Tarım 2006, Ersoy 2007, Ünalın ve ark. 2007).

**Tablo 2:** Cinsiyete göre ortaokul öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	Ss	t	p
<b>Koruyucu Sağlık</b>	Kız	304	4.10	0.55	0.204	0.838
	Erkek	314	4.09	0.55		
<b>Kişiler Arası İlişkiler</b>	Kız	304	4.32	0.55	<b>5.425</b>	<b>0.000</b>
	Erkek	314	4.05	0.69		
<b>Madde Bağımlılığı Potansiyeli</b>	Kız	304	4.71	0.89	<b>2.808</b>	<b>0.005</b>
	Erkek	314	4.47	1.20		
<b>Akademik Başarı</b>	Kız	303	4.40	0.50	1.703	0.089
	Erkek	314	4.33	0.58		

Çalışmaya alınan öğrencilerin cinsiyete göre Ortaokul Öz- Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

Kız öğrencilerin koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları  $4.10 \pm 0.55$ , erkek öğrencilerin  $4.09 \pm 0.55$  bulunmuştur.

Öğrencilerin cinsiyetine göre koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (t: 0.204, p=0.838).

Aslan ve arkadaşları (2006), bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda yürüttükleri çalışmalarında kız ve erkek öğrenciler arasında el yıkama bilgi ve davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Öztürk ve Şahin (2007), öğrencilerin öz-yeterlik puanlarını cinsiyete göre karşılaştırdıkları çalışmalarında kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmediklerini belirtmişlerdir. Öztürk ve arkadaşlarının (2005), yaz spor çalışmalarına katılan 9–13 yaş grubu öğrencilerde yürüttükleri bir diğer çalışmada ön test ve son test öz-yeterlik puanlarında cinsiyete göre bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetine göre kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t: 5.425, p=0.000). Kız öğrencilerin kişiler arası ilişkiler puan ortalaması erkek öğrencilerin kişiler arası ilişkiler puan ortalamasından yüksektir.

Cinsiyete özgü roller nedeniyle genel olarak erkekler sorunlarını başkalarıyla paylaşmaktan pek hoşlanmazlar ve ilişkilerinde kızlara göre daha özerk davranırlar. Bu nedenle kızların erkeklere göre arkadaşları ile daha fazla sırdaşlık ilişkilerine giren, daha fazla paylaşan bir yapıya sahip oldukları, başkalarına sorunlarını açma ve yardım isteme konusunda erkeklere göre daha rahat davrandıkları, bu nedenle sosyal destek kaynaklarını daha fazla kullanabildikleri ve bunu önemstedikleri düşünülmektedir.

Öğrencilerin cinsiyetine göre madde bağımlılığı potansiyeli alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (t: 2.808, p=0.005). Kız öğrencilerin madde bağımlılığı potansiyeli puanı erkek öğrencilerin madde bağımlılığı potansiyel puanından yüksektir.

Şaşmaz ve arkadaşları (2006), erkek olmanın denemeyi etkileyen başlıca risk faktörleri arasında belirtmişlerdir. Sigara ve diğer maddelerin erkek öğrenciler tarafından daha sık kullanılıyor olması dünyada yapılan diğer araştırma bulguları ile uyumlu bir sonuçtur (Tamar ve Aydın 1996, Ögel ve ark. 2004).

Öğrencilerin cinsiyetine göre akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (t: 1.703, p=0.089) (Tablo 2).

**Tablo 3:** Sınıflara Göre Ortaokul Öz- yeterlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sınıf	N	Ortalama	Ss	F	p
<b>Koruyucu Sağlık</b>	6	199	4.14	0.50	2.966	0.052
	7	199	4.13	0.56		
	8	225	4.02	0.58		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.09</b>	<b>0.55</b>		
<b>Kişiler Arası İlişkiler</b>	6	199	4.29	0.59	4.336	0.013
	7	199	4.16	0.68		
	8	225	4.11	0.65		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.18</b>	<b>0.64</b>		
<b>Madde Bağımlılığı Potansiyeli</b>	6	199	4.59	1.13	0.585	0.557
	7	199	4.64	1.02		
	8	225	4.52	1.09		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.58</b>	<b>1.08</b>		
<b>Akademik Başarı</b>	6	198	4.40	0.53	3.100	0.046
	7	199	4.41	0.52		
	8	225	4.29	0.57		
	<b>Toplam</b>	<b>622</b>	<b>4.36</b>	<b>0.55</b>		

Tablo 3'te sınıflara göre Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Öğrencilerin sınıflarına göre koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (F: 2.966, p=0.052).

Cartland ve ark (2006), ikinci ve 4. sınıfta okuyan 4273 okul çocuğu ile yürüttükleri çalışmalarında, yaşça büyük çocukların olumlu sağlık davranışları puanının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Öğrencilerin sınıflarına göre; 8. sınıf ile 6. sınıf öğrencilerin kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Sekizinci sınıf öğrencilerin, kişiler arası ilişkiler puan ortalamasının daha düşük olması, öğrencilerin büyüdükçe bu konuda kendilerini çevreye karşı sınırlandırmaları ile açıklanabilir. Sınıfı yükseldikçe ergenin olgunlaşmasına, en belirgin özelliği olan bağımsız olma isteğinin artmasına, kişiler arası ilişkileri daha az önemsemesine bağlanabilir.

Çalışmaya alınan öğrencilerin sınıflarına göre madde bağımlılığı potansiyeli alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (F: 0.585, p=0.557).

Öğrencilerin sınıflarına göre akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (F: 3.100, p=0.046). Öğrencilerin sınıflarına göre; 8. sınıf ile 6. ve 7. sınıf öğrencilerin akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

**Tablo 4:** Aile tipine göre ortaokul öz- yeterlik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	<b>Aile Tipi</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Koruyucu Sağlık</b>	Çekirdek Aile	523	4.10	0.55	0.585	0.558
	Geniş Aile	70	4.11	0.58		
	Parçalanmış Aile	30	3.99	0.54		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.09</b>	<b>0.55</b>		
<b>Kişiler Arası İlişkiler</b>	Çekirdek Aile	523	4.18	0.64	3.167	0.043
	Geniş Aile	70	4.32	0.57		
	Parçalanmış Aile	30	3.98	0.73		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.18</b>	<b>0.64</b>		
<b>Madde Bağımlılığı Potansiyeli</b>	Çekirdek Aile	523	4.60	1.06	0.779	0.459
	Geniş Aile	70	4.47	1.20		
	Parçalanmış Aile	30	4.43	1.19		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.58</b>	<b>1.08</b>		
<b>Akademik Başarı</b>	Çekirdek Aile	523	4.37	0.55	0.806	0.447
	Geniş Aile	70	4.38	0.44		
	Parçalanmış Aile	29	4.24	0.62		
	<b>Toplam</b>	<b>622</b>	<b>4.36</b>	<b>0.55</b>		

Tablo 4'te aile tipine göre Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Aile tipine göre koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F:0,585, p=0.558).

Ailenin çocuğa koruyucu sağlık ile ilgili bilgiler vermesi, daha çok aile üyelerinin bu konudaki bilgi düzeyi ve çocuğa örnek oluşturabilecek davranışları alışkanlık haline getirmeleri ile ilişkilidir. Aile tipi ile koruyucu sağlık öz-yeterliliği arasında anlamlı bir fark olmaması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Aile tipine göre kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 3.167, p=0.043). Aile tipine göre, parçalanmış aileye sahip öğrenciler ile geniş aileye sahip öğrencilerin kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Ergenler için aile desteği yaşamlarındaki en önemli unsurdur. Geniş aile tipinde çocuğun anne-baba dışında iletişim kurabileceği, destek alabileceği başka bireylerin bulunmasının çocuğun kişiler arası ilişkiler konusundaki yeterliliğinin artmasını sağladığı düşünülmektedir.

Aile tipine göre madde bağımlılığı potansiyeli alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F:0.779, p=0.459).

Aile tipine göre akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F:0.806, p=0.447 ) (Tablo 4).

Aile çevresi çocuğun gelişimi için en önemli faktördür. Ebeveynler ekonomik güvence, beslenme ve bakım sağlar ve yaşamda kalabilmeleri için çocuklar ebeveynlerine bağımlıdır. Ergenlik döneminde ebeveynlerin etkisi bir dereceye kadar azalmasına rağmen, ebeveynler hala önemli kaynaklardır. Ergenin mental sağlığı ve öz-yeterliliğinin gelişmesinde aile önemli bir faktördür. Çocuklar, karşılaşılabilecekleri sorunlarla başa çıkma yollarını, ailede ve özellikle ana-babalarından öğrenirler. Ruhsal yönden, sağlıklı ya da olumsuz bir kişilik geliştirmelerinin, büyük ölçüde ana-babalarının tutumlarına ve ana-baba-çocuk arasındaki ilişkilere bağlı olduğu söylenebilir. Çocuğun gereksinimlerinin aile tarafından karşılanması çocuğun özgüvenini geliştirir. Böylece kendi kapasitesi ve yeteneklerine güvenmeyi öğrenir (Dönmezer 2001).

**Tablo 5:** Ailenin ekonomik durumuna göre ortaokul öz-yeterlik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Ailenin Ekonomik Durumu	N	Ortalama	Ss	F	p
<b>Koruyucu Sağlık</b>	İyi	194	4.21	0.52	<b>10.775</b>	<b>0.000</b>
	Orta	363	4.08	0.55		
	Kötü	66	3.85	0.58		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.09</b>	<b>0.55</b>		
<b>Kişiler Arası İlişkiler</b>	İyi	194	4.34	0.51	<b>8.607</b>	<b>0.000</b>
	Orta	363	4.12	0.68		
	Kötü	66	4.05	0.68		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.18</b>	<b>0.64</b>		
<b>Madde BağımlılığıPotansiyeli</b>	İyi	194	4.80	0.70	<b>12.103</b>	<b>0.000</b>
	Orta	363	4.55	1.12		
	Kötü	66	4.06	1.54		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.58</b>	<b>1.08</b>		
<b>Akademik Başarı</b>	İyi	193	4.50	0.44	<b>13.956</b>	<b>0.000</b>
	Orta	363	4.34	0.55		
	Kötü	66	4.10	0.66		
	<b>Toplam</b>	<b>622</b>	<b>4.36</b>	<b>0.55</b>		

Tablo 5’de ailenin ekonomik durumuna göre Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Ailenin ekonomik durumuna göre koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:10.775, p=0.000). Duncan ileri analizine göre, ailelerinin ekonomik durumu kötü olan öğrencilerin koruyucu sağlık puan ortalamaları ile orta ve iyi durumda olan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05). Ailelerinin ekonomik durumu kötü olan öğrencilerin koruyucu sağlık öz-yeterliği puan ortalamalarının, ailelerinin ekonomik durumu orta ve iyi durumda olan öğrencilerinkinden daha düşük olması, bu ailelerin sağlık kuruluşlarından daha az yararlanmalarından kaynaklanabilir. Ailelerin sosyo-ekonomik yetersizlik, eğitim düzeylerinin düşük olması gibi etmenlerle ilişkili olarak koruyucu sağlığa yeterince önem ve değer veremedikleri düşünülürse, bu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Ailenin ekonomik durumuna göre kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 8.607, p=0.000) (Tablo 5). Yapılan ileri analize (Duncan) göre, ailelerinin ekonomik durumu kötü ve orta olan öğrencilerin kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları ile iyi durumda olan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Aile çocuğun sosyalleşmesinde önemli bir rol oynar. Ekonomik durumu iyi olan bir ailenin çocuğun sosyalleşmesine daha çok zaman ve para ayırabileceği, çocuğun farklı sosyal ortamlara katılma fırsatını arttırabileceğini düşündürmektedir.

Ailenin ekonomik durumuna göre madde bağımlılığı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 12.103, p=0.000) (Tablo 5). Duncan ileri analizine göre, ailelerinin ekonomik durumu kötü olan öğrenciler ile orta ve iyi durumda olan öğrencilerin madde bağımlılığı potansiyeli puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Ailenin ekonomik durumunun iyi olması, çocuğun kötü alışkanlıklardan korunması konusunda daha fazla bilgi almasını sağlayabilir. Ayrıca çocuk enerjisini harcayabileceği, eğlenebileceği, ilgi duyduğu alanlarda aktivitelere katılma fırsatını yakalayabilir.

Ailenin ekonomik durumuna göre akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:13.956, p=0.000 ) (Tablo 5). İleri analiz (Duncan) sonucuna göre, ailelerinin ekonomik durumu kötü, orta ve iyi durumda olan öğrencilerin akademik başarı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Yeterlik inanışlarının akademik başarı ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, ailenin sosyo-ekonomik durumunun çocukların akademik başarıları ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (Bandura ve ark. 1996). Çocuğun, özel dersler, kurslar gibi eğitim alanında gereksinim duyduğu desteği alabilmesi ailenin ekonomik durumuyla yakından ilgilidir.

**Tablo 6:** Öğrencinin okul başarısına göre ortaokul öz-yeterlik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Okul Başarısı	N	Ortalama	Ss	F	p
<b>Koruyucu Sağlık</b>	Çok iyi	124	4.25	0.50	<b>10.698</b>	<b>0.000</b>
	İyi	210	4.18	0.51		
	Orta	219	3.96	0.55		
	Kötü	68	3.97	0.64		
	<b>Toplam</b>	<b>621</b>	<b>4.10</b>	<b>0.55</b>		
<b>Kişiler Arası İlişkiler</b>	Çok iyi	124	4.43	0.46	<b>13.999</b>	<b>0.000</b>
	İyi	210	4.25	0.59		
	Orta	219	4.07	0.68		
	Kötü	68	3.91	0.79		
	<b>Toplam</b>	<b>621</b>	<b>4.19</b>	<b>0.64</b>		
<b>Madde Bağımlılığı Potansiyeli</b>	Çok iyi	124	4.91	0.37	<b>9.398</b>	<b>0.000</b>
	İyi	210	4.65	0.99		
	Orta	219	4.46	1.22		
	Kötü	68	4.13	1.51		
	<b>Toplam</b>	<b>621</b>	<b>4.58</b>	<b>1.08</b>		
<b>Akademik Başarı</b>	Çok iyi	124	4.71	0.29	<b>45.592</b>	<b>0.000</b>
	İyi	209	4.46	0.41		
	Orta	219	4.20	0.56		
	Kötü	68	3.95	0.76		
	<b>Toplam</b>	<b>620</b>	<b>4.36</b>	<b>0.55</b>		

Tablo 6'da öğrencilerin okul başarısına göre Ortaokul Öz- yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Öğrencinin okul başarısına göre koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:10.698, p=0.000). Duncan ileri analizine göre, okul başarısı kötü ve orta olan öğrencilerin puan ortalamaları ile iyi ve çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Okul başarısına göre, kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 13.999, p=0.000) (Tablo 6). İleri analiz (Duncan) sonucuna göre, okul başarısı kötü, orta, iyi ve çok iyi olan öğrencilerin kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Okul başarısına göre, madde bağımlılığı potansiyeli alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:9.398, p=0.000). Yapılan Duncan ileri analizine göre, okul başarısı kötü ile orta, iyi ve çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları ile orta ile çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Okul başarısına göre, akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:45.592, p=0.000) (Tablo 6). İleri analiz (Duncan) sonucuna göre okul başarısı kötü, orta, iyi ve çok iyi olan öğrencilerin akademik başarı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Bu sonuçlar, okul başarısı yüksek olan çocukların ebeveynlerinden ve çevredeki bireylerden daha çok ilgi görmeleri ve desteklenmeleri ile açıklanabilir.

Modern toplumda formal eğitim zorunludur. Ergenler zamanın çoğunu öğretmenleri ve akranlarıyla okulda geçirirler. Okulda başarı gelecekteki yaşamda önemlidir ve bunun dikkate alınmasında öğretmenler önemli bir rol oynarlar. Chung ve Elias (1996), 556 ergen ile yürüttükleri çalışmalarında ergenlerin problem davranışları ile öz-yeterlikleri (okul sonrası çeşitli aktivitelere katılım miktarı, niteliği, yaşam olayları) arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır. Daha olumlu akademik öz-yeterliğin, sporla ve spor dışı aktivitelere daha aktif katılımı, daha olumlu yaşam olayları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Öztürk ve Şahin 2005).

**Tablo 7:** Öğrencinin sağlık durumuna göre ortaokul öz-yeterlik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sağlık Durumu	N	Ortalama	Ss	F	p
<b>Koruyucu Sağlık</b>	Çok İyi	281	4.25	0.51	<b>17.811</b>	<b>0.000</b>
	İyi	253	4.01	0.52		
	Orta	71	3.84	0.59		
	Kötü	18	3.80	0.69		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.09</b>	<b>0.55</b>		
<b>Kişiler Arası İlişkiler</b>	Çok İyi	281	4.32	0.63	<b>9.058</b>	<b>0.000</b>
	İyi	253	4.11	0.57		
	Orta	71	3.94	0.81		
	Kötü	18	4.04	0.65		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.18</b>	<b>0.64</b>		
<b>Madde Bağımlılığı Potansiyeli</b>	Çok İyi	281	4.65	1.02	2.581	0.053
	İyi	253	4.60	1.07		
	Orta	71	4.26	1.37		
	Kötü	18	4.47	0.81		
	<b>Toplam</b>	<b>623</b>	<b>4.58</b>	<b>1.08</b>		
<b>Akademik Başarı</b>	Çok İyi	280	4.49	0.52	<b>12.571</b>	<b>0.000</b>
	İyi	253	4.28	0.50		
	Orta	71	4.12	0.68		
	Kötü	18	4.43	0.46		
	<b>Toplam</b>	<b>622</b>	<b>4.36</b>	<b>0.55</b>		

Tablo 7’de öğrencinin sağlık durumuna göre Ortaokul Öz- yeterlik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Öğrencinin sağlık durumuna göre koruyucu sağlık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F:17.811, p=0.000). Yapılan Duncan ileri analizine göre, sağlık durumu kötü, orta ve iyi ile çok iyi durumda olan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05).

Öğrencinin sağlık durumu kötüleştikçe koruyucu sağlık öz-yeterliğinin azalması, öğrencinin var olan sağlık sorunlarına zaman ayırmasına ve koruyucu sağlık davranışlarına ilgisinin azalmasına bağlanabilir.

Öğrencinin sağlık durumuna göre, kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 9.058, p=0.000) (Tablo 7). Duncan ileri analizine göre, sağlık durumu orta ve kötü ile çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır (p<0.05). Bu bulgu, sağlık durumu kötü olan öğrencilerin sağlık sorunları ile ilgilenme gereksinimi nedeniyle kişiler arası ilişkilerinin sınırlandırılmasının sonucu olabilir.



Sağlık durumuna göre, madde bağımlılığı potansiyeli alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F:2.581, p=0.053) (Tablo 7).

Sağlık durumuna göre, akademik başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (F:12.571, p=0.000 ) bu farkın sağlık durumu orta ile kötü ve çok iyi olan öğrencilerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (p<0.05). (Tablo 7).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Öğrencinin ailesinin ekonomik durumunun, öğrencinin okul başarısının ve öğrencinin sağlık durumunun koruyucu sağlık öz-yeterliğini etkilediği saptanmıştır. Ailesinin ekonomik durumu kötüleştikçe koruyucu sağlık öz-yeterliğinin de azaldığı, okul başarısı arttıkça koruyucu sağlık öz-yeterliğinin arttığı ve öğrencinin sağlık durumu kötüleştikçe koruyucu sağlık öz-yeterliğinin azaldığı belirlenmiştir.

Öğrencinin cinsiyetinin, okulda kaçınıcı sınıfta olduğunun, aile tipinin, ailesinin ekonomik durumunun, öğrencinin okul başarısının ve öğrencinin sağlık durumunun kişiler arası ilişkiler öz-yeterliğini etkilediği saptanmıştır. Kız öğrencilerde kişiler arası ilişkiler öz-yeterliğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin sınıfı arttıkça kişiler arası ilişki öz-yeterliğinin azaldığı, geniş ailesi olan öğrencinin kişiler arası ilişki öz-yeterliğinin arttığı, parçalanmış ailesi olan öğrencilerde kişiler arası ilişkiler öz-yeterliğinin en düşük düzeyde olduğu (azaldığı) belirlenmiştir. Okul başarısı arttıkça kişiler arası ilişkiler öz-yeterliğinin arttığı, öğrencinin ekonomik durumu kötüleştikçe kişiler arası ilişkiler öz-yeterliğinin azaldığı, öğrencinin sağlık durumu kötüleştikçe kişiler arası ilişkiler öz-yeterliğinin azaldığı saptanmıştır.

Öğrencinin cinsiyetinin, ailenin ekonomik durumunun, öğrencinin okul başarısının madde bağımlılığı potansiyeli öz-yeterliğini etkilediği saptanmıştır. Öğrencinin ekonomik durumu kötüleştikçe madde bağımlılığı potansiyeli öz-yeterliğinin azaldığı, okul başarısı arttıkça madde bağımlılığı potansiyeli öz-yeterliğinin arttığı saptanmıştır. Kız öğrencilerde madde bağımlılığı potansiyeli öz-yeterliğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrencinin sınıfının, ailesinin ekonomik durumunun, öğrencinin okul başarısının ve öğrencinin sağlık durumunun akademik başarı öz-yeterliğini etkilediği saptanmıştır. Öğrencinin ailesinin ekonomik durumu ve öğrencinin sağlık durumu kötüleştikçe, okuduğu sınıf yükseldikçe, akademik başarı öz-yeterliğinin azaldığı saptanmıştır. Okul başarısı arttıkça akademik başarı öz-yeterliğinin de arttığı belirlenmiştir.

Çocukların sağlıklarını geliştirmeleri konusunda daha fazla sorumluluk almaları için, kendi sağlıkları hakkında bilgilenmeleri ve sağlıklarını korumak amacı ile doğru davranış ve tutumlar kazanmalarına yönelik çalışmaların hedeflenmesi önemlidir. Öğrencilerin öz-yeterlik algısının oluşumunda etkili olan faktörlerin bilinmesi öğrencinin bu algısını geliştirmeye yönelik girişimlere yol göstereceği için yapılacak çalışmalarda bu faktörlerin tanımlanması önemlidir.

Aileler, öğretmenler ve ergen sağlığı ile ilgilenenlere ergenlik döneminde öz-yeterlik beklentisinin önemi konusunda eğitim verilmesi bu şekilde ergenlerin

desteklenerek öz-yeterlik beklentilerinin geliştirilmesi önerilebilir. Böylece ruhsal ve bedensel açıdan hızlı bir değişim içeren bu dönemin, birey ve toplum sağlığı açısından aynı zamanda bir fırsat dönemi haline getirilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

### **Teşekkür**

İngilizce yönünden değerlendirmeyi yapan Mustafa Yardımcı'ya ve istatistiksel analizleri gerçekleştiren Cenk Balkan'a teşekkür ederiz.

### **KAYNAKLAR**

- Aksayan S, Gözüm S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2, 35-42.
- Alikaşifoğlu M, Ercan O. (2006). Ergenlerde madde kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2(5), 76-83.
- Aslan D, Mermerkaya MU, Kaya E, Kaya E, Koban Y, Pekcan H. (2006). Ankara'da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda yapılmış olan bir müdahale çalışması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 26; 157-162.
- Bandura A.(1993). Perceived self-efficacy in cognitive devolpment and functioning. *Educational Psychologist*, 28:2, 117-148.
- Bandura, A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206-1222.
- Bilgin M. (1997). Grup rehberliğinin sosyal yetkinlik beklentisi üzerindeki etkisine yönelik deneysel bir çalışma. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,5, 47-54.
- Bray C, Nash K, Froman RD. (2003). Validation of measures of middle schoolers' self-efficacy for physical and emotional health, and academic tasks. *Research in Nursing and Health*, 26, 376-386.
- Bulut A. (2003). Sağlık, cinsellik ve eğitim.(içinde) Fincancıoğlu N, Bulut A, (ed). Öğretmen ve Öğretmen Adayları İçin Cinsel Sağlık Eğitimi. İstanbul: Ceren Yayın Dağıtım, 9-20.
- Cartland J, Rush-Ross H.S. (2006). Health behaviors of school age children: evidence from one large city. *J Sch Health*, 76, 175-180.
- Christie-Mizell CA. (2004). The immediate and long-term effects of family income on child and adolescent bullying. *Sociological Focus*, 37(1), 25-41.
- Chung H, Elias M. (1996). Patterns of adolescent involvement in problem behaviors: relationship to self-efficacy, social competence, and life events. *American Journal of Community Psychology*, 24, 771-784.
- Conwell LS. (2003). Early adolescent smoking and web of personal and social disadvantage. *J. Paediatr. Child Health*, 39, 580-585.
- Crosnoe R, Muller C, Frank K.(2004). Peer context and consequences of adolescent drinking. *Social Problems*, 51(2), 288-304.
- Dowdell EB, Santucci ME. (2004). Health risk behavior assesment: nutrition, weight, and tobacco use in one urban seventh-grade class. *Public Health Nursing*, 21, 128-136.
- Dönmezer İ. (2001). Ergenlik ve ergenlik döneminde görülen bazı gelişim özellikleri ya da sorunları. Dönmezer, İ, editör. Ailede iletişim ve etkileşim. 3. Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 148-164.
- Ehrenberg MF, Cox DN, Kopman RF. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26, 361-374.
- Ergül H. (2006). Çevrimiçi eğitimde akademik başarıyı etkileyen güdülenme yapıları. *The Turkish Online Journal of Educational Technology- TOJET*, 5, 1-4.
- Ersoy B. (2007). İlköğretim çağındaki çocuklarda bodurluk ve obezite ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 16, 90-95.
- Gözüm S, Aksayan S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,2, 21-34.
- Hanson J. (1998). Parental self- efficacy and asthma self- management skills. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 3, 146- 154.

- Hevey D, Smith M, McGee HM. (1998). Self- efficacy and health behaviour: A review. *Irish Journal of Psychology*,19, 248–273.
- Jairath N, Mitchell K, Filleon B. (2003). Childhood smoking: The research, clinical, theoretical imperative for nursing action. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 50, 203–214.
- Keskin GÜ, Orgun F. (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 92–99.
- Kıtayama S. (1996). Social thinking. In: Myers DG. Ed. *Social Psychology. Fifth Edition*. New York: The McGraw-Hill Companies Inc., 49–52.
- Koç A. (2005). Çocukluk çağında B12 vitamini eksikliği. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 1(3), 16–27.
- Lane J, Lane A, Kyprianou A. (2004). Self-efficacy, self-esteem and their impact on academic performance. *Social Behavior And Personality*, 32, 247–256.
- Martin JJ, Kulinna PH. (2004). Self-efficacy theory and the theory of planned behavior: teaching physically active physical education classes. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 75, 288–297.
- Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş. (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*,15, 112–118.
- Öztürk F, Koparan Ş, Özkaya G, Efe M. (2005). Yaz spor çalışmalarının 9-13 yaş grubu bireylerin sosyal yetkinlik beklentisine etkisi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 25-32.
- Öztürk F, Şahin ŞK. (2007). Spor yapan ve yapmayan 9–13 yaş grubu bireylerin sosyal yetkinlik beklentisi puanlarının karşılaştırılması (Bursa örneği). *İlköğretim Online*, 6, 469–479.
- Öztürk GD, Bıkmaz FH. (2007). İlköğretim programlarında sağlık bilinci. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1), 215–242.
- Şaşmaz T, Buğdaycı R, Toros F, Kurt AÖ, Tezcan H. (2006). Ergenlerde alkol içme prevalansı ve olası risk faktörleri: okul tabanlı, kesitsel bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5, 94–104.
- Tamar M, Aydın C. (1996). Ergenlikte alkol kullanımı. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1(2), 305–321.
- Tarım Ö.(2006). Ergenlik döneminde beslenme. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2(7), 14–17.
- Ulukol B. (2006). Okul ve adölesan sağlığının izlemi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2(2), 51–58.
- Ünalın P, Kaya ÇA, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A. (2007). Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 567–576.
- Yardımcı F, Başbakkal Z (2010). Ortaokul Öz-yeterlik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 11;4: 305-312.



## ÖĞRENCİ HEMŞİRELERDE PROFESYONEL BENLİK KAVRAMI ÖLÇEĞİ (ÖHPBKÖ): GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

*PROFESSIONAL SELF-CONCEPT SCALE IN STUDENT NURSES; DEVELOPMENT, RELIABILITY,  
VALIDITY*

**Ar.Gör.Dr. Selma SABANCIOĞULLARI**      **Prof.Dr. Selma DOĞAN**

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

### ÖZET

**Amaç:** Çalışmada, öğrenci hemşirelerde profesyonel benlik kavramının gelişimini değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracı geliştirmek, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan maddeler üzerinde uzman görüşü alınmış ve 55 maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Taslak ölçek bir hemşirelik okulunda öğrenim gören 285 öğrenciye eğitim yılının sonunda uygulanmıştır.

**Bulgular:** Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının .88, test-tekrar test güvenirlik katsayısının .79, her bir maddenin toplam puanla korelasyonlarının .27 ile .62 arasında olduğu bulunmuştur. Yapı geçerliliği için varimax rotasyonu ile yapılan faktör analizinde özdeğeri 1'i aşan, toplam değişkenliğin % 63.2'sini açıklayan 45 maddelik 13 faktör elde edilmiş, tekrar değerlendirme sonrasında ölçek 3 faktör altında şekillendirilmiştir. Bu faktörler "mesleki memnuniyet", "mesleki yetkinlik" ve "mesleki nitelikler" olarak adlandırılmıştır.

**Sonuç:** Bulgular, Öğrenci Hemşireler İçin Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeğinin, geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu ve öğrenci hemşirelerin profesyonel benlik kavramının değerlendirilmesi amacıyla kullanılabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Öğrenci Hemşire; Profesyonel Benlik; Ölçek geliştirme; Geçerlik; Güvenirlik.

### ABSTRACT

**Objective:** The study was aimed to develop a scale instrument for evaluating the development of professional self concept in student nurses and to conduct its validity and reliability study.

**Method:** Expert opinion on articles has been that prepared reviewed the literature related with topic and a pool of 55 articles was created. The draft scale was applied at the end education year to 285 students educated in a Nursing School.

**Results:** The scale total cronbach alpha coefficient was found .88, test-retest reliability coefficient .79, and correlations of each article with total point was found between .27 and .62. In factor analysis done with varimax rotation for construct validity, whose eigenvalue is over 1, explaining 63.2 % of total variability, 13 factors consisting of 45 articles were obtained and the scale after re-evaluation was formed under 3 factors. These factors are called "professional satisfaction", "professional competence" and "professional attributes"

**Conclusion:** *Findings, Professional Self-Concept Scale for the Student Nurses (SNPSCS) is a valid and reliable instrument and that it can be used for the assessment of student nurses' professional self concept*

**Key Words:** *Student Nurse; Professional Self; Scale Development; Validity; Reliability.*

## GİRİŞ

Profesyonel benlik kavramı, genelde meslekle özdeşleşme gibi çekirdek bir anlama sahiptir ve mesleğin belirli özelliklerini, standartlarını ve becerilerini bilmek ve uygulamada kullanmakla ortaya konulur. Ayrıca profesyonel benlik kavramını kişinin kendisini bir disiplinin ya da mesleğin üyesi olarak algılaması olarak ta tanımlamak mümkündür (Lightstone 1996). Hemşireliğin profesyonel bir meslek olabilmesi için, meslek üyelerinin profesyonel benlik kavramlarının gelişmiş olması gerekir. Profesyonel benlik kavramının gelişmişliği, hemşirelerin profesyonel niteliklerini uygulamaya yansıtma düzeyleri ile anlaşılır. Bu profesyonel nitelikler otonomi, sorumluluk, savunuculuk, bakım verme, işbirliği, esneklik ve yaratıcılık, bilgi ve problem çözme, liderlik, iletişim becerileri, araştırma yapma, mesleki örgütlere üye olma, yayın takip etme vb gibi sıralanabilir (Strasen 1992, Brown ve ark. 2003).

Hemşirelikte profesyonel benliğin dolayısıyla profesyonel niteliklerinin gelişmesi, öğrencinin mesleki eğitime girmesi ile başlar ve çalışma yaşamı boyunca gelişmeye ve olgunlaşmaya devam eder. Profesyonel sosyalizasyon süreci, öğrenci okul eğitimine başladığı anda başlar ve okul eğitiminin sona ermesi ile büyük ölçüde tamamlanır. Bu süreçte öğrenciler hemşireliğin bilgi, beceri, tutumlarını, değerlerini ve hemşireliğin etik standartlarını içselleştirirler ve bunları kendi benlik imajı ve davranışlarının bir parçası haline getirmeye başlarlar (Fagermoen 1997, Gregg ve Magilvy 2001). Bu süreç içerisinde öğrenci hemşirelerin profesyonel kimliğinin yetersiz gelişmesi ya da gelişmemesi ciddi sorunlara yol açar. Bunlar çalışma hayatına başladığında; mesleki alanda söz sahibi olamama, mesleğin kabul gören standartlarını karşılama yetersizliği, hemşirelik rolünü başarılı bir şekilde yerine getirememesi, öğrencilikten memuriyete geçişte sorunlar yaşama, mesleğin diğer üyeleri tarafından kabul görmemesi ve meslekle bağlantı kurma yetersizliğidir (Costello 2004). Yine Literatürde eğitim süreci içerisinde olumlu profesyonel benlik geliştirildiği zaman ise; çalışma hayatına başladığında meslekten doyum almanın ve memnuniyetin arttığı, tükenmişliğin ve işten ayrılmaların azaldığı belirtilmektedir (Branch 2000). Yanı sıra profesyonel benliği güçlü olan meslek üyesinin, sağlık ekibinde etkili hizmet sunduğu, klinik uzmanlık geliştirmede yetkin oldukları ve nitelikli hasta bakımı sundukları belirtilmektedir (Gregg ve Magilvy 2001, Siebens ve ark. 2006). Profesyonel kimliği güçlü hemşireler toplumda, sağlık bakım ortamlarında ve politikalarda, mesleği güçlü bir şekilde temsil ederler (Strasen 1992, Öhlen ve Segesten 1998, McKenna ve Gren 2004, Deppoliti 2008). Profesyonel benliği güçlü olan hemşireler çalışmaları ile meslektaşlarını, hastalarını ve mesleklerini olumlu yönde etkileyebilirler (Strasen 1992).

Profesyonel benlik kavramının, hemşirelerin davranışları ve uygulamalarında vazgeçilmez olması nedeniyle, tanımlanması, gelişimi ve sonuçlarına ilişkin

faktörlerin belirlenmesi gereklidir (Strasen 1992, Arthur 1995, Arthur ve Thorne 1998). Öğrenci hemşirelerin profesyoneller olarak kendileri hakkındaki düşünce ve tutumlarının bir ölçüm aracı kullanılarak saptanması, profesyonel niteliklerinin belirlenmesinde yararlı olabilir. Bu da iyi geliştirilmiş ve standardize edilmiş ölçüm araçları ile mümkündür (Arthur ve Thorne 1998). Dolayısıyla bunu sağlayacak uygun bir ölçme aracına ihtiyaç vardır. Bu anlamda bu özelliği ölçecek ölçüm aracı; eğitim alanında, öğrenci hemşirelerin profesyonel benlik kavramlarının belirlenmesini, geliştirilmesine yönelik müdahalelerin başarısının ölçülmesini ve etkileyen faktörlerin incelenmesinde önemli bir gereksinimin giderilmesini sağlayacaktır (Strasen 1992, Arthur 1995, Arthur ve Thorne 1998). Ayrıca bu ölçek, izlem ve gruplar arasındaki farklılıkları değerlendiren çalışmalarda, profesyonel benlik kavramının derinlemesine incelenmesinde hemşirelik mesleğine katkı verecektir (Arthur ve Thorne 1998). Bu nedenle kişilerin profesyonel benlik kavramı üzerine eğitimsel ya da kliniksel deneyimlerin etkilerinin sonuçları hakkında fikir verebilecek bir ölçeğin geliştirilmesi oldukça yararlı olacaktır.

Literatürde hemşirelerde profesyonel benlik kavramını ölçmeye yönelik bir ölçüm aracı geliştirme çalışması konusunda çeşitli araştırmalar Arthur (1990, 1992, 1994) tarafından yapılmıştır. Arthur bu çalışmalarında, 27 madde ve üç alt boyuttan oluşan "Hemşirelikte Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeği"ni geliştirmiştir (Arthur ve Thorne 1998). Türkiye'de ise, Karadağ, Hisar ve Elbaş tarafından (2004) Miller'in Hemşirelikte Profesyonelleşme Model'ine dayanılarak hazırlanan "Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter" in Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Hisar, Karadağ ve Kan (2010) tarafından hemşirelik öğrencilerinin profesyonel tutumlarını ölçmeye yönelik bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Doğrudan hemşirelerin profesyonel benlik kavramlarını değerlendirmeye yönelik olarak ise Sabancıoğulları, Doğan ve Bircan (2009) tarafından 36 madde ve üç alt boyuttan oluşan Hemşireler İçin Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeği geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel benlik özelliğini ölçmekte kullanılacak herhangi bir ölçme aracı ise bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı öğrenci hemşirelerde profesyonel benlik kavramının ölçülebilmesi için bu alana ilişkin spesifik bir ölçme aracı geliştirerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, Öğrenci Hemşirelerde Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

### **Maddelerin geliştirilmesi**

Ölçek geliştirme çalışması için gerçekleştirilen adımlardan konuya ilişkin madde havuzunun oluşturulması ve içerik, kapsam geçerliliği açısından oluşturulan madde havuzunun uzman görüşüne sunulması aşamaları daha önceden hemşireler için geçerlik güvenilirlik çalışmasında yapıldığı için tekrarlanmamıştır. Konu ile ilgili

literatür incelemesi ve bir grup hemşire (18 kişi) ile görüşmeler sonrasında hazırlanan ve hemşirelikte bu konuda çalışmaları olan kişilerden uzman görüşü alınarak oluşturulan, madde sayısı 55 olan ve çalışan hemşirelerde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan taslak ölçek, çalışmacılar tarafından ifadelerin öğrenciye uygunluğu yönünden tekrar değerlendirilerek gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda hemşirelerle yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında olduğu gibi ölçeğin derecelendirilmesinin 4 lü likert tipinde "1" Hiç Katılmıyorum, "2" Katılmıyorum, "3" Katılıyorum ve "4" Çok Katılıyorum şeklinde puanlanmasına karar verilmiştir.

### **Araştırmanın Örnekleme**

Araştırma ile ilgili literatürde, ölçek geliştirirken ölçekteki madde sayısının en az 5 katı kadar kişi alınması önerildiğinden, bu çalışmada her bir madde başına 5 kişi alınması planlanmış ve bu doğrultuda taslak ölçeğin en az 275 kişiye uygulanmasına karar verilmiştir (Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2007). Çalışmanın örneklemini temel mesleki dersleri alan 285 öğrenci hemşire oluşturmuştur.

### **Verilerin Toplanması**

Ölçme aracının anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesine yönelik olarak, örnekleme benzer özellikleri taşıyan bir gruba pilot uygulama yapılması gerekmektedir (Tezbaşaran 1996, Tavşancıl 2002). Bu aşamada taslak ölçek, 21 kişilik öğrenci grubuna pilot uygulama yapılarak ifadelerin anlaşılabilirliği açısından test edilmiş, alınan geribildirimlerde bazı maddelerin ifade şekilleri değiştirilmiştir. Hazırlanan taslak ölçek, 2008 yılı Mayıs - Haziran aylarında bir hemşirelik okulunda öğrenim gören 2., 3., ve 4.sınıftaki öğrencilere okul yönetiminden izin alınarak uygulanmıştır. Taslak ölçek, örnekleme oluşturan öğrencilere gerekli açıklama yapıldıktan ve sözel onamları alındıktan sonra, ölçeği doldurmayı kabul eden öğrencilere sınıf ortamında verilmiş, hemen doldurmaları beklenilerek geri toplanmıştır. Uygulama sonrasında 285 öğrencinin doldurduğu taslak ölçek formları değerlendirmeye alınmıştır.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayar programında SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel testlerde, Bağımlı Gruplarda t Testi, Bağımsız Gruplarda t Testi, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi, Madde Analizi, Faktör Analizi ve Cronbach Alfa Analizi kullanılmıştır (Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2007).

## **BULGULAR VE TARTIŞMA**

### **Ön Deneme Uygulaması Sonucunda Madde Seçimi ve Güvenilirlik Analizi**

#### **Taslak Ölçeğin Test Tekrar Test Güvenilirlik Analizi**

Test tekrar test uygulamasının 15 gün veya bir ay ara ile uygulanmasından sonra, her iki ölçümden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması ve her iki ölçüm arasında anlamlı bir farkın bulunmaması, sonuçların benzer olduğunu göstermektedir (Öner 1997, Aksayan ve ark. 2002, Aksayan ve Gözüm 2002, Tavşancıl 2002). Öğrencilere iki hafta ara ile uygulanan ÖHPBKÖ taslağının iki uygulama arasındaki ortalama puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek için "bağımlı gruplarda t test" uygulanmıştır. ÖPBKÖ taslağının test tekrar test puan ortalamaları



ayrı ayrı ve toplam olarak karşılaştırıldığında, iki hafta ara ile uygulanan taslak ölçeğin iki ölçüm sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 1). Tekrarlanan ölçümler sonrası ortalamalar arasında farkın olmaması ve benzer sonuçların bulunması, ölçeğin güvenilir olduğunu belirtmektedir. Ayrıca bir ölçek taslağının aynı gruba belirli zaman aralıkları ile (genellikle 15-30 gün arasında) iki kez uygulanması ile ilgili puanlar arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı korelasyon formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. Elde edilen katsayı, ölçek puanının değişmezlik göstergesi olarak kabul edilir ve en az .70 olması beklenir (Öner 1997, Aksayan ve ark 2002, Tavşancıl 2002,). Aynı ölçek taslağının öğrencilere (267 kişi) uygulanması sonucu, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .79 olarak bulunmuş,  $p=.000$  anlamlılık düzeyinde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 1). Bu sonuca göre ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 1:** Öğrenci Hemşirelerde Profesyonel Benlik Kavramı Ölçek Taslağının-Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)

Test Tekrar Test Uygulamaları	N	PBKÖ Puan Ortalamaları	r/p	t	p
Birinci Uygulama	267	192.37 + 14.11	.79/.000	1.12	0.263,
İkinci Uygulama	267	191.71 + 15.56	$p<0.001$		$p>0.05$

### Madde Analizi

Madde-toplam puan korelasyonu test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar (Büyüköztürk 2007). Diğer bir ifadeyle, bir ölçme aracındaki her bir maddenin benzer davranışları örneklediğini gösterir. Bu bağlamda, madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve 0.25'den büyük olması istenir. Ölçek maddeleri ya da alt boyut puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki anlamlı korelasyon katsayıları, iç tutarlılık göstergesi olarak kabul edilir. Korelasyon sayılarının yüksek olması, ilgili maddenin ölçülen teorik yapıya uygunluğunun yüksek olduğunu göstermektedir. Korelasyon katsayısının .25 değerinin altında olması halinde ise, bu maddelerin ölçekten çıkarılmasının uygun olacağı belirtilmektedir (Tezbaşaran 1996, Öner 1997, Tavşancıl 2002, Topkaya ve Yalın 2005, Aygin ve Eti Aslan 2005, Yeşilyurt ve Gül 2007). Güvenirlik çalışması için 55 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, korelasyon katsayıları .25 dan düşük olan 5 madde (1., 2., 12., 35., 49.) ölçekten çıkarılmıştır. Bu analiz sonucunda, ölçeğin madde sayısı 50'ye düşmüştür (Tablo 2). Bu maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan cronbach alfa katsayısı .91 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 2:** Öğrencilerde Profesyonel Benlik Kavramı Ölçek Taslağının Madde Toplam Puan Korelasyonları (N=285)

Madde	Madde-toplam korelasyonu	Madde	Madde-toplam korelasyonu	Madde	Madde-toplam korelasyonu
Madde1	.20	Madde20	.51	Madde39	.53
Madde2	.15	Madde21	.42	Madde40	.39
Madde3	.40	Madde22	.26	Madde41	.49
Madde4	.40	Madde23	.39	Madde42	.49
Madde5	.39	Madde24	.31	Madde43	.60

Madde6	.50	Madde25	.36	Madde44	.48
Madde7	.29	Madde26	.43	Madde45	.40
Madde8	.51	Madde27	.28	Madde46	.51
Madde9	.56	Madde28	.47	Madde47	.27
Madde10	.44	Madde29	.37	Madde48	.42
Madde11	.26	Madde30	.57	Madde49	<b>.04</b>
Madde12	<b>.20</b>	Madde31	.38	Madde50	.48
Madde13	.50	Madde32	.55	Madde51	.48
Madde14	.45	Madde33	.47	Madde52	.41
Madde15	.42	Madde34	.54	Madde53	.59
Madde16	.41	Madde35	<b>.15</b>	Madde54	.49
Madde17	.46	Madde36	.43	Madde55	.53
Madde18	.73	Madde37	.47		
Madde19	.48	Madde38	.25		

---

### **Alt ve Üst Grup Ortalamaları Farkına Dayalı Madde Analizi;**

Madde analizinde bir başka uygulamada, ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubu en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst grup-alt grup veya tutum puanı yüksek-tutum puanı düşük) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır (Tavşancıl 2002, Arslan 2006, Büyüköztürk 2007). Taslak ölçeği oluşturan 50 maddenin her birinin madde ayırt edicilik özelliklerini ortaya koymak amacıyla, çalışma grubunu oluşturan 285 kişi ölçekten aldıkları toplam puan bakımından büyükten küçüğe doğru sıralanmış, alt ve üst % 27 içinde bulunan katılımcıların toplam puan ortalamaları t testi ile toplu ve her bir madde için karşılaştırılmıştır. Bu araştırmada da alt ve üst gruplar arasında madde ortalama puanları arasındaki farklılık toplam ve bütün maddelerin puan ortalamaları ilişkisiz t testi kullanılarak değerlendirildiğinde ortalama puanlar arasında  $p < .001$  düzeyinde anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre ÖHPBKÖ taslağının grupları ayırt edicilik ve iç tutarlılığının olduğu söylenebilir.

### **Ölçeğin Geçerliliğinin Araştırılması**

#### **Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)**

Geçerlik güvenilirlik çalışmalarında yapı geçerliliğini sağlayabilmek için başvurulan yöntemlerden en sık kullanılanı faktör analizidir. Faktör analizi, ölçek maddeleri arasındaki ilişkilerden çıkarılan ortak boyutların belirlenmesi işlemidir. Aralarında yüksek ilişki gösteren, birbirine benzeyen maddelerin öbekleşmesi ile toplam ölçek puanını etkileyen temel boyutlar ortaya çıkarılır (Tezbaşaran 1996, Öner 1997, Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2007). Bu araştırmada da, yapı geçerliliğini test etmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testi ile incelenebilir. KMO' nun.60'dan yüksek, Barlett testinin anlamlı çıkması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir (Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2007). "ÖHPBKÖ" için KMO= .87 ve Bartlett' testi = 50.47,  $df= 1035$ , Barlett testi .000 ( $p=0.000$ ) düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla veriler faktör analizi için uygundur.

ÖHPBKÖ taslağının faktör yapısının incelenmesi amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliğini kontrol etmek amacıyla daha önceki analizler sonucunda elenen maddelerden (1, 2, 12, 35, 49. maddeler) sonra kalan maddelere faktör analizi uygulanmıştır. Faktör yükü ve açıklanan varyansı olumsuz etkileyenler elenmiştir. Eleme sonrasında yapılan faktör analizi sonuçları Tablo 3'te verilmiştir. Faktör analizi sonucu varyansı .50 nin altında olan 4 madde (5, 10, 13, 36) ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca 33. madde birden fazla faktörde birbirinden ayırt edilemeyecek (10'dan daha az) kadar yakın yükler aldığı için analizden çıkarılarak analiz tekrarlanmıştır. 55 maddelik "ÖHPBKÖ taslağı" istatistiksel analizler sonucunda 45 madde olarak son halini almıştır. Kalan 45 madde 13 faktör altında toplanmış ve herhangi bir madde dışarıda kalmamıştır.

Tablo 3'te faktör analizi sonuçları incelendiğinde, döndürme sonrası maddelerin 13 faktörde, 0.44-0.86 faktör yükü ile toplandığı görülmektedir. Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan faktör yük değeri/faktör katsayısı için uygulamada sıklıkla.40 üzeri değerler önerilmektedir (Büyüköztürk 2007). Buna göre yapılan araştırmada, 45 maddenin hepsinin faktör yüklerinin .40'ın üzerinde olduğu belirlenmiştir Bu değerler ölçeğin öğrenci hemşirelerin profesyonel benlik kavramını ölçmek açısından geçerli olduğunu göstermektedir.

Ayrıca yapılan analizler sonucu ölçeğin toplam varyansın % 63.2'sini açıkladığı (Faktör 1 : % 23.19, Faktör 2 : % 7.04, Faktör 3 : % 5.95, Faktör 4 : % 3.70, Faktör 5 : % 3.30, Faktör 6: % 2.91, Faktör 7 : % 2.71, Faktör 8 : % 2.67, Faktör 9 : % 2.56, Faktör 10: % 2.38, Faktör 11: % 2.34, Faktör 12: % 2.22, Faktör 13: 2.19), eigen değerinin ise (Faktör 1: 10.66, Faktör 2: 3.24, Faktör 3: 2.73, Faktör 4: 1.70, Faktör 5: 1.51, Faktör 6: 1.34, Faktör 7: 1.24, Faktör 8: 1.25, Faktör 9: 1.17, Faktör 10: 1.09, Faktör 11: 1.08, Faktör 12: 1.02, Faktör 13: 1.01) olduğu görülmektedir (Tablo 3). Bu değerlere göre ölçeğin yapı geçerliliğinin olduğu söylenebilir.

Faktör döndürme sonrasında ölçeğin birinci faktörünün 10 maddeden (15., 30., 21., 25., 31., 4., 9., 8., 23., 40.), ikinci faktörünün yedi maddeden (20., 18., 50., 44., 32., 42., 14.), üçüncü faktörünün beş maddeden (55., 6., 39., 41., 53.), dördüncü faktörünün dört maddeden (28., 16., 37., 26.), beşinci faktörünün beş maddeden (51., 43., 34., 45., 17.), altıncı faktörün üç maddeden (7., 19., 54.), yedinci faktörün iki maddeden (52., 46.), sekizinci faktörün iki maddeden (47., 48.), dokuzuncu faktörün bir maddeden (29.), 10. faktörün iki maddeden (11.,22.), 11. faktörün bir maddeden (3.), 12. faktörün iki maddeden (38.,24.) ve 13. faktörün bir maddeden (27.) oluştuğu belirlenmiştir.

Faktör analizi sonucunda, 13 alt boyut belirlenmiş ancak iki alt boyut dışındaki boyutları isimlendirmekte zorluk yaşanmış ve bazı boyutların birbirine karışmış olması dolayısıyla alt boyutlar araştırmacılar tarafından yeniden değerlendirilmiştir. Bu konu ile ilgili literatür bilgisinden de yararlanılarak diğer 11 alt boyut hepsinin içeriğini kapsayacak şekilde birleştirilerek "mesleki nitelikler" olarak isimlendirilmiştir (Arthur ve Thorne 1998). Bunun sonucunda taslak ölçeğin alt boyutları, "mesleki memnuniyet", "mesleki yetkinlik" ve "mesleki nitelikler" olarak adlandırılarak üç alt boyuttan oluşmuştur (Tablo 4). Arthur' da ölçek geliştirme çalışmasında profesyonel benlik kavramının alt boyutlarını "memnuniyet", "iletişim" ve "profesyonel uygulama

olarak sınıflandırmıştır (Arthur ve Thorne 1998). Ayrıca yapılan faktör analizi sonuçları, ÖHPBKÖ'nin yapı geçerliğinin de uygun olduğunu göstermektedir.

Literatürde alt boyutları bulunan bir ölçeğin, geçerlik-güvenirlik analizlerinin her bir alt boyut için ayrı ayrı yapılması önerilmektedir (Aksayan ve ark 2002, Tavşancıl 2002). Bu bilgiye dayanarak 3 alt boyuttan oluşan ÖHPBKÖ taslağının her bir alt boyutu için madde toplam puan analizi yapılmış ve tüm boyutlarda ileri düzeyde anlamlılık bulunmuştur (Tablo 3). 45 maddelik ölçeğin tüm alt boyutları için yapılan analiz sonucunda madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde, korelasyon katsayılarının  $r = .27-.62$  arasında ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ( $p < .001$ ). (Tablo 3). Bu analizden elde edilen sonuçlar, her madde puanının toplam puanla uygun korelasyon gösterdiğini, alt boyutların ölçeğin tamamı ile ilişkili olduğunu ve her alt boyutun güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır. Bu da maddelerin birbirleriyle tutarlığının olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3:** HPBKÖ Taslağının Faktör Analizi Sonuçları (n=285)

Ölç.alt boy	Maddeler	Fak.Yük Değeri	Özdeğer	Vary.%	Fak.top.r	Ölç.top.r	p	$\alpha$
<b>Fak.1</b>	15.Madde	0.77			.74	.45	.000	
	30.Madde	0.72			.81	.60	.000	
	21.Madde	0.71			.72	.45	.000	
	25.Madde	0.69	10.66	23.193	.67	.40	.000	
	31.Madde	0.64			.65	.41	.000	0.87
	4.Madde	0.58			.63	.42	.000	
	9.Madde	0.54			.72	.58	.000	
	8.Madde	0.54			.68	.53	.000	
	23.Madde	0.51			.60	.41	.000	
	40.Madde	0.49			.60	.41	.000	
<b>Fak.2</b>	20.Madde	0.73			.74	.52	.000	
	18.Madde	0.73			.78	.54	.000	
	50.Madde	0.69	3.24	7.04	.72	.51	.000	
	44.Madde	0.68			.73	.49	.000	0.84
	32.Madde	0.67			.71	.55	.000	
	42.Madde	0.66			.71	.50	.000	
<b>Fak.3</b>	14.Madde	0.55			.64	.44	.000	
	55. Madde	0.76			.81	.54	.000	
	6. Madde	0.74			.76	.51	.000	
	39. Madde	0.73	2.737	5.950	.78	.55	.000	0.81
<b>Fak.4</b>	41. Madde	0.63			.73	.52	.000	
	53.Madde	0.49			.66	.61	.000	
	28. Madde	0.70			.75	.45	.000	
	16. Madde	0.63	1.703	3.703	.66	.41	.000	0.64
<b>Fak.5</b>	37. Madde	0.59			.69	.45	.000	
	26. Madde	0.53			.70	.44	.000	
	51. Madde	0.53			.71	.51	.000	
	43. Madde	0.52			.78	.62	.000	
<b>Fak.6</b>	34. Madde	0.51	1.519	3.301	.73	.56	.000	0.72
	45.Madde	0.48			.57	.39	.000	
	17.Madde	0.44			.63	.48	.000	
	7. Madde	0.77			.80	.31	.000	
	19. Madde	0.64	1.342	2.918	.75	.49	.000	0.68
	54.Madde	0.50			.76	.53	.000	

<b>Fak.7</b>	52. Madde	0.68	1.249	2.715	.77	.30	.000	0.48
	46. Madde	0.55			.85	.44	.000	
<b>Fak.8</b>	47. Madde	0.76	1.250	2.674	.80	.31	.000	0.45
	48. Madde	0.47			.81	.41	.000	
<b>Fak.9</b>	29. Madde	0.76	1.178	2.561	1.00	.39	.000	
<b>Fak.10</b>	11. Madde	0.81	1.096	2.384	.77	.27	.000	0.38
	22. Madde	0.50			.80	.27	.000	
<b>Fak. 11</b>	3. Madde	0.59	1.081	2.349	1.00	.41	.000	
<b>Fak. 12</b>	38. Madde	0.74	1.023	2.225	0.61	.27	.000	0.30
	24. Madde	0.58			0.89	.31	.000	
<b>Fak.13</b>	27. Madde	0.86	1.010	2.195	1.00	.31	.000	

### Güvenilirlik Çalışması

#### Taslak Ölçek ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

Ölçek geliştirme çalışmalarında özellikle likert tipi ölçek geliştirirken, ölçme aracında yer alan maddelerin iç tutarlılığını yani homojenliğini test etmek amacıyla, aracın güvenilir olduğunun değerlendirilmesi için Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmaktadır. Bu katsayının .40' ın altında olması ölçeğin "güvenilir olmadığını", .40 -.59 arası "düşük güvenilirlikte", .60 - .79 arasında "güvenilir" ve .80 – 1.00 arasında "yüksek güvenilirlikte" olduğunu ifade eder (Tezbaşaran 1996, Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2007). Yapılan faktör analizi sonucu Faktör 1'de 7 madde, Faktör 2'de 8 madde ve Faktör 3'de 30 madde toplanmıştır. Üç faktörlü olduğu belirlenen ölçeğin, her bir alt faktörü için güvenilirliği ortaya koymak amacıyla iç tutarlık katsayıları (Cronbach Alpha) hesaplanmıştır. Toplam 45 maddenin Cronbach alpha güvenilirliği .88'dir. ÖHPBKÖ' nin alt boyutlarının Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları incelendiğinde tüm örnekleme en yüksek "mesleki yetkinlik" .84 alt boyutu olduğu, "mesleki nitelikler" .81 ve "mesleki memnuniyet" alt boyutunun ise .74 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, üç boyutunda yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar ölçek maddelerinin birbirleriyle yüksek iç tutarlılığa ve yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 4).

**Tablo 4:** ÖHPBKÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

Alt boyut başlığı	Madde sayısı	Maddeler	Cronbach alfa güvenilirliği
<b>Mesleki Yetkinlik</b>	<b>7</b>	14, 18, 20, 32, 42, 44, 50	0.84
<b>Mesleki Memnuniyet</b>	<b>8</b>	6, 24, 29, 39, 41, 47, 53, 55	0.74
<b>Mesleki Nitelikler</b>	<b>30</b>	3, 4, 8, 7, 9, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 34, 37, 38, 40, 43, 45, 46, 48, 51, 52, 54	0.81
<b>Ölçek Toplam</b>	<b>45</b>	3, 4, 6, 8, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55	<b>0.88</b>

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öğrencilerin profesyonel benlik kavramlarını değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirilmeye çalışılmıştır.

Çalışmada 285 öğrenciye ait ölçek formu değerlendirmeye alınmıştır. Ölçekte yer alan toplam 55 madde ile öğrencilerin profesyonel benlik kavramları sorgulanmıştır. Ölçeğin güvenirlik aşamasında madde analizi yapılarak ölçeğin güvenirliğini ve faktör yapısını olumsuz etkilediği belirlenen 10 madde ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla kalan 50 maddeye uygulanan faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 63.2'sini açıklayan ve anlamlı olarak kabul edilen 3 faktörlü yapının uygun olduğuna karar verilmiştir. Ölçeğin K.M.O. örneklem yeterlilik ölçüsü ise 0.87 olarak bulunmuştur. Bu değer faktör analizi uygulamak için örneklem büyüklüğünün uygun olduğunu göstermektedir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen üç faktör "mesleki memnuniyet", "mesleki yetkinlik" ve "mesleki nitelikler" şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçeğin güvenirlik aşamasında 45 maddenin Cronbach Alpha değeri 0.88, elde edilen faktörlerin güvenirlik katsayıları ise 0.74 ile 0.84 arasında değişmektedir.

ÖHPBKÖ'ün, yüksek düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Öğrencilerde profesyonel benlik kavramının gelişim sürecini, düzeyini ve mezuniyet sonrası değişimini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla kullanılması önerilmektedir. Yanı sıra profesyonel benlik kavramını geliştirmeye yönelik eğitimsel müdahalelerin etkisini değerlendirmede kullanılabilir.

## KAYNAKLAR

- Aksayan S, Bahar Z, Bayık A ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Editör. İnci Erefe. Birinci baskı, İstanbul: Odak Ofset
- Arslan A (2006). Bilgisayar destekli eğitim yapmaya ilişkin tutum ölçeği. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3:2, 24-33.
- Arthur D (1995). Measurement of the professional self- concept of nurses: developing a measurement instrument. Nurse Education Today, 15:5,328-335.
- Arthur D, Thome S (1998). Professional self-concept of nurses: a comparative study of four strata of nursing students in a canadian university. Nurse Education Today, 18, 380-388.
- Aygin D, Eti Aslan F (2005) Kadın cinsel fonksiyon ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 25:3,393-399.
- Branch S (2000) Who will I be when I leave University - the development of professional identity. Paper presented at the Effective Teaching and Learning at University Conference. St Lucia.
- Brown B, O'Mara L, Hunsberger M ve ark. (2003). Professional confidence in baccalaureate nursing students. Nurse Education in Practice, 3,163-170.
- Büyüköztürk Ş (2007). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 5. Baskı, Ankara: Canteğin Matbaası.
- Costello CY (2004) Changing clothes: gender inequality and professional socialization. National Women's Studies Association Journal, 16:2,138-155.
- Deppoliti D (2008). Exploration how new registered nurses construct professional identity in hospital settings. The Journal of Continuing Education in Nursing June, 39:6, 255-262.
- Fagermoen S (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 25, 434-441

- Gözüm S, Aksayan S (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4:2, 9-20.
- Gregg MF, Magilvy JK (2001) Professional identity of Japanese nurses: Bonding into nursing. *Nursing and Health Sciences*, 3, 47-55.
- Karadağ A, Hisar F, Elbaş NÖ (2004). Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter. *Hemşirelik Forumu*, 7:4, 14-22.
- Lightstone E (1996). Professional self- concept of medical-surgical hospital nurses; a conceptual analysis. a thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of master of science. Graduate Department of Nursing Science University of Toronto.
- McKenna LG, Gren C (2004). Experiences and learning during a graduate nurse program; an examination using a focus group approach. *Nurse Education in Practice*, 4, 258-263.
- Öhlen J, Segesten K (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28:4, 720-727.
- Öner N (1997). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı*. 3. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.
- Sabancıoğulları S, Doğan S, Bircan H (2011) Klinik Hemşireleri İçin Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeği (HPBKÖ): Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 3:1, 16-28.
- Siebens K, Casterle BD, Abraham I ve ark.(2006). The professional self-image of nurses in belgian hospitals: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 71-82.
- Strasen L (1992). *The Image of Professional Nursing; Strategies for Action*. Chapter 1, "Gender socialization and the image of professional nursing", J.B. Lippincott Company, New York, London. p.61-63.
- Tavşancıl E (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. 1. baskı, Ankara: Nobel yayın dağıtım.
- Tezbaşaran AA (1996) *Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara: Özyurt Matbaası.
- Topkaya EZ, Yalın M (2005). Uygulama öğretmenliğine ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi. *Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Eğitimde Kuram ve Uygulama Dergisi*,1:1-2, 14-24.
- Turgay AS, Karaca B, Çeber E ve ark (2005) Hemşirelik öğrencilerinin mesleği algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8:1, 54-62
- Yeşilyurt S, Gül Ş (2007). Bilgisayar kullanma becerileri ve bilgisayarlara yönelik tutum ölçeği (BKBBYTÖ): geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *On dokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24, 79-88.





## MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMLARI İLE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

*INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS WITH PSYCHOSOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WHO EXPERIENCED MYOCARDIAL INFARCTION*

**Prof.Dr. Olcay ÇAM\***      **Ar.Gör. Sevgi NEHİR\*\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

\*\* Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Çalışma 12-15 Mart 2011 tarihinde Viyana’da 19. Avrupa Psikiyatri Kongresi’nde Poster bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

**Amaç:** Miyokard İnfarktüsü (MI) geçiren hastaların psikososyal uyum, depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi bu kapsamdaki erken girişimlerin başlatılmasına yardımcı olacaktır. Bu çalışmada, Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

**Gereç Ve Yöntem:** Ege Üniversitesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi’nde Ekim-Aralık 2009 tarihleri arasında MI tanısıyla yatan ve Kardiyoloji polikliniğine ayaktan gelen toplam 86 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 86 hasta ile araştırma yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Psikososyal Uyum Ölçeği”, “Beck Depresyon Envanteri” ve “Beck Anksiyete Envanteri” kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma sonucunda hastaların çoğunun erkek, yaş ortalamalarının  $57.50 \pm 10.43$  olduğu, evli, ilkökul mezunu olup, ailesi ile yaşadığı, sosyal güvencesinin olduğu, gelir durumlarının gidere göre dengeli olduğu belirlenmiştir.

Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumlarının (PAIS-SR toplam puan ortalaması  $48.51 \pm 16.57$  olarak iyi düzeyde olduğu, depresyon düzeylerinin ( $13.40 \pm 10.22$  puan ortalamaları ile) düşük düzeyde olduğu, anksiyete düzeylerinin ise ( $14.05 \pm 11.32$  puan ortalamaları ile) depresyona benzer şekilde düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Erken yaşta MI geçirenlerde, bekar yada yalnız yaşayanlarda, gelir durumu düşük olanlarda, stresle baş etmede güçlük yaşayan hastalarda hastalığa psikososyal uyumun daha kötü olduğu saptanmıştır. PAIS-SR puanı ile Depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

MI geçiren hastaların depresyon ve anksiyete puanları arttıkça, hastalığa psikososyal uyum puanları da artmakta dolayısıyla uyum düzeyleri düşmektedir. Hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamasının yüksek olması bireylerin hastalığına uyumlarını azaltmaktadır ( $p < 0.01$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak; kronik bir hastalık olan kalp hastalığının birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve hastaların hastalığa psikososyal

uyumunun artırılması sürecinde hemşireler, hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerini dikkate almalı ve hastaların psikososyal uyumunu geliştirmelerinde destek sağlamalıdır.

**Anahtar Kelime:** Miyokard infarktüsü, Psikososyal uyum, Hemşirelik, Depresyon, Anksiyete.

## ABSTRACT

**Introduction and Aim:** Myocardial Infarction (MI), psychiatric complications of the disease are among the most developed. Recognition of the psychosocial adaptation levels of patients with MI, and the determination of their levels of depression and anxiety, will be helpful in the launching of early initiatives in this area. This study was had performed to investigate of the relationship between depression and anxiety with the psychosocial adaptation, levels of patients who had experienced Myocardial Infarction (MI).

**Materials And Methods:** A total of 86 patients who were admitted to the Coronary Intensive Care Unit of Ege University with MI diagnosis between October and December 2009 and who visited the Cardiology Polyclinic as outpatients comprised the sampling of this study. Sample selection was not performed and research was carried out with 86 patients who agreed to participate. In the data collection a "Patient Introductory Information Form" involving the sociodemographic characteristics of the patients, "Psychosocial Adaptation Scale", "Beck Depression Inventory" and "Beck Anxiety Inventory" were used.

**Findings:** When the sociodemographic characteristics of the patients were scrutinized, it was determined that their mean age was  $57.50 \pm 10.43$  years. 76.7 % were males, 79.1 % were married, 40.7 % were elementary school graduates, 94 % were living with their families, 95 % had social security and 50.0 % had income equal to expenses.

Patients' mean psychosocial adaptation scores were moderately good PAIS-SR ( $48.51 \pm 16.57$ ), their mean depression scores ( $12.00 \pm 10.22$ ) were low and mean anxiety scores were at a similarly low level ( $11.00 \pm 11.32$ ).

It was determined that in patients experiencing MI at a younger age, in those who are unmarried or live alone, in those with low incomes and those who have difficulty coping with stress, psychosocial adaptation scores were lower. A significant positive correlation was found between PAIS-SR scores and scores for depression ( $p < 0.05$ ).

As the depression and anxiety scores of patients experiencing MI increase, their psychosocial adaptation scores increase, thus their levels of adaptation fall. Increased mean anxiety and depression scores will decrease individuals' adaptation to disease ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Consequently, during the process of reducing the negative effects exerted by heart disease, which is a chronic disease, on the individual, family and community and increasing patients' psychosocial adaptation, nurses should consider patients' individual and disease-related characteristics and provide support for them in developing their psychosocial adaptation.

**Key words:** Myocardial Infarction, Psychosocial Adaptation, Nursing, Depression, Anxiety.

## GİRİŞ

Günümüzde kronik hastalıklar, beklenen yaşam süresinin artması, hızlı kentleşme, yaşam içinde yaşanan stresler nedeniyle daha da önemli hale gelmiş, bütün ülkelerde bireyi etkileyen önemli sağlık sorunu olmuştur (Bonkier, Andrew, Littman 2002, Sakin 2007). Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunlar, hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini tedavi süresini masraflarını, hastalığın seyrini mortaliteyi ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir (Özkan 1993). Bireylerde geçici ya da sürekli

uyum bozuklukları gözlenebilir. Bireylerin hastalığa karşı tepkileri ve uyumları değişik olabilir. Hastalık birey üzerinde, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaygının türüne, tedavi ekibine ve hastaya bağlı olarak değişiklikler gösterebilir (Durademir 1993, Özkan 1993, Erdine 2008).

Kronik hastalıklar arasında kalp hastalıkları günümüzde yaygın olarak görülmektedir. Kalp hastalıkları 20. yüzyılın başlarında tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan azını oluşturmaktayken bu oran zaman içinde giderek artmış ve 21. yüzyılın başından itibaren kalp hastalıkları gelişmiş ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %50'sinden, gelişmekte olan ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %25'inden sorumlu hale gelmiştir (Stovsky1992, Sakin 2007). Dünya çapında kalp hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin 2020 yılında 1990 yılına oranla erkeklerde %100, kadınlarda %80 oranında artacağı düşünülmektedir. 2020 yılında 25 milyon insanın kalp hastalıkları nedeniyle öleceği ve Koroner Arter Hastalıkları'nın (KAH) dünyada en yaygın ölüm nedeni olacağı öngörülmektedir. Bunun anlamı her üç ölümden birinin kalp hastalıkları nedeniyle olacağıdır (World Health Report 2002). Gelişmekte olan ülkelere olan ülkemizin genç bir nüfus ortalamasına sahip olması nedeniyle kardiyovasküler risk faktörlerinin dağılımı diğer gelişmekte olan ülkelere kıyasla belirgin farklılıklar göstermektedir. Türk halkının %65'inin şehirlerde yaşaması hızlı endüstrileşmenin olumsuz (sigara içimi ve hayvansal yağdan zengin besin yeme alışkanlıklarında artma, sedanter yaşam vb.) etkileri sonucunda gelişmiş ülkelere benzer oranlarda ve sıklıkta kalp hastalıklarına bağlı ölüm gözlenmektedir. Bununla birlikte, yaş gruplarına göre kalp hastalıkları incelendiğinde, Avrupa içinde Türkiye'nin genç grupta en yüksek kalp hastalıkları oranlarına sahip olduğu görülmektedir (Onat 2001, Sakin 2007, www.tkd.org.tr: Eylül 2010).

Kalp hastalıkları ve özellikle Miyokard İnfarktüsü (MI) geçiren bireylerde, ruhsal olarak etkilenme daha fazla olmaktadır. MI ile ölüm ve beden imajına tehdit oluşturabilen bir hastalığı deneyimleyen bireylerde, ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde; ölüm ya da sürekli güçsüz kalma korkusu, hastalığın nedeni ve prognozundan emin olmama, beden imajına yönelik tehditler görülebilmektedir (Durademir 1993). Miyokard infarktüsü geçiren hastalar 4-8 haftalık dönemde, eski yaşantılarına geri dönmek de güçlük çekmekte, işini kaybetme, iş değiştirme ve boşanma gibi sosyal travmalarla karşılaşabilmektedir. Hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşamaktadır. Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde stres ve kriz etkisi ile ilgili çalışmalarda, MI'nün en ciddi zorlanma yapan hastalıklardan biri olduğunu ortaya konmaktadır. MI bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Bu durumdaki kendine yeterliliği ve işinin tehlikeye girdiğini düşünerek yaşam amaçları, cinselliği tehdit altında veya azalmış gibi hissedilmektedir. Hasta istediği gibi yaşayamayacağını, her şeyin kısıtlanacağını düşünebilir (Özkan 1993, Özer 2002).

MI geçiren insanların çoğu, son zamanlarda büyük bir üzüntü çektiklerini veya çok stresli günler geçirdiklerini ifade ederler. Bu üzüntülü olaylar mali kayıp, uzun süren

bir ilişkinin arkasından gelen ayrılıklar, işten ayrılma, ödenmesi zor bir borç yükü, bir yakının kaybı gibi depresyona sokabilecek birçok duygusal stresler olup, ani tansiyon yükselmeleri veya damar spazmları yaparak kalp krizine neden olur. Stresle gelen olaylar sağlıklı olmayı sağlayan doğal savunma düzeneklerinin zorlanmasına neden olur. Vücudun savunma düzenekleri ani strese, büyük üzüntülere karşı bedeni korur. Buna rağmen insanlar çok yoğun stres yaşadıklarında bu savunma düzenekleri yetersiz kalır (Bonkier 2002).

Stres ve öfkenin kişinin koroner hastası olma olasılığını arttırmakla kalmayıp, hastalık ortaya çıktıktan sonra da hastalığın ilerlemesine yol açtığı belirlenmiştir. Bu konuda yapılan değişik çalışmalar, koroner arter hastalarında stres döneminde anjina semptomları gösterdiklerini ve bu dönemlerde MI geçirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu kanıtlamıştır (Wittstein 2005, Sakin 2007). Aynı şekilde, kalp hastalığı olanların stresli dönemlerindeki semptomlarında ciddi derecede artış görülmektedir (Cicala 1997). Bu yüzden MI bireyleri ölüme kadar götüren ciddi bir sorundur. Psikososyal açıdan risk taşıyan hastaların psikososyal durumlarının tanınması, depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi; MI yönden risk taşıyan hastaların belirlenerek, risk grubundakilere yönelik gerekli erken girişimlerin başlatılmasına yardımcı olacaktır.

Bu yüzden bu çalışma da Miyokard İnfarktüsü (MI) geçiren hastaların psikososyal uyumunu, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenerek, bu özelliklerin hastalıkların hastalığa uyumlarındaki etkileinin ne şekilde olduğunu anlaşılmasına çalışılarak, MI geçiren hastaların psikososyal uyum ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 1 Ekim-31 Aralık 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde MI tanısıyla yatan hastalar ve Kardiyoloji polikliniğine ayaktan gelen MI geçirmiş tüm hastalar oluşturmuştur. Hasta seçimi konusunda herhangi bir sınırlama ve kriter belirlenmemiş olup, MI geçirmiş tüm hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 86 hasta ile araştırma yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurul izni ve Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alındıktan sonra toplanmıştır. Veriler, hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu", "Psikososyal Uyum Ölçeği (PAIS-SR)", "Beck Depresyon Envanteri" ve "Beck Anksiyete Envanteri" ile toplanmıştır (Beck et al. 1978, Beck et al. 1988, Derogatis 1986). Psikososyal Uyum Ölçeği (PAIS-SR), Derogatis tarafından 1986 yılında geliştirilmiş, hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan, çok boyutlu bir ölçektir (Derogatis 1986). Ülkemizde psikososyal ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır (Adaylar 1995). Psikososyal Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 138'dir. Psikososyal Uyum Ölçeğinden alınan düşük puanlar

hastalığa “iyi psikososyal uyumu”, yüksek puanlar hastalığa “kötü psikososyal uyumu” göstermektedir. Ölçekte 35’in altındaki puanlar “iyi psikososyal uyumu”, 35 ile 51 arası puanlar “orta derecede iyi psikososyal uyumu”, 51’in üstündeki puanlar “kötü psikososyal uyumu” ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir. Beck Depresyon Envanteri, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde Beck Depresyon Envanterinin Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Şahin (1989) tarafından yapılmıştır (Şahin 1989, Savaşır, Şahin 1997). Beck Depresyon Envanterinde 21 madde olup her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. Beck Anksiyete Envanteri, Beck tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde Beck Anksiyete Envanterinin Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır. Beck Anksiyete Envanterinde 21 madde olup her madde 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu anksiyete şiddetinin yüksek oluşunu gösterir (Beck et al. 1978, Beck et al. 1988).

Veriler SPSS 13.5 paket programı ile sayı-yüzde dağılımları, standart sapma ve ortalamalar ile verilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlere etkisi parametrik testlerden “t”-testi, varyans testi, korelasyon testi, nonparametrik testlerden Mann-Whitney U Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılmıştır.

## BULGULAR

**Tablo 1:** Hastaların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
<b>Yaş Grubu</b>		
32-42 yaş	7	8.1
43-52 yaş	16	18.6
53-62 yaş	38	44.2
63-72 yaş	19	22.3
73-83 yaş	6	6.8
<b>Yaş Ortalama</b>	57.50±10.43	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	20	23.3
Erkek	66	76.7
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	3	3.5
Evli	68	79.1
Eşi Ölmüş	8	9.3
Eşinden Ayrılmış	7	8.1
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	5	5.8
İlkokul	35	40.7
Ortaokul	9	10.5
Lise	16	18.6
Lisans ve Lisan üstü	21	24.4

<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	18	20.9
Hayır	68	79.1
<b>Aile Gelir Durumu</b>		
Gelir Gidere Göre Fazla	3	3.5
Gelir Gidere Göre Eşit	43	50.0
Gelir Gidere Göre Az	40	46.5
<b>Hastalığa Bağlı Stres Yaşama Durumu</b>		
Evet		
Hayır	53	61.6
Kısmen	24	27.9
	9	10.5
<b>Hastalığa Bağlı Stresle baş etme Durumu</b>		
Evet		
Hayır	33	38.4
Kısmen	23	26.7
	30	34.9
<b>TOPLAM</b>		
	86	100.0

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması  $57.50 \pm 10.43$  olup, %8.1'i 32-42 yaş, % 18.6'sı 43-52 yaş, %44.2'si 53-62 yaş, %6.8'i 73-83 yaş grubu arasındadır. %76.7'si erkek, %79.1'i evli, %40.7'si ilkokul mezunudur. Araştırmaya katılan hastaların %94'ünün ailesi ile yaşadığı, %95'nin sağlık güvencesinin olduğu, %50.50'sinin gelir durumunda ise, gelirin gidere göre eşit olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hastalığa ilişkin bulgular incelendiğinde; %61.6'sının kronik hastalık öyküsünün olduğu, %65.1'inin eskiden sigara kullandığı, %40.7'sinin arada bir alkol kullandığı, %61.6'sının hastalığa bağlı stres yaşadığı, %38.4'ünün stresle baş edebildiği belirlenmiştir. Hastalar stresle baş etmek için aile desteği, yürüyüş, ortam değişikliği yaparak, hastalık üzerinde fazla düşünmeyerek, ilaç kullanarak baş edebildiğini ifade ettiği görülmüştür.

**Tablo 2:** Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğindeki Alt Ölçeklere İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=86)

PAİS	Madde Sayısı	$\bar{X}$	Min.	Max.
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8	$9.76 \pm 2.51$	2	16
Meslek/İş Çevresi	6	$9.06 \pm 1.78$	4	14
Aile Çevresi	8	$7.69 \pm 4.84$	0	23
Cinsel İlişkiler	6	$6.00 \pm 2.81$	0	12
Geniş Aile İlişkileri	5	$4.56 \pm 3.64$	0	15
Sosyal Çevre	6	$4.46 \pm 4.79$	0	18
Psikolojik Alan	7	$6.94 \pm 4.85$	0	21
Hastalığa Psikososyal Uyum	46	$48.51 \pm 16.57$	25	114

Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyum düzeylerinin (PAIS-SR toplam puan ortalaması  $48.51 \pm 16.57$ ) iyi düzeyde olduğu, psikososyal uyum alt puan

ölçeklerinden en olumsuz etkilenmenin; sağlık bakımına oryantasyon, mesleki/iş çevresi, aile çevresi alanlarında olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3:** Hastaların Psikososyal Uyum Ölçeği ve Depresyon puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (N= 86)

<b>Sosyo-demografik Özellik</b>	<b>n=86 (%)</b>	<b>Psikososyal. Puan Ort.</b>	<b>t, MWU (Z) P</b>	<b>Depresyon Puan Ort.</b>	<b>t, MWU (Z) P</b>
<b>Yaş</b>		48.51±16.57		13.40±10.22	
<b>32-58</b>	<b>44(51.2)</b>	<b>54.84±18.06</b>	t=3.918	<b>16.52±11.63</b>	t=3.029
59-83	42(48.8)	41.88±11.70	P=0.000	10.14±7.30	<b>P=0.003</b>
<b>Medeni Durum</b>					
<b>Bekar</b>	<b>18(20.3)</b>	<b>50.50±21.1</b>	Z= -0.175	<b>17.77±12.85</b>	Z= -1.977
Evli	68(79.7)	47.98±15.2	P= 0.861	12.25±9.17	<b>P=0.040</b>
<b>Gelir Durumu</b>					
<b>Gelir-Giderden Az</b>	<b>40(46.2)</b>	<b>56.62±17.71</b>	t= -4.736	<b>18.25±11.62</b>	t= -4.546
Ve gelir gider dengeli	46(53.8)	41.45±11.73	<b>P=0.000</b>	9.19±6.43	<b>P=0.000</b>
<b>Stresle Baş Etme Durumu</b>					
Evet	63(73.25)	47.04±15.77	Z= -1.201	11.49±9.06	Z= -2.779
<b>Hayır</b>	<b>23(26.75)</b>	<b>52.52±18.37</b>	P= 0.236	<b>18.65±11.54</b>	<b>P=0.000</b>
<b>Eğitim</b>					
<b>Lise Altı</b>	<b>49 (57)</b>	<b>50.08±16.70</b>	t=1.011	<b>14.63±9.66</b>	t=1.284
Lise ve Üzeri eğitim	37 (43)	46.43±16.39	P=0.315	11.78±10.34	P=0.203

Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların depresyon düzeylerinin (13.40±10.22 puan ortalamaları ile) düşük düzeyde olduğu, anksiyete düzeylerinin ise (14.05±11.32 puan ortalamaları ile) depresyona benzer şekilde düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların psikososyal uyum ortalaması 58 yaş altı olanlarda 54.84±18.06, hastaların depresyon puan ortalaması 58 yaş altı olanlarda 16.52±11.63, hastaların anksiyete puan ortalaması 58 yaş altı olanlarda 17.20±11.32 olarak belirlenmiştir. Erken yaşlarda MI geçirmiş olan hastaların psikososyal uyumlarında olumsuz etkilenme ile, depresyon ve anksiyetede daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Hastaların psikososyal uyum puanları arttıkça, depresyon ve anksiyete puanları da artış göstermiştir. Hastalarda anksiyete depresyon arttıkça hastalığa psikososyal uyumu azalmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Bu değişkenler hastaların psikososyal uyum puanı, depresyon durumları ve anksiyete durumları erken yaşta olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Hastaların erken yaşlarda MI geçirmiş olmaları, psikososyal uyum, depresyon ve anksiyete puanları artmış olup bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Hastaların psikososyal uyumları olumsuz olduğunda hastalarda anksiyete ve depresyon daha fazla görülmektedir.

Erken yaşta MI geçirenlerde, bekar yada yalnız yaşayanlarda, gelir durumu düşük olanlarda, stresle baş etmede güçlük yaşayanlarda, MI geçiren hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının da daha kötü olduğu saptanmıştır. PAIS-SR puanı ile Depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların psikososyal uyum puan ortalaması eğitim düzeyi ilköğretim olanlarda  $50.08 \pm 16.70$  olup, hastaların depresyon puan ortalamaları ise eğitim düzeyi ilköğretim olanlarda  $14.63 \pm 9.66$ , hastaların anksiyete puan ortalamaları eğitim düzeyi ilköğretim olanlarda  $16.53 \pm 9.21$  olarak belirlenmiştir. Bu değişkenlerden eğitim düzeyi ilköğretim olanların eğitim durumu lise-lisans-yüksek lisans olanlara göre, psikososyal uyumları ve depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı yükseklik göstermemiştir ( $p > 0.05$ ). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça anksiyete puan ortalamaları azalmaktadır. Hastaların eğitim durumları lise-lisans-yüksek lisans olanların, eğitimi ilköğretim olanlara göre anksiyete puan ortalamaları azalmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça hastalar daha az anksiyete yaşamıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 3).

Hastaların anksiyete puan ortalamalarının cinsiyete göre değişimi incelendiğinde, kadın olanları  $18.95 \pm 11.24$ , erkek olanlarının ise  $12.57 \pm 8.52$  olduğu belirlenmiştir. Kadın hastaların erkek hastalara göre, anksiyete puanı yüksek bulunmuş olup, bu farklılık da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 3).

Hastaların cinsiyet, çalışma durumları, kronik hastalığa sahip olma, ailede kalp hastalığı öyküsü olma, daha önce MI konusunda bilgi sahibi olma, evde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olması hastaların psikososyal uyum, depresyon puan, anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4:** Hastaların Psikososyal uyum, Depresyon Ölçeği ve Anksiyete Ölçekleri arasındaki Korelasyon Değerleri

	<b>Psikososyal Uyum Ölçeği Puan</b>	<b>Depresyon Puan</b>	<b>Anksiyete Puan</b>
<b>Psikososyal Uyum Ölçeği Puan</b>		0.801**	0.561**
<b>Depresyon Puan</b>	0.801**		0.669**
<b>Anksiyete Puan</b>	0.561**	0.669**	

\*\* $p < 0.01$

MI geçiren hastaların depresyon ve anksiyete puanları arttıkça, hastalığa psikososyal uyum puanları da artmaktadır. Başka bir değişle bireylerde depresyon ve anksiyete varsa hastalığa psikososyal uyumun azaldığı görülmektedir ( $p < 0.01$ ) (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarının psikososyal uyum düzeyleri, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, hastalığa uyumu arttırmada ve girişimlerin planlanmasında önem taşımaktadır. Kalp hastalığı olan bireylerin sosyal ve psikolojik sorunlar yaşadığı, emosyonel, fiziksel durumlarının ve işlevlerinin önemli düzeyde olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Carels et.al 2004, Durna ve Akın 2006). Bu çalışmada da, MI geçirmiş hastalarda Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların sosyal ve psikolojik sorunlar yaşayanların önemli düzeyde



olumsuz etkilendiği ile uyumlu olarak kalp hastalarında hastalığa genel olarak psikososyal uyumun olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır.

Anksiyete ve depresyon; kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda bağımsız bir risk faktörü olduğu kadar kardiyovasküler hastalıklar oluşuktan sonra da tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyen, tanı ve tedavi gerektiren ciddi ruhsal sorunlardır. Anksiyete ve depresyon, tanı konulduğunda kolay ve tedavi edilebilir ruhsal sorunlar olduğu halde, kardiyovasküler hastalıklarda genellikle fark edilmediğinden tedavi yapılamamakta ve ciddi sonuçlara hatta ölümlere yol açabilmektedir. Ayrıca anksiyete ve depresyon bireyin kardiyovasküler sorunlar nedeniyle tekrarlı hastane yatışlarını arttırmakta ve hastalığın psikososyal uyumunu bozmaktadır (Dülgerler 2009, www.tkd.org.tr: Eylül 2010).

Çalışmada hastalarda depresif semptomların, anksiyetenin olması ve hastaların önceki yıl içerisinde stresli yaşam olayları yaşaması gibi psikososyal faktörlerin hastalığa psikososyal uyumlarında güçlükle yaşandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar da MI geçiren hastalarda anksiyete ve depresyonun görüldüğü ve hastalığa psikososyal uyumlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür (Özer, Şenuzun, Tokem 2009). Petrie ve ark. (1996) yaptığı çalışmada MI geçirdikten sonra hastaların fiziksel yetersizlikler ve psikolojik uyumsuzluk nedeniyle çalışamayacaklarından dolayı sosyal çevrelerinden uzak kalma, üretkenliklerini kaybetme ve ekonomik sorunlar yaşama konularında endişe duyduklarını bildirmişlerdir. Carney Freedland (2003) yaptığı çalışmada, hastaların depresyon semptomlarının olması bireylerin MI geçirme riskini arttırdığı belirlenmiştir. Li et al. (2002) yaptığı çalışmada MI geçiren erkeklerde önceki yıl içinde geçirilmiş kötü olay hikayesi gibi stresli yaşam olaylarının yaşandığı belirlenmiştir. Yaptığımız çalışma bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir.

Hastaların bekar olması, eşten ayrılması, eşin ölümü gibi yaşam olayları ve durumların hastalığa psikososyal uyumu olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bireylerin sosyal desteğinin yetersiz olmasının, bireylerin stresle baş etmede güçlük yaşamasına sebep olduğu psikososyal uyumu olumsuz etkilendiği ve depresyonun daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sosyal destek azlığı veya duygusal desteğin yetersiz olmasının koroner arter hastalığı sıklığını 2-3 kat artırdığını bildiren çalışmalar vardır (Yazıcı, Yazıcı 2003). Stresle baş etmede sigara ve alkol kullanımının artışı ve/veya otonomik uyarılmanın artması olduğu düşünülmektedir. Frasure-Smith ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000); sosyal destek gereksiniminin karşılandığı hastaların; hastalığın yönetiminde daha etkin olduğu ve kalp hastalığı riskinin daha az olduğu belirlenmiştir.

Bu noktada sağlık bakım profesyonelleri hastaların kuşku ve endişelerinin farkında olmalı ve tedavi kararlarını vermelerinde hastalara yardımcı olmalıdır. Aynı zamanda, aile ve arkadaşların hastayı desteklemek ve sosyal etkileşimi güçlendirmek için nasıl bir katılım göstereceklerini araştırmak önemlidir. Aile üyeleri ve arkadaşların psikososyal uyum, depresyon ve anksiyete hakkında eğitilmeleri, onların hastalığın sonuçlarını anlamalarına ve baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir ve böylelikle sosyal destek yetersizlik riski azalabilir. Çalışmada kadınların daha fazla

anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Sosyal desteğin olmaması, yalnız yaşamak kadın hastaların ev işlerini ve aile rollerini yerine getirememesine ve bunun sonucunda kendilerini baskı altında hissetmelerine neden olduğu belirtilmiştir (Fadiloğlu 2009).

Çalışmada erken yaşta MI geçirmiş olanların daha fazla psikolojik stres yaşadıklarını belirlenmiştir. Yaşı 58 ve 58'in altında olan hastalar, yaşamlarını bir şekilde tehdit eden olaylarla karşı karşıya kaldıklarını, fakat yoğun iş yaşamına ve ailesel sorumluluklara sahip olduklarını düşünmeleri nedeniyle kendilerini daha yüksek anksiyete/ depresyonlu algılamış olabilirler. Genç hastaların iş yaşamında aktif rol almaları ve sahip oldukları sorumluluklar, bu grupta psikolojik strese neden olan en önemli faktörler olarak düşünülebilir.

Eğitim seviyesinin psikososyal uyum ile ilişki içinde olduğu ve yüksek eğitim düzeyinin uyumu arttırdığı bildirilmektedir (Rockwell, Riegel 2001, Durna, Akın 2006 ). Bu çalışmada eğitim durumu ile hastalığa psikososyal uyum arasında fark olduğu, eğitim durumu yükseldikçe hastalığa psikososyal uyumun daha olumlu etkilendiği görülmüştür. Eğitim düzeyi düşük hastalarda, psikososyal uyum ve aile çevresi alanının eğitim düzeyi yüksek hastalara kıyasla olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Bu bulgu, yüksek eğitim düzeyinin hastalığa uyumu kolaylaştırdığı, dikkatin eğitim düzeyi düşük kişilere yoğunlaştırılması gerektiği ve kalp yetersizliği durumunda hastanın hastalığa uyumunun artırılması için eğitimin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır.

MI geçirmiş hastaların psikososyal uyum ölçeğinin alt boyutlarından mesleki/iş çevresi alandaki olumsuz etkilenme görülmüştür. Hastaların mesleklerini yerine getirememeleri ekonomik sorunlar yaşamalarını ve hastaların hastalığa psikososyal uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür. Hastaların hastalık nedeni ile mesleki işlerinin etkilenmesi gelir kaybına neden olduğu, gelir durumunun azalması da aile çevresini olumsuz etkilediği belirlenmiş, hastaların hastalığa psikososyal uyumunda güçlük yaşadığı ortaya çıkmıştır. Mesleki/iş çevresindeki olumsuz etkilenme hastaların çalışamaması ve gelir kaybı yaşamaları kalp hastalarının, ekonomik açıdan desteklenmeye ihtiyaç duydukları dikkat çekmektedir. Durna ve Akın'ın (2006) yaptığı çalışma da hastaların gelir kaybı yaşamaları hastaların hastalığa psikososyal uyumlarını olumsuz etkilediğini belirlenmiştir. Literatürde MI geçiren insanların büyük bir mali kayıp, işten ayrılma, ödenmesi gereken zor bir borç yükü gibi depresyona kadar giden duygusal stresler ani tansiyon yükselmeleri veya damar spazmları yaparak MI geçirmeye neden olduğu bildirilmektedir (Kınıkoğlu 2009). Literatür bulguları yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermiştir.

Mesleklere göre dağılımda, hastaların çoğunluğunun çalışmadığı, emekli (%79.1) olduğu belirlenmiştir. Bilindiği gibi emeklilik dönemi; kişinin yaşca ileri olduğu, çalışma dönemine göre ekonomik gücünün azaldığı ve aktivitelerinin yavaşladığı pasif bir yaşam dönemidir. Bu durumların kalp hastalıklarına yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir. Koroner kalp hastalığına yakalanma MI geçirmiş olmak, bu hastalıkta ölüm riski yönünden bir kişinin iş durumu, diğer risk faktörlerine göre, oldukça güçlü bir belirleyicidir. Belli bir nedenle işlerini kaybeden ya da işi olmadığı için çalışmayan

insanlarda da kalp damar hastalık riskini işsizliğe bağlı aşırı stres nedeniyle arttığı belirlenmiştir (Kınıkoğlu 2009).

Çalışmada MI geçirmiş hastaların psikososyal uyum ölçeğinin alt boyutlarından cinsel ilişkiler alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu durum bireyler maddi stres altında yaşamaya alışabilir. Günlük hayatta stresle baş edebilir. Fakat maddi stres, libidoyu etkileyerek birey farkında olmadan azalmaya başlar. Hastaların ekonomik sorunlar yaşamaları libidoyu düşürerek bu durumunda hastaların hastalığa psikososyal uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür.

Yıldız ve Pınar (2004)'ın yapmış olduğu çalışmada; hastalar MI sonrası cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma olduğu görülmüştür. Miyokard infarktüsü sonrası cinsel disfonksiyon prevalansı %50-75 olarak tespit edilmiştir (Yıldız, Pınar 2004). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan bir araştırmada MI geçiren erkek hastaların %44'ünde erektil disfonksiyon saptanmış ve bunun organik nedenleri arasında %53 oranında arteriyel hastalık bulunduğu ortaya konulmuştur (www.tkd.org.tr: Eylül 2010).

Literatürde MI sonrası cinsel disfonksiyonun çoğunlukla psikolojik kaynaklı olduğu ve genellikle hastaların cinsel aktivite sıklığında ve tatmininde azalma görüldüğü belirtilmektedir (Drory, Gerber 2009). Cinsel aktivite sıklığındaki azalma nedeni olarak daha çok yeni bir MI geçirme ve ölüm korkusu gösterilmektedir (Yıldız, Pınar 2004). Araştırmalar, kalp hastalarının çoğunda mevcut olan cinsellik esnasında kalp krizi geçirme korkusunun ereksiyon sorununa neden olabildiğini göstermektedir (Kınıkoğlu 2009).

Çalışmada MI geçirmiş hastaların gelir durumu psikososyal uyum ölçeğinin alt boyutlarından geniş aile ilişkiler, sosyal çevre alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Gelir durumu düşük olan hastaların psikososyal uyum alt ölçek alanlarından geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre alanlarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Bireylerin işsiz olması ailenin dengesini de bozar. Bireyin yetersiz ve güçsüz hissetmesi, hep evde oturması aile bireylerini rahatsız eder. Gamlı yüz ifadesi, umutsuzluk, ailede herkesin ağzının tadını kaçıırır. Ailenin bu sorunu yansıtmama çabaları; agresyon ve öfke patlamalarına neden olur. Hastaların ekonomik sorun yaşamaları aile ilişkilerini olumsuz etkilemekte sosyal olamamalarına neden olmakta ve MI sonrası hastalığa uyumu güçleştirmektedir (www.psikoloji-psikiyatri.com: Eylül 2010).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Birçok kronik hastalıkta hastalar tarafından yaşanan ve algılanan psikolojik sorunlar arasında en yaygın bilinenler anksiyete ve depresyondur. Miyokard infarktüsünde de, hem bakım hem de iyileşme süreci boyunca hastaların büyük bir çoğunluğunda anksiyete ve depresyon görülmektedir. Hastalık yönetimi ve hastalığa uyum üzerinde birçok olumsuz etkiye neden olabilmesi nedeniyle, MI'lı hastaların

psikolojik sorunlarının uygun şekilde tanınması, yönlendirilmesi ve tedavisinin yürütülmesinde sağlık profesyonellerine büyük görev düşmektedir.

Sonuç olarak; sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük, sosyal desteği olmayan, anksiyete ve depresyon riski yüksek olan, stresle başetmede zorluk çeken hastaların daha fazla risk taşıdığı bilinerek, bu grubun dikkatle ele alınması gerekmektedir. Bu amaçla hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri dikkate alınarak psikososyal uyumun değerlendirilmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilip, psikososyal uyumlarını arttıracak yaklaşımların planlanması önem kazanmaktadır. MI hastalarının sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, sosyal desteği olmayan hastaların hastalığa uyum açısından risk grubunda ele alınması önerilmektedir. Hastaların hastalığa psikososyal uyumunun artırılmasına yönelik psikoeducatif programların düzenlenmesi, bu amaç çerçevesinde hemşire tarafından bütüncül hasta bakımı ile gerekli yaşam biçimi değişiklikleri hakkında hastaya başetme yöntemlerini geliştirme konularında eğitim vermeyi içeren hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması, psikososyal uyumlarının belirlenmesi ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- Adaylar (Aygün) M. (1995) Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığına tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56:893-897.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1978) An inventory for measuring depression, *Arch Gen Psychiatry* 4:561-571.
- Bonkier B, Andrew B, Littman. (2002) Psychiatric Disorders and Coronary Heart Disease in Women-A Stili Neglected Topic: Reviewv of the Literature from 1971 to 2000; *Psychother Psychosom*: 71(3): 133-140.
- Carels RA, Musher-Eizenman D, Cacciapaglia H, Perez- Benitez CI, Christie SO, Brien W. (2004) Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients: a within-individual approach. *J Psychosom Res*, Jan; 56(1): 95-101.
- Carney RM, Freedland KE. (2003) Depression, Mortality, and Medical Morbidity in Patients with Coronary Artery Disease. *Biol Psychiatry* ;54:241-247.
- Cicala SR. (Ed) Tümer G. (1997) Kalp Hastalıkları, Medico Graphics Ajans Matbaacılık;HYB Yayıncılık, Ankara.
- Derogatis LR. (1986) The Psychosocial Adjustment to İllness Scale (PAIS), *Journal of Psychosomatic Research*, 30 (1): 77-91.
- Drory Y, Gerber Y (2009). Prospective cohort study of patients with a first acute myocardial infarction in Israel: study description, *Aug;148(8):507-10, 573*.
- Durademir AB (1993) İlk kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda ve Hastaların Eşlerinde Anksiyete Düzeylerinin Saptanması, İstanbul Üniversitesi, sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Durna Z., Akın S. (2006) Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumunu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2):3-5.
- Dülgerler Ş. (2009) Anksiyete Ve Depresyon Öğrenim Hedefi: Kalp hastalarında sık karşılaşılan anksiyete ve depresyonun tanısı ve yaklaşımında neler yapılması gerektiğinin belirlenmesi, 25. Ulusal Kardiyoloji Kongresi, Sözel Bidiri, 24 Ekim, İstanbul.

- Erdine S., Turfaner N. (2008) Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62,Mart, S:143-146 .İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.
- Fadıloğlu Ç. (2009) Sosyal Destek Öğrenim Hedefi: Kalp hastalarında sosyal destek ile ilgili neler yapılabileceğinin gözden geçirilmesi, 25. Ulusal Kardiyoloji Kongresi, Sözel Bildiri, 24 Ekim, İstanbul.
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G. et al. (2000) Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction, *Circulation*;101;1919-1924.
- Kınıkoğlu M. (2009) Kalbinize Sahip Çıkmın, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic A.Ş. I. Baskı, s:25-33, İstanbul.
- Li J, Hansen D, Mortensen PB, Olsen J. (2002) Myocardial infarction in patients who lost a child: a nationwide prospective cohort study in Denmark. *Circulation*; 106:1634-39.
- Onat A. (2001) Risk factors and cardiovascular diseases in Turkey. *Atherosclerosis* 156:1-10.
- Özer CZ (2002) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Mccorkle ve Young'ın Semptomlardan Rahatsızlık Duyuma Ölçeği ve Ferrans ve Powers'in Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmasının Yapılması Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Özer ZC, Şenuzun F, Tokem Y. (2009) Miyokard enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi, *Türk Kardiyoloji Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*;37(8):557-562.
- Özkan S.(1993) Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, Roche Yayınları, 103-8.
- Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. (1996) Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ*;312:1191-4.
- Rockwell JM, Riegel B (2001) Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung*, 30(1):18-25.
- Sakin TŞ (2007) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde oluşturulan popülasyonda kardiyovasküler risk faktörlerinin araştırılması, demografik özellikler ve psikososyal etkilerin değerlendirilmesi, İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Savaşır I, Şahin NH (1997) Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme; Sık kullanılan ölçekler, *Türk psikologlar derneği yayınları*, no.9, s:23-35, 67-70.
- Stovsky B. (1992) Nursing Interventions for Risk Factor Reduction, *Nursing Clinics of North America*; 27:1, 257-270.
- Şahin NH. (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği güvenirligi, *psikoloji dergisi*, 7 (23, 3-13).
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 12:74-81.
- Wittstein I (2005) Neurohumoral features of Myocardial stunning due to sudden emotional stress, *New England, journal of medicine*, sayı:10, ss:539-48.
- World Health Report (2002) Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, s:2-19.
- [www.ezberim.com/psikoloji-psikiyatri-ruh-ve-sinir-hastaliklari/](http://www.ezberim.com/psikoloji-psikiyatri-ruh-ve-sinir-hastaliklari/), Ekonomik krizin psikoloji üzerine etkisi, Erişim Tarihi Eylül 2010.
- [www.tkd.org.tr/kilavuz/ko7.htm](http://www.tkd.org.tr/kilavuz/ko7.htm), Akut miyokard infarktüsü'nde erken dönemde risk tayini, risk derecelerinin belirlenmesi, Erişim Tarihi: Eylül 2010.
- Yazıcı K, Yazıcı AE (2003) Kardiyovasküler hastalıklarda psikososyal risk etkenleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4:106-112.
- Yıldız H, Pınar R. (2004). "Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Cinsel Disfonksiyon", *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4(4):309-317.



## GERİATRİK CERRAHİDE HASTA BAKIMI

### PATIENT CARE IN GERIATRIC SURGERY

**Uzm. Hemş. Burcu TOTUR\***      **Doç.Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ\*\***

\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

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

### ÖZET

Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfus artmaktadır. Geriatrik gruptaki hastaların yarısının ölmeden önce herhangi bir nedenle cerrahi girişim geçirdiği tahmin edilmektedir. Buna karşın yaşlanmanın hücresel düzeyde ve organ sistemlerinde yol açtığı değişiklikler nedeniyle yaşlılar cerrahi tedaviyi daha az tolere etmektedirler. Artan yaş, hastalığa bağlı yaşam süresinin azalmasına ve cerrahi morbidite ile mortalitenin artmasına yol açmaktadır. Ayrıca yaşlanmanın neden olduğu fizyolojik ve psikososyal değişiklikler de söz konusudur. Bu nedenle ameliyat olacak geriatrik hastaların, genç ve orta yaşta hastalara verilen bakımdan daha farklı bir bakıma gereksinimleri vardır.

Bu makalede, geriatrik cerrahide risk faktörleri, geriatrik cerrahi hastasının hemşirelik bakımı ve geriatrik cerrahi hastasının rehabilitasyonu tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** yaşlı, yaşlı bakımı, perioperatif, cerrahi, perioperatif hemşirelik, geriatri hemşireliği.

### ABSTRACT

*Like the general trend in the world, the elderly population is increasing in our country. It is estimated that half of the patients in the elderly group had surgical intervention because of any reason before their death. Despite this; elderly can tolerate the surgical treatment less, because of the changes in cellular level and organ systems during ageing. Nonetheless, increasing age causes the life span due to the disease to decrease and the surgical morbidity and mortality to increase. In addition, there are some physiological and psychosocial changes caused by the getting old process. For this reason, the elderly patients who are going to have surgery have different care needs compared to the care given to the young and middle-aged patients.*

*In this article, risk factors of geriatric surgery, nursing care activities of geriatric surgery patients and rehabilitation of geriatric surgery patients are discussed.*

**Key Words:** elderly, elderly care, perioperative, surgery, perioperative nursing, geriatric nursing.

### GİRİŞ

Geriatri grubundaki hastaların yarısına, ölmeden önce herhangi bir nedenle cerrahi girişim yapıldığı tahmin edilmektedir. Geriatrik hastalarda gerçekleştirilen ameliyatlardan katarakt ekstraksiyonu, prostatın transüretal rezeksiyonu, herni

onarımı, kolesistektomi ve kalça fraktürünün revizyonu gibi girişimler ilk sıralarda yer almaktadır (Şenel 2005).

Geriatrik cerrahi hastasının bakım ve tedavisindeki perioperatif ya da perianestezik risklerin önemi gün geçtikçe artmaktadır (Saufl 2004). Geriatrik hasta için anestezi tekniği ne olursa olsun cerrahi riskin ortaya konulması için öncelikle iyi bir preoperatif değerlendirme yapılmalı, var olan hastalıkların kontrolü yapılmalı ve ameliyat için optimum koşullar sağlanmalı, uygun ilaçlarla perioperatif hemodinamik stabilizasyon sağlanmalı, mümkün olan en kısa sürede cerrahi işlem gerçekleştirilmeli, gerekli görülürse invaziv monitorizasyon yapılmalı, perioperatif hipoksemi, hiperkapni, hipotermi ve deliryum önlenmelidir (Çakar ve Denker 2006).

Geriatrik cerrahi için biyolojik yaş, kronolojik yaşa göre daha ayırıcı bir risktir. Diğer bir deyişle cerrahi risk açısından, geriatrik hastanın fonksiyonel durumu gerçek yaşından daha önemlidir. Çünkü yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde ve organ sistemlerindeki değişiklikler yaşlılarda cerrahi tedavi gerektiren durumların daha az tolere edilmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda artan yaş, hastalığa bağlı yaşam süresinin azalmasına ve cerrahi morbidite ile mortalitenin artmasına yol açar (Saufl 2004). Cerrahi mortalite ve morbiditenin en önemli nedenleri kardiyovasküler, solunum ve üriner sistemlerdeki bozukluklardır. Kronik hastalıklar (osteoartrit, diabetes mellitus, anemi v.b.) da mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (Bailes 2000)

Yaşlı grupta risk faktörlerinin artmasına karşın, günümüzde yaşlanma konusunda daha fazla bilgi sahibi olunması, gelişmiş anestezi, cerrahi, izleme teknikleri ve bakım sayesinde perioperatif mortalite ve morbidite oldukça düşüktür. Yaşlanmanın neden olduğu fizyolojik ve psikososyal değişiklikler, ameliyat olacak yaşlı hastalara, genç ve orta yaştakilere verilecek bakımdan daha farklı özellikleri olan bir bakım verilmesini gerektirir (Erdil 2005). Hemşireler geriatrik hasta bakımını planlarken, hastanın bireysel özelliklerini, yaşlılığın vücutta oluşturduğu fizyolojik ve mental değişiklikleri, geriatrik hastadaki cerrahi risk faktörlerini, ilaçların etkilerini, yara iyileşmesi ve ağrı gibi durumları özellikle dikkate almalıdırlar (Uzun 2000).

## **GERIATRİK HASTANIN AMELİYAT ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI**

Yaşlılarda sıklıkla görülen beslenme bozukluğu, idrar ve gaita inkontinansı, kas-sinir hastalıkları, anemi ve dehidratasyon ameliyat olacak hasta için önemli sorunlardır. Ameliyat öncesi dönemde geriatrik hastadan kapsamlı bir anamnez alınması ve fiziksel değerlendirme yapılması, ameliyat öncesi değerlendirmenin temelini oluşturmaktadır (Callahan-Faut ve Tuzik 1992). Ameliyat olacak geriatrik hastanın ameliyat öncesi değerlendirilmesi, genel görünüm, beslenme durumu, mobilite, kas-iskelet durumu, bilişsel ve psikososyal durum, kronik hastalıkları ve tedavi durumu, laboratuvar ve diğer test sonuçları, kullandığı ilaçlar ve cerrahi prosedürün planlanması gibi konuları içerir (Bailes 2000, Erdil 2005).

Cerrahi başarıyı etkileyeceği için yaşla birlikte sistemlerde görülen değişikliklerin bilinmesi gereklidir. Bu değişiklikler aşağıda belirtilmiştir.



**Solunum sistemi:** Geriatrik hastada göğüsün ön-arka çapının artması, toraksın esnekliğinin azalması, kamburluk, göğüs duvarı sertliğinin gelişmesi, derin nefes alma ve öksürme yeteneğinin azalmasına neden olmaktadır (Erdil 2008). Bu durumlar, özellikle sigara alışkanlığı olan, ameliyat sonrası yatak istirahatına alınan hasta için solunum sisteminde atelektazi ve pnömoni gibi sorunlara neden olabilir (Bailes 2000). Hemşire, ameliyat öncesi dönemde hastaya derin solunum, sakıncası yoksa öksürük egzersizlerini ve spirometre kullanımını öğretmelidir (Bailes 2000, Erdil ve Özhan 2001, Asher 2004).

**Kardiyovasküler sistem:** Yaşlanmayla birlikte tüm büyük damarlar elastikiyetini önemli oranda kaybeder, aterosklerotik değişiklikler ve sol ventrikül hipertrofisi gelişir. Kalp kapakçıkları da kalınlaşır ve sertleşir (Erdil 2008). Geriatrik hastalarda görülen fizyolojik değişiklikler ameliyat sonuçlarını etkileyen hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, aritmi, iletim bozuklukları, kalp yetersizliği, kalp blokları ve inme gibi rahatsızlıklara neden olabilirler. Ameliyat öncesi birkaç gün kan basıncının kontrol altında tutulması kalp hastalıklarının görülme riskini azaltır. Kalp blokları görülen hastalara ameliyat öncesi dönemde transvenöz pacemaker uygulanmalıdır. Kalp yetersizliği olan hastalar dispne, raller, juguler ven distansiyonu ve ödem açısından değerlendirilmelidir. Daha önce miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda ameliyat öncesi dönemde en az 6 ay bekletilmelidir (Dunn 2004).

**Duyusal Değişimler:** Geriatrik hastadan, doğru bir anamnez alınabilmesi ve sağlıklı bir fiziksel değerlendirme yapılabilmesi için hasta ile iyi iletişim kurulmalıdır. İletişim sağlanabilmesi için ise hastanın işitme ve görme gibi fiziksel engellerinin farkında olunmalıdır. İşitme engeli olan geriatrik hasta ile yavaş, açık ifadelerle ve yüz yüze konuşulmalı, gerekli ise söylenenler tekrar edilmeli, ses tonu hastanın duyabileceği şekilde ayarlanmalı, gerektiğinde işaret dili kullanılmalı ve anlatılanların anlaşıldığından emin olunmalıdır (Kee ve Miller 1999, Dunn 2004, Saufi 2004). Görme engeli olan geriatrik hasta için ise oda iyi aydınlatılmalı, hasta mümkün olduğunca yalnız bırakılmamalıdır. Ayrıca duyu yetersizlikler geriatrik hastada anksiyeteye ve ameliyat öncesi dönemde verilecek eğitimin yetersiz olmasına neden olmaktadır (Kee ve Miller 1999).

**Beslenme durumu:** Ameliyat öncesi geriatrik hastaların beslenme durumlarının, sıvı elektrolit dengelerinin düzenlenmesi ve sistemlerdeki bozuklukların kontrol altına alınması önemlidir (Erdil ve Özhan 2001). Geriatrik hastalarda beslenme bozuklukları, ağız hijyenin bozuk olması, ağız içindeki yapısal etmenler gibi nedenlerle dişlerin bir kısmının ya da tamamının kaybedilmesi, tat ve koku alma yeteneğinin azalması ameliyat öncesi dönemde sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. Bu durumda hemşire hastanın beslenmesine yardımcı olmalı, yutma güçlüğü olan hastada az ve sık öğünlerle beslenme yolunu tercih etmeli ve gerektiğinde beslenme desteği sağlamalıdır (Uzun 2000). Beslenme durumunun değerlendirilebilmesi için hastanın boy-kilo ölçümü yapılmalı, beden kitle indeksi hesaplanmalı ve serum-albumin düzeyi kontrol edilmelidir (Asher 2004). Ciddi malnütrisyon durumlarında ameliyat ertelenebilir. Ameliyatın ertelenmesi uygun değilse, hastanın beslenme durumu enteral ya da parenteral beslenmeyle düzenlenmeye çalışılır (Erdil 2005).

Geriatrik hastanın ağız hijyeni, mevcut dişler ve protezleri de değerlendirilmeli ve bakımları sağlanmalıdır (Kanbur 1998). Özellikle eksik dişler ve diş protezleri anestezi için önemlidir çünkü entübasyon sırasında protezler yerinden çıkabilir, yer değiştirebilir ve hava yolunu tıkayabilirler (Uzun 2000). Dudak kuruma ve çatlamlarına karşı ise yumuşatıcı krem ve pomatlar uygulanmalıdır (Kanbur 1998).

**Ağrı:** Ameliyat sonrası dönemde etkin ağrı yönetiminde ameliyat öncesi dönemdeki ağrı değerlendirmesi önemli bir yer tutar. Yaşlılarda organ sistemlerinde ortaya çıkan pek çok değişikliğe rağmen ağrının algılanmasının değişmediği düşünülmektedir. Demans ve Alzheimer gibi bozukluklar ağrıyı tanımlamada hastanın uygun ifadeleri bulamamasına neden olabilir. İştme ve görme engelleri de iletişim sorunlarına yol açtığından ağrıyı değerlendirmek için mimikler kullanılabilir. Ağrısını ifade edemeyen hastalarda ise pozisyon, inleme, ağlama, ovalama, sallanma gibi ağrıyı belli eden davranışlar gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca ağrı ile ilgili sözel ve sözel olmayan ipuçları kayıt edilmelidir (Larsen 2000).

**Düşme ve yaralanmalar:** Geriatrik hastalar, genel güçsüzlük, mobilitenin azalması, inkontinans, uykusuzluk, konfüzyon, depresyon ve görmenin azalması gibi nedenlerle yaralanma ve düşmelere karşı daha fazla risk altındadır. Geriatrik hastada fiziksel yetersizliklerin neden olabileceği düşme riskini azaltmak için güvenli hastane ortamı sağlanmasına önem verilmeli ve bu konuda çeşitli önlemler alınmalıdır (Fulmer 1992).

Yapılan çalışmalar, etkin bir ameliyat öncesi hazırlığın, hasta bakım kalitesinin artırılmasında ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişiminin önlenmesinde önemli olduğunu göstermişlerdir (Callahan-Faut ve Tuzik 1992).

## **GERİATRİK HASTANIN AMELİYAT SIRASINDAKİ HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ameliyat dönemi hastanın fizyolojik dengesinin sürdürülmesi üzerine temellendirilmektedir. Yaşlılığın etkisi, kronik hastalıkların bulunması ve anestezi komplikasyonları bu dengeyi etkilemektedir (Callahan-Faut ve Tuzik 1992). Geriatrik hastalar için kullanılacak birkaç çeşit anestezi seçeneği vardır. Bu anestezi seçenekleri, genel anestezi, spinal, epidural ve diğer regional bloklar (örneğin femoral sinir bloğu, brakial ve aksiler bloklar) dır. Spinal anestezi, kalça kırığı ve diz replasmanı gibi ortopedik ameliyatlarda kullanılmaktadır (Asher 2004).

Geriatrik hastanın cerrahi deneyimle baş edebilmesi için mümkün olduğunca doğal bir çevre yaratılmalı, hastanın kendisini izole ve yalnız hissetmemesi için hastayla iletişim kurulmalıdır. Hasta uyanırken ya da anestezi verilmeden önce hastanın mahremiyetinin sağlanması ve özelinin korunması hemşirelik bakımının önemli bir kısmını oluşturur (Callahan-Faut ve Tuzik 1992).

Geriatrik hastada kemik dokusundaki zayıflama ve osteoartritler ameliyat sırasında pozisyon verirken daha dikkatli hareket etmeyi gerektirir (Bailes 2000, Uzun 2000, Erdil 2008). Kemik çıkıntıları korumak için pozisyon verme aletleri ve yumuşak yastıklar kullanılmalıdır. Kemik çıkıntılarının olduğu alanlar kızarıklık ve solukluk yönünden değerlendirilmelidir (Bailes 2000, Uzun 2000).

Ameliyat sırasında geriatrik hastanın nabızı, tansiyonu, vücut ısısı, cilt ve dokuların oksijenlenme durumu izlenmelidir. Anestezik ajanlar, nabız ve kan basıncında değişikliklere ve kardiyopulmoner sistem üzerinde baskılara neden olabilirler. Bu nedenle geriatrik hastalarda anestezik olarak regional bloklar önerilmektedir (Westhead 2007).

Hastanın sıvı-elektrolit düzeyi takip edilmelidir. Özellikle uzun süren ameliyatlarda dehidratasyon, geriatrik hastalar için ortak problemdir. Ameliyat öncesi dönemde yapılan bağırsak temizliği ve diüretik kullanımı dehidratasyon için risk faktörleridir. Ameliyat sırasında dehidratasyon bulgularının belirlenebilmesi için hastanın, yaşamsal bulgularının, aldığı-çıkardığı sıvıların, kan-elektrolit düzeylerinin ve cilt turgorunun takibi yapılmalıdır. Ayrıca hastanın mukoz membranları ve cilt yüzeyi de değerlendirilmelidir (Asher 2004).

Geriatrik hastalarda ameliyat sırasında karşılaşılabilecek diğer bir önemli problem ise yağ tabakalarının azalması nedeniyle ısı regulasyonunun sağlanmaması sonucu hipotermi gelişmesidir (Uzun 2000, Erdil 2008). Hastaların hipotermiden etkilenmemeleri için ısıtıcı battaniyeler kullanılabilir, başları sarılabilir ve ayaklara %100 pamuklu çorap giydirilebilir (Asher 2004).

## GERİATRİK HASTANIN AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Ameliyat sonrası dönem, hastanın ayılma odasına ya da yoğun bakıma alınması ile başlar ve hastanın taburcu edilmesi ile sona erer. Ameliyat sonrası dönemde geriatrik hastaların bakımına daha fazla önem verilmesi ve hemşirelerin geriatrik hasta bakımı konusundaki bilgilerinin artması nedeniyle ameliyat sonrası taburculuk süreleri kısalmıştır. Ameliyat sonrası hasta bakımında, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi değerlendirmesi, ağrı kontrolü, sıvı-elektrolit dengesi, yara iyileşmesi temel konulardır (Callahan-Faut ve Tuzik 1992). Ameliyatı sona eren geriatrik hasta, yaşam bulguların takibi açısından öncelikle monitorize edilmeli ve hastaya oksijen verilmelidir (Bailes 2000, Uzun 2000).

**Solunum sistemi:** Yaşlanma ile böbreklerin azalan fonksiyonu, atık ürünlerin ve anestezik maddelerin daha uzun sürede vücuttan atılmasına neden olur. Bu nedenle solunum sistemi oksijen saturasyonu izlenerek değerlendirilmelidir. Özellikle akciğer hastalığı olan geriatrik hastalarda oksijen saturasyonunun %93-%95 olması normal karşılanabilir. Ayrıca hastanın solunum sesleri, sayısı ve ritmi değerlendirilmelidir.

**Kardiyovasküler sistem:** Hemşire geriatrik hastadaki kardiyovasküler sistemdeki değişiklikleri dikkatle değerlendirmeli ve izlemelidir (Bailes 2000, Uzun 2000). Kardiyovasküler değerlendirme açısından hastanın EKG ritmi izlenmeli, tansiyon, sıvı-elektrolit, hemoglobin ve hematokrit düzeyleri takibi yapılmalıdır (Bailes 2000, Asher 2004). Hastada ameliyat öncesinde anemi bulunmasının, kan kaybı nedeniyle ameliyat sonrasında daha ciddi bir sorun oluşturabileceği unutulmamalıdır (Erdil 2008). Spinal anestezisi uygulanan hastalarda ise hipotansiyon gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır (Bailes 2000).

Geriatrik hasta, ameliyat sonrası dönemde erişkin hastalara oranla ısı düzenleme mekanizmalarındaki yetersizlik ve metabolik fonksiyonlardaki bozukluklar nedeniyle hipotermi açısından daha fazla risk altındadır (Bailes 2000, Dunn 2004). Bu nedenle hastanın beden ısısı kontrol edilmeli ve ısıtıcı battaniyeler ya da hava ile ısıtma sistemleri kullanılmalıdır (Asher 2004).

**Ağrı:** Cerrahi girişim yapılan geriatrik hastalarda morbitide ve mortalitede ameliyat sonrası analjezi önemli bir yer tutmaktadır (Larsen 2000). Yaşlılarda demans ya da konuşma güçlüğü gibi bir durumun bulunması ağrıyı belirlemede güçlük yaratır (Erdil 2008). Geriatrik hastalar, daha düşük doza yanıt verdikleri, ağrıdan daha az şikayet edip daha az analjezik istedikleri için genellikle yaşlıların gençlere oranla daha az analjeziye ihtiyaçları olduğu kanısı yerleşmiştir. Bu nedenle yaşlılara gereğinden daha az analjezik verilmektedir (Larsen 2000). Ayrıca geriatrik hastalar hasta kontrollü analjezi gibi yeni tedavi yöntemlerini kullanmada kararsız kalabilir ya da ilaç bağımlılığı gelişmesinden korkabilirler (Erdil 2008).

Artan geriatrik hasta sayısı ve tedavi edilmemiş ameliyat sonrası ağrıya bağlı ciddi riskler düşünüldüğünde en uygun ağrı değerlendirme gereçlerinin belirlenmesi şarttır. Geriatrik hastalarda ağrının değerlendirilmesinde Visuel Analog Scala (VAS) kullanılırken hataların artabileceğinden bahsedilmektedir. Bu nedenle hastalar tarafından daha kolay yanıtlanan 6 kelimedenden oluşan Verbal Rating Scala (VRS) kullanılması önerilmektedir. Sözlü ağrı tanımlayıcı skalalar ve McGill Ağrı Skalası yaşlılar dahil tüm erişkinlerde güvenle uygulanabilir.

Ağrı şiddeti cerrahi bölgesine göre değişkenlik gösterir. Yüzeysel işlemlerde ağrı hafifken gövdedeki operasyonlarda daha şiddetlidir. Torakotomi, sternotomiden daha ağrılıdır. Subkostal insizyonlar, alt abdominal insizyona göre daha ağrılıdır. Büyük eklemlerdeki ortopedik girişimler de oldukça rahatsız edicidir. Ameliyat sonrası ağrının derecesi önceden kestirilebilirse buna göre gerekli girişimler önceden planlanabilir. Çoğu geriatrik hastada ameliyat sonrası dönemde özellikle ilk birkaç gün dokunmaya bağlı olarak akut nöropatik ağrı ortaya çıkar. Bunun sebebi cerrahiye bağlı sinirde travma ya da ameliyat sırasında pozisyon verme hatalarına bağlı periferik sinir basısı olabilir.

Yaşlılarda kas dokusu ve cilt altı bağ dokusundaki değişiklikler nedeniyle analjezi için cilt altı ve kas içi enjeksiyonlardan kaçınılmalıdır. İntravenöz yol tercih edilmelidir (Dunn 2004, Şenel 2005).

**Duyusal Gereksinimler:** Hastanın anesteziyenin uyanması sırasında, işitsel ve görsel yetersizlikleri var ise bunlar dikkate alınarak hastanın ameliyatının sonlandığı, derlenme odası ya da yoğun bakım ünitesinin fiziksel koşulları ve buradan ne zaman çıkacağı gibi konularda bilgilendirme yapılmalıdır (Westhead 2007).

**Beslenme durumu:** Ameliyat sonrası dönemde geriatrik hastada negatif nitrojen dengesi görülebilir. Bu durumda yoğun beslenme desteği ile negatif nitrojen dengesi azaltılabilir. Bu arada hastalık süresince besin ihtiyacının arttığı ve hasta olan organ; sistem, hücre grubu ve bunların yaşlılıktaki fonksiyonları dikkate alınmalıdır (Yüzbir 1998). Ameliyat sonrasında bulantı-kusmayı önlemek için hastaya verilecek besinlerin

miktarı yavaş yavaş artırılmalı ve aspirasyonu önleyici önlemler alınmalıdır (Erdil 2008). Tüp beslenmesi ya da parenteral beslenme oral yoldan enerji ihtiyacının giderilemediği durumlarda gerekli olabilir (Yüzbir 1998).

**Yara iyileşmesi:** Yaşlılıkta cildin kanlanması azalma, makrofaj sisteminde atrofi, oto antikorlarda artış olması, yapısal glikoproteinlerde azalma, solunum sistemi fonksiyonlarında azalma nedeniyle parsiyel arteriyel oksijen basıncında ve vital kapasitede azalma gibi nedenler ameliyat sonrası yara iyileşmesini etkilemektedir. Geriatrik hastada yara iyileşmesi yavaştır ve özellikle arteriosklerozu olan geriatrik hastalarda yara enfeksiyonu görülme sıklığı yüksektir. Geriatrik hastada, yara enfeksiyonuna yatkınlık olduğu için, yara bakımının aseptik koşullarda yapılması önemlidir (Uzun 2000, Erdil ve Özhan 2001).

**Eliminasyon:** İnkontinans sorunu olan geriatrik hastada idrar ve dışkılama ihtiyacı karşılandıktan sonra perine bölgesi zaman geçirmeden temizlenmeli ve perine bölgesinin temizliği sık aralıklarla yapılmalıdır (Erdil ve Çelik 2007). Ayrıca idrar inkontinansı için hastalara perine egzersizleri öğretilmelidir. Üriner kateter uygulanan hasta enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir. Sıvı-elektrolit takibi yapılmalıdır (Uzun 2000).

**Cilt yüzeyi:** Ciltteki değişiklikler nedeniyle geriatrik hastanın vücut yüzeyi sık aralıklarla gözlenmelidir. Cilt temizliği yapılırken sabun, alkol ve sıcak su kullanmaktan kaçınılmalıdır. Sabun ve alkol deriyi kurutarak, bası yaralarının açılmasını kolaylaştırır. Ilık su ile temizlenip kurulandıktan sonra lanolinli kremlerle masaj yapılması ile cildin kurumayı önlenir (Erdil ve Çelik 2007).

**Mental durum:** Geriatrik hastada algılama azalmış, yanıt verme zamanı uzamıştır. Bu nedenle hemşire hastanın mental durumunu belirlemek için kısa ve anlaşılır sorular sormalıdır. Hasta konfüze durumda ise fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olunmalıdır. Fiziksel hareketsizlik deliryumun ilerlemesine neden olur (Bailes 2000). Deliryumun gelişmesi morbiditeyi, hemşire bakım yoğunluğunu, hastanede yatış süresini, taburculuk sonrası bakımevlerinde yatma oranını ve en önemlisi mortaliteyi arttırmaktadır (Topeli 2000) Hastanın çevreye uyumunu sağlamak ve daha az miktarda sedatif ve analjezik kullanmak deliryumu önlemede etkili olabilmektedir.

**Taburculuk planı:** Geriatrik hasta için yapılacak taburculuk planı interdisipliner olmalıdır. Aynı zamanda aile üyelerini de koordine etmek amacıyla kapsamlı bir şekilde yapılmalıdır (Uzun 2000). Taburculuk öncesinde hasta ve yakınlarının hazırlığı çok önemlidir. Yapılacak taburculuk planı içerisinde evde bakım, yapılmaması gereken aktiviteler, uygulanacak diyet ve ilaçlar, gelişebilecek komplikasyonlar, ameliyat sonrası kontrol için kliniğe ne zaman ve nasıl başvuracağı gibi konular da yer almalıdır (Erdil ve Özhan 2001).

## **KAYNAKLAR**

- Asher ME (2004). Surgical considerations in elderly. *J Perianesth Nurs*, 19:6, 406-414.
- Bailes BK (2000). Perioperative care of elderly surgical patient. *AORN J*, 72:2, 186-207.
- Callahan-Faut M, Tuzik W (1992). Care of the perioperative geriatric patient. (içinde) Fulmer TT, Walker MK (ed). *Critical care nursing of the elderly*. New York: Springer Publishing Company, 219-236.
- Çakar KS, Denker ÇE (2006). Geriatrik anestezi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Anestezi ve Reanimasyon*, 2:6, 126-136.
- Dunn D (2004). Preventing perioperative complications in an older adult. *Nursing*, 34:11, 36-41.
- Erdil F (2005). Yaşlıların perioperatif hemşirelik bakımı. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, Bornova: Ege Üniversitesi Basımevi, 155-175.
- Erdil F (2008). Yaşlılarda ameliyat sonrası bakım. *Gebam Bülteni*. Erişim tarihi: 25/08/10. <http://gebam.hacettepe.edu.tr/bultenler/gebambulten2008.pdf>
- Erdil F, Çelik SŞ (2007). Yaşlı hastada bası yaraları nasıl önlenir? *Gebam Bülteni*. Erişim tarihi: 25/08/10. <http://gebam.hacettepe.edu.tr/bultenler/gebambulten2007.pdf>
- Erdil F, Elbaş NÖ (2008). Cerrahi hemşireliği (Perioperatif hemşirelik). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 5. baskı, Ankara: Kaya Matbaacılık, 97-136.
- Fulmer TT (1992). Common geriatric problems and their management. (içinde) Fulmer TT, Walker MK (ed). *Critical care nursing of the elderly*. New York: Springer Publishing Company, 61-82.
- Kanbur F (1998). Yaşlı hastalarda hemşirelik bakımı. *Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu*, İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 143-146.
- Kee CC, Miller V (1999). Perioperative care of the older adult with auditory and visual changes. *AORN J*, 70:6, 1012-1019.
- Larsen P (2000). Effective pain management in older patients. *AORN J*, 71:1, 205-208.
- Saufl NM (2004). Preparing the older adult for surgery and anesthesia. *J Perianesth Nurs*, 19:6, 372-378.
- Şenel AC (2005). Geriatrik hastalarda postoperatif analjezi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 22:1, 33-37.
- Topeli A (2000). Yoğun bakım ünitesinde geriatrik hasta. *Geriatri*, 3:4, 151-154.
- Uzun Ö (2000). Yaşlı hastanın perioperatif hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16:1, 107-117.
- Westhead C (2007). Perioperative nursing management of the elderly patient. *Can Oper Room Nurs J*, 25:3, 34-41.
- Yüzbir N (1998). Yaşlıda beslenme. *Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu*, İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 109-122.

## SKLERODERMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI

### SCLERODERMA AND NURSING CARE

**Yard.Doç.Dr. Yasemin TOKEM**      **Ar.Gör. Filiz ÖZEL**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

### ÖZET

Skleroderma; nadir görülen kronik, otoimmün bir hastalıktır ve romatizmal hastalıklar içinde sınıflanır. Erken belirtileri; Reynaud fenomeni olarak adlandırılan el ve ayak parmaklarında renk ve ısı değişiklikleri, parmak uçlarında ortaya çıkan yara ve şişliklerdir. Sertleşen deri yavaş yavaş lokalize olduğu bölgeden yayılır ve tüm vücudu etkileyebilir. Sklerodermada tutulum genellikle eklemler, kan damarları ve sindirim sisteminde olmakla birlikte, bazen de akciğer, kalp ve böbreklerde ortaya çıkar. Skleroderma hastalarının tedavisi çoğunlukla, hastalığın seyriyi değiştiren stratejilerden çok, organa özgü yaklaşımlar üzerine odaklıdır ve hemşirelik bakımının amacı; hastanın hastalığı ve yönetimi bilmesini ve hastalıkla yaşamayı öğrenmesini sağlamaktır.

**Anahtar kelimeler:** Skleroderma, Reynaud fenomeni, kalsinoz kutis, özefagial disfonksiyon, sklerodaktili, telanjiektazi, hemşirelik bakımı

### ABSTRACT

*Scleroderma is a rare chronic autoimmune disease and classified into rheumatic diseases. Among the early symptoms, Reynaud's phenomenon known as color and temperature changes in fingers and toes, sore and swollen toes are emerging. Hard skin, spreads and eventually may affect the whole body. Involvement is usually the joints, blood vessels, in the digestive system, sometimes the lungs, heart and kidneys revealed. The treatment of scleroderma patients, often changed the course of the disease rather than strategy, is focused on organ-specific approach. The aims of nursing care in a patient with scleroderma are to provide knowing the illness and its management, and learning to live and deal with scleroderma.*

**Key words:** Scleroderma, Raynaud's phenomenon, calcinosis, esophageal dysfunction, sklerodactylia, teleangiectasia, nursing care

### GİRİŞ

Skleroderma; kronik, otoimmün, sistemik bir bağ doku hastalığıdır ve kelime olarak Yunanca "sert deri" anlamına gelir (Büyük 2006; Brown 2010). Deri ve iç organların bağ dokularında ilerleyici fibroz ile karakterizedir. Organların morfolojisinde ve kan damarlarında değişikliklerin yanı sıra immün sistem fonksiyonlarında da bozulmaya yol açmaktadır. (Sierakowska ve ark. 2007; Oksel 1999).

İnsidansı yıllık milyonda 2-20 yeni olgu, toplumdaki prevalansı ise milyonda 30-120 olarak verilmektedir. Tüm toplumlarda ilk atak sıklıkla 30-50 yaş arası görülmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla görülme sıklığı ortalama 4 kat daha fazladır (İnanç ve ark 2007, Özgen 2010).

Skleroderma; neden olduğu deri sertlikleri, kontraktürler ve iç organ tutulumlarıyla morbidite ve mortaliteyi ciddi oranda etkilemesi, özellikle genç kadınlarda beden imajı ve algısında oluşturduğu değişiklikler nedeniyle önemli psikososyal sorunlara yol açması, genç yaş grubunda oluşması nedeniyle iş yaşamında kayıplara neden olması ve genel anlamda tüm hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi bakımından bütüncül bir yaklaşım/ bakım gerektirmektedir (Brown 2010). Buradan yola çıkılarak bu yazıda; sklerodermalı bir bireyde hastalığa bağlı oluşan semptomların yönetilmesi, hastalığı kabullenerek onunla yaşaması için eğitimlerin planlanması ve ekip yaklaşımı doğrultusunda bakımın planlanmasını irdelemek amaçlanmıştır.

### **Sklerodermanın Etiyolojisi**

Skleroderma otoimmün bir hastalık olarak bilinmesine rağmen patogenezi tam olarak anlaşılamamış ve nedenleri hakkında değişik teoriler geliştirilmiştir (Na 2011). Skleroderma etiyojisinde bir takım çevresel (virüsler ve çeşitli kimyasal maddeler gibi) ve genetik faktörlerin rol oynadığı rapor edilmiştir. Sklerodermalı hasta yakınlarında hastalığın görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir, ancak ailesel kümelenme belirgin değildir, monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre hastalık sıklığında belirgin artış olmadığı gösterilmiştir. Bu bulgular çevresel faktörlerin hastalığın gelişiminde belirgin etkileri olabileceğini göstermektedir (Büyük 2006). Mineraller (altın, silika, uranyum) ve organik solventlerle çalışanlarda skleroderma sıklığının arttığı belirtilmiştir (Chen ve ark. 2003).

### **Sklerodermanın Klinik Belirtileri**

Sklerodermanın erken belirtileri, el ve ayak parmaklarında renk ve ısı değişiklikleri (Reynaud fenomeni), parmak uçlarında ortaya çıkan yara ve şişliklerdir (Gürgey 1995, Özgen 2010). Ayak parmakları veya parmak uçları hızla beyaza sonra maviye dönüşür; bu sıklıkla, 15 dakikada gelişir (www.livestrong.com). Skleroderma deri ve iç organlarda fibrozise neden olur. Oluşan fibroz sonucu etkilenen deri ve iç organlarda sertleşmeye dayalı işlev bozuklukları görülür. El ve ayak parmak uçlarındaki deri, genellikle burun üzerindeki deride olduğu gibi çabuk sertleşir ve parlaklaşır. Sert deri daha sonra yayılır ve sonunda bütün vücudu etkileyebilir. Hastalığın erken evrelerinde parmaklarda şişlikler ve eklem yaraları ortaya çıkabilir. Hastalığın seyri boyunca iç organlar da tutulur ve uzun dönemli sonuçlar iç organ tutulumunun tipi ve şiddetine bağlıdır. Bu nedenle, iç organların gerekli testlerle değerlendirilmesi önemlidir. Ancak, skleroderma için özgül kan tetkikleri yoktur (Gürgey 1995, Özgen 2010).

Sierakowska ve ark.(2007)'nin yaptıkları çalışmada hastaların %61.3'ünde dizestezi (ağrılı karıncalanma), %53.2'sinde ayak parmaklarında ülserasyon, %65'inde deri kalınlaşması ve %43.5'inde sabah tutukluğu olduğu saptanmıştır. Hastaların %60.3'ü dispne yaşamaktadır ve bu sıklıkla hastalığın 5.-14. yıllarında ortaya çıkmaktadır. Hastaların %60.3'ü efor dispnesi yaşarken, %84.1'nin nadir olarak öksürük sorunu



yaşadıkları bulunmuştur. Hastaların %55'inde günlük yaşamlarında zorluk yaşadığı ve yardıma ihtiyacı olduğu, %80'inden fazlasında çabuk yorulma ve bitkinlik hissi, %32.3'ünde yüksek kan basıncı olduğu rapor edilmiştir. Ağrı; sklerodermalı hastaların en önemli problemlerinden biridir, özellikle hastalığın ilk 4 yılında en sık yaşanan semptomdur ve hastaların yaklaşık %67.7'sinin sık sık ağrı hissettiği bildirilmiştir. Hastaların %71.4'ünün sosyal, fiziksel ve mental aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Hastaların; hastalıklarının kronik ve ilerleyici karakteriyle ilişkili büyük sorunlar yaşadıklarına inandıkları bildirilmiştir. Bu sorunların neler olduğu incelendiğinde; %14 psikolojik problemler, anksiyete ve korku, %71.4 sosyal aktivitelerde problemler, %34.9 işsizlik, %60.3 yutma güçlüğü, %73 mide yanması, %49.2 diyare/ konstipasyon, %27 genel kuvvetsizlik, %26 hareket zorluğudur.

### **Sklerodermanın Komplikasyonları**

Sklerodermalı hastalarda birincil düzeyde oluşan sorun; pulmoner arteriyel hipertansiyondur ve hastaların %15'ini etkiler. İntertisyel akciğer hastalığı prevalansı ise; %25-90 arasındadır ve mortalite ile yakından ilişkilidir. Akciğer volümünün büyük miktarda kaybı genellikle hastalığın ilk 2 yılında olur ve pulmoner nedenlere bağlı ölümler sıklıkla hastalığın 6-10. yıllarında gelişir. Sklerodermanın kalp dokusunda oluşturacağı skarlaşma; kalp ritim bozukluklarına ve kalp yetmezliğine yol açabilir, perikardit gelişmesine neden olabilir. Sklerodermanın renal belirtileri otopsi sonuçlarına dayanılarak %60-80 hastada geliştiği bildirilmiştir. Böbrek yetmezliği ile sonuçlanan sklerodermada (hastaların %10'u) klinik durum "skleroderma renal krizi" olarak tanımlanır, damar tıkanıklığı ve böbrek dokusunun iskemisi ile ilişkili böbrek fonksiyonlarında akut bozulma görülür. Renal krizlere bağlı hastalarda anemi gelişebilir. Sklerodermada gastrointestinal komplikasyonlar intestinal dismotilite, malabsorbsiyon ve beslenme bozukluğudur. Sklerodermalı hastalarda immünosupresif tedavi ve parmak ülserleri/gangren veya pulmoner bronşektazi gibi hastalığın lokal komplikasyonlarına bağlı enfeksiyon da gelişebilir (Otterness 2005, Farber ve ark. 2009, Khanna ve ark. 2009; www.skleroderma.org 2011).

### **Sklerodermada Sınıflama**

Sklerodermanın, sistemik ve bölgesel olmak üzere iki ana tipi mevcuttur. Bölgesel skleroderma her yaşta görülebilir; 20-40 yaşları arasında en sıktır ve kadınlarda 2-3 kat daha fazla görülür (Sehgal ve ark. 2002; Büyükhatipoğlu 2007). Sistemik skleroderma, hastalarda görünen bulgulara dayanarak CREST sendromu olarak da adlandırılır. CREST sendromu ismini bulguların baş harflerinden almıştır: Calcinosis, Raynaud's fenomenon, Esophageal dysfunction, Sklerodactylia, Teleangiectasia.

*Kalsinoz kutis (Calcinosis):* Özellikle parmak uçlarında (nadiren el, yüz ve dirseklerde) olmak üzere bağ dokusunda aşırı kalsiyum birikimi ve plaklaşma olur (Büyükhatipoğlu 2007).

*Reynaud fenomeni (Raynaud's Phenomenon):* Genel popülasyondaki oranı %3 - %5 gibi yüksek bir orana sahiptir. Sistemik sklerozlu hastaların % 75'i ve sınırlı sklerodermalıların neredeyse tamamı Reynaud fenomeni ile başlar. Parmaklarda,

tırnaklarda, kulaklarda ve hatta burundaki küçük kan damarlarında daralma gözlenir (Büyükhatipoğlu 2007).

Reynaud fenomeni, soğuk veya emosyonel stres ile karşılaşıldığında parmaklarda ortaya çıkan paroksizmal vazospazmdır. Hastaların %60-90'ını 20-30 yaş grubu kadınlar oluşturur. Soğuk iklimlerde bu hastalığa daha sık rastlanmaktadır (Gülmen 2002, Canbaz ve ark. 2004, Özen ve ark. 2007).

Reynaud fenomeni primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer Reynaud yalnız başına görülebildiği gibi daha sonradan gelişebilecek olan romatolojik hastalıkların öncül bulgusu olabilmektedir. Sekonder Reynaud fenomeni ise pek çok romatolojik hastalıklarla beraber bulunabilmektedir (Büyükhatipoğlu 2007).

Reynaud fenomeniden şüphelenildiğinde, altta yatabilecek skleroderma gibi bağ dokusu hastalıkları ve beta bloker, ergotamin gibi ilaç kullanımı yönünden araştırılmalıdır. Vazospastik atak sırasında ortaya çıkan karakteristik cilt rengi değişikliği (beyaz, mavi-mor, kırmızı) görüldüğünde tanı konulması kolaydır. Vazospastik atağı tetiklemek için soğuk-sıcak su testi veya bazal cilt ısısı tayini Reynaud fenomeninin tanısında değerlidir (Canbaz ve ark. 2004).

Otoimmün romatolojik hastalıklarda Reynaud fenomeni prevalansı; bazı romatizmal hastalıklarda %5-30 arasında değişiklik gösterirken (örn: romatoid artrit <%5, sistemik lupus eritematozis %20-30, sjögren sendromu %20-30, miyozit %25), bu oran sklerodermada %95 ve daha fazla orandadır (Özen ve ark. 2007, Roberson 2009; Sabir ve Werth 2000). Sierakowska ve ark.(2007)'nin çalışmasında Reynaud fenomeni insidansı %93.7 olarak bulunmuştur.

Reynaud fenomeninin semptomları, damar spazmının süresi, sıklığı ve şiddetine bağlıdır. Hastaların büyük kısmında, soğuğa maruz kalındığında ciltte renk değişikliğinin ortaya çıktığı hafif hastalık formu görülmektedir. Tutulan parmaklarda hafif karıncalanma ve uyuşma gözlenebilir ve rengin normale dönmesiyle birlikte bunlar da geçer. Damar spazmları daha inatçı olduğunda, duyu sinirleri oksijen azlığından etkilenir ve tutulan parmaklarda ağrıya sebep olabilir. Nadiren, dokuların yetersiz oksijenlenmesine bağlı, parmak uçlarında ülserler ve hatta ülserli parmaklarda enfeksiyon da gelişebilir. Sürekli hipoksi devam ettiğinde ise parmaklarda gangren görülür ve parmak kaybına yol açabilir. Burun, kulaklar, dil ve meme başı da nadiren Reynaud fenomeniden etkilenmektedir. Bu bölgelerde ülser gelişimi çok nadir olmasına rağmen, hissizlik ve ağrı daha sık görülebilmektedir (Özen ve ark. 2007, Roberson 2009).

Reynaud fenomenili hastalarda sıklıkla konservatif ve destekleyici tedavi uygulanmaktadır (Canbaz ve ark. 2004). Hastalığın tedavisinde alfa-adrenerjik blokerler, anjiyotensin II antagonistleri, östrojen, kalsiyum kanal blokerleri, nitrik oksid, nitroglicerine krem, transdermal prostoglandin, sildenafil sitrat gibi çeşitli seçenekler bulunmaktadır (Özen ve ark. 2007). Şiddetli ve tedaviye cevap alınamayan durumlarda cerrahi vazokonstrüksiyon ve sempatektomi uygulanır (Canbaz ve ark. 2004, Büyükhatipoğlu 2007).

**Özofajial fonksiyon bozukluğu (Esophageal Dysfunction):** Özefagustaki düz kasların normal hareketlerini kaybetmeleri nedeni ile özefagusta yutkunma zorluğu ile tanımlanır (Büyükhatipoğlu 2007).

**Sklerodactili (Sclerodactylia):** Deri altında aşırı kollajen birikimi nedeniyle parmaklardaki derinin aşırı sıkılaşması ve kalınlaşması, kemiklerin sivrilerek şekillerinin bozulması olarak tanımlanır. Bu durum parmaklarda hareket kaybına neden olur. Deri; tüy kaybıyla birlikte koyu ve parlak gözüktür (Büyükhatipoğlu 2007).

**Telanjiektazi (Teleangiectasia):** Kılcal kan damarlarındaki şişme nedeni ile elde ve yüzde küçük kırmızı noktalar oluşması ile tanımlanır (Büyükhatipoğlu 2007).

Sklerodermanın bölgesel formları genelde deriyi, çok nadir olarak deri altı dokularını tutarlar fakat iç organları tutmadığı, bu durumun da hastanın yaşam süresini etkilemediği belirtilmektedir (Büyük 2006).

Skleroderma tanısında kullanılan Amerikan Romatoloji Derneği'nin (ACR) kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir. %97 duyarlı, %98 özgül olan bu kriterlerden, tanı için 1 major ya da 2 minör kriter olması gerekmektedir (Sözener 2008).

**Tablo 1:** Amerikan Romatoloji Derneği Kriterleri

<b>Major Ölçütler</b>	Proksimal skleroderma (parmaklarda, metokarpofalangiyal ve metotarsofalangiyal eklem proksimalinde kalan deride diffüz simetrik kalınlaşma, gerginlik ve ülserler olması)
<b>Minör Ölçütler</b>	Sklerodaktili, Parmak uçlarında iskemik değişikliklere bağlı ülserasyonlar ya da amputasyonlar, Akciğer tabanlarında fibrozis

### Sklerodermanın Tedavisi

Skleroderma hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçlar kalsipotriol, methotrexat, penisilin, D-penisilamin, kalsitriol, sistemik ve topikal kortikosteroidler ve fototerapidir. Aynı zamanda hipertansiyon gelişen hastalarda Angiotensin Converting Enzim (ACE) inhibitörleri seçilebilir (Otterness 2005, Kreuter ve ark. 2009).

Sklerodermalı bir hasta sürekli tıbbi bakım, bireyselleştirilmiş tedavi ve hemşirelik bakımına gereksinim duyar. Hasta ve ailesi; hastane sonrası ve evde bakıma yönelik kendilerine verilen eğitim programının amacını kavradıkları zaman daha başarılı bir hastalık yönetimini gerçekleştirebilirler (Sierakowska ve ark. 2007).

## HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Sklerodermalı bir hastada hemşirelik bakımının amacı; hastanın hastalığı erken dönemde fark etmesini ve tanıdan sonraki aşamalarda ise hastanın hastalıkla yaşamayı öğrenmesini ve başa çıkabilmesini sağlamaktır (Kaya 2010). Genellikle sklerodermalı bir hastanın hastaneye yatışının en sık nedenleri arasında ameliyat ve oluşan komplikasyonların tedavisi bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin sklerodermalı hasta bakımı ve semptom yönetimi konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olması büyük önem taşımaktadır (Stanford 2007). Yurt dışında birçok hastalıkta olduğu gibi skleroderma konusunda da hemşirelik dernekleri tarafından on-line

eğitim kursları düzenlenmekte ve hemşireler bu kurslara katılarak sertifika alabilmektedirler. (Furst 2011).

Sklerodermalı hastalara yönelik hemşirelik girişimleri aşağıdaki başlıkları içermektedir:

**Reynaud fenomeniye yönelik girişimler:**

Reynaud fenomeni ataklarının gelişmemesi ve şiddetini azaltmak için hasta soğuktan sakınmalıdır. Buna yönelik olarak buzdolabı açarken veya soğuk havada dışarı çıkarken eldiven giymesi önerilir. Reynaud atakları hiçbir şekilde hafife alınmamalıdır. Bazı küçük müdahalelerle atakların şiddeti ve süresi azaltılabilir. İlk ve en önemli müdahale el ve ayakların sıcak tutulmasıdır. Soğuk havalarda, hastalar dışarı çıkmamalıdır. Ani ısı değişiklikleri hastanın durumunu kötüleştirebilir. Stresli durumdan uzaklaşarak ve gevşeme teknikleri ile atağın sonlanması sağlanabilir. Hastalar ataklar ve atak geliştiğinde el veya ayaklarını ısıtmak yoluyla atağın geriletilmesi konusunda bilgilendirilebilirler. Aynı zamanda sigara kullanımı da Reynaud fenomeninin şiddetini arttırdığı ve iyileşmeyi geciktirdiği için eğer içiliyorsa bırakırmaya yönelik girişimler planlanmalı ve bunun önemi hastaya açıklanmalıdır (Akdemir ve ark. 2003; Canbaz ve ark. 2004; Brown 2010).

**Cilt bakımına yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda cilt bakımı önemlidir. Cildin nemlendirilmesi için lanolinli ve diğer yağlı kremler kullanılır (Akdemir ve ark. 2003, Akbayrak ve ark. 2007). Hemşire; enjeksiyon bölgesi seçiminde özellikle fibröz ve skleröz doku olmayan bölgeleri seçmeye özen göstermeli, bu hastaların deri bütünlüğünü korumak amacıyla dikkatli bir şekilde hastaya pozisyon vermeli, hasta konforunun sürekli olmasını sağlamalı ve hastaları oluşabilecek travmalardan korumalıdır (MacDonald 2009).

**Parmak ülserlerine yönelik girişimler:**

Parmak ucunda Reynaud fenomeni ve kalsinozis sonucunda ülserasyon geliştiğinde ince, emici ve yumuşak silikonlu veya povidon-iyotlu pansuman ve steril kuru flaster ile ülser kapatılır. Alan kuru tutulur ve enfeksiyonlardan korunur. Düşük doz antibiyotikler enfeksiyonları önlemede etkilidir. Sklerodermalı hastada ağrı ve yetersizliğin en önemli nedeni olan parmak ucu ülserlerinin hem tedavisi, hem de iyileşmesi zordur ve yakın takibi gerektirir. Bu konuda hemşirenin en önemli sorumluluğu bu ülserasyonların hiç oluşmaması için koruyucu önlemlerin en baştan alınmasını sağlamaktır (Brown 2010).

**Eklemlerle ilgili sorunlara yönelik girişimler:**

Gergin deri ve inflamasyon sonucunda eklem ağrısı, sertlik ve şişlik gelişebilir. Egzersiz programı cildin esnekliğini korumaya, parmaklardaki kontraktürleri azaltmaya ve kanın serbestçe akmasını sağlamaya yardım eder. Etkilenen eklemlerin hareketlerini sürdürmesi için hafif egzersizlere ihtiyaç vardır. İstirahatın yardımcı olduğu tek dönem eklemlerde inflamasyonun geliştiği dönemdir (Furst 2011). Fizyoterapistler ve iş terapistleri ile işbirliği içinde egzersiz programı düzenlenebilir

(www.romaturka.org). Hastalarda oluşan el fonksiyonu bozukluğu fizik tedavi ile; ağrı ve yorgunluk ise yüzme gibi egzersizlerle kontrol edilebilir (Furst 2011).

### **Gastrointestinal sorunlara yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda sıklıkla özefajial reflü ve özefajit geliştiği için bu semptomların yönetiminde; hastaya ekstra yastıklar sağlanarak başının dik olması sağlanır, hastaya az ve sık beslenmesi, yemek sırasında ve sonrasında hastanın dik oturmasının sağlanması, alkol, kahve, baharatlı ve yağlı yiyeceklerden sakınması konusunda bilgi verilir. Aynı zamanda yemeklerden sonra hastanın antiasit alması yararlı olabilir. Azalan özefajial peristaltizm ve özefajial daralma nedeniyle hastanın sevdiği yiyecekler ve yutma zorluğu değerlendirilerek diyetisyenle iş birliği içinde hastanın diyeti düzenlenebilir (Furst 2011, Stanford 2007). Diğer gastrointestinal semptomlar konstipasyon ve diyaredir. Kronik konstipasyon; gastrointestinal motilite azalmasına bağlı oluşur. Konstipasyona yönelik hemşirelik girişimleri; hastanın kolay yutulan ve lifli yiyecekleri yemesinin sağlanması, sıvı tüketiminin ve hareketin artırılmasını içerir. Diyare ise; malabsorbsiyon sendromu ile ilişkilidir ve diyet düzenlemesi ile önlenir. Eğer bakteriyel bir enfeksiyon gelişirse; tetrasiklin gibi antibiyotiklerin kullanımı ile tedavi uygulanır (MacDonald 2009).

### **Sjögren belirtilerine yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda %95 oranında Sjögren sendromu (kuru ağız, kuru göz semptomları) gelişir. Bu durumda ağız kuruluğunu azaltmak için hastanın su içmesi sağlanır, ağız hijyenine özen gösterilir (Furst 2011, Stanford 2007). Hastaya yüz ve ağızın sertliğini/gerginliğini önleyen yüz egzersizlerinin yaptırılması önemlidir (MacDonald 2009). Hastaya yapılacak diğer öneriler; diş sağlığını korumak amaçlı yumuşak diş fırçası kullanımı ve yılda bir kez diş muayenesi yaptırması, uyku öncesinde (herhangi bir nedenle operasyon planlandığında operasyon öncesi ve sonrası dönemde) göz damlası ve göz merhemi kullanmasıdır. (Furst 2011, Stanford 2007).

### **Psikolojik sorunlara yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda fiziksel veya psikolojik durumunda gelişen değişiklikler veya sorunlar nedeniyle, sıklıkla anksiyete ve depresyon, beden imajında ve algısında değişiklikler görülür. Telanjiektazi (el ve yüzde küçük kırmızı noktalar) gelişmesi özellikle genç kadınların psikolojik ve sosyal olarak rahatsızlık hissetmelerine yol açabilir. Hasta; etkilenen bölgeleri parfümsüz ve su geçirmez kozmetiklerle kapatabilir ve bu bölgeleri güneş ışınlarından korumalıdır Hemşire; hastaya beden imajındaki değişimle baş etmelerine, hasta ve ailesinin duygularını ifade etmesine yardımcı olmalıdır (Furst 2011, MacDonald 2009; www.arthritisresearchuk.org).

### **Olası komplikasyonlara yönelik girişimler:**

Sklerodermalı hastalarda oluşabilecek komplikasyonlara (pulmoner ve renal komplikasyonlar) karşı uyanık olmak ve olası belirtiler açısından hastayı yakından izlemek önemlidir. Özellikle sıklıkla oluşan akciğerle ilgili komplikasyonlar açısından; dispne, aktivite toleransındaki değişimler, solunum derinlik ve hızındaki azalmaların

belirlenmesi gereklidir. Ayrıca solunumu kötüleştirebilecek bazı faktörlerden (polenler, sigara, rutubet gibi) uzak kalınması önerilmelidir. Destek tedavi olarak sıklıkla oksijen kullanılmalıdır. Renal komplikasyon gelişiminde en sık böbrek yetmezliği ortaya çıkabilir. Bu açıdan böbrek fonksiyonlarının takibi ile ilgili girişimler uygulanır; hemodiyaliz tedavisi gereksinimi olduğu durumlarda ise uygun hemşirelik girişimleri planlanır ve hasta/ aile; tedaviye uyum konusunda desteklenir (Furst 2011, MacDonald 2009).

Hastalar ve ailelerinin skleroderma ve bununla ilişkili durumlar hakkında eğitimi tedavide önemli bir yer tutar. Bu eğitim; yaşam tarzı değişiklikleri, stres, aşırı yorgunluk, fiziksel ve ruhsal travmalar, uykusuzluktan sakınmasının gerekliliği ile ilgili önerileri içermelidir. Olumlu sağlık davranışlarının kazanılması istendik düzeyde yaşam tarzına ulaşmayı daha da kolaylaştıracağı için, bu konuda hem sağlık profesyonellerinin hem de ailenin hastalığın seyri boyunca hastaya sosyal destek sağlaması önemlidir (Akbayrak ve ark. 2007, Stanford 2007).

Hastalık semptomlarının giderilmesi ve hafifletilmesi için önerilen tedavinin düzenli ve sürekli uygulanması sklerodermalı hastanın evde bakımında önem taşımaktadır. Bu nedenle; reçete edilen ilaçların güvenilir ve doğru kullanımının, uygulama tekniklerinin, ve izlem prosedürlerinin (örneğin; immünosupresif ilaçlar) hastaya/aileye anlayabileceği bir şekilde açıklanması gereklidir. İzlem süreçlerinde tedavinin yönlendirilmesine yardımcı olması amacıyla anketlerin ya da hastalık ile ilişkili ölçütlerin (örneğin; semptomlar, ağrı, vb.) uygulanması önemlidir (Akdemir ve ark. 2003, Akbayrak ve ark. 2007). Hastanın fiziksel veya psikolojik durumunda gelişen değişiklikler veya sorunlar nedeniyle multidisipliner ekip yaklaşımının ve bunlara ilave olarak poliklinik kontrolü, tanısal testlerin uygulanmasına yönelik takip ve evde bakım ile ilgili girişimlerin de hemşire tarafından koordine edilmesi gerekmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- Akbayrak N, Erkan İlhan S, Ançel G, Albayrak A (Ed.) (2007). Hemşirelik Bakım Planları, 1. Basım, Birlik Matbaası, Ankara.
- Akdemir N, Birol L (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı SANERC, Yayın no:2.
- Birol L (2002). Hemşirelik Süreci, 5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir.
- Brown S (2010) Management of digital ulcers related to systemic sclerosis. Nursing Standard, 24, 53-62.
- Büyükhatoipoğlu H (2007). Ürotensin II Peptidinin Reynaud Fenomeni ve Sistemik Lupus Eritematozus Hastalığındaki Rolü. Uzmanlık Tezi, Gaziantep. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 3-18.
- Büyük U (2006). Skleroderma'da Dönüştürücü Büyüme Faktörü(TGF) Geninde Polimorfizm Çalışmaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-7.
- Canbaz S, Ege T, Halıcı Ü. (2004). Reynaud Fenomeni. Türkiye Klinikleri Kalp Damar Cerrahisi, 5, 49-58.
- Chen K, See A, Shumack S (2003) Epidemiology and pathogenesis of scleroderma. Australasian Journal of Dermatology, 44, 1-9.
- Furst EA. (2011) Principal manifestations of systemic sclerosis. Continuing Nursing Education Course Material (No: 008-0-07), Merion Publications Inc. Pennsylvania State Nurses Association. Erişim Adresi: <https://nursing.advanceweb.com/CE/TestCenter/Content.aspx?CourseID=753&CreditID=1&CC=200933&sid=2793> (For Online Course); Erişim tarihi: 19.3.2011.

- Farber HW, Simms RW, Lafyatis R (2010) Analytic Review: Care of Patients With Scleroderma in the Intensive Care Setting. *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(5), 247-258.
- Gülmen MK, Bilgin NG, Özbek S (2002) Olgı Sunumu: Sistemik Sklerozisde Kardiyak Tutulumla Bağlı Ölüm. *STED*,11(6), 220-222.
- Gürgey E, Akyol A, Bilen N (1995) Sklerodermada Klinik Spektrum ile Laboratuvar Bulguları Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*, 5, 6-11.
- Kaya F (2010). Sklerodermalı Olgı Sunumu. XI. Ulusal Romatoloji Kongresi Kitabı. İstanbul, 140-142.
- Khanna D, Kaplan RM, Eckman MH (2009) A Randomized Study of Scleroderma Health State Values: A Picture Is Worth a Thousand Words, and Quite a Few Utilities. *Medical Decision Making*, 29, 7-14.
- Kreuter A, Krieg T, Worm M (2009) Diagnosis and Therapy of Localized Scleroderma. *Journal of the German Society of Dermatology*, 6, S1-S14.
- MacDonald PA (2009). Management of Clients with Rheumatic Disorders. *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. Ed: Black JM&Hawks JH. 8. Edition. Chapter 77, 2076-2079.
- Na S. Systemic Sclerosis: Background, Diagnosis And Treatment. Erişim Adresi: [www.aboutscleroderma.co.cc/](http://www.aboutscleroderma.co.cc/)Erişim Tarihi: 19.01.2011.
- Oksel F. Skleroderma ve İlgili Fibrotik Durumlar. İçinde: Klinik Romatoloji. (Ed: Gümüşiş G, Doğanavşargil E.) Deniz Matbaası, İstanbul, 1999 ss:309-320.
- Özen ME, Herken H, Savaş HA (2007) Serotonin geri alım inhibitörlerinin Reynaud fenomeni tedavisindeki yeri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 42-44.
- Özgen M, Koca S (2010) Sklerodermanın Etiyopatogenezi ve Güncel Tedavisi. *F.Ü.Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 24 (1), 69 – 76.
- Roberson CM (2009) Scleroderma. *Alabama Nurse*, Sep-Nov, 36, 3.
- Sabir SM, Werth VP. (2000) Cutaneous manifestations of sclerosing conditions: involvement can be limited to the skin or extend to organ systems. *Journal of Musculoskeletal Medicine*. Vol:17(4):207-219.
- Sehgal VN, Srivastava G, Aggarwal AK (2002) Localized scleroderma/morphea. *International Journal of Dermatology*, 41, 467-475.
- Sierakowska M, Sierakowski S, Lewko J (2007) Nursing problems of patients with systemic sclerosis. *Advances in Medical Sciences*; 52(1), 147-152.
- Sözener ZÇ (2008) Akciğer Tutulumlu Sklerodermalı Olgularda Fonksiyonel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi*,3-8.
- Stanford P. (2007). Nursing Care of Patients. *Autoimmune Resource&Research Centre*. Hunter Area Pathology Service.
- First symptoms of systemic scleroderma. Erişim Adresi: <http://www.livestrong.com/article/105143-first-symptoms-systemic-scleroderma/> Erişim tarihi: 19.01.2011.
- Skleroderma nedir? Komplikasyonları nelerdir? (Actelion'un katkılarıyla) Erişim Adresi: <http://skleroderma.org/008.html>; Erişim Tarihi: 23 Mart 2011
- Skleroderma: An Information Booklet (pdf version). Arthritis Research Campaign ([www.arc.org.uk](http://www.arc.org.uk)). Published March 2003; Updated September 2007. Erişim Adresi: [http://www.arthritisresearchuk.org/files/6036\\_SCLERO\\_03-3\\_01032010144309.pdf](http://www.arthritisresearchuk.org/files/6036_SCLERO_03-3_01032010144309.pdf); Erişim Tarihi: 16 Mart 2011
- Skleroderma Hastalık Bilgilendirme Rehberi. İçinde: Romatizma Hastaları Bilgilendirme ve Destekleme Derneği Web Sayfası. Erişim Adresi: <http://www.romaturka.org/Skleroderma.aspx>; Erişim Tarihi: 16 Mart 2011





## KOLCABA'NIN KONFOR KURAMI

### KOLCABA'S COMFORT THEORY

Yard.Doç.Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

### ÖZET

Konfor, hemşirelikle ilişkili tarihsel ve güncel öneme sahip bir kavramdır. Roy, Orlando, Watson, Paterson ve diğer kuramcılar hemşirelik kuramlarında konfor kavramını kullanmışlardır. Konfor kuramı Kolcaba tarafından geliştirilmiştir. Kuram, bakımın birçok yönünü kapsayan geniş bir bakış açısı sağlamaktadır. Konfor kavramı; "bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç" olarak tanımlanmaktadır. Bu makalede, Kolcaba'nın Konfor Kuramı açıklanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Konfor, Kolcaba Konfor Kuramı, Hemşirelik.

### ABSTRACT

*Comfort is a term that has a significant historical and contemporary association with nursing. Roy, Orlando, Watson, Paterson and other theorists use comfort in nursing theories. Comfort theory was developed by Kolcaba. Her theory provides a broader view encompassing many elements of care. The comfort is defined as; "an expected result of a complex conformation of providing peace and help about individual's needs in a physical, psycho-spiritual, social and environmental entity to overcome the problems". Kolcaba's Comfort Theory is explained.*

**Key Words:** Comfort, Kolcaba Comfort Theory, Nursing.

### GİRİŞ

Profesyonel bir disiplinin temel amacı mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriği ile hizmet sunmak ve var olan bilgi içeriğini zenginleştirmektir. Bu amaç doğrultusunda hemşirelik disiplininde uygulamaları destekleyen kavram ve kuram çalışmaları uzun yıllardır süregelmektedir. Hemşirelik model ve kuramları, disiplin uygulamalarını destekleyici, kolaylaştırıcı ve rehberlik edici nitelikte olup bakımın amacını ve nasıl gerçekleştirileceğini göstermektedir (Velioğlu 1999).

Hemşirelik kuramlarının dört metaparadigması, insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşireliktir. Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra konfor, bakım, iletişim gibi çeşitli kavramları kullanmaya başlamışlardır. Bu kavramlar, metaparadigmalarla ilişkilendirilerek kuram geliştirme çalışmalarının temelini oluşturmuştur. Hemşirelerin disiplin olarak ilgili olduklarını ifade ettikleri konfor kavramının tarihsel boyutları, Nightingale'in çalışmalarına kadar dayanmakta, kavram

eski ve yeni kuramcılarının yayınlarında yer almaktadır (Tutton ve Seers 2004, Velioğlu 1999).

Hemşirelik disiplininin fonksiyonlarından olan rahatlatma işlevi üzerine temellenen konfor kuramı Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Üstündağ ve Eti Aslan 2010). Kolcaba (1991a,b), konfor kavramı ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarını yaklaşık 15 yıl sürdürmüş, 1988 yılında konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b). Kolcaba (2003), konfor konusu üzerine yaptığı ve halen sürdürdüğü çalışmalarının ardından Konfor kuramını geliştirerek 2003 yılında "Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research" (Konfor kuramı ve uygulama: bütüncül sağlık bakımı ve araştırma için bir görüş) adlı kitabını yayınlamıştır. Kolcaba, Konfor kuramının sağlık bakımı ortamında bireyin konfor gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hemşirelik bakımının süreç doğrultusunda bir rehber olarak yararlanılabileceğini belirtmiştir (Kolcaba 2003).

### **Kavram olarak konfor**

Kökeni Fransızca olan ve sözlük anlamıyla günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanan konfor hemşirelikte; hasta, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanınması, gereksinimlerine yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi sürecinden oluşmaktadır (Kolcaba 1994).

Geleneksel olarak hemşirelik sanatı ile bağdaştırılmış bir kavram olan konfor ve hasta konforu oldukça karmaşık, bireye özgü ve bütüncül kavramlardır. Literatürde hemşirelerin sağladıkları güç, bakım, teselli etme, destek olma, cesaretlendirme ve yardımı konfor ve konfor önlemleri aracılığıyla gerçekleştirdikleri bildirilmektedir (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Velioğlu 1999). Çağdaş hemşirelik literatüründe hastanın konfor gereksinimleri üzerinde durulmuş ancak bu kavram genellikle ağır yönetiminde tartışılmıştır. Hemşirelikte, konforlu, rahatlatıcı, rahatsızlık ve konfor önlemleri gibi pek çok kavram yaygın olarak kullanılmaktadır (Kolcaba 1991b).

Kolcaba'ya göre konfor "bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-spritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç"tur (Arslan ve Konuk 2009, Kolcaba 1992a, Kolcaba 1992b, Kolcaba 1995a, Kolcaba 1995b, Pinar, Doğan, Algier ve ark. 2009). Kolcaba (1992), hemşirelik disiplinde konfor kavramının kullanımına ilişkin yaptığı analitik çalışmalar sonucunda konforun; pozitif, holistik, çok boyutlu, kuramsal olarak tanımlanabilir ve uygulamaya konulabilir bir kavram olduğunu belirtmiştir. Holistik görüşe göre konfor kavramı; ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamadır (Kolcaba 1996, Kolcaba 1997, Kolcaba 1999).

Kolcaba (2003), bireysel konfor gereksinimlerini ve hemşirelik için konfor kavramının bileşenlerini; ferahlama, rahatlama, sorunların üstesinden gelme durumu olarak açıklamıştır. Bu alanlarda konforu karşılanmayan hasta eksiklik hisseder; gereksinimleri giderildiğinde eksiklik ortadan kalkar (Kolcaba 2003).

Hemşireler, iyileşmekte olan ve kendi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek düzeye gelen hastalarda konforu bozan etkenleri ortadan kaldırmaya çalışarak hastaların güç kazanmasına, yenilenmesine yardımcı olurlar (Kolcaba 1991b, Kolcaba 1994)(Şekil 1). Hemşirelikte konfor, gereksinimlerin karşılanması temeline dayanmaktadır ve birçok hemşirelik kuramında kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmiştir. Konfor aynı zamanda Roy, Orlando, Watson, Paterson ve Zderad gibi hemşire kuramcılarının da kuramlarında kullandığı önemli bir kavramdır (Tutton ve Seers 2003, Tutton ve Seers 2004).

Özet olarak, Kolcaba konfor kavramını bütüncül yaklaşımla "ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi" olarak açıklamaktadır (Kolcaba 2000).

### **Konfor Kuramının Gelişimi**

Kolcaba konfor konusu üzerine yaptığı çalışmaların ardından Orta Düzey Konfor Kuramını 1994 yılında geliştirmiştir. Orta düzey kuramların daha az kavram ve kavramlar arası ilişki içerdikleri, geniş uygulama alanları ve araştırmalara uygulanabildikleri ifade edilmektedir (Kolcaba 2001, Kolcaba, Dimarco 2005).

Kolcaba (2003), Konfor Kuramının oluşumu aşamalarında dört temel felsefi bakış açısının etkisi olduğunu vurgular. Yapının en üstünde kuramın çatısını oluşturan bakış açısı holizm, bir sonraki aşaması insan gereksinimleri, diğer aşaması ise Murray'ın İnsanda Baskı Kuramından (1938) temel alınmıştır. Kuramın son aşamasında ise Orlando, Henderson ve Paterson gibi farklı kuramcılarının geliştirdiği üç orta düzey kuramdan yararlanılmıştır. Kolcaba (2003), bu dört bakış açısını ilişkilendirerek Konfor Kuramını ve alt kavramlarını geliştirmiştir (Kolcaba 2003) (Şekil 2).

### **Holizm (Bütünlük) Kavramı**

Kolcaba "holizm" bütünlük kavramını, bireyin bir bütün olarak fiziksel yapısı ile iç içe olan mental, spiritüel ve emosyonel yaşantılardan oluştuğunu, yaşamını sürdürebilmesi için sosyal ve çevresel karmaşık ekolojiler içerisinde yer aldığını ve insanların bu etkileri eş zamanlı olarak algılayarak içe ve/veya dışa dönük olarak tepki verdiklerini kabul etmektedir. Kolcaba'ya göre birey temelli holistik görüşte, insan, karmaşık uyarılara bir bütün olarak yanıt verir. Bütüncül yanıt, bölümlere ayrılmış yanıt ve etkilerinin değerlendirilmesinden daha değerlidir (Kolcaba 2003).

### **İnsan Gereksinimleri**

Kolcaba (2003), bireyin sağlık bakımı ortamında temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardımın hedeflendiği bu aşamada, özellikle bireyin beklentilerinin sağlanmasında bireysellik ve kültürel özellikleri doğrultusunda bütüncül bakımın sürdürülmesinin önemini vurgulamıştır (Kolcaba 2003).

### **İnsanda Baskı**

Konfor kuramının etkilendiği üçüncü görüş Murray ve ark. (1939), tarafından geliştirilen İnsanda Baskı Kuramı'dır. Bu kurama göre, insanda baskı oluşturan uyarılar alfa ve beta baskıları olarak ele alınmaktadır. Alfa baskısı negatif güçler

(zorlayıcı), pozitif güçler (kolaylaştırıcı) ve etkileşim içinde olan güçlerden oluşurken, beta baskısı alfa baskısında yer alan güçlerin toplam etkisinin birey tarafından algılanması olarak açıklanmaktadır. Birey tarafından yapılan öz değerlendirilmede, sonucun olumlu algılanması diğer durumların da olumlu sonuçlanacağı beklentisini güçlendirmektedir. Bu beklenti üniter yön olarak ifade edilmekte ve önceki deneyime göre olumlu ya da olumsuz olabileceği bildirilmektedir.

Kolcaba (2003), Konfor Kuramında; alfa baskısını oluşturan negatif güçleri; sağlık bakımı gereksinimleri, pozitif güçleri; hemşirelik girişimleri, etkileşen güçleri ise etkileyen değişkenler, beta baskısını; sağlık bakım ortamında hastanın konforunu sağlayacak sağlık bakımı gereksinimleri ve bunların karşılanmasına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerini algılaması olarak tanımlamıştır. Artan konfor algısı bireyi olumsuz etkileyen gerginliğin azalmasına, bireyin yaşama amacı ve yaşam aktivitelerinin yeniden güçlenmesine yol açarken, bu gücün, bundan sonraki aktivitelerini yönlendiren davranışları olumlu yönde etkilemesi beklenir. Kolcaba bu durumu, sağlık konusu olarak adlandırmış, sağlığını geliştirmeye yönelik davranışlara hasta bireyin genel uyumu olarak tanımlamıştır.

İlk kez Scholtfeldt (1975), sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar kavramını kullanmış, içsel, dışsal davranışlar ve huzurlu ölüm olarak kavramsallaştırmıştır. Kolcaba (2003), sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar ile konfor arasında karşılıklı bir ilişkinin var olduğunu ifade etmektedir. Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların bazılarının, hastanın hastanede kalış süresini azalttığı, fonksiyonel durumunu iyileştirdiği, tedaviye daha iyi yanıt verdiği, hızlı iyileşmesini sağladığı ve memnuniyetini arttırdığını belirtmiştir. İçsel davranışlar, iyileşme, immün fonksiyon ve T-hücrelerinin sayısı gibi hücre ve organsal düzeydeyken, dışsal davranışlar öz bakım ve sağlıkla ilgili aktiviteler ve rehabilitasyon gibi gözlenebilir davranışlardır. Huzurlu ölümü ise, bireyin çatışmalarının çözümlenmesi, semptomlarının iyi yönetilmesi, hasta ve ailesinin desteklenmesi olarak açıklamıştır (Kolcaba 2003)(Şekil 2).

Murray'ın (1939), 20.yüzyılda geliştirdiği kuramsal yapı, 21. yüzyılda üzerinde önemle durulan bir konu olan kuramsal sonuçları açıklayamadığı için Kolcaba (2003), konfor kuramını yeniden değerlendirerek kurama kuramsal bütünlük kavramını eklemiştir. Kolcaba (2003), kuramsal bütünlüğü; eksiksiz, sağlam, dürüst ve güvenilir olan sağlık bakım kurumlarının durumu ya da kalitesi olarak kavramsallaştırmıştır (Kolcaba 2003)(Şekil 3).

### **Kuramın Gelişmesinde Yararlanılan Hemşire Kuramcılar**

Kolcaba, Konfor Kuramını geliştirirken konfor kavramının üç düzeyini (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) oluşturmada Orlando, Henderson ve Paterson'dan yararlanmıştır.

Orlando (1961/1990), Etkileşim Kuramında, hastayı gereksinimleri olan ve gereksinimleri karşılanmadığı zaman sıkıntı yaşayan bir birey; hemşireyi bu gereksinimleri değerlendirerek hastasının sıkıntısını giderebilecek kişi olarak tanımlar. Kolcaba, bu tanımdan yola çıkarak, gereksinimleri karşılanan hastanın yaşayacağı

duygunun, konforun ilk boyutu olan sıkıntıdan kurtulma olduğunu ifade etmiştir. Hemşire, konfor ölçümü öncesi ve sonrasında etkili bir hasta-hemşire etkileşimiyle hastanın fiziksel ve mental konforunu değerlendirir (Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003).

Henderson (1978), insanın varlığının dengesini sürdürebilmesi için; solunum, beslenme, boşaltım, hareket ve basınç yaralarından korunmayı içeren vücut mekanikleri, dinlenme ve uyku, temiz giyim ve deri hijyeni; sanitasyon, estetik, enfeksiyon ve tehlikelerden korunmayı içeren çevre düzenini optimal düzeyde sağlama, insan ilişkileri, eğitim, sağlık hedefleri ve rehberliği içeren iletişim, aktivite ve eğlence ve ibadet gibi 14 temel fizyolojik ve psikolojik fonksiyon tanımlamıştır. Kolcaba'ya göre bu aşamalarda denge sürdürülürse, hasta konforun rahatlatma aşamasında olabilir (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003)

Paterson (1976/1988) konforu, hemşireliğin doğası ve deneyimi ile etkileşimde olan bir yapı olarak ifade eder ve büyüme, sağlık, özgürlük gibi kavramları altında barındıran bir şemsiyeye benzediğine inanır. Psikiyatri hemşiresi olan Paterson konforu, hastanın potansiyeline göre belli zaman ve durumda kaderini kontrol etme ve geleceğini planlamada özgür olmasını amaçlayan, fizikselden çok mental bir durum olarak tanımlar (Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003).

### **Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları**

Kolcaba, kuramın taksonomik yapısını konfor düzeyleri ve konfor boyutları olmak üzere iki aşamada incelemiştir.

Konfor, birinci aşamada karşılanan veya karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre üç düzeyde ele alınmıştır (Kolcaba 1991b, 2003)(Şekil 1).

### **Ferahlama (Relief); Konforu bozan durumdan kurtulma hissi**

Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur. Özel bir gereksinimin karşılanması sonucu yaşanır, eski fonksiyonlara dönme ya da huzurlu ölüm için gereklidir. Hasta gereksinimlerinin karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando'nun kuramında gereksinimleri karşılanan hastanın yaşadığı duygu, Henderson kuramında hastanın 14 temel gereksinimden herhangi birinin karşılanması ile hissedilen durum olarak adlandırılmıştır (Kolcaba 1991b, Tutton ve Seers 2004).

### **Rahatlama (Ease); Konforlu olma durumu**

Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003).

### **Üstünlük (Transcendence); Kişisel gelişim (Yenilenme hissi)**

Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba 1994). Konfor hastanın kendi potansiyeline göre belli zaman ve belli durumda kendi kaderini kontrol etme ve planlamada özgür olmasını amaçlar. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir.

(Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003). Üstesinden gelmeyi diğer iki kavramdan ayıran, hastanın sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkarmasıdır.

Her üç konfor düzeyi, hastanın performansını pozitif yönde etkileyen güç verici bileşenlerdir. Bu üç ihtiyaç alanında konforu karşılanmayan hasta eksiklik hisseder; gereksinimleri giderildiğinde eksiklik ortadan kalkar. (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003).

Kolcaba (1991a, 1991b, 2003), ikinci aşamada ise holistik görüşe göre temellendirdiği konfor kavramı boyutlarını konforun gereksinimlerinin ortaya çıktığı fiziksel, psikospiritüel, sosyo-kültürel ve çevresel olmak üzere 4 boyutta ele almıştır (Şekil 1).

### **Fiziksel konfor**

Bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve homeostazis, barsak fonksiyonunun devamlılığı gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Ağrı, fiziksel konforun azalmasında en büyük etkenlerden biridir (Wilson ve Kolcaba 2004).

Kolcaba (1994), uyaran oluştursun ya da oluşturmasın fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı verdiği yanıtlarından kaynaklandığını belirtmektedir. Bu anlamda fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli oksijen saturasyonudur. Bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan normalden sapmanın konforu da etkileyeceği vurgulanmaktadır (Kolcaba 1994, Kolcaba ve Wilson 2002, Wilson ve Kolcaba 2004).

### **Psiko-spiritüel konfor**

Mental, emosyonel ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma gibi duyguları kapsamaktadır. Örneğin, cerrahi girişim uygulanan hastada psiko-spiritüel konforu azaltan en önemli etken anksiyeteyken, hastaya konu ile ilgili bilgi verilmemesi ya da eksik bilgi verilmesi, belirsizlik, malign bir hastalık tanısı konulmuş olması, korku, hastanın genel durumunda ani değişimler psiko-spiritüel konforu azaltan diğer etkenlerdir (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003, Wilson ve Kolcaba 2004)

### **Çevresel konfor**

Çevresel konforun tanımı dış etkenler ve bunların insan üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Bu kapsamda aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır. Çevresel konforu azaltan faktörler; soğuk ortam, gürültülü sesler, parlak ışık, ter kokusu gibi kötü kokular, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklardır (Wilson ve Kolcaba 2004, Kolcaba, Tilton ve Drouin 2006).

## Sosyo-kültürel konfor

Sosyo-kültürel bakımı oluşturan etkenler arasında; bilgi ve danışmanlık, ailenin gelenek, görenek ve dini inançları doğrultusunda bakım verme, finansal destek sistemlerinden yararlanma, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması yer almaktadır. Sosyo-kültürel konforu azaltan etkenler, aileden ayrılma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörlerdir. Hemşireler, sağlık ekibinin diğer üyeleri ve hastanın ailesi duyarlı davranarak sosyal konforu kolaylaştırabilirler. (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003, Wilson ve Kolcaba 2004). Güvensizlik, konforu azaltan bir diğer faktördür. Hastane donanımının tam anlamıyla fonksiyonel olmaması, hastaya güvence verilememesi, güvenliğin riske edilmesi, aseptik tekniğin doğru uygulanmaması, nozokomiyal enfeksiyonlar güvensizliği arttıran faktörlerdir (Hawley 2000, Wilson ve Kolcaba 2004, Krenzisckek, Wilson, Newhouse ve ark. 2004).

**Şekil1:** Konforun Taksonomik Yapısı

KONFOR	DÜZEYLERİ		
BOYUTLARI	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psiko-spirituel			
Çevresel			
Sosyo-kültürel			

Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research, Springer Publishing Co, New York, 2003; s.15'den alındı.

## Konfor Kuramı ve Temel Hemşirelik Kavramları

Kolcaba (2003), Kuramında hemşirelik disiplininin temel kavramlarını aşağıda açıkladığı biçimde ele almıştır;

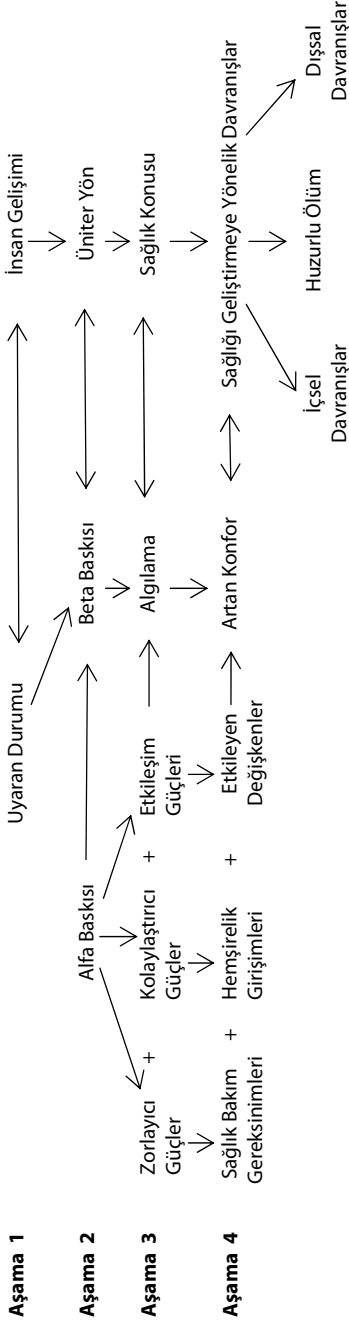
**Hemşirelik;** hasta, aile ve toplumun konfor gereksinimlerinin tanınması, konfor gereksinimlerine yönelik konfor önlemlerinin oluşturulması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi,

**İnsan;** primer, sekonder ve tersiyer ya da koruyucu düzeyde sağlık bakım gereksinimi olan birey, aile ve toplum,

**Çevre;** birey, aile ve toplumu çevreleyen, konforu etkileyebilen ve konforu arttırmak için manipüle edilebilen durum,

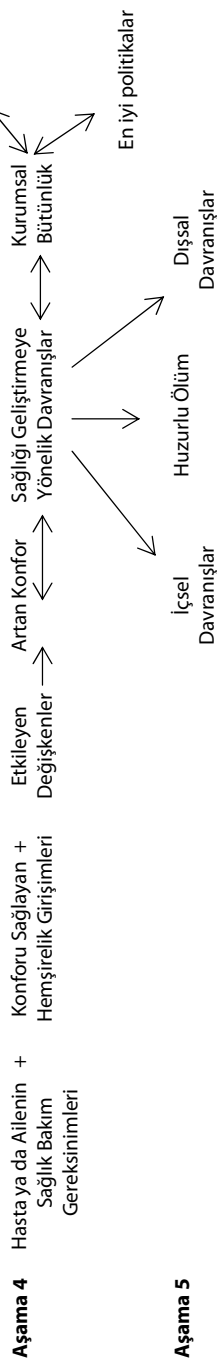
**Sağlık;** konforun artırılması ile birey, aile ve toplumun optimum düzeyde fonksiyonlarının kolaylaştırılması olarak tanımlanmaktadır. Kuramda hastalık tanımı yapılmamıştır (Kolcaba 2003).

Şekil 2: İnsan'da Baskı Kuramına temellenen Konfor Kuramı



Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research, Springer Publishing Co, New York, 2003; s.81'den alındı.

Şekil 3: Orta Düzey Konfor Kuramı



Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research, Springer Publishing Co, New York, 2003; s.85'den alındı.



### **Kolcaba'nın Konfor Kuramı özetlendiğinde öncelikle;**

\*Hastanın var olan destek sistemleri ile karşılanmayan konfor gereksinimleri belirlenir,

\*Hastanın belirlenen gereksinimlerini karşılamak üzere girişimler planlanır,

\*Girişimlerin başarıya ulaşmasını etkileyen değişkenler dikkate alınır,

\*Girişim değerlendirilir, beklenen sonuç konforda artmadır (Karakaplan ve Yıldız 2010).

Bu süreç içinde birey ve ailenin katılımıyla ile belirlenen uygun ve gerçekçi hedefler doğrultusunda, bireyin konforunda artma sağlandığında, sağlıklı geliştirmeye yönelik davranışlar güçlenmektedir (Kolcaba 2003).

Sonuç olarak; Konfor Kuramına göre hemşireler stresli sağlık bakımı ortamında, bireyin konfor gereksinimlerini tanımlamakta, karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu arttırıcı hemşirelik girişimlerini uygulayarak, anksiyetenin giderilmesi ya da en aza indirilmesi ve beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmektedirler. Hemşirelik süreci doğrultusunda sürdürülecek bakımda, Kolcaba'nın geliştirdiği Konfor Kuramı rehber alınarak, bireyin gereksinimlerine ilişkin veri toplanması, karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu arttırıcı hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması ile optimum düzeyde konforun sağlanarak bireyin yaşam kalitesine katkı sağlanması bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır (Karabacak ve Acaroğlu 2004).

### **Teşekkür**

Bana Konfor Kuramını öğreten, bilgi ve görüşlerini paylaşan çok değerli hocalarım emekli öğretim üyeleri Doç. Dr. Katharine Kolcaba, Doç. Dr Therese Dowd ve Prof. Dr. Raymond Kolcaba'ya destek ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

### **KAYNAKLAR**

- Arslan H, Konuk DŞ (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1) : 51-58.
- Hawley MP (2000). Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patient, Clinical Nursing Research, 9(4):441-459.
- Karabacak Ü (2004). Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının ve Eğitiminin Radyoterapi İle Etkileşimi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Karakaplan S, Yıldız H (2010).Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1):55-65.
- Kolcaba K, Kolcaba R (1991a). An analysis of comfort. Journal of Advanced Nursing 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba K (1991b). A taxonomic structure for the concept comfort. Image: Journal of Nursing Scholarship, 23(1):237-238.
- Kolcaba K (1992a). Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome, Advances in Nursing Science, 15(1):1-10.
- Kolcaba K (1992b). The concept of comfort in an environmental framework. Journal of Gerontological Nursing 18(6), 33- 38.

- Kolcaba K (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19(6), 1178–1184.
- Kolcaba K (1995a). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing* 13(2), 117–131.
- Kolcaba K (1995b). The art of comfort care. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 27(4), 287–289.
- Kolcaba K, Fisher E (1996). A holistic perspective on comfort care as an advanced directive. *Critical Care Nursing Quarterly* 18(4), 66–78.
- Kolcaba K, Wykle M (1997) Comfort research: spreading comfort around the world. *Reflections* 23, 12–13.
- Kolcaba K, Fox C (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early- stage breast cancer going through radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 26(1), 67-71.
- Kolcaba K, Steiner R (2000) Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing* 18, 46–62.
- Kolcaba K (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook.*, 49(1):86-92.
- Kolcaba K, Wilson L (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2):102-111. 56.
- Kolcaba K (2003). *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research*, Springer Publishing Company, New York. 57.
- Kolcaba K, Dimarco MA (2005). *Comfort Theory And Its Application To Pediatric Nursing*. *Pediatric Nursing*. 31(3):187-194.
- Kolcaba K, Tilton C, Drouin C (2006). Comfort theory a unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*, 36(11):538-544.
- Krenziscek D, Wilson L, Newhouse R ve ark. (2004). Clinical evaluation of the ASPAN pain and comfort clinical guideline. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3):150-159.
- Pınar G, Doğan N, Algier L ve ark. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*. 36(3): 184-190.
- Tutton E, Seers K (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*. 12: 689–696
- Tutton E, Seers K (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 46:4, 380-389.
- Üstündağ H, Eti Aslan F (2010). Erken postoperatif konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2(2):94-99.
- Velioğlu P (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul.*
- Wilson L, Kolcaba K (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 19(3):164-173

# EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ

## SON KONTROL LİSTESİ

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

### **Başlık Sayfası**

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

### **Özet Sayfası**

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

### **Ana Metin**

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

### **Kaynaklar**

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

### **Tablo ve Resimler**

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

### **Tüm Makale**

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

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK  
YÜKSEKOKULU DERGİSİ**

**Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu**

.....

.....

.....

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

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

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

### BAŞLIK SAYFASI

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

### ÖZET SAYFASI

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

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

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir. Anahtar kelimelerin "Türkiye Bilim Terimleri"den seçilmesi gerekmektedir. Bilgi için; <http://www.bilimterimleri.com>

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 METİN DİLİ:**

Derginin yayın dili Türkçe'dir. Ancak yurt dışından 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 belirtmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

**Tablo ve Şekiller:** Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. 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).

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.

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

## **Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler**

### **Dergi Makalesi**

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

### **Dergi Eki (Supplement)**

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

### **Kitap:**

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

### **Kitap Bölümü:**

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

### **Kitap Çevirisi:**

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

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

### **Yazar Adı Olmayan Yayınlar**

#### **(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):**

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

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

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

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

### **Kongre Bildirileri:**

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

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

### **Yayınlanmamış Tez**

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

### **Yazarı Editör Olan Yayınlar**

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

### **Basılmamış Yayınlar**

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

### **Gazete Makalesi**

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

### **İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa;**

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

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

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