

## EDİTÖRDEN

Değerli meslektaşlarım, sevgili okurlar,

Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi'nin akademik yayın hayatında 4. yılını tamamlamasının verdiği mutluluk ve onurla yeni bir sayıda sizlerle buluşuyoruz. Dergimizin bu sayısında dört araştırma, iki derleme makalesi olmak üzere altı makaleyi siz okurlarımıza sunuyoruz. Araştırma makalelerinden ikisi yaşam sürecinin ilk yıllarını oluşturan çocukluk dönemi, diğer ikisi de yaşam sürecinin son yıllarını oluşturan yaşlılık dönemlerine özgü sağlık sorunlarının incelendiği çalışmalardır. Derleme makalelerinden birinde kronik hastalıkların hemşirelik bakım ve izleminde güncel bir kavram olan özetkililik kavramı bir kronik hastalık özelinde incelenmiş, diğer makalede bir hizmet modeli olarak palyatif bakım ele alınmış, eğitimden uygulama alanlarına kadar dünyada ve ülkemizdeki son durum analiz edilerek kapsamlı bir içerik sunulmuştur.

Nitelikli bir bilimsel yayın olma çabamızda değerli çalışmalarını bizlerle paylaşarak dergimizi güçlendiren yazarlara, dergimize gönderilen yazıları titizlikle inceleyerek değerli görüş ve katkılar sunan hakem kurulu üyelerimize, dergi çalışmalarını özveriyle sürdüren dergi editörler kuruluna ve dergi mizanpaj grubuna teşekkür ediyorum.

Akılın ve bilim öncülüğünde, birlik ve beraberlik içinde; mesleğimiz, ülkemiz ve dünyamız için daha iyi işler yapabilmek umuduyla, başarılı bir yıl olması dilekleriyle tüm meslektaşlarımızın ve okurlarımızın yeni yılını kutluyorum.

Saygılarımla.

Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN  
Editör

# HUZUREVİNDE VE EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN SOSYAL DESTEK ALGILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

*Comparison of the Social Support Perceptions of Elder People Living at Nursing Home and Home*

**Fatma GENÇ<sup>1</sup>, Emine KÜÇÜK<sup>2</sup>, Osman ONUR<sup>3</sup>**

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, huzurevinde ve kendi evinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmaya huzurevinde (55 yaşlı) ve ailesi ile birlikte yaşayan (53 yaşlı) 108 yaşlı birey alınmıştır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı anket formu ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımları ki kare ve student t testi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Huzurevinde yaşayan bireylerin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ( $X=32.58\pm 19.01$ ) evde yaşayanlardan ( $X=42.01\pm 16.40$ ) düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları puan ortalamalarının huzurevinde yaşayan yaşlılarda anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde yaşayanların aile desteği puan ortalaması  $9.8\pm 7.5$ , arkadaş desteği puan ortalaması  $12.6\pm 8.4$ , özel kişi desteği puan ortalaması ise  $10.1\pm 6.8$  olarak belirlenmiştir.

**Sonuç:** Araştırma sonucu huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal destek algısının, evde yaşayan yaşlılardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Huzurevinde çalışanlara yaşlı bireylerin sosyalizasyonu ile ilgili eğitimler verilmesi, yaşlıların sosyal desteklerini artırmaya yönelik düzenlemeler yapılması gerekliliğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, sosyal destek, huzurevi.

## ABSTRACT

**Objective:** This study has been done to compare the perceived social support levels of elder people living at nursing home with at home.

**Method:** The study has been applied to elder people staying at nursing home (55 elders) and ones living with their family (53 elders), 108 in total. The socio-demographic characteristics questionnaire and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)" were used for the collection of data. For the evaluation of data frequency distributions, chi-square and student-t test were used.

**Results:** The perceived social support mean score by individuals living in nursing home ( $X=32.58\pm 19.19$ ) was lower than ones living at home ( $X=42.01\pm 16.40$ ) ( $p<0.05$ ). When average MSPSS scores were analyzed, all subscales of average score of ones living in nursing home was found to be significantly lower than that of people living at home. Of individuals living in nursing homes, family support mean score was found as  $9.8\pm 7.5$ , support from friends mean score was found as  $12.6\pm 8.4$  and relatives support average score was found as  $10.1\pm 6.8$ .

**Conclusion:** As a result of this study it was determined that the social support perception of elder people living in nursing homes is lower in comparison to ones living at home. The study shows that the staff working at nursing homes should be given training on socialization of elder people and the necessary arrangements should be made to increase the social support for elder people.

**Keywords:** Elderly, social support, nursing home.

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr. Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD-GİRESUN

<sup>2</sup> Yrd.Doç.Dr. Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD-GİRESUN

<sup>3</sup> Okt. Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü- GİRESUN

## Yazışma Adresi

Yrd.Doç.Dr. Fatma GENÇ

Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yenimahalle, 28340, Piraziz/GİRESUN

Tel:+90-454-3613788

e-mail: fatma.genc@giresun.edu.tr

Geliş tarihi/Received:06/06/2014 ; Kabul tarihi/Accepted: 07/11/2015

**GİRİŞ**

Nüfus yapısının temel belirleyicisi olan doğurganlık ve mortalite hızlarının düşmesi dünyada ve Türkiye’de nüfusun yaşlanması na yol açmaktadır. Dünya genelinde 1950-2000 yılları arasında ortalama yaşam süresi 20 yıl kadar artarak 66 yıla ulaşmıştır. Dünyada 2010-2015 döneminde doğuştan beklenen yaşam süresi 69 yıl iken, 2045-2050 dönemi tahminlerine göre dünyada doğuştan beklenen yaşam süresinin 76 yıla ulaşacağı hesaplanmaktadır. Türkiye’de 2000 yılında 70.8 yıl olan doğuştan yaşam beklentisinin, 2045-2050 döneminde 78.5 yıl olacağı beklenmektedir (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008; Karadakovan 2014).

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda toplumsal yapıdaki değişiklikler, geleneksel ailenin değişip çekirdek aileye dönüşmesi ve kadının çalışma hayatına girmesi ile birlikte yaşlıların evde bakımına yardımcı olacak kişilerin azalması veya kalmaması, yaşlının giderek yalnızlaşmasına, ölüm korkusu yaşamamasına, arkadaş ve aile ilişkilerinin zayıflamasına ve kalacakları yer ile ilgili sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Zincir ve ark 2008; Kumtepe ve ark 2013). Bu soruna çözüm sağlamak amacıyla, her geçen gün giderek sayıları artan, sosyal ve ekonomik gereksinimi olan yaşlıların, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi, huzur ve güven içinde yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak amacıyla huzurevleri açılmıştır (Karadakovan ve Aslan 2010). Huzurevleri; yaşlıların günlük ihtiyaçlarının karşılandığı, tıbbi bakım ve tedavilerinin sağlandığı, psikolojik ve sosyal sorunlarına yönelik hizmetlerin uzmanlar tarafından verildiği, sosyal yaşamın sağlandığı yatılı kurumlardır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü’nün (2006) raporuna göre; yaşlılar huzurevine en sık olarak geçim sıkıntısı, gündelik yaşamda kendine bakamama, aileye yük olmama isteği ve yalnızlık duygusu nedeniyle başvurmaktadır. Huzurevine yerleşme aileden uzaklaştırılma ve istenmeme olarak algılanarak hayata karşı bakışı ve beklentileri olumsuz etkilemekteyse de, yaşlılara etkin başa çıkma yollarını kullanmayı kazandıran bir ortam olarak da katkı sağlayabilir (Aksüllü ve Doğan 2004; Altıparmak 2009; Dhar 2001; Vatan ve Gençöz 2006.) Ülkemizdeki yaşlıların %63’ü kendi ortamında yaşarken, %36’sı çocuklarının yanında ve %1’i ise kurumda yaşamayı tercih etmişlerdir (Atalay ve ark 2003).

Sosyal destek, “kişinin sevildiğine, değer verildiğine, önemsendiğine ve karşılıklı yü-

kümlülüklerin olduğu bir sosyal ağın üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgidir” ve bireylerin aldıkları ve algıladıkları sosyal destek olarak iki boyutta değerlendirilmektedir. Son zamanlarda üzerinde daha fazla durulan ‘algılanan sosyal destek’, bireyin gereksinim duyduğunda başkaları tarafından kendisine yardım edileceğine yönelik inancını içermektedir (Gillespine ve ark 2004). Zor durumdaki yaşlı bireye aile, arkadaşlar ve yakın çevre tarafından sağlanan sosyal destek, fiziksel ve psikolojik yardımcı içermekte ve bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini de karşılamaktadır. Nitekim sosyal destek eksikliğinde yaşlılarda somatik sağlık problemlerinin ve mortalite riskinin arttığı, sosyal destek alan yaşlılarda ise iyileşme ve sağlık davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (Dhar 2001; Tomaka ve ark., 2006).

**AMAÇ**

Bu çalışma, huzurevinde ve kendi evinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

**YÖNTEM**

Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup, 27 Haziran-28 Temmuz 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma evrenini Ordu ili Ahmet Cemal Mağden Huzurevi’nde yaşayan toplam 110 kişi ve il merkezindeki bir aile sağlığı merkezine başvuran ve evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Ancak işitme ya da konuşma bozukluğu olup iletişim kurulamayan (23 kişi), huzurevinde kalıp araştırma esnasında izinli olan (12 kişi) ve görüşmek istemeyen bireyler (20 kişi) araştırmaya dahil edilmediğinden huzurevinde 55 kişiye ulaşılmıştır. Evde ailesiyle birlikte yaşayan yaşlılara araştırmanın yapıldığı tarihler arasında aile sağlığı merkezine başvurdukları esnada ulaşılmış olup çalışma gönüllü 53 yaşlıyla yürütülmüştür.

Veriler iki ayrı form kullanılarak elde edilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve yaşlıların sosyal destek etkenleriyle ilgili verileri “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” aracılığıyla toplanmıştır.

*Tanıtıcı Bilgi Formu:* Yaşlıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, alışkanlıklar ve kurumda yaşayanlar için huzurevinde kalma süresinin yer aldığı sorulardan oluşmuştur.

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):* Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir

ölçektir. Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır.

Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği Likert tarzı 7 dereceli (7. Kesinlikle katılıyorum, 6. Katılıyorum, 5. Çok az katılıyorum, 4. Kararsızım (Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum), 3. Biraz katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 1. Kesinlikle Katılmıyorum) 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dörder maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Elde edilen puanların toplamı her bir alt grup için ayrı ayrı toplanmakta ve bu grupların toplamı da ölçeğin toplam puanını vermektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından

elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Aksüllü 2004; Eker ve Arkar 1995). Verilerin toplanması için il-gili kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya alınan yaşlılar huzurevlerinde ve aile sağlığı merkezine başvurduklarında çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Formlar çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmacılar tarafından uygulanmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede Yüzdellik, Student-t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Varyans Analizi kullanılmıştır.

## BULGULAR

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri

Tanıtıcı Özellik	Huzurevi		Ev		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	22	40	21	39.6	43	39.8
Erkek	33	60	32	60.4	65	60.2
<b>Medeni durum</b>						
Evli	13	23.6	50	94.3	63	58.3
Bekâr	11	20.1	0	0	11	10.2
Dul	31	66.3	3	5.7	34	31.4
<b>Eğitim</b>						
Okur-yazar değil	37	67.3	14	26.4	51	47.2
İlkokul	13	29.6	19	35.8	32	29.6
Ortaokul	3	5.5	1	1.9	4	3.7
Lise	1	1.8	8	15.1	9	8.3
Üniversite	1	1.8	11	20.8	12	11.1
<b>Yaşadığı yer</b>						
Köy	31	56.4	19	35.8	50	46.3
İlçe	5	9.1	6	11.8	11	10.2
İl	19	34.5	28	52.8	47	43.5
<b>Kurumda kalma süresi</b>						
5 yıl altı	39	70.9	0	0	36	70.9
5yıl ve üzeri	16	29.1	0	0	16	29.1
<b>Alışkanlıklar</b>						
Sigara	27	49.1	22	41.5	49	45.4
Alkol	11	20	1	1.9	12	11.1

Araştırmaya katılan yaşlılardan 55'i (%50.9) huzurevinde yaşarken, 53'ü (%49.1) evde yaşamakta olup, yaş ortalamaları 72.09±10.6 olarak bulunmuştur. Sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; huzurevinde yaşayanların %60'ı erkek ve %66.3'ünün medeni durumu dul iken, evde yaşayanların % 60.4'ü erkek ve %94.3'ü evlidir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların %67.3'ü

okur-yazar olmayıp, %56.4'ü kuruma gelmeden önce köyde yaşarken, evde yaşayan yaşlıların %35.8'inin eğitim seviyesinin ilkököl düzeyinde olduğu %52.8'inin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Huzurevindeki yaşlıların %49.1'i sigara, %20'si alkol kullanmakta, evde yaşayan yaşlıların %41.5'i sigara kullanırken yalnızca %1.9'u alkol kullanmaktadır.

**Tablo 2.** Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sosyal Destek Alt Ölçek Puan Ortalamaları

	Aile Desteği (X±SS)	Arkadaş Desteği (X±SS)	Özel Kişi Desteği (X±SS)	Algılanan Sosyal Destek (X±SS)
<b>Huzurevi (n=55)</b>	9.7±7.6	12.6±8.3	10.1±6.8	32.25±18.7
<b>Ev (n=53)</b>	14.3±5.8	15.3±5.6	13.7±6.1	43.41±16.5
<b>Toplam</b>	11.99±7.21	13.88±7.23	11.85±6.73	37.73±18.47
	t= 3.553	t= 2.049	t=2.922	t=3.278
	p=0.001	p=0.043	p=0.004	p=0.001

Evde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 43.41±16.5, huzurevinde yaşayanlarınkı 32.25±18.7 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001). Algılanan sosyal destek alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, huzurevinde yaşayanların tüm alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları evde yaşayan yaşlılardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Aile desteği puan ortalaması

evde yaşayan yaşlılarda 14.3±5.8 iken huzurevinde yaşayan yaşlılarda 9.7±7.6 olarak saptanmıştır (p=0.001). Arkadaş desteği puan ortalaması evde yaşayanlarda 15.3±5.6 huzurevinde yaşayan yaşlılarda 12.6±8.3 olarak belirlenmiştir (p=0.043). Özel kişi desteği puan ortalamasına bakıldığında evde yaşayanların puan ortalaması 13.7±6.1 iken huzurevinde yaşayan yaşlılarda 10.1±6.8 olarak bulunmuştur (p=0.004).

**Tablo 3:** Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellik	Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Kişi Desteği		Algılanan Sosyal Destek	
	Huzurevi	Ev	Huzurevi	Ev	Huzurevi	Ev	Huzurevi	Ev
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	9.77±1.67	13.76±1.46	9.86±1.48	14.23±1.25	8.63±1.40	12.71±1.46	28.27±3.64	40.71±3.95
Erkek	9.63±1.33	14.78±0.94	14.27±1.51	16.03±0.99	11.00±1.21	14.37±1.00	34.90±3.40	45.18±2.73
	p=0.949	p=0.543	p=0.052	p=0.266	p=0.215	p=0.388	p=0.201	p=0.340
<b>Eğitim</b>								
OYD	11.16±1.34	9.42±1.23	13.75±1.38	10.64±1.14	10.13±1.10	9.00±1.02	35.05±3.20	29.07±2.82
İlkokul	6.46±1.42	14.63±1.14	9.61±1.99	11.52±1.19	10.69±2.16	13.10±1.28	26.76±4.83	43.26±3.39
Ortaokul ve ↑	7.20±3.20	17.60±1.17	10.80±4.27	18.40±1.10	7.80±2.72	17.60±1.22	25.80±5.96	53.60±3.18
	p=0.043	p=0.000	p=0.171	p=0.000	p=0.625	p=0.000	p=0.327	p=0.000
<b>Yaşadığı Yer</b>								
Köy	9.87±1.44	10.63±0.90	12.67±1.49	13.10±1.12	9.58±1.21	10.42±1.00	32.12±3.43	34.15±2.41
Köy	8.20±3.00	15.33±2.24	12.80±3.87	15.33±1.83	9.80±1.85	13.83±2.42	30.80±3.15	44.50±6.22
İlçe	9.78±1.73	16.71±1.11	12.15±1.97	16.82±1.14	10.89±1.79	15.92±1.19	32.84±4.75	49.46±3.33
İl	p=0.985	p=0.002	p=0.859	p=0.080	p=0.832	p=0.008	p=0.983	p=0.006
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	9.00±2.09	14.60±0.83	10.53±2.24	15.66±0.79	9.69±1.54	13.94±0.87	29.23±5.04	42.20±2.33
Evli	9.90±1.20	10.66±2.60	13.11±1.28	9.66±2.02	10.16±1.12	10.00±2.30	33.19±2.93	30.33±6.93
Bekâr/Dul	p=0.603	p=0.305	p=0.385	p=0.074	p=0.951	p=0.323	p=0.490	p=0.182

Araştırmamızda bazı sosyo-demografik özelliklere göre huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'de gösterilmiştir. Buna göre; huzurevinde ve evde yaşayan kadınların sosyal destek puanı erkekler göre daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Huzurevinde yaşayan okur-yazar olmayan bireylerin aile desteği puanı (p=0.043) ve algılanan sosyal destek puanı (p=0.327) daha yüksek bulunmuştur. Medeni durumu bekâr ya da dul olan huzurevi sakinlerinin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (p>0.05) Evde yaşayan yaşlılardan eğitim seviyesi ortaokul ve üzeri olanlarda algılanan sosyal destek puanı ile alt ölçek puanları (aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği) diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur (p=0.000). Ailesiyle birlikte yaşayıp hayatlarının büyük kısmını il merkezinde geçiren yaşlıların aile desteği (p=0.002), arkadaş desteği, özel kişi desteği (p=0.008) ve sosyal destek puanı (p=0.006) uzun süre köy ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda evde yaşayan yaşlı bireylerde, evli olanların sosyal destek puanı bekâr ya da dul olan yaşlılara göre daha yüksek

bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

## TARTIŞMA

Araştırmada yapılan diğer çalışmalarla benzer nitelikte, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin çoğunluğu (%60) erkektir. (Birtane ve ark 2000; Konak ve Çiğdem 2005; Top ve ark 2010). Bu sayısal farklılık toplumumuzda kadın yaşlıların erkek yaşlılara oranla yakınları tarafından daha çok sahiplenilmesine, kadın yaşlıların, öz bakım becerilerini yapabildikleri süreçte, yakınlarıyla yaşamlarını paylaşırlarken aile içinde torunların bakımını üstlenerek, evin tertip ve düzenine destek çıkararak barındıkları çekirdek aile içerisinde erkek yaşlılara göre daha faydalı olmasına bağlı olabilir (Miroğlu 2009).

Araştırma kapsamında görüşülen yaşlıların yaş ortalaması 72.09 olarak belirlenmiştir. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2008 yılı verilerine göre, Türkiye'de yaşlı nüfusun ortalama yaşı 73.2 olarak tespit edilmiş olup çalışma bulgumuz Türkiye verileriyle uyumlu niteliktedir (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008). Araştırmamızda erkeklerin %36.9'unun, kadınların ise %62.8'inin okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Türkiye 2011 ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) göre; 65 ve daha yukarı



yaştaki erkek nüfusta okuma-yazma bilmeyenlerin oranı % 12.9 iken, kadın nüfusta bu oran %42'dir. Araştırmamızdaki yaşlıların eğitim seviyesi ülke ortalamasının altındadır. Bunun nedeni araştırma kapsamındaki yaşlıların büyük kısmının (%46.3) uzun süre köyde yaşamalarından kaynaklanmış olabilir. HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü) tarafından yapılan TNSA 2008 verilerine göre; Türkiye nüfusunun %70'i kentlerde yaşamasına rağmen, yaşlı nüfusun büyük oranı kırsal kesimde yaşamaktadır. Kırsal kesimde 65 yaş ve üstü nüfusun oranı %10.3 iken, kentlerde yaşayanların oranı ise %5.6'dır (Türkiye'nin Demografik Dönüşümü). Araştırmaya katılan yaşlıların yerleşim yeri bilgileri yaklaşık olarak ülke genelini yansıtmaktadır. Araştırmamızda huzurevinde yaşayan yaşlıların yalnızca %23.6'sının halen evli olduğu bulgusu elde edilmiştir. TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının huzurevinde yaşayan yaşlıların huzurevine yerleşme nedenleri ve huzurevi yaşamına ilişkin algılarını araştırdıkları çalışmada, huzurevinde kalanların medeni durum incelemesinde halen evli olanların oranı %10.2 ile en düşük orandadır (Kumtepe ve ark 2013). Çalışmamızda benzer nitelikte dul olan yaşlıların oranı evli ve bekâr yaşlıların oranından daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgudan hareketle dul olmanın huzurevini tercih etmekte etkili bir sebep olduğu söylenebilir.

Huzurevinde yaşayan bireylerin kurumda kalış süreleri incelendiğinde; %70.9'unun 5 yıldan daha az süredir huzurevinde kaldıkları belirlenmiştir. Dereli ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yaşlıların büyük bir kısmının (%45.8) huzurevinde kalma süresi 2-4 yıl olarak bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise yaşlıların çoğunun huzurevinde kalma süresi 4-6 yıl olarak belirlenmiştir (Top ve ark., 2010). Araştırmamızda huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin sigara ve alkol kullanma oranı evde yaşayan yaşlılardan daha yüksek bulunmuştur. Kerem ve arkadaşlarının (2001) ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerini değerlendirdikleri çalışmada da benzer nitelikte, huzurevinde yaşayanların daha yüksek oranda sigara ve alkol alışkanlıkları olduğu bulgusunu elde etmişlerdir.

Yaşlının çevresindeki eş, aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal destek, yaşlı bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumlu yönde etkileyerek; saygınlık, moral artışı, yaşamdan memnun olma ve stres verici olaylarla başetme gibi olumlu duyguların oluşmasına neden olmaktadır (Kara ve ark., 2009). Çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları sosyal destek (p=0.001) ve alt ölçek (aile, arkadaş, özel in-san) puan ortalamaları (p=0.001, p=0.043, p=0.004) ev-

de yaşayan yaşlılara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu bulgu da-ha önce yapılan çalışmalarla benzer nitelik taşımaktadır (Aksüllü ve Doğan 2004; Altıparmak 2009; Commerford ve Reznikoff 1996; Örsal ve ark 2012; Vatan ve Gençöz 2006). Yaşlılık; genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerinin azalması ve kaybı gibi pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemi olarak tanımlanmaktadır (Bahar ve ark 2009). Ruh sağlığı açısından risk grubundaki yaşlılar huzurevinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya gelmektedirler. Kurumda yaşayan yaşlı izole olmaya ve toplumdan uzaklaşmaya başlamaktadır (Hörter ve ark 2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların algıladıkları sosyal desteğin düşük olması, bu kişilerin yaşlılık döneminde oluşan problemlerle başetmede daha fazla zorlandıklarını göstermektedir.

Yaşlı birey için aile, başlıca duygusal ve sosyal destek sistemidir. Kültürel yapımızda aile ve akrabalık sistemi ile arkadaş ve akran grubunun dostluğu, sıcaklığı ve desteği, yaşlı bireyin yaşam doyumunu artırabilmekte ve rol değişimlerine uyum sağlamayı kolaylaştırabilmektedir (Öz 2002). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin arkadaştan sağlanan sosyal destek puan ortalaması, aile ve özel bir insandan sağlanan desteğe göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum huzurevinde yaşayanların, huzurevi personeli ve diğer sakinlerden "arkadaş desteği" aldığını göstermektedir (Oxman ve Hull 2001; Patterson 1995). Yaşlının huzurevine ilk yerleştiği dönemde sıkça gerçekleşen aile ziyaretleri zamanla azalmakta; ailenin yaşlıyla olan bağları zayıflamakta; hizmet sağlayıcılar acil bir durumda bile yaşlı yakını bulmakta oldukça zorlanmaktadır (TC. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü 2006). Demet ve arkadaşlarının (2002) huzurevlerinde yaptıkları bir çalışmada da yaşlıların yarıya yakınının telefonla hiç aranmadığı ve ziyaret edilmediği, evci çıkabilme imkanı olmadığı yani bir anlamda yakınlarından ve çocuklarından sosyal destek alamadıklarını, %73.8'inin huzurevi sakinlerini arkadaş sırdaş ve dost olarak gördüklerini, kuruma ve kurumda kalan diğer sakinlere bir aidiyet duygusu geliştirdiklerini belirtmişlerdir. Vatan ve Gençöz'ün (2006) çalışmasında ise huzurevinde kalan yaşlıların arkadaştan sağladıkları sosyal desteğin umutsuzluk duygusunu önlediği belirtilmiştir.

Çalışmamızda huzurevinde ve evde yaşayan kadınların sosyal destek puanı erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kadınların sosyal ve diğer kay-

naklar yönünden daha olumsuz özelliklere sahip olduğu ve sosyal desteklerinin düşük olduğu yönündeki bulgu araştırmamızı destekler niteliktedir (Akın ve Emiroğlu 2006; Litwin 2003; Siebert ve ark 1999).

Araştırma bulgularımızda evde yaşayanlarda eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlarda algılanan sosyal destek toplam puanı ve aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği alt ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Bu bulgular ışığında eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan sosyal desteğin de arttığı söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyinin sosyal desteği pozitif etkilediği, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin algıladıkları sosyal desteğin de yüksek olduğu belirlenmiştir (Durmaz ve Ünal 2000, Spitzer ve ark 1995). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ise eğitim düzeyi okuryazar olmayanlarda aile desteği puanı ( $p=0.043$ ) ve algılanan sosyal destek puanı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim bireylerin sosyal destek algısını etkileyen değişkenlerden birisi olarak görülebilir. Eğitim, bireye sosyal ilişki kurma ve geliştirme becerisini kazandırarak, insanlarla ilişki kurma ve bu ilişkileri sürdürmesinde bir etken olabildiği gibi kitap gazete okuma, diğer sosyal etkinliklere katılımda etkili olabilir. Bu bireysel özellik sosyal ağın genişlemesinde ve algılanan sosyal desteğin olumlu olmasında etkilidir (Aksüllü 2004). Araştırmamızda huzurevinde yaşayan ve okur-yazar olmayanlarda daha yüksek sosyal destek puanı çıkmasının nedeni, grubun çoğunun daha önce kırsal kesimde yaşamalarından dolayı %67.3 oranla okur-yazar olmamalarından, lise ve üniversite eğitimine sahip yalnızca 2 kişi olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Topbaş ve arkadaşları (2004) okur-yazar olmama oranını %77.3, Maral ve arkadaşları (2001) ise %56.3 olarak bildirmişlerdir. Bu, genellikle öğrenim düzeyi düşük bireylerin kurum yaşamını tercih ettiğini göstermektedir.

Çalışmamızda il merkezinde yaşayan yaşlıların aile desteği ( $p=0.002$ ), arkadaş desteği, özel kişi desteği ( $p=0.008$ ) ve sosyal destek toplam puanı ( $p=0.006$ ) köy ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç; ev ortamındaki bireylerden uzun süre il merkezinde yaşayanların, daha fazla sosyal etkileşim içinde bulunabilecekleri ortamların varlığı dolayısıyla olabilir. Literatürde de kadınların komşuluk ilişkilerinin, erkeklerin arkadaş ilişkilerinin yoğun olduğu belirtilmektedir (Litwin 2000). İl merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin, gerek kentleşmeyle beraber il merkezinde eş ve çocuklarıyla beraber yaşamının sağladığı aile desteği, gerekse komşu ya da arkadaş ilişkilerinin fazla olması dolayısıyla algıladıkları sosyal destek daha fazla olmaktadır.

Araştırmamızda evde yaşayan yaşlı bireylerden evli olanların, huzurevinde yaşayan yaşlılardan ise bekâr ya da dul olanların sosyal destek puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da evli ve eş ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Aksüllü ve Doğan 2004; Altıparmak 2009; Polat ve Kahraman 2013). Huzurevinde yaşayan bekâr ya da dul olan yaşlıların sosyal destek puanlarının daha yüksek çıkması, huzurevinde yaşayan evli bireylerin sayıca az olmasından kaynaklanabileceği gibi kurumda yaşayan ve evli olmayan yaşlıların, eş dışındaki diğer sosyal destek kaynaklarını daha etkili kullanmalarının olumlu bir etkisi olabileceği düşünülmektedir.

## SONUÇ

Araştırma sonuçları huzurevinde yaşayan yaşlıların evde yaşayanlara göre sosyal destek algısının yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Buna göre; yaşlılarla çalışan görevlilere yaşlılık süreci, ruh sağlığı, sosyal desteğin önemi gibi konularda eğitim verilmesi, huzurevinde yaşayanlar için sosyalleşmelerini artırıcı programların düzenlenmesi, sosyal desteklerini harekete geçirmede rehberlik edilmesi, yaşlılık dönemi sorunlarıyla başedebilmeleri konusunda bilgilendirilmeleri, sosyal ve bireysel yeteneklerini kullanmalarına yönelik çalışmaların planlanması, yaşlılığın olumsuzluklarla bağdaştırılmayıp, sağlıklı ve üretken bir yaşlılık dönemi geçirebilmeleri için desteklenmeleri önerilir.

## KAYNAKLAR

- Akın B, Emiroğlu ON (2006) Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısı, sağlık durumu ve yetiyitimi ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3):170-176.
- Aksüllü N, Doğan S (2004) Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(2):76-84.
- Altıparmak S (2009) Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3):159-64.
- Atalay Atalay B, Konaş Y.M, Beyazıt S ve ark. (2003) Türk aile yapısı araştırması. DPT, Ankara
- Bahar G, Bahar A, Savaş HA (2009) Yaşlılık ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12):85-98.
- Birtane M, Tuna H, Ekuuklu G ve ark (2000) Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Geriatry*, 3(4):141-145.
- Commerford MC, Reznikoff M (1996) Relationship of religion and perceived social support to self esteem and depression in nursing home residents. *J Psychol*, 130(1):35-50.

- Demet MM, Taşkın EO, Deniz F ve ark (2002) Manisa huzurelerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4):290-299.
- Dereli F, Koca B, Demircan S ve ark (2010) Bir huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27(2):93-97.
- Dhar HL (2001) Gender, aging, health and society. *J Assoc Physicians India Oct*;49:1012-1020.
- Durmaz P, Ünal B (2000) Narlıdere bölgesinde yaşayan yaşlıların sosyal destek düzeyinin incelenmesi. *Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi (İstanbul), Özet Kitabı*, 144.
- Eker D, Arkar H (1995) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):45-55.
- Gillespie NA, Heath AC, Martin NG (2004) Perceived social support in a large community sample: Age and Sex Differences. *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(39): 625-636.
- Hörter M, Reuter K, Weisser B ve ark (2002) Descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehab*, 83(4):461-468.
- Kara B, Yıldırım Y, Genç A ve ark (2009) Geriatriklerde ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 20(3):190-200.
- Karadakovan A (2010) Yaşlılık ve Bakımı: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. *Karadakovan A, Aslan FE (Eds), Adana, Nobel Kitabevi*, s. 113-136
- Karadakovan A (2014) Yaşlı sağlığı ve bakımı, Ankara, Akademisyen. Tıp Kitabevi, s.3-9
- Kerem M, Meriç A, Kırdı N ve ark (2001) Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi. *Geriatrici*, 4(3):106-112.
- Konak A, Çiğdem Y (2005) Yaşlılık Olgusu: Sivas huzurevi örneği”, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1):23-63.
- Kumtepe H, Özgüney M, Samyeli D, Şendur P (2013) Türkiye’de Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Huzurevine Yerleşme Nedenleri ve Huzurevi Yaşamına İlişkin Alguları, TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Litwin H (2003) The association of disability, sociodemographic background and social structure type in later life. *J Ageing Health*, 15(2):391-408.
- Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark (2001) Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4):251-259.
- Miroğlu C (2009) Ankara’da Bir Huzurevi İncelemesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, Ankara Üniversitesi.
- Oxman TE, Hull JG (2001) Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *J Gerontol*, 56(1):35-45.
- Örsal Ö, Yenilmez Ç, Çelik N ve ark (2012) huzurevinde ve evinde yaşayan yaşlılarda ölüm anksiyetesi ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3):332-338
- Öz F (2002) Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 10(2):17-28.
- Patterson BJ (1995) The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *J Adv Nurs*, 21(4):682-689.
- Polat Ü, Kahraman BB (2013) Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4):213-218.
- Siebert DC, Mutran EJ, Reitzeu DC (1999) Friendship and social support: The importance of role identity to aging adults. *Social Work*, 44 (6): 522-533.
- Spitzer A, Bar T, Golander H (1995) Social Support: how does it really work? *J Adv Nurs*, 22(5):850-854.
- TC. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Sosyal Riski Azaltma Projesi Koordinasyon Birimi (2006) Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi Özet Rapor. <http://www.huzurevleri.org.tr/docs/YaslılaraSunulanSosyalHizmetlerinDeğerlendirilmesi>. Erişim: 10.09.2015
- Tomaka J, Thompson S, Palacios R (2006) The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health*, 18(3):359-84.
- Top FÜ, Saraç A, Yaşar G (2010) Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13(1):14-22.
- Topbaş M, Yaris F, Can G ve ark (2004) Kapucu M, Sayar K. The effect of sociodemographic factors and medical status on depressive symptoms of the inhabitants of nursing home and community-dwelling elders in Trabzon-Turkey. *Klinik Psiko-Farmakoloji Bülteni*, 14(2) :57-60.
- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008) <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/index.htm>. Erişim: 10.09.2015
- Litwin H (2000) Activity, Social network and well-being: an empirical examination. *Canadian Journal on Aging*, 19(3):343 – 362.
- Vatan S, Geçöz T (2006) Huzurevinde yaşayan yaşlıların depresif yakınmaları, umutsuzluk düzeyleri ve ölüm kaygıları ile ilişkili özellikler. *Kriz Dergisi*, 15(2):49-61.
- Zimet GD, Dahlen NW, Zimet SG ve ark (1988) The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*, 52(1):30-41.
- Zincir H, Taşçı S, Erten KZ, Başer M. (2008) Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17 (3): 168-74.



## 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN ATEŞ VE ATEŞLİ HAVALE İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

*Investigation of Knowledge and Practice related to Fever and Febrile Convulsion of Mothers' Having Children at the Age of 0-6*

Gülşen ULAŞ KARAAHMETOĞLU<sup>1</sup>, Havva KAÇAN SOFTA<sup>2</sup>,

Nagihan ZENGİN<sup>3</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Araştırma, 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, Aralık 2011- Ocak 2012 tarihleri arasında çocuk servislerinde yatan 0-6 yaş arası çocuğu olan 146 anne ile yapılmıştır. Veriler 38 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde yüzdelik dağılım ve Ki- kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada, annelerin % 41.8'inin 26-35 yaş grubunda, % 40.4'ünün ilköğretim mezunu ve % 62.3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Annelerin % 56.2'sinin vücut ısısının 38 °C olmasını ateş olarak tanımladığı, ateş durumunda ilk uygulama olarak % 28.0'inin çocuğun giysilerini çıkardığı, % 17.0'sinin odayı havalandırdığı, % 9.0'unun çocuğun vücudunu kolonya- gülsuyu ile sildiği ve % 63.7'sinin çocukların kaç yaşına kadar havale geçirebileceğini bilmediği saptanmıştır. Evde termometre bulundurma ve termometre kullanmayı bilme durumu ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark görülmüştür (p<0.05).

**Sonuç:** 0-6 yaş çocuğa sahip olan annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ateş, çocuk, anne, hemşire, bilgi, uygulamalar.

### ABSTRACT

**Objective:** The study was performed for investigation of mothers' having children at the age of 0-6 knowledge and practice of fever and febrile convulsion.

**Method:** The study was conducted among 146 mothers having hospitalized children at age of 0-6 between the dates December 2011 – January 2012. Data were obtained using a questionnaire form with 38 questions. Percentage distribution and chi-square test were used for statistical analysis.

**Findings:** It was found that 41.8% of the mothers were between 26-35 years of age, 40.4% of them were graduated from primary school and 62.3% of them were house wife. 56.2% of the mothers defined fever as body temperature above 38°C. In the case of fever 28.0% of the mothers put off their children's clothes as a measure first, 17.0% of them refreshed air of the room, 9.0% of them rub body of child using cologne, rose-water, and 63.7% of them told they had not known up to which age febrile seizure might occur in children. A statistically significant difference was determined between educational status and having thermometer at home and knowing how to use it (p<0.05).

**Conclusions:** It was observed that mothers who have got children at age of 0-6 had inadequate knowledge and practice about fever and febril convulsion.

**Key Words:** Fever, child, mother, nurse, knowledge and practice.

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr. Kastamonu Üniversitesi, Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, KASTAMONU

<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr. Kastamonu Üniversitesi, Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, KASTAMONU

<sup>3</sup>Hemşire, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, ANKARA

### Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Gülşen ULAŞ KARAAHMETOĞLU, Kastamonu Üniversitesi, Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, KASTAMONU

Tel: 0505 713 60 15

e-posta: gulsen@kastamonu.edu.tr

**Geliş tarihi/Received:27/11/2014; Kabul tarihi/Accepted:09/12/2015**

**GİRİŞ**

Erişkin dönemindeki fiziksel ve ruhsal sağlık, çocukluk döneminde büyüme gelişme sürecinin sağlıklı geçirilmesine bağlıdır. Sağlıklı çocuklar sağlıklı toplumun temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle çocuğun sağlığının korunması, erişkin dönemdeki sağlık için dolayısı ile sağlıklı bir toplum için önemli bir yatırımdır. Bunun bilincinde olan toplumlar çocukların refahı ve sağlıklı gelişimi için tüm olanaklarını kullanmaktadır (Erci 2009; Celasin ve ark 2008).

Çocukluk çağında en sık karşılaşılan ve ebeveynleri en çok korkutan ateş, vücut için önemli bir savunma mekanizmasıdır. Yüksek ateş, pek çok enfeksiyon hastalığının en tipik belirtisidir ve genellikle vücudun enfeksiyon ile mücadelesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Ay 2011).

Bebeklerde ve çocuklarda vücut sıcaklığının yükselmesi sırasında, dehidratasyon ve ateş nöbetleri meydana gelebilir (Aşti ve Karadağ 2012). Ancak ateşli çocukların çok az bir kısmında yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklar olmasına karşın, aileler çocukları ateşlendiğinde endişelenip korkuya kapılmakta ve panik ile yanlış ve/veya zararlı olabilecek yöntemlerle ateşi düşürmeye çalışmaktadırlar (Crocetti et al 2001)

Enarson ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında Kanadalı ailelerde yüksek ve hızlı bir şekilde vücut ısısının artmasının, fiziksel ateş ile ilgili endişe uyandırdığı saptanmıştır. Çalışmada ebeveynlerin %74.0' ünün yüksek ateşin tehlikeli olduğunu düşündükleri, %90.3' ünün her zaman ateşi tedavi etmeye çalıştıkları belirlenmiştir. Halıcıoğlu ve ark. (2011) çalışmasında çocukları ateşlendiğinde annelerin ilk yaptıkları uygulamaların; çocuğun giysilerini çıkartmak (%37.6), çocuğa duş yaptırmak (%33.2), ateş düşürücü ilaç vermek (%18.6) olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada ilk uygulama sonrası ateş düşmediğinde, ikinci en sık yapılan uygulamanın ateş düşürücü vermek olduğu ve annelerin %99.0' unun çocuğu ateşlendiğinde doktora danışmadan ateş düşürücü ilaçlar verdiği belirlenmiştir. Çocuğun ateşinin devam etmesi durumunda uygulanan üçüncü seçeneğin genellikle "doktora götürme" şeklinde olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk döneminde ateş ailenin en sık sağlık yardımı aradığı semptomlardan birisidir. Çocuğun bakım sorumluluğunu üstlenen aile bireyi genellikle anne olduğundan; annelerin ateşi ve ateşli durumlarda ilk müdahale yöntemlerini bilmeleri oldukça önemlidir (Özkan ve Öztürk 2013). Ailelere özellikle de annelere yapılacak eğitimlerin planlanmasında, annelerin ateş ve ateşli havale hakkında bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi önemli faydalar sağlayacaktır.

**AMAÇ**

Çalışma, 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**YÖNTEM**

Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi, Ek Bina Şerife Bacı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Aralık 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanenin süt çocuğu, çocuk cerrahisi ve çocuk servislerinde yatan 0-6 yaş arası çocuğu olan anneler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın uygulandığı tarihler arasında belirtilen servislerde 0-6 yaş çocuğu tedavi almakta olan annelerin sayısı 478 olup çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve veri toplama araçlarını eksik dolduran anneler örneklem dışında bırakılmış, araştırma 146 anne ile yapılmıştır.

*Anket Formu*; araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmıştır (Araz 2013; Bebiş ve ark. 2013; Celasin ve ark. 2008) Formun birinci bölümünde annelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili, ikinci bölümünde ise annelerin ateş ve ateşli havaleye ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla hazırlanan 38 soru bulunmaktadır. Araştırmanın uygulanması için il Sağlık Müdürlüğü'nden ve hastane yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan annelere gerekli açıklama yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Anket formunun uygulanması yaklaşık olarak 5-10 dakika sürmüştür.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 (Statistical Packet For Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzdelik dağılım ve Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  değeri kabul edilmiştir.

**BULGULAR**

Araştırmaya katılan annelerin % 41.8'i 26-35 yaş grubunda, % 40.4'ü ilköğretim mezunu, % 62.3'ü ev hanımı, % 35.6'sının eşi lise mezunu, % 39.7'sinin eşi memur, % 67.1'i şehirde yaşamakta ve % 70.5'i çekirdek aile tipine sahiptir.

**Tablo 1.** Annelerin Termometre Kullanımıyla İlgili Bilgileri

		Sayı	%
<b>Evde termometre bulundurma durumu</b>	Evet	99	67.8
	Hayır	40	27.4
	Emin değil	7	4.8
<b>Termometre kullanmayı bilme durumu</b>	Evet	114	78.1
	Hayır	25	17.1
	Emin değil	7	4.8
<b>Termometre kullanma ile ilgili bilgi kaynağı</b>	Aile-yakın çevre	15	10.3
	Gazete-TV-radyo	19	13.0
	Sağlık personeli	84	57.5
	İnternet	3	17.1

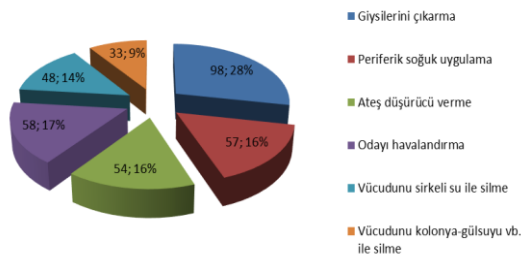
Araştırmaya katılan annelerin % 67.8'i evinde termometre bulunduğunu, % 78.1'i termometre kullanmayı bildiğini, % 57.5'i termometre kullanmayı sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir.

**Tablo 2.** Annelerin Ateş ile İlgili Bilgileri

		Sayı	%
<b>Hangi rakam ateşi tanımlar</b>	37°C	16	11.0
	38°C	82	56.2
	39°C	26	17.8
	40°C ve üzeri	19	13.0
<b>Yüksek ateş nasıl belirlenir</b>	Fiziksel durumuna bakarak*	27	18.5
	Dokunarak	75	51.4
	Termometre ile	51	34.9
<b>Ateş hakkındaki bilgi kaynağı</b>	Aile-yakın çevre	37	25.3
	Gazete-TV-radyo	18	12.3
	Sağlık personeli	86	58.9

\*cilt rengi, halsizlik, uyku hali, titreme vb.

Annelerin % 56.2'sinin vücut ısısı 38°C olduğunda durumun ateş olarak tanımlandığını, % 51.4'ü ateşin yükseldiğini dokunarak anladığını, %58.9'u ateş hakkındaki bilgiyi sağlık personelinden aldığını belirtmiştir.

**Şekil 1.** Ateş durumunda yapılan ilk uygulamalar.

Annelerin ateş durumunda yaptıkları ilk uygulamalar incelendiğinde; annelerin %28.0'i çocuğun giysilerini çıkardığını, % 17.0'si odayı havalandırdığını, % 9.0'u çocuğun vücudunu kolonya, gülsuyu ile sildiğini belirtmiştir.

Annelerin % 14.4'ü ateş düşmeyince ilk uygulamayı yapmaya devam ettiğini, %78.1'i

doktora götürdüğünü belirtmiştir. Ateşi düşürmek için soğuk uygulama yaptığını belirten anneler; soğuk uygulamayı karın (% 6.8) baş (% 28.8), koltuk altı (% 53.4) bölgesine yaptıklarını, soğuk uygulama yaparken alkol-sirke (%10.3), soğuk su (% 15.1), ılık su (% 53.4) kullandıklarını ve banyo yaptıklarını (% 17.8) ifade etmiştir.

**Tablo 3.** Annelerin Ateş Durumunda İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgileri

		Sayı	%
<b>Ateş düşürücü olarak tercih edilen</b>	Şurup	103	70.5
	Tablet	16	11.0
	Fital	35	24.0
<b>Ateş düşürücünün dozuna dikkat etme</b>	Evet	117	80.1
	Hayır	29	19.9
<b>Ateş düşürücünün dozunun neye göre ayarlandığı</b>	Ateşin yüksekliğine	17	11.6
	Kiloya	16	11.0
	Yaşa	44	30.1
<b>Ateşlenen çocuğa verilen ilacın nasıl temin edildiği</b>	Reçeteye	49	33.6
	Reçetesiz olarak eczaneden	36	24.7
<b>Ateşlenen çocuğa verilen ilacın nasıl temin edildiği</b>	Reçeteli olarak eczaneden	107	73.3

Annelerin ateş durumunda ilaç kullanma-ya ilişkin uygulamaları değerlendirildiğinde; % 70.5'i şurup kullandığını, % 80.1'i kullandığı ateş düşürücünün dozuna dikkat ettiğini, % 33.6'sı ilaç dozunu reçeteye göre ayarladığını, % 73.3'ü ilacı doktor reçetesi ile eczaneden temin ettiğini belirtmiştir.

Annelerin % 63.7'si çocukların kaç yaşına kadar havale geçirebileceğini bilmediğini, % 78.1 daha önce ateşli havale geçiren çocuğu olmadığını, % 48.6'sı ateşli havale durumunda ilk olarak çocuğu acile götüreceğini belirtmiştir.

**Tablo 4.** Annelerin Ateşli Havale ile İlgili Bilgileri

		Sayı	%
<b>Çocuklar kaç yaşına kadar havale geçirir</b>	12 yaş	5	3.4
	7-8 yaş	11	7.5
	6 yaş	36	24.7
	Bilmiyorum	93	63.7
<b>Daha önce ateşli havale geçiren çocuğu olma durumu</b>	Evet	32	21.9
	Hayır	114	78.1
<b>Ateşli havalede ilk yapılan uygulama</b>	Paniğe kapılır	10	6.8
	Banyo yaptırır	55	37.7
	Ateş düşürücü verir	19	13.0
	Acile götürür	71	48.6

**Tablo 5.** Annelerin Yaş ve Öğrenim Durumuna Göre Termometrenin Ölçüm Yerinde Kalma Süresini Bilme Durumları

		Termometrenin ölçüm yerinde kalma süresi						p
		3 dk'dan az		3-5 dk		5 dk'dan fazla		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Anne yaşı</b>	25 ve altı	8	20,0	31	77,5	1	2,5	0,012
	26-35	8	15,7	35	68,6	8	15,7	
	36-45	9	34,6	11	42,3	6	23,1	
	46 ve üzeri	-	-	8	100,0	-	-	
<b>Öğrenim durumu</b>	Okur yazar değil	3	50,0	1	16,7	2	33,3	0,011
	Okur yazar	3	42,9	3	42,9	1	14,3	
	İlköğretim	12	26,7	25	55,6	8	17,8	
	Lise	3	10,7	22	78,6	3	10,7	
	Üniversite	4	10,0	34	85,0	2	5,0	

Annelerin yaşına göre termometrenin ölçüm yerinde kalma süresini doğru olarak ifade etme durumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu soruyu 25 ve altı yaş grubundaki annelerin % 77.5'i doğru cevaplarırken, 36-45 yaş grubunda doğru cevap oranının % 42.3'e düştüğü belirlenmiştir. Yine termometrenin ölçüm yerinde kalma süresini doğru bilme durumunun öğrenim durumuna göre farklılık gösterdiği, belirlenen farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Lise ve üniversite eğitimi annelerin termometrenin ölçüm yerinde kalma süresini doğru olarak ifade etme oranları yüksek bulunmuştur.

Annelerin termometre kullanmayı bilme durumu ile çocuk sayısı arasında fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çocuk sayısı 1-2 olan annelerin % 83.0'ü termometreyi kullanmayı bildiğini belirtirken 5 ve daha fazla sayıda çocuğu olan annelerin % 100'ü termometre kullanmayı bilmediğini belirtmiştir. Annelerin termometre kullanmayı bilme durumu ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Üniversite mezunu annelerin % 97.5'i termometreyi kullanmayı bildiğini belirtirken okur-yazar olan annelerde bu oran % 42.9'dur.

Evde termometre olma durumu ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Üniversite mezunu annelerin % 100'ü evlerinde termometre bulunduğunu belirtirken okur-yazar olmayan annelerde bu oran % 33.3'e düşmüştür.

Öğrenim durumuna göre "ateşli havalede yapılan ilk uygulamalar" sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Üniversite mezunu annelerin hiçbiri "paniğe kapılırim" cevabını vermezken eğitim seviyesi okur-yazar olmayan annelerin % 40.0'i "paniğe kapılırim" cevabını vermiştir. Öğrenim durumu lise ve ilköğretim olan annelerin %36.4'ü ateşli havale durumunda "banyo yaptırırım" cevabını verirken okur-yazar olmayan annelerin sadece % 1.8'i "banyo yaptırırım" cevabını vermiştir. Öğrenim durumu ilköğretim olan annelerin

% 42.3'ü "acil servise götürürüm" cevabını

verirken okur-yazar olmayan annelerin sadece % 4.2'si "acil servise götürürüm" cevabını vermiştir.

## TARTIŞMA

Doğal bir savunma mekanizması olduğunun bilinmesine karşın ateş, aileleri en çok tedirgin eden ve korkutan semptomdur. Bu nedenle ateş durumunda yapılan uygulamalar son derece önemlidir (Halıcıoğlu ve ark. 2011).

Çalışmaya katılan annelerin % 67.8'inin evinde termometre olduğu, % 78.1'inin termometre kullanmayı bildiği, % 57.5'inin termometre kullanmayı sağlık personelinin öğrendiği belirlenmiştir. Halıcıoğlu ve ark. (2011) annelerin % 71.0'inin evinde derecesi olduğunu ve ateşi derece ile ölçtüğünü; Çataklı ve ark. (2012), annelerin % 68.8'inin evinde derece bulunduğunu; Esenay ve ark. (2007) annelerin % 76.0'sının evinde vücut sıcaklığını ölçen araç bulunduğunu ve annelerin % 78.0'inin vücut sıcaklığını ölçmeyi bildiğini belirlemiştir. Bu çalışmada daha önceki araştırma sonuçlarına benzer şekilde 0-6 yaş çocuğu olan annelerin çoğunluğunun vücut ısısını termometre ile ölçtüğü ve ölçme işlemini bildiği belirlenmiştir.

Annelerin % 56.2'si vücut ısısı 38 °C olduğunda bu durumu ateş olarak tanımlandığını, % 51.4'ü ateşin yükseldiğini dokunarak anladığını, %58.9'u ateş hakkındaki bilgiyi sağlık personelinin aldığını belirtmiştir. Betz ve Grunfeld'in (2006) araştırmasında çocuk bakıcıları vücut ısısı 37.9 °C altında iken bile çocuğun tedavi edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Yunanistanda yapılan bir çalışmada annelerin yaklaşık üçte birinin 37-38 °C arasındaki vücut ısısını ateş olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Matziou et al. 2008). Araz'ın (2013) çalışmasında ise ailelerin % 34.3'ü vücut ısısının 38 °C ve üzerinde olmasını ateş olarak tanımlandığını belirtmiştir. Özkan ve Öztürk'ün (2013) çalışmasında annelerin % 71.8'i çocuklarının ateşini "elini çocuğun al-



nına koyarak" değerlendiklerini ifade etmişlerdir. Celasin ve ark. (2008) çalışmasında annelerin % 77.2'sinin "çocuğun cildine dokunarak" ateşi değerlendirdiği ve %80.6'sının daha önce yüksek ateş konusunda bilgi aldığı, % 53.1'inin bu bilgiyi sağlık personelinin aldığı belirlenmiştir. Nerkiz ve ark. (2012) ailelerin ateş konusundaki bilgilerini % 61.0 doktor, % 16.3 internet, % 11.6 yardımcı sağlık personeli, % 7.5 televizyon ve % 3.5 gazetelerden faydalanarak edindiklerini belirtmişlerdir. Annelerin çoğunluğunun vücut ısısını ilk değerlendirme yöntemleri çoğunlukla cilde dokunmak olmaktadır. Bu doğal bir yoldur ve anneler daha sonra termometre kullanarak değerlendirmelerini yapmaktadır. Kara'nın (2003) çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi isimli çalışmasında belirttiği üzere, çalışmalar göz önüne alındığında ateşin 41 °C altında zararsız olduğu düşünülmektedir. Çoğu insan 41- 41.5 °C ateşi tolere edebilmektedir. Ateş 42 °C üzerine çıktığında zararlı etkileri görülmeye başlanmaktadır. Ancak yukarıda belirtilen araştırma sonuçlarına bakıldığında annelerin çoğunluğunun ateş değerini yanlış bildikleri belirlenmiştir. Bu durumda annelerin gereksiz ilaç kullandıkları, panik yaşadıkları ve sağlık kurumlarına başvurduğu düşünülürse bu konuda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Annelerin ateş durumunda yaptıkları ilk uygulamalar incelendiğinde; % 28.0'inin çocuğun giysilerini çıkardığı, % 17.0'sinin odayı havalandırdığı % 9.0'unun çocuğun vücudunu kolonya, gülsuyu ile sildiği belirlenmiştir. Celasin ve ark. (2008) çalışmasında annelerin % 96.0'sı çocuğun giysilerinin çıkarılması gerektiğini, % 93.5'i yüksek ateşi olan çocuğa antipiretik ilaç verdiklerini, % 80.6'sı ılık kompres uyguladıklarını, % 87.0'si ılık kompres için su kullandıklarını belirtmişlerdir. Eliaçık ve ark. (2012) çalışmasında aileler ateşi ilk tespit ettiklerinde; %97.1'i çocuğun giysilerini azalttığını, % 90.3'ü ateş düşürücü verdiğini, % 38.7'si ılık duş yaptırdığını, %16.8'i soğuk uygulama yaptığını, % 5.5'i sirkeli su, % 2.5'i alkol ve kolonya uyguladığını belirtmiştir. Araz'ın çalışmasında (2013)'da ailelerin ateşi düşürmek için sirkeli su (% 40.50) ve alkollü su (% 8.25) kullandığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, annelerin ateş durumunda ılık kompres uygulama, çocuğun giysilerini çıkarma, odayı havalandırma, çocuğa ılık duş aldırma gibi doğru uygulamalar yaptığı, ancak bununla birlikte sirkeli su, alkol ve kolonya kullanma gibi hatalı uygulamalar yaptıkları da görülmektedir.

Çalışmada annelerin % 14.4'ü ateş düşmeyince ilk uygulamayı yapmaya devam

ettiğini, % 78.1'i doktora götürdüğünü belirtirken, periferik soğuk uygulamayı % 6.8'i karın, % 28.8'i baş ve % 53.4'ü koltukaltı bölgesine yaptığını, uygulamada % 10.3'ü alkol-sirke, % 15.1'i soğuk su, % 53.4'ü ılık su kullandığını ve % 17.8'i ise banyo yaptığını belirtmiştir. Özkan ve Öztürk'ün (2013) çalışmasında annelerin % 98.0'i ateş düşmediğinde çocuklarını hastaneye götürdüklerini bildirmişlerdir. Halıcıoğlu ve ark. (2011) ailelerin yarısından fazlasının ateşlenen çocuklarını genellikle ilk 24 saatte ve beşte birinin de ilk saatler içinde hastaneye götürdüklerini saptamıştır. Yiğit ve ark. (2003) çalışmasında da ebeveynlerin % 84.1'inin ilk uygulamadan sonra çocuğun ateşi düşmezse en yakın sağlık kuruluşuna götürdükleri belirlenmiştir. Celasin ve ark.(2008) çalışmasında annelerin % 80.6'sı ılık kompres uyguladıklarını, % 87.0'si ılık kompres için su kullandıklarını, % 8.0'i çocuğun vücudunu sirkeli su, % 2.5'i limon kolonyası, % 0.5'i gül suyu ile sildiğini, % 2.5'i antipiretik ilaç olarak aspirin kullandığını, % 0.5'i demli çayın içine aspirin karıştırıp çocuğa içirdiğini, % 0.5'i zeytin yağ içine aspirin, limon suyu, karabiber karıştırıp çocuğun vücuduna sürdüğünü, % 0.5'inin çocuğun vücuduna vicks (mentollü solüsyon) sürme ve % 2.5'i hiçbir uygulama yapmadan bekleme gibi yanlış ve geleneksel uygulamaları da yaptıkları saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında ateş durumunda doğru uygulamaların yanı sıra yanlış ve geleneksel uygulamaların yapılmakta olduğu görülmüştür.

Annelerin genelde kullandığı ateş düşürücü türüne bakıldığında; % 70.5'i şurup kullandığını, % 80.1'i kullandığı ateş düşürücünün dozuna dikkat ettiğini, % 33.6'sı ilaç dozunu reçeteye göre ayarladığını, % 73.3'ü ilacı doktor reçetesi ile eczaneden temin ettiğini belirtmiştir. Yiğit ve ark.(2003) annelerin % 34.8'inin doktor önerisi dışında ateş düşürücü kullandığını belirlemiştir. Eliaçık ve ark. (2012) annelerin % 71.4'ünün ilacı kendi kararıyla bir kaşık verdiğini, % 18.3'ünün doktor reçetesine göre, % 7.2'sinin eczacıya danışarak, % 3.1'inin komşuya sorarak ilaç dozunu belirlediği saptanmışlardır. Arıkan ve ark.(2012) ailelerin % 60.0'inin kullandığı ateş düşürücünün dozunu doktor önerisi ile belirlediğini belirtmiştir. Bebiş ve ark.(2013) annelerin sadece % 26.0'sinin ateş düşürücü ilaç dozunu doktor reçetesine göre ayarladıklarını saptamışlardır. Bu çalışmada annelerin genellikle ateş durumunda ateş düşürücü ilaç verme davranışında buldukları ve çoğunun bu uygulamalarını doktor önerisi doğrultusunda yaptıkları saptanmıştır. Çalışmaya katılan annelerin ilaç verme konusun-



daki dikkatli davranışları sevindiricidir.

Çalışmaya katılan annelerin termometrenin ölçüm yerinde kalma süresi süresini doğru bilme durumlarının yaşa ve öğrenim durumlarına göre farklılık gösterdiği, termometrenin ölçüm yerinde kalma süresini doğru ifade etme oranı 25 ve altı yaş grubundaki annelerde % 77.5, 36-45 yaş grubunda % 42.3 olarak belirlenmiştir. Termometrenin ölçüm yerinde kalma süresini doğru ifade etme oranı lise (% 78.6) ve üniversite mezunu (% 85.0) annelerde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç anne yaşının genç ve eğitim durumunun yüksek olmasının bilgi alma isteğini aynı zamanda bilgiye ulaşma ve kullanma durumunu artırdığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin termometre kullanmayı doğru bilme durumlarının çocuk sayısı durumuna göre farklılık gösterdiği, çocuk sayısı azaldıkça termometre kullanmayı bilme oranının arttığı belirlenmiştir. Çocuk sayısı 1-2 olan annelerin (% 83.0) termometreyi kullanmayı bildiği, 5 ve üzeri çocuğu olanların (% 100) termometre kullanmayı bilmediği saptanmıştır. Termometre kullanmayı bilme durumunun annelerin öğrenim durumuna göre farklılık gösterdiği, öğrenim durumu yükseldikçe termometre kullanmayı bilme oranının arttığı belirlenmiştir. Üniversite mezunu annelerin (% 97.5) termometreyi kullanmayı bildiği okur- yazar olanlarda bu oranın düştüğü (% 42.9) saptanmıştır. Yiğit ve ark.(2003) annelerin eğitim durumu ile termometreyi kullanmayı bilme oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, eğitim durumu arttıkça termometre kullanma ve ateşin sınırlarını bilme oranının arttığı saptanmıştır.

Evde termometre olma durumu ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark olduğu, öğrenim durumu arttıkça evde termometre bulunma oranının arttığı belirlenmiştir. Üniversite mezunu anneler (% 100) evlerinde termometre bulundururken okur-yazar olmayan annelerde bu oran %33.3'e düşmüştür. Halıcıoğlu ve ark. (2011) eğitim düzeyi yüksek annelerin evde ateş ölçme ve derece bulundurma oranlarının arttığını saptamıştır. Celasin ve ark. (2008) annelerin eğitim düzeyi ve ailenin sosyo-ekonomik düzeyi yükseldikçe, evde termometre bulundurma, termometre okuyabilme ve çocuğun ateşlendiğini termometre ile anlama durumunun arttığını belirlemişlerdir.

Öğrenim durumuna göre “ateşli havaleda yapılan ilk uygulamalar” sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık olup öğrenim durumu yüksek olan grupta “paniğe kapılırim” cevabını verenlerin oranı az bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin hiçbiri “paniğe kapılırim” cevabını vermezken okur- yazar olmayan annelerin % 40.0’i

“paniğe kapılırim” cevabını vermiştir. Öğrenim durumu lise ve ilköğretim olan annelerin % 36.4’ü “banyo yaptırırım” cevabını verirken okur-yazar olmayan annelerin sadece % 1.8’i bu cevabı vermiştir. Öğrenim durumu ilköğretim olan annelerin % 42.3’ü “acile götürürüm” cevabını verirken eğitim seviyesini okur- yazar olmayan annelerin sadece % 4.2’si bu cevabı vermiştir. Eliaçık ve ark. (2012) annelerin eğitim düzeyleri azaldıkça yapılan alkol-kolonya, sirkeli su, doğrudan soğuk suyun altına sokma gibi sakıncalı uygulamaların arttığını saptamıştır.

## SONUÇ

Araştırma sonucunda, annelerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarında yanlışlıklar ve yetersizlikler olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının 0-6 yaş çocuğa sahip olan annelere; evde derece bulundurmaları, vücut ısısı ölçüm bölgeleri, değerleri ve ölçüm süreleri, ateş durumunda yapılacak ilk uygulamalar, antipiretik ilaçların kullanımı, hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği konularında eğitim vermeleri gerekmektedir. Annelerin ateş ve ateşli çocuğa yaklaşım konusunda eğitilmeleri, hatalı uygulamaların önlenmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca kitle iletişim araçları ile ateş ve ateş durumunda yapılacak uygulamalar konusunda verilecek sağlık eğitim programları, annelerin ateşe yönelik korkularını azaltabilir ve hatalı uygulamaların önlenmesine katkıda bulunabilir.

## KAYNAKLAR

- Araz NÇ (2013) Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 7(1): 27-32.
- Arıkan Z, Tekşam Ö, Kara A, Kale G (2012) Ateş yakınması ile çocuk acile başvuran hastalarda uygunsuz dozda ateş düşürücü kullanma sıklığının ve nedenlerinin belirlenmesi. Türk Pediatri Arşivi, 47(2): 114-8.
- Aşti TA, Karadağ A (2012) Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, s: 587-597.
- Ay FA (2011) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, s: 366.
- Bebiş H, Coşkun S, Açikel C ve Özdemir S (2013) 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(6): 699-708
- Betz MG, Grunfeld AF (2006) 'Fever phobia' in the emergency department: a survey of children's caregivers. European Journal of Emergency Medicine, 13(3):129-33.
- Celasin NŞ, Ergin D ve Ataman Ü (2008) Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. Fırat Üniversitesi

- Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 22(6): 315-322
- Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J (2001) Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*, 107(6): 1240-7.
- Çataklı T, Can V, Dallar Y (2012) Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri yeterli mi? *Journal of Pediatric Infection*, 6(4): 139-43.
- Eliacı K, Kanık A, Oyman G, Rastgel H, Güngör S, Anıl M, Helvacı M, Bakiler AR (2012) Ebeveynlerin Ateş Hakkındaki Bilgi, İnanış ve Yanlış Uygulamaları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1): 5-7.
- Erci B (2009) Halk Sağlığı Hemşireliği. *Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama*, 80- 83.
- Esenay IE, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G (2007) Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(2): 57-60
- Halcioğlu O, Koc F, Akman SA, Teyin A (2011) Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1(1):13-19.
- Kara B (2003) Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(1): 10-4.
- Mark C. Enarson, Samina Ali, Ben Vandermeer, Robert B. Wright, Terry P. Klassen and Judith A. Spiers (2012) Beliefs and Expectations of Canadian Parents Who Bring Febrile Children for Medical Care. *The Official Journal of The American Academy of Pediatrics*, 130(4): 905-12.
- Matziou V, Brokalaki H, Kyritsi H, Perdikaris P, Gymnopoulou E, Merkouris A (2008) What Greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: an interview study. *International Journal Nursing Studies*, 45(6): 829-36.
- Nerkiz P, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, Onar T, Gök F, Sağlam K ve Özcan O (2012) Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 1(1):11-16.
- Özkan H, Öztürk S (2013) Doğu Anadolu bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi. Dergisi*, 3(2):121-126.
- Yiğit R, Esenay F, Serinol Z ve Şen E (2003) Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3): 48- 56.

# HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARININ İNCELENMESİ

## *Evaluation of Ageism Attitudes of Nursing Students*

Serap ÜNSAR<sup>1</sup>, Özgül EROL<sup>2</sup>, Seda KURT<sup>3</sup>, Fulya TÜRÜNG<sup>4</sup>, Işıl DİNLEGÖR SEKMEN<sup>4</sup>, Canan SAK<sup>4</sup>, Selin TÜRKSEN<sup>4</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu tanımlayıcı çalışma, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini 03-14 Mart 2014 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencileri oluşturdu (n=319). Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği(YATÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde Mann Whitney U testi, student-t testi, Kruskal Wallis varyans analizi ve One-Way Anova testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmada öğrencilerin YATÖ puan ortalaması 84.8±9.32 olarak bulundu. Öğrencilerin, öğrenim gördüğü sınıf, yaşlı bireyle birlikte yaşama durumu ve klinik uygulamada yaşlı bireye bakım verme durumlarının yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarını anlamlı şekilde etkilediği belirlendi (p<0.05). Öğrencilerin cinsiyetinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını etkilemediği bulundu (p > 0.05).

**Sonuç:** Öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları belirlendi. Hemşirelik eğitim programlarında, öğrencilerin yaşlı bireylere yönelik bakım ve iletişim becerilerini arttıracak teorik bilgi ve uygulamaların artırılması olumlu tutum geliştirmede etkili olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik öğrencileri, yaşlı, yaşlı ayrımcılığı, tutum.

### ABSTRACT

**Purpose:** This descriptive study was done in order to determine the attitudes of nursing students towards ageism and the affecting factors.

**Method:** The sample of the study was composed of nursing students of a Faculty of Health Sciences between 03-14, March 2014. Data was collected by Personal Information Form and Ageism Attitude Scale (AAS). Data was analysed by using Mann Whitney U test, student-t test, Kruskal Wallis variance analysis and One-way Anova tests.

**Results:** Total mean score of AAS was found as 84.8±9.32. It was determined that students' study grade situation of living with an elderly and care giving situations to an elderly during clinical practice significantly affected their attitudes towards ageism (p<0.05). It was found that gender had no effect students' attitudes towards ageism. (p > 0.05).

**Conclusions:** It was determined that students had positive attitude towards ageism. The theoretical knowledge and practices related with elderly care and communication in nursing education programs will have a positive effect on attitudes.

**Keywords:** Nursing students, elderly, ageism, attitude.

<sup>1</sup>Prof. Dr., Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., EDİRNE

<sup>2</sup>Doç. Dr., Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., EDİRNE

<sup>3</sup>Öğr. Gör. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., EDİRNE

<sup>4</sup>Yüksek Lisans Öğrencisi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD., EDİRNE

### Yazışma Adresi

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Balkan Yerleşkesi, Edirne

Tel. no: 0 284 213 30 42

e-mail: [unsarserap@trakya.edu.tr](mailto:unsarserap@trakya.edu.tr)

**Geliş tarihi/Received: 03/12/2014; Kabul tarihi/Accepted: 11/11/2015**

## GİRİŞ

Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ile sağlıkta yaşam kalitesi iyileşmekte ve buna bağlı olarak da dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (Güven ve ark. 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi "65 yaş ve üzeri" olarak kabul etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2013 yılında %7.7 ken, nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında %10.2'ye, 2050 yılında %20.8'e, 2075 yılında ise %27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK 2013).

Yaşlılık tüm yaşam faaliyetlerinde, üretkenlikte, yeterlilikte, bireysellik ve bağımsızlıkta azalma süreci olarak görülmektedir (Çilingiroğlu ve Demirel 2007). "Nüfusun yaşlanması" olarak adlandırılan bu demografik değişimin etkileri toplumlarda farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. İçinde yaşadıkları toplumun sosyokültürel yapısı, bireylerin ve toplumun yaşlılığı algılayışı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan tutum ve davranışlar, yaşlılara sunulan hizmetlere de yansımakta ve zaman zaman çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunlardan biri de özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan "yaşlı ayrımcılığı"dır (Akdemir ve ark. 2007).

Yaşlı ayrımcılığı terimini ilk defa 1969 yılında Amerika Ulusal Yaşlılık Enstitüsü başkanı Robert Butler kullanmıştır. Çilingiroğlu ve Demirel'in aktardığına göre (2007) Gerontolog Robert Butler yaşlı ayrımcılığını; yaşlı insanlara yönelik bir ayrımcılık, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi eyleme dönüşebilen bir ideoloji türü olarak tanımlamıştır. Palmore (2004) ise yaşlı ayrımcılığını; ileri yaşta bireylere yönelik önyargıyı, tutum ve davranışlar aracılığı ile ifade eden bir terim olarak tanımlamıştır. Yaşlı ayrımcılığı bir kişiye sadece yaşı nedeniyle gösterilen farklı tavır, önyargı, davranış ve eylemleri içinde barındıran çok boyutlu bir terimdir (Palmore 2004).

Toplumların sosyokültürel yapıları, inançları, gelenek ve görenekleri farklı durumlara bakış açılarını tutum ve davranışlarını etkiler. Toplumumuzda da yaşlılar, tecrübelerini, kültür ve değerleri yeni nesillere aktaran, sevgi ve saygı gösterilen insanlar olarak görülürler. Fakat modernleşen ve şehirleşen dünyada değişen yaşam tarzları, çalışma koşulları yaşlıların sosyal ve ekonomik bir yük olarak görülmesine neden olmaktadır. Bir toplum; çocuk, genç, yetişkin ve yaşlısıyla bir bütün olmasına rağmen günümüzde özellikle gençler tarafından yaşlı

bireylere karşı olumsuz yönde ayrımcı davranışlar sergilenebilmektedir. Üniversite öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı olumsuz tutumlara sahip olduklarını gösteren çalışmalar bulunduğu gibi (Kite ve ark. 2005; Mosher-AsleyveBall 1999; Slevin 1991), olumlu tutumlara sahip olduklarını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Hughes ve ark. 2008; Kishimoto ve ark. 2005; Lee ve ark. 2005; Wilkinson ve ark. 2002). Bir toplumda yaşlılara karşı olumsuz tutum sergilenmesi, yaşlıların aldığı her tür hizmetin kalitesini düşürecek ve özellikle sağlık sorunlarının sık ve yoğun yaşandığı bu dönemde sağlık bakım hizmetlerinin de kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir.

Sağlık bakım ekibi içinde yer alan hemşirelerin temel amaçlarından biri bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir. Toplumun yaşlı ayrımcılığına ilişkin eşitlikçi bakış açısı kazanabilmesi, kendi düşünce, davranış ve tutumlarını geliştirebilmesi için hemşirelerin rehberliğine gereksinim vardır (Vefikuluçay 2011). Gelecekte sağlık bakım ekibi içinde yer alacak olan hemşirelik öğrencilerinin topluma rehberlik ederken ve yaşlı bireylere sağlık bakım hizmeti sunarken, olumlu tutum içinde olmaları herhangi bir şekilde ayrımcılık sergilememeleri, yaşlılık dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları bu açıdan önemlidir. Hemşirelik eğitimi veren kurumlara, hemşirelik öğrencilerinin yaşlanma ve yaşlılığa yönelik olumlu tutumlar geliştirmelerini sağlamak üzere önemli görevler düşmektedir.

## AMAÇ

Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

Bu tanımlayıcı araştırma, 2013-2014 eğitim öğretim yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören 1., 2., 3., ve 4. sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapıldı. Bu eğitim öğretim döneminde Hemşirelik Bölümü'nde toplam 451 öğrenci bulunmaktaydı. 03-14 Mart 2014 tarihleri arasında yapılan bu çalışma, 25 öğrencinin araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması, 56 öğrencinin devamsızlık yapması ve 51 öğrencinin verilen formu eksik doldurması nedeniyle 319 öğrenci ile yapıldı. Çalışmaya katılan öğrencilere çalışmanın amacı açıklandı ve çalışmaya katılma konusunda sözlü onam alındı.

Çalışmanın yapılacağı kurumdan resmi izin alındı.

Veri toplama aracı olarak öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren "Kişisel Bilgi Formu" ve "Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)" kullanılmıştır. Veri toplama araçları ders saatleri aralarında, sınıf ortamında uygulanmış ve formların öğrenciler tarafından doldurulması 15-20 dakika sürmüştür.

**Kişisel Bilgi Formu:** 11 sorudan oluşan bu formda; öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin (cinsiyet, yaş, sınıf, yaşamının çoğunluğunun geçtiği yer, kaldığı yer) yanı sıra yaşlı bireyler ile aynı evde yaşama, klinik uygulamalar sırasında yaşlı bireye bakım verme ve yaşlılığın öğrencide çağrıştırdığı kavramlara yönelik (şefkat, bilgelik, izolasyon, yoksulluk, bağımlılık, hastalık, güçsüzlük, depresyon, mutluluk, zihinsel azalma, işe yaramazlık, yalnızlık, beden imajında bozukluk) sorular yer almaktadır.

**Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği:** Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu (2011) tarafından geliştirilen, 23 madde ve üç boyuttan oluşan bir ölçektir. Ölçekten alınan puan arttıkça, yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum da artmaktadır. 'Kesinlikle Katılmıyorum', 'Katılmıyorum', 'Kararsızım', 'Katılıyorum', 'Tamamen Katılıyorum' seçenekleri olan 5'li likert tipi bir ölçek olup olumlu ve olumsuz tutum ifadelerini içermektedir. Olumlu tutum ifadeleri; 5=Tamamen katılıyorum, 4=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 2=Katılmıyorum, 1=Kesinlikle Katılmıyorum şeklinde puanlanırken, olumsuz tutum ifadeleri, bu puanlamanın tam tersi olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 115, minimum puan ise 23'tür.

YATÖ üç boyuttan oluşmaktadır. Yaşlının yaşamını sınırlama boyutu; toplumun yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlamaya ilişkin inanç ve algılarıdır (9-45 puan). Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık boyutu; toplumun yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algılarıdır (8-40 puan). Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık boyutu; toplumun yaşlı bireye yönelik olumsuz inanç ve algılarını göstermektedir (6-30 puan). YATÖ'nün "yaşlının yaşamını sınırlama" boyutu puan ortalamasının "45"e yakın olması, öğrencinin yaşlının yaşamını sınırlama boyutuna ilişkin tutumunun olumlu olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlının yaşamını sınırlama" boyutu puan ortalamasının "9"a yakın olması, öğrencinin yaşlının yaşamını sınırlama boyutuna ilişkin tutumunun olumsuz olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık" boyutu puan ortalamasının "40"a yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık boyutuna ilişkin olumlu tutuma sahip olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik

olumlu ayrımcılık" boyutu puan ortalamasının "8"e yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık boyutuna ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" boyutu puan ortalamasının "30"a yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık boyutuna ilişkin tutumunun olumlu olduğunu göstermektedir. YATÖ'nün "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" boyutu puan ortalamasının "6"ya yakın olması, öğrencinin yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık boyutuna ilişkin tutumunun olumsuz olduğunu göstermektedir. Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu (2011) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.80 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada YATÖ için Cronbach alpha değeri 0.78 olarak bulunmuştur.

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 19.0 istatistik paket programı ile yüzdeler, ortalama, Mann Whitney U testi, Student-t testi, Kruskal Wallis varyans analizi ve One-Way Anova testleri ile analiz edilmiştir.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

**Tablo 1.** Öğrencilere Ait Tanıtıcı Özellikler

Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>	X= 20.38±1.54	
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	298	93.4
Erkek	21	6.6
<b>Sınıf</b>		
1	103	32.4
2	91	28.5
3	70	21.9
4	55	17.2
<b>Yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yer</b>		
İl	173	54.2
İlçe	97	30.4
Köy	49	15.4
<b>Nerede ve kiminle birlikte yaşadığı</b>		
Yurtta	205	64.3
Aile ile	28	8.8
Evde yalnız	6	1.9
Evde arkadaşlarla	80	25.0
<b>Yaşlı bireyle aynı evi paylaşma durumu</b>		
Evet	152	47.6
Hayır	167	52.4
<b>Yaşlı birey ile yaşama süresi</b>	X= 2.60±1.27	

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.38±1.54'tür. Öğrencilerin %93.4'ü kız, %32.4'ü birinci sınıf öğrencisi, %54.2'si yaşantısının çoğunu ilde geçirmiş, %64.3'ü ise yurtta yaşamaktadır. Öğrencilerin %47.6'sı 65 yaş ve üzeri yaşlı/yaşlılar ile birlikte aynı evde yaşadığını ifade etmiştir ve aynı evde yaşama süreleri ortalamaları 2.60±1.27 yıl olarak bulunmuştur.



**Tablo 2.** Öğrencilerin Yaşlı Bireye Bakım Verme Durumlarına İlişkin Deneyim ve Düşünceleri

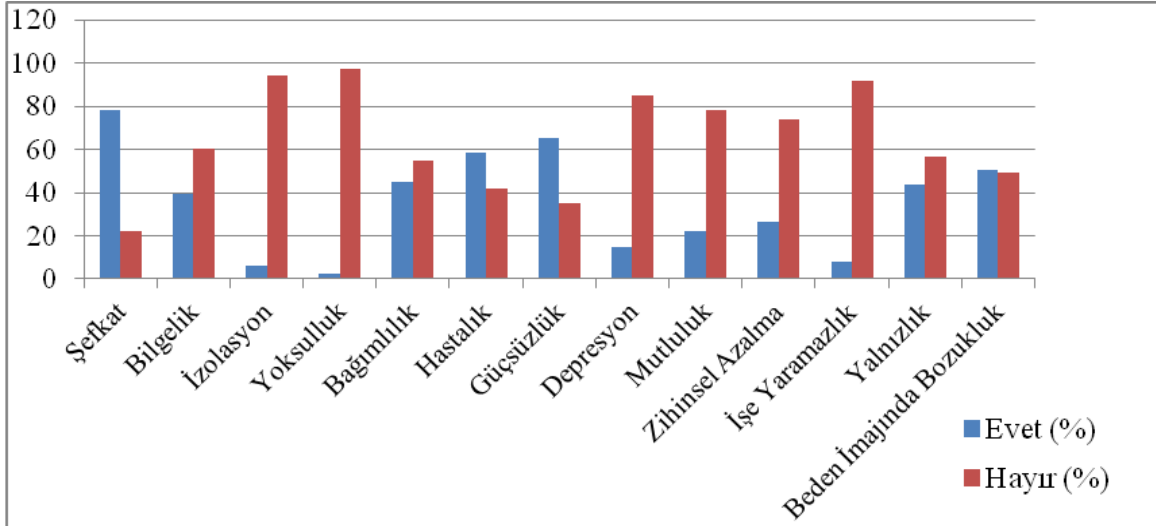
Özellikler	Sayı	%
<b>Yaşlı bireye bakım verme durumu</b>		
Evet	231	72.4
Hayır	88	27.6
<b>Mezuniyet sonrası yaşlı bireye bakım vermeyi isteme durumu</b>		
Evet	153	48.0
Hayır	166	52.0
<b>Yaşlı bireye bakım vermenin iletişim becerilerini geliştirme durumu</b>		
Evet	228	71.5
Hayır	91	28.5
<b>Verdiğiniz bakımın yaşlı bireyin bakım kalitesini artırma durumu</b>		
Evet	266	83.4
Hayır	53	16.6
<b>Yaşlı bireye bakım vermenin yaşlı bakıma ilişkin bilgiyi artırma durumu</b>		
Evet	202	63.3
Hayır	117	36.7

Öğrencilerin %72.4'ü klinik uygulamalarda yaşlı bireylere bakım verdiğini, %48'i mezun olduktan sonra yaşlı bireylere bakım vermeyi istediğini ifade etmiştir. Aynı zamanda öğrencilerin %71.5'i eğitimleri süresince edindiği bilgilerin yaşlı bireylere bakım verirken iletişim becerilerini geliştirdiğini, %83.4'ü vermiş olduğu bakımın yaşlı bakımının kalitesini arttırdığını, %63.3'ü yaşlı bireye bakım vermenin yaşlı bakıma ilişkin bilgilerini arttırmaya faydası olduğunu düşünmektedir (Tablo 2).

**Tablo 3.** Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği Puanları

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği Boyutları	X±SS	min-max
<b>Yaşlı yaşamını sınırlama</b>	36.11±4.76	19-45
<b>Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık</b>	30.67±4.88	10-40
<b>Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık</b>	18.01±3.34	8-28
<b>Toplam YATÖ</b>	84.80±9.32	23-115

Araştırmaya katılan öğrencilerin YATÖ toplam puan ortalaması 84.80±9.32 olarak belirlendi. Yaşlı yaşamını sınırlama alt boyut puan ortalaması 36.11±4.76, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyut puan ortalaması 30.67±4.88, yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyut puan ortalaması 18.01±3.34 olarak belirlendi.

**Şekil 1.** Öğrenciler Açısından Yaşlılık Kavramı ile İlgili Kavramların Çağrışım Yapma Durumları\*  
\*Öğrenciler birden fazla ifadeye yanıt vermiştir.

Öğrencilere “yaşlılık” ile ilgili çağrışım yapabilecek çeşitli kavramlar verilmiş ve “yaşlılık” denilince kendilerine bu kavramların çağrışım yapıp yapmadıkları sorulmuştur. “Yaşlılık” kavramının çalışma grubunun, %78.1’inde şefkat, %65.2’sinde güçsüzlük, %58.3’ünde hastalık, %50.5’inde beden imajında bozukluk, % 43.6’sında yalnızlık, %45.1’inde bağımlılık kavramlarını çağrıştırdığı saptanmıştır (Şekil1).

Öğrencilerin cinsiyete göre YATÖ puan or-

talamaları değerlendirildiğinde; kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunma-

dığı belirlendi (p>0.05). Üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyut ve YATÖ toplam puan ortalamaları diğer sınıflarda öğrenim gören öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (p=0.029).

65 yaş ve üzeri yaşlı/yaşlılar ile birlikte ay-

nı evi paylaşan öğrencilerin yaşının yaşamını sınırlama alt boyut puan ortalamaları ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyut puan ortalamaları yaşlı ile aynı evde yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla;  $p=0.011$ ,  $0.029$ ). Üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin yaşlı bireylere yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyut puan ortalamaları ve YATÖ toplam puan ortalamaları diğer sınıflara göre anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla;  $p=0.001$ ,  $0.029$ ). Üçüncü sınıf öğrencileri diğer sınıflara göre

yaşlı bireylere karşı daha olumlu yönde tutum sergilemektedir. Klinik ortamda yaşlı bireylere bakım veren öğrencilerin, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık, yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyut ve YATÖ toplam puan ortalamaları, vermeyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla;  $p=0.007$ ,  $0.038$ ,  $0.003$ ) Klinik ortamda yaşlı bireylere bakım veren öğrencilerin vermeyenlere göre yaşlılara yönelik tutum ve algılarının daha iyi olduğu belirlendi (Tablo 4).

**Tablo 4.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine göre YATÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

Özellikler	Yaşının yaşamını sınırlama		Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık		Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık		YATÖ toplam puan	
	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p
<b>Cinsiyet</b>								
Kız	36.24±4.64	0.056	30.69±4.80	0.774	18.01±3.32	0.964	84.95±9.18	0.277
Erkek	34.19±6.05		30.38±5.94		18.04±3.73		82.61±11.17	
<b>Sınıf</b>								
1	35.52±5.36	0.441	30.33±5.59	0.290	17.10±3.28	0.001	82.96±10.36	0.029
2	36.50±4.00		30.91±4.46		17.95±3.11		85.37±8.20	
3	36.51±4.43		31.45±5.20		19.18±3.50		87.15±9.45	
4	36.03±5.10		29.94±3.40		18.32±3.17		84.30±8.28	
<b>Aynı evi paylaşma</b>								
Evet	36.82±4.16	0.011	31.30±4.88	0.029	17.68±3.23	0.091	85.80±8.64	0.066
Hayır	35.46±5.17		30.10±4.82		18.31±3.42		83.88±9.84	
<b>Bakım verme durumu</b>								
Evet	36.37±4.57	0.105	31.13±4.65	0.007	18.25±3.34	0.038	85.76±9.08	0.003
Hayır	35.40±5.19		29.47±5.27		17.38±3.27		82.27±9.54	

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ilişkin olumlu inanç ve algıya sahip oldukları belirlendi. Bulgularımız konu ile ilgili yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla da uyumluluk göstermektedir (Güven ve ark. 2012; Koç ve ark. 2013; Ünal ve ark. 2012; Yılmaz ve Özkan 2010). Kite ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada ise gençlerin yaşlı bireylere yönelik tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni, kültürler arasında yaşlı ve yaşlıya karşı inançların ve tutumların değişkenlik göstermesi olabilir. Modernleşen dünya ve değişen yaşam koşullarına rağmen kültürümüzde var olan yaşlıya saygı, bilgi ve deneyimlerine değer verme gibi özelliklerimizin halen devam etmesi sevindiricidir.

Araştırmada öğrencilerin yaşının yaşamını sınırlama alt boyut puan ortalaması  $36.11±4.76$ , yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyut puan ortalaması  $30.67±4.88$ , yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt boyut puan ortalaması  $18.01±3.34$  olarak belirlenmiştir.

Ucun ve arkadaşlarının (2015) gençlerin

yaşlı bireylere karşı tutumunu incelediği çalışmada; öğrencilerin YATÖ toplam puan ortalamaları  $70.69±8.72$ , olumsuz ayrımcılık puan ortalamaları  $20.07±5.05$ , olumlu ay-

rımcılık puan ortalamaları  $30.27±3.72$ , sınırlama ile ilgili ayrımcılık puan ortalamaları ise  $20.35±3.77$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylerin sosyal yaşamının sınırlanmaması yönünde olumlu inanç ve görüşe sahip olduğu, genel olarak yaşlı bireylere karşı olumlu tutum sergiledikleri görülmektedir.

Öğrencilere çeşitli kavramlar verilerek “yaşlılık” denilince kendilerine hangilerinin çağrışım yaptığı sorulduğunda öncelikli olarak %78.1’inin şefkat, %45.1’inin bağımlılık ve % 43.6’sının yalnızlık kavramlarını çağrıştırdığı belirlenmiştir (Şekil 1). Altay ve Aydın’ın (2015) çalışmasında ise hemşirelik öğrencileri için yaşlılık kavramının en çok yalnızlık (%29.2), bağımlılık (26.2) ve şefkat’i (17.4) çağrıştırdığı rapor edilmiştir. Adıbelli ve ark.’nın (2013) çalışmasında öğrenci hemşirelerin yaşlılığı; bağımlılık, pasiflik ve yoksulluk olarak algıladıkları (%69.8) belirtilmiştir. Bu çalışmada öğrenciler yaşlılara yönelik olumlu tutum ve davranışlara sahip

olmakla beraber, yaşlılık dönemini fiziksel ve psikososyal sorunları barındıran bir yaşam dönemi olarak algılamaktadırlar.

Bu çalışma sonucunda kız öğrencilerin YATÖ puan ortalamalarının erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmakla birlikte gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 4). Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonucu ile uyumlu bulunmuştur (Soyuer ve ark. 2010; Güven ve ark. 2012; Ünal ve ark. 2012; Koç ve ark.2013).

Çalışmada üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin diğer sınıflarda öğrenim gören öğrencilere göre daha olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4). Üçüncü sınıf öğrencilerinin diğer sınıflarda öğrenim gören öğrencilere göre yaşlı tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi. Üçüncü sınıf öğrencileri, ikinci sınıfta iç hastalıkları hemşireliği ve cerrahi hastalıklar hemşireliği dersleri almışlardır. Bu derslerin müfredat programlarında yaşlı hastanın bakımına ilişkin konular yer almakta ve gerek dönem içi klinik uygulamalarda gerekse yaz dönemi yapılan stajlarda öğrenciler sık sık yaşlı hastalar ile karşılaştığı için diğer sınıflara göre yaşlılara yönelik daha olumlu tutum geliştirdikleri düşünülmektedir. Yılmaz ve Özkan'ın (2010) araştırmasında dördüncü sınıf öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Hughes ve ark. (2007) tarafından tıp öğrencilerinin yaşlılara karşı tutumlarının değerlendirildiği çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre daha olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda da devam edilen sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerin yaşlı bireylere karşı tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Koç ve ark. 2013; Hughes ve ark. 2008).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in (TNSA-2008) sonuçlarına göre yaşlıların %44'ü, özellikle çok ileri yaşlı grubundakilerin yarısından fazlası çocuklarıyla aynı evde yaşamaktadır. Ülkemizde her ne kadar hane halkı sayısında azalma ve çekirdek aile sayısında artış söz konusu olsa da yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşıyor olmaları, mevcut sistem içinde yaşlı bakımında en önemli kurumun hala aile olduğunu göstermektedir (Koç ve ark. 2010). Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri yaşlı/yaşlılar ile birlikte aynı evi paylaşan öğrencilerin yaşlılara bakış açısının daha olumlu yönde olduğu, yaşlının yaşamını sınırlama alt boyut puan ortalamaları ve yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca 65 yaş ve üzeri yaşlılar ile birlikte aynı evde yaşayan öğrencilerin YATÖ puanı, aynı evde yaşamayanlara göre daha yüksek

bulunmuştur (Tablo 4) Yılmaz ve Özkan'ın 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada da büyükanne ve büyükbabası ile aynı evde yaşayan öğrencilerin YATÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yaşlılarla birlikte aynı evde oturan bireylerin, yaşlılara karşı daha olumlu bakış açısına sahip oldukları görülmektedir. Evde yaşlılarla birlikte yaşamak, onların hayat tecrübelerini dinleyerek faydalanmak aslında çocuk ve gençler için önemli bir fırsattır. Öğrencilere eğitimleri süresince, yaşlılık ve gençlik dönemlerinin içlerinde olumlu ve olumsuz yönler barındırmakla birlikte aslında her insanın ömrü yettiği kadıyla yaşayabildiği birbirini tamamlayan hayat döngüleri olduğu gerçeği benimsetilmelidir

Bu çalışmada, öğrencilerin yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algıya sahip oldukları görülmesine rağmen %52'sinin mezun olduktan sonra yaşlı bireyler ile çalışmak istemedikleri belirlenmiştir (Tablo 2). McLafferty ve ark.nın (2004) çalışmasında, öğrencilerin yaşlılar ile ilgili olumsuz tutuma sahip oldukları ve mezun olduktan sonra yaşlılar ile çalışmak istemedikleri saptanmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin, yaşlılara ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin diğer sınıflarda öğrenim gören öğrencilere göre, 65 yaş ve üzeri yaşlı/yaşlılar ile birlikte aynı evde yaşayan öğrencilerin aynı evde yaşamayanlara göre daha olumlu tutum, inanç ve algıya sahip oldukları belirlenmiştir. Öğrencilerin %72.4'ü klinik uygulamalarda yaşlı bireye bakım vermiştir. %52 si ise mezun olduktan sonra yaşlı bireylerle çalışmak istememektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin eğitim programlarında yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin konuların kapsamı zenginleştirilebilir,

Ayrıca öğrencilerin klinik uygulamalarının bir bölümünü yaşlı bireylerin bulunduğu huzurevi, rehabilitasyon merkezi gibi kurumlarda yapmaları sağlanarak, yaşlılarla olan iletişimlerinin güçlendirilmesi sağlanabilir.

## ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamında fakültenin sadece hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerinin yer alması nedeniyle elde edilen sonuçlar genellenemez.

## KAYNAKLAR

- Adıbelli D, Türkoğlu N, Kılıç D (2013) Öğrenci Hemşirelerin Yaşlılığa İlişkin Görüşleri ve Yaşlılara Karşı Tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6(1): 2-8

- Altay B, Aydın T (2015) Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 12(1): 11-18
- Akdemir N, Çınar Fİ, Görgülü Ü (2007) Yaşlıların algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(4): 215-222.
- Çilingiroğlu N, Demirel S (2004) Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(4): 225-230.
- Güven ŞD, Muz GU, Ertük NE (2012) Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı değişkenlerle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 15(2):99-105.
- Hughes NJ, Soiza RL, Chua M, Hoyle GE, McDonald A, Primrose WR, Seymour DG (2008). Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2): 334-338.
- Kite ME, Stockdale GD, Whitley BE, Johnson BT (2005) Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 61(2): 241-266.
- Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P (2010) Türkiye'nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler, 1968-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Koç A, Yıldırım R, Gürcü M, Uluçay DV (2013) Assessing young university students' behaviour regarding age discrimination. *J Ann Eu Med* 1(3):49-55.
- Lee M, Reuben DB, Ferrell B (2005) Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3): 489-494.
- Mc Lafferty I, Morrison F (2004) Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing* 47(4):446-453.
- Mosher-Asley PM, Ball P (1999) Attitudes of college students toward elderly persons and their perceptions of themselves at age 75. *Educational Gerontology*, 25(1): 89-102.
- Palmore EB. Researchnote: Ageism in Canada and the United States. *J Cross Cult Gerontol* 2004;19(1):41-6.
- Slevin ODA (1991) Ageist attitudes among young adults: implications for a caring profession. *Journal of Advanced Nursing* 16(10): 1197-1205.
- Soyuer F, Ünal D, Güleser N, Elmalı F (2010) Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, 3(2):20-25.
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2014) İstatistiklerle Yaşlılar, 2013. Sayı: 16057
- Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yayın No DPT: 2741 2007 (<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>) Erişim Tarihi: Nisan 2014.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Yayın No: NEE-HÜ.09.01 (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>) Erişim Tarihi: Kasım 2014.
- Ucun Y, Mersin S, Öksüz E (2015) Gençlerin yaşlı bireylere karşı tutumu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(37): 1143-1149
- Ünal D, Soyuer F, Elmalı F (2012) Geriatri merkezi çalışanlarında yaşlı tutumunun değerlendirilmesi. *Kafkas J Med Sci*, 2(3):115-120 • doi: 10.5505/kjms.2012.15870
- Vefikuluçay Yılmaz D, Terzioğlu F (2011) Üniversite öğrencilerinde yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 4(3):259-268.
- Yılmaz E, Özkan S (2010) Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 3(2):35-53.
- Wilkinson TJ, Gower S, Sainsburg R (2002) The earlier, the better: the effect of early community contact on the attitudes of medical students to older people. *Medical Education* 36(6): 540-542.

# ERZİNCAN İL MERKEZİNDE 0-36 AYLIK ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN İSHAL KONUSUNDA BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

## *Determination of Knowledge and Practices of Mothers with 0-36 Month Infants in Management of Diarrhea in Erzincan City Center*

**Rabia SAĞLAM AKSÜT<sup>1</sup>, Gülsün AYRAN<sup>2</sup>**

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma Erzincan il merkezinde 5 sağlık ocağı bölgesine kayıtlı bulunan 0-36 aylık çocuğa sahip 318 annenin ishal durumunda yaptıkları uygulamaları ve bilgi düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırmanın evrenini Erzincan il merkezindeki 5 sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvuran ve 0-36 aylık bebeğe sahip anneler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışmaya katılmaya gönüllü, iletişim kurabilen 318 anne araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri 01 Ekim - 31 Aralık 2009 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Annelerin %17.6'sının ishal tanımını doğru yaptığı, %96.2'sinin ishal sırasında su verilmesi gerektiğini bildiği ve %79.5'inin kaynatılmış normal çeşme suyu verdiği saptanmıştır. Annelerin eğitim durumlarına göre ishal esnasında verilecek ek besinleri (şeftali, elma, havuç suyu, açık çay, ayran, yoğurt, pirinç lapası, muz püresi, haşlanmış patates, haşlanmış yağsız et, muhallebi, mercimek, tarhana çorbası, ekmek) bilme durumları incelendiğinde üniversite mezunu olan annelerin ek besinleri bilme oranının %24.2 olduğu belirlenmiştir. Annelerin % 95.3'ü ishal sırasında anne sütü verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. İshalde Ağızdan Şeker Tuz Eriyiği (AŞTE) paketlerini kullananların sıklığı %10.7, AŞTE paketlerinin kullanma süresini doğru bilen annelerin oranı %6.5'tir. Annelerin %95.9'u ishali çocuğu doktora götürmenin gerekli olduğunu bildirmişlerdir.

**Sonuç:** Sonuç olarak annelerin büyük çoğunluğunun ishal durumunda kullanılan AŞTE paketlerini bilmedikleri saptanmıştır. Önlenebilir bir hastalık olan ishal konusunda annelere AŞTE paketlerinin kullanımı, ishal esnasında verilecek ek besin maddelerinin neler olduğu ve anne sütünün ishale karşı koruyuculuğu konusunda sağlık eğitimi verilebilir, konuyla ilgili eğitici kampanyalar düzenlenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** İshal, AŞTE, 0-36 ay çocuk

### ABSTRACT

**Aim:** The study was performed for investigation of mothers' having children at the age of 0-6 Aim: This study was carried out in 5 primary health care centers in Erzincan city center with 318 mothers having 0-36 month infants to determine their knowledge and practices in management of diarrhea.

**Method:** The population of this descriptive study consisted of mothers who having 0-36 month infants and came to the 5 primary health care centers in Erzincan city center for any reason. No sampling was done and 318 mothers having the mentioned specifications who volunteered to participate, were able to communicate included in the study. The data were collected by face to face interviews between 01 October and 31 December, 2009.

**Findings:** Study results have shown that %17.6 of mothers made the correct definition of diarrhea. Nearly all mothers (96.2%) knew that water should be administered and %79.5 of mothers gave boiled water during diarrhea. Knowledge of additional nutrients (peach, apple, carrot juice, tea, yoğurt, rice porridge, meat, custard, tarhana soup, bread) during diarrhea was determined according to mothers' educational status and %24.2 of university graduate mothers knew the correct nutritional supplements. 95.3% of mothers believed in the necessity of breastfeeding during diarrhea. The rate of ORS users during diarrhea was 10.7%, and the rate of mothers with right knowledge of using period was 6.5%. 95.9% of mothers believed in the necessity of taking medical help in case of diarrhea.

**Conclusion:** As a result, it was found that ORS, used in case of diarrhea, the vast majority of mothers that were unfamiliar to packages. Diarrhea is a disease that can be preventable. In this context, health education can be given on usage of ORS packages, giving right supplementary nutrients during diarrhea, and the protection of breastfeeding against diarrhea to the mothers. Also campaigns can be organized on the issue.

**Key Words:** Diarrhea, ORS, 0-36 months children.

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Maltepe-İSTANBUL

<sup>2</sup> Arş. Gör. Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ERZİNCAN

### Yazışma Adresi

Öğr. Gör. Rabia SAĞLAM AKSÜT Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Maltepe-İstanbul

Tel: 0216 626 10 50-2166

e-posta: rabiaksut@maltepe.edu.tr

**Geliş tarihi/Received:09/09/2014; Kabul tarihi/Accepted:30/12/2015**



## GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerde her gün 5 binden, her yıl ise 1.7 milyondan fazla çocuk daha beş yaşına gelmeden ishalleri hastalıklar yüzünden ölmektedir. İshal, çocuklar arasında görülen ölümlerin en yaygın ikinci nedenidir ve beş yaşından küçük çocuk ölümlerinin %18'i ishale bağlı gerçekleşmektedir (UNICEF, 2008). Dünya genelinde beş yaş altındaki çocukların yılda ortalama 3.2 kez ishal oldukları bildirilmiştir. Her yıl beş yaş altı çocuklarda 1.3 milyar ishal vakası görülmekte ve bu çocukların 3 milyonu ölmektedir. Avrupa'da üç yaş altındaki çocuklarda ishal insidansı yılda çocuk başına 0.5 ile 1.9 arasında değişmektedir. İshal global olarak beş yaş altı çocukların ölümlerinin yüzde 15-30'undan sorumludur (Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, 2008). Ülkemizde ise ishale seyreden hastalıklar 0-14 yaş grubunda % 8.4 oranı ile toplamda dördüncü ölüm nedenidir (Yardım ve ark. 2007).

İshal sonucu meydana gelen dehidratasyon önlenmediği takdirde ishal ölümlerine sonuçlanabilmektedir. Bu ölümlerin çoğu aşırı fakirlik, hızlı kentleşme, kalabalık ev yaşantısı, yetersiz su miktarı, yetersiz besin hijyeni, yetersiz eğitim ve ciddi sağlık bakımı yetersizliği bulunan "gelişmekte olan ülkelerde" meydana gelmektedir (Çullu 2002; Yıldız ve Balcı 2008). Gelişmekte olan ülkelerde ishale bağlı ölümlerin en önemli nedeni kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konmamasıdır. Bunun yanında, bu ülkelerde yaşayan çocuklarda sık geçirilen ishalleri hastalıklar malnütrisyon zemin hazırlamakta ve bu durum enfeksiyon görülme sıklığının artmasına, enfeksiyon tablolarının daha ağır ve uzun sürmesine yol açmaktadır (Black ve ark. 2003; Cheng ve ark. 2005).

Çocuklara ishal sırasında dehidratasyon başlamadan oral rehidratasyon sıvısı (ORS) verilerek yeterli sıvı ve elektrolit yerine konulabilir (Kosek ve ark. 2003). DSÖ ishal mortalite ve morbiditesini azaltmak için 1980 yılında İshalleri Hastalıklar Kontrolü Programı'nı başlatmıştır (Yurdakök 1996). Ülkemizde ishalleri hastalıkları önleme ve kontrol programı 1986 yılında başlatılmış olup Oral Rehidratasyon Tedavisi (ORT) eğitimi program kapsamında aktif olarak yürütülmektedir.

TNSA 2008 verilerine göre, tüm çocukların %23'ünün araştırmadan önceki iki hafta içinde ishale yakalandığı, %1'inin ise kanlı ishal olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada annelerin yüzde 63'ünün ishalleri çocukların tedavisinde ya verdikleri sıvı miktarını arttırdıkları, ya da ağızdan sıvı tedavisi paketlerini kullandıklarını bildirmişlerdir. Beş yaş altı çocuklardan ishal görülenlerin %47'si, ishal sırasında bir sağlık kuruluşuna götürülmüşlerdir (TNSA, 2008).

İshal hastalık ve ölüm nedeni olmakla birlikte karşılanabilir maliyetle kontrol altına alınabilecek bir sağlık sorundur. Sağlıklı bir toplum için yarının güvencesi olan çocukların sağlıklı büyüüp gelişmeleri son derece önemlidir. Bu nedenle çocukların özellikle bulaşıcı ve mortalitesi yüksek olan hastalıklara karşı öncelikli olarak korunmaları gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda önenebilir bir hastalık olan ishal konusunda çocukların bire bir bakımından sorumlu olan annelere AŞTE paketlerinin kullanımı, ishal esnasında verilecek ek besin maddelerinin neler olduğu ve anne sütünün ishale karşı koruyuculuğu konusunda sağlık eğitimi verilmesi gerekmektedir.

## AMAÇ

Bu çalışma Erzincan il merkezinde 0-36 aylık çocuğa sahip annelerin ishal konusunda bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## YÖNTEM

Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırmanın evrenini Erzincan il merkezindeki 5 sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvuran ve 0-36 aylık bebeğe sahip anneler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, 0-36 aylık bebeğe sahip, çalışmaya katılmaya gönüllü, iletişim kurabilen 318 anne araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri 01 Ekim-31 Aralık 2009 tarihleri arasında annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

*Anket Formu;* annelerin tanıtıcı özelliklerini içeren 8 (annelerin yaşı, eğitim düzeyi, mesleği vb), çocukların tanıtıcı özelliklerini içeren 5 (çocukların yaşı, cinsiyeti, ishal olma sıklığı vb), annelerin ishal ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen 14 (ishalin nasıl bir hastalık olduğu, hangi yollarla bulaştığı, ishalleri çocuğu doktora götürme gerekliliği, ishal olan çocuğu daha önce doktora götürüp götürmediği, ishal olduğunda evdeki ilaçlardan verip vermediği, ishal sırasında su vermenin gerekliliği, ishal sırasında verilmesi gereken suyun özelliği, ne kadar su verileceği, ağızdan şeker tuz eriyiğini bilme, kullanma, evde hazırlama durumları, hazırlanan solüsyonun kullanma süresini bilme durumları, ishal sırasında anne sütü verilmesinin gerekliliği ve ishalleri çocuğa hastalığı esnasında verilmesi gereken ek besinleri bilme durumu gibi), ishal esnasında anne sütü verme durumunu belirleyen 2, çocuğun beslenme durumunu belirleyen 1 ve ailelerin çalışma yapıldığı ana kadar kaç çocuğunu ishal nedeniyle kaybettiğini belirleyen 1 soru olmak üzere toplam 31 sorudan oluşmuştur. Annelerin bilgi ve görüşleri kapalı uçlu sorularda evet-hayır, açık uçlu sorularda biliyor, az biliyor

ve bilmiyor olarak değerlendirilmiş ve herhangi bir puanlama yapılmamıştır.

Verilerin toplanması için ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca anket formu uygulanmadan önce araştırma kapsamına alınacak bireylere araştırmanın amacı açıklanarak bireylerden de sözlü onay alınmış, gizlilik ilkesine saygı gösterilmiştir. Araştırma bulgularının analizinde yüzde dağılımları, ki kare testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Annelerin %37.7'si 25-29 yaş grubunda, %40.3'ü ilköğretim mezunu ve %10.4'ü üniversite mezundur. Annelerin %87.7'si ev hanımı olup %48.1'i 20-24 yaş arasında evlendiğini ifade etmiştir. Toplam gebelik sayısı iki olan anneler %36.2, bir olan anneler %32.7, beş ve üzeri gebelik geçiren anneler ise %5.9'dur. Çocukların %51.9'u kız, %48.1'i erkektir. Çalışmaya katılan annelerin çocuklarının %81.1'inde ishal gelişmiştir. Çalışmaya katılan annelerden biri daha önce çocuğunun ishal nedeniyle öldüğünü, 31 anne de ishal dışındaki nedenlerle çocuğunun öldüğünü belirtmiştir.

**Tablo 2.** Çocuğun Son Bir Ayda İshal Olma Durumunun Beslenme Şekline Göre Dağılımı (n=318)

Beslenme Şekli					
İshal Olma Durumu	Temiz bir kaptaki kaşıkla Sayı(%)	Biberonla Sayı(%)	Rastgele bir kaptaki kaşıkla Sayı(%)	Emiyor Sayı(%)	Birden fazla yöntem* Sayı(%)
İlk kez	24(10.6)	2(10.5)	0(0.0)	3(11.5)	1(5.0)
Ayda 1-2 kez	23(10.2)	1(5.3)	2(7.4)	3(11.5)	6(30.0)
Seyrek	150(66.4)	11(57.9)	19(70.4)	7(26.9)	6(30.0)
Hiç olmadı	29(12.8)	5(26.3)	6(22.2)	13(50.1)	7(35.0)
x <sup>2</sup> =41.867 sd=12 p<0.05					

\* Birkaç yöntemi bir arada kullananlar

Temiz bir kaptaki beslenen çocukların %10.2'sinin ve rastgele bir kaptaki kaşıkla beslenen çocukların %7.4'ünün son bir ayda 1-2 kez ishal olduğu, anne sütü ile beslenen çocukların ise %50.1'inin son bir ayda hiç ishal olmadığı belirlenmiştir. Çocukların son bir ayda ishal olma durumları ile beslenme şekilleri karşılaştırıldığında; temiz bir kaptaki beslenen çocuklar ile sadece anne sütü alan ve birden fazla yöntem kullanılarak beslenen çocuklar arasındaki farklılık ve rastgele bir kaptaki beslenen çocuklar ile sadece anne sütü alan ve birden fazla yöntem kullanılarak beslenen çocuklar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunurken (p<0.05) diğer çocuklar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo-2).

**Tablo 1:** Çocuğun Son Bir Ayda İshal Olma Durumunun Yaşa Göre Dağılımı

Yaş (Ay)	İshal Olma Durumu		Toplam Sayı(%)
	Evet Sayı(%)	Hayır Sayı(%)	
0-6	17(27.4)	45(72.6)	62(100.0)
7-12	29(34.9)	54(65.1)	83(100.0)
13-18	25(41.7)	35(58.3)	60(100.0)
19-24	11(26.2)	31(73.8)	42(100.0)
25-29	3(10.0)	27(90.0)	30(100.0)
30-36	8(19.5)	33(80.5)	41(100.0)
TOPLAM	93(29.2)	225(70.8)	318(100.0)
x <sup>2</sup> =33.446 sd=5			p<0.05

Çocuğun son bir ayda ishal olma durumunun yaşa göre dağılımına bakıldığında; 13-18 aylık çocukların %41.7'sinin son bir ayda ishal olduğu belirlenmiştir (Tablo-1). Çocukların yaşları ile ishal olma durumları karşılaştırıldığında; 0-6 aylık çocuklar ile 7-12, 13-18, 19-24, 25-29 ve 30-36 aylık çocuklar arasındaki farklılık, 7-12 aylık çocuklar ile 25-29, 30-36 aylık çocuklar arasındaki farklılık ve 13-18 aylık çocuklar ile 25-29 ve 30-36 aylık çocuklar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunurken (p<0.05) diğer çocuklar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

**Tablo 3.** Annelerin İshal Gelişen Çocuğa Anne Sütü Verilmesine İlişkin Görüşleri (n=318)

Özellikler	Sayı	%
<b>İshal durumunda anne sütü</b>		
Verilmeli	303	95.3
Verilmemeli	15	4.7
<b>Verilmeme nedeni</b>		
İshali artırır, dokunur	1	6.7
Bilmiyor	14	93.3

Tablo 3'te; annelerin %95.3'ünün çocuklara ishal durumunda anne sütü verilmesi gerektiğini, anne sütü verilmemesi gerekir diyen annelerin %93.3'ünün verilmeme nedenini bilmedikleri, %6.7'sinin ise ishali artırır, dokunur diye verilmemesi gerektiğini belirttikleri saptanmıştır.

**Tablo 4.** Annelerin İshal Gelişen Çocuğa Su ve AŞTE Verme Konusundaki Görüşleri (n=318)

Özellikler	Sayı	%
<b>İshal gelişen çocuğa su verilmeli</b>		
Evet	306	96.2
Hayır	12	3.8
<b>İshal esnasında nasıl su verilmeli (n=306)</b>		
Ağızdan Şeker-Tuz-Su Eriyiği (AŞTE)	34	10.7
Kaynatılmış normal çeşme suyu	253	79.5
Bilmiyor	19	6.0
<b>Annelerin AŞTE paketlerini bilme durumları</b>		
Biliyor	90	28.3
Bilmiyor	228	71.7
<b>Çocuğunda ishal gelişen annelerin AŞTE paketlerini kullanma durumu (n=258)</b>		
Kullanıyor	52	20.2
Kullanmıyor	206	79.8
<b>Çocuğunda ishal gelişen annelerin evde ağızdan şeker tuz eriyiği hazırlama durumları (n=258)</b>		
Evet	23	8.9
Hayır	235	91.1
<b>Çocuğunda ishal gelişen annelerin evde hazırladıkları ishal solüsyonunun kullanım süresini bilme durumları (n=258)</b>		
Doğru	17	6.5
Yanlış	22	8.5
Bilmiyor	219	85.0

Annelerin %96.2'si ishal esnasında su verilmesi gerektiğini, %10.7'si bu suyun AŞTE olarak verilmesi gerektiğini ifade etmiştir. AŞTE paketlerini bilen anne oranının %28.3 olduğu ve %20.2'sinin ishal durumunda kullandığı ve %6.5'inin kullanım süresini doğru bildikleri belirlenmiştir.

**Tablo 5.** Annelerin Eğitim Durumuna Göre İshal Gelişen Çocuğa Ek Besin Verilmesi Konusundaki Görüşleri (n=318)

Annelerin Eğitim Durumu	Biliyor	Az biliyor	Bilmiyor
	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)
<b>Okur-yazar değil</b>	2(9.5)	6(28.6)	13(61.9)
<b>İlkokul</b>	15(11.7)	53(41.4)	60(46.9)
<b>Ortaokul</b>	8(15.4)	30(57.7)	14(26.9)
<b>Lise</b>	15(17.9)	40(47.6)	29(34.5)
<b>Üniversite</b>	8(24.2)	9(27.3)	16(48.5)
p<0.05	x <sup>2</sup> =16.638	sd=8	

Üniversite mezunu olan annelerin %24.2'sinin ishal gelişen çocuğa verilmesi gereken ek besinleri bildiği belirlenmiştir. Annelerin eğitim durumları ile ishal gelişen çocuğa verilmesi gereken ek besinleri bilme durumları karşılaştırıldığında; ortaokul mezunu olan anneler ile okur-yazar olmayan, ilkokul mezunu olan ve üniversite mezunu olan anneler arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunurken (p<0.05) diğer eğitim durumları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05)(Tablo 5).

**Tablo 6.** Annelerin İshale İlişkin Bilgileri

	Sayı	%
<b>İshalin nasıl bir hastalık olduğunu</b>		
Biliyor	56	17.6
Az biliyor	184	57.9
Bilmiyor	78	24.5
<b>İshalin bulaşma yollarını</b>		
Biliyor	58	18.2
Az biliyor	142	44.7
Bilmiyor	118	37.1
<b>İshalli çocuğu doktora götürmek</b>		
Gerekir	305	95.9
Gerekmez	13	4.1
Toplam	318	100.0

Annelerin %17.6'sının ishalin nasıl bir hastalık olduğunu bildikleri, %18,2'sinin ishalin hangi yollarla bulaştığını ve %95.9'unun ishal durumunda çocuğun doktora götürülmesi gerektiğini söyledikleri belirlenmiştir.

## TARTIŞMA

Türkiye 1990 yılından bugüne kadar beş yaş altı ölüm hızında hızlı bir azalmaya tanık olmuştur. Bu azalmayı sağlayan, bebek ölüm hızının (BÖH) her iki bileşeninde (neonatal ve post-neonatal/yenidoğan ve yenidoğan sonrası) gerçekleşen düşüşlerdir (UNICEF 2009). Ülkemizde ishal 0-4 yaş grubu çocukların ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alırken, Sağlık Bakanlığı Bebek Ölümleri (2009) araştırmasında ishalin bildirilen bebek ölüm nedenleri arasında 8. sırada yer aldığı görülmektedir (Çetinkaya ve ark. 1994; UNICEF 2009).

Çalışmada 0-6 aylık bebeklerde ishal görülme sıklığının %27.4, 7-12 aylık bebeklerde %34.9, 13-18 aylık bebeklerde %41.7 olduğu ve 13-18. aylar bebeklerde ishal olma sıklığının en yüksek olduğu aylar olarak tespit edilmiştir (Tablo-1). Kuşku (2011) tarafından yapılan çalışmada bebeklerde son bir ayda ishal olma sıklığının en düşük (%2.8) olduğu dönemin 25-36 aylık dönem olduğu tespit edilmiştir. Ek gıdalara geçiş döneminde ishal başta olmak üzere enfeksiyonlar en çok karşılaşılan sorunlardır. Bebeğin intrauterin dönemde anneden sağladığı pasif bağışıklık bu dönemde çocuğu korumamaktadır ve çocuğu enfeksiyonlardan koruyan anne sütü tüketimi de bu dönemde azalmıştır (Tokatlı 2003). Bu nedenle bu çalışmada 13-18 aylık bebeklerde ishal olma sıklığındaki artış, bebeğin emeklemeye başlamasıyla karşılaştığı mikroorganizma sayısının artması ve bu dönemde anne sütünün enfeksiyonlara karşı koruyuculuğunun azalması ile açıklanabilir (Hendricks ve Badruddin 1992).

Temiz bir kapta kaşıkla beslenen çocukların %66.4'ünün, biberonla beslenen çocukların %57.9'unun, sadece anne sütü ile beslenen çocukların %26.9'unun seyrek ara-  
lıklarla ishal olduğu, karışık beslenenlerin

ise (birkaç yöntemi bir arada kullananlar) %30.0'ının ayda 1-2 kez ishal olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo-2). Hacıhasanoğlu ve Güraksın (2007) tarafından yapılan çalışmada, sadece anne sütü alan çocukların %4.4'ünün ishal olduğu, Kuşku (2011) tarafından yapılan çalışmada da, anne sütü alan çocukların %97.4'ünün ishal olmadığı ve biberonla beslenen çocukların %37.6'sının son bir ayda ishal olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir.

Anne sütü bebek ve anne sağlığı için kısa ve uzun dönemde pek çok faydaları olduğu bilinen doğal bir besindir. Sadece anne sütü alanlarla, karışık beslenenler arasındaki bu fark bize anne sütünün önemini bir kez daha hatırlatmaktadır. Anne sütü çocuğun immün sistemini desteklemekte ve çocuğu pek çok enfeksiyona karşı bebeği korumaktadır (Selimoğlu ve ark. 2010). Bu nedenle anne sütü ile beslenen çocuk ishal olduğunda emzirmeye devam edilmeli ve mümkünse daha sık emzirilmelidir.

Annelerin %95.3'ünün ishal durumunda anne sütü verilmesi gerektiğini, anne sütü verilmemesi diyenlerin %93.3'ünün verilmemesi nedenini bilmediği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda annelerin tamamına yakını ishal esnasında anne sütü verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (Energin ve ark. 2007; Hacıhasanoğlu ve Güraksın, 2007; Şanlıer ve Aytekin 2004). Bu sonuçlar çalışma ile benzerlik göstermektedir. İshal esnasında anne sütü verilmemesi gerekir diyen annelerin bunun nedenini bilmemeleri yaşanan bölgedeki kültürel özellikler, annelerin eğitim seviyeleri ve ishal konusunda yetersiz bilgiye sahip olmaları ile açıklanabilir.

Annelerin %96.2'si ishal esnasında su verilmesi gerektiğini ve %79.5'i bu suyun kaynatılmış normal çeşme suyu olarak verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (Tablo-4). Hacıhasanoğlu ve Güraksın'ın (2007) çalışmasında annelerin %98.5'i ishal esnasında su verilmesi gerektiğini, başka bir çalışmada da annelerin %90.7'si ishal sırasında verilecek sıvı miktarının artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir (Kuşku 2011). Ayrıca annelerin %71.7'sinin AŞTE paketlerini bilmediği ve %83.6'sının AŞTE paketlerini kullanmadığı belirlenmiştir. Şanlıer ve Aytekin (2004) tarafından yapılan çalışmada; ilkökul mezunu annelerin %74.6'sının ishal esnasında hazır tuz-şeker paketi vermediği, eğitim seviyesi arttıkça hazır tuz-şeker paketi kullanma oranının da arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmada annelerin %40.3'ünün ilkökul mezunu olduğu saptanmış olup, AŞTE paketlerinin bilinmemesinde ve kullanılmamasında eğitim seviyesinin etkili olduğu düşü-

nülebilir.

Annelerin eğitim durumlarına göre çocuğun yaşı ve ek gıdalara başlama ayı göz önüne alınarak, annelerin ishal esnasında verilecek ek besinleri (şeftali, elma, havuç suyu, açık çay, ayran, yoğurt, pirinç lapası, muz püresi, haşlanmış patates, haşlanmış yağsız et, muhallebi, mercimek, tarhana çorbası, ekmek) bilme durumları incelendiğinde; ortaokul mezunu olan anneler ile okur-yazar olmayan, ilkökul mezunu olan ve üniversite mezunu olan anneler arasındaki farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo-5). İshali olan çocuklar için en uygun olan beslenme katı gıda miktarının öncesi ile aynı seviyede tutulup, sıvı miktarının artırılmasıdır (Eroğlu 2008). Şanlıer ve Aytekin'in (2004) çalışmasında ilkökul mezunu annelerin %91.4'ünün ishal esnasında çocuğa yağsız katı besinleri vermedikleri ve %89.5'inin ishal diyeti uygulamadığı belirlenmiştir. Hacıhasanoğlu ve Güraksın'ın (2007) çalışmasında okur-yazar olmayan annelere göre lise ve yüksekokul mezunu annelerin verilecek ek besinleri bilme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Annelerin %17.6'sının ishalin nasıl bir hastalık olduğunu bildiği, %57.9'unun tanımlamayı tam yapamadığı, %24.5'inin ise bu soruyu yanıtsız bıraktığı, %18.2'sinin ishalin hangi yollarla bulaştığını bildikleri, %95.9'unun ishal durumunda çocuğun doktora götürülmesi gerektiğini söyledikleri belirlenmiştir (Tablo-6). Şanlıer ve Aytekin'in (2004) çalışmasında annelerin %98.1'inin ishal konusunu bilmedikleri ve %54.2'sinin ishal durumunda çocuğu doktora götürdükleri bildirilmiştir. Energin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise annelerin %24.4'ünün ishali çocuğu doktora götürdükleri belirlenmiştir. Kuşku'nun (2011) çalışmasında annelerin %49.4'ü ishalin üçüncü günü çocuklarını doktora götürdüklerini bildirmişlerdir. TNSA (2008) verilerine göre beş yaş altı çocuklardan ishal görülenlerin neredeyse yarısı (%47) ishal sırasında bir sağlık kuruluşuna götürülmüşlerdir. Hacıhasanoğlu ve Güraksın'ın (2007) yaptığı çalışmada annelerin %54.5'inin ishalin hangi yollarla bulaştığını bildikleri ve %90.8'inin ishal durumunda çocuğun doktora götürülmesi gerektiğini söyledikleri belirlenmiştir.

## SONUÇ

Sonuç olarak çocukların %29.2'sinin son bir ayda ishal olduğu ve annelerin %95.3'ünün ishal esnasında anne sütü, %96.2'sinin su verilmesi gerektiğini bildirdikleri, %28.3'ünün AŞTE paketlerini bildiği, %16.4'ünün AŞTE paketlerini kullandığı belirlenmiştir.



Annelerin %17.6'sının ishalin nasıl bir hastalık olduğunu, %18.2'sinin ise ishalin bulaşma yollarını bildikleri belirlenmiş ve annelerin %95.9'u ishal durumunda çocuğun doktora götürülmesi gerektiğini bildirmişlerdir. İshal görülme oranının en fazla 13-18 aylık bebeklerde olduğu ve ishal görülme sıklığının 25-29 aylık bebeklerde azaldığı tespit edilmiştir. Annelerin eğitim seviyesinin artması ile ishal esnasında verilecek ek besinleri bilme oranının arttığı belirlenmiştir. Ayrıca anne sütü alan çocukların karışık beslenen çocuklara göre daha az ishal oldukları tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; annelere gebelik döneminden başlayarak anne sütü ve emzirmenin bebek ve anne sağlığı açısından önemi konusunda sağlık eğitimlerinin sürekli olarak verilmesi, ishalden korunma konusunda alınabilecek kişisel önlemlerin anneye öğretilmesi, annelere ishalin zamanında müdahale edilmezse öldürücü bir hastalık olabileceği ve ishal tedavisinde kullanılan AŞTE paketlerinin doğru hazırlanması konularında eğitim verilmesi, verilen eğitimlerin sağlık davranışına dönüşebilmesi için ev ziyaretlerinin yapılması ve ishal konusunda kitle iletişim araçları kullanılarak toplumun bilinçlendirilmesi önerilebilir.

Önlenebilir bir sağlık sorunu olan ishale karşı korunmada sağlık profesyonellerinde farkındalığı artırmak amacıyla AŞTE'nin hazırlanması ve uygulanmasına ilişkin eğitimler verilebilir. Risk grubundaki aileler (sosyoekonomik durumu ve eğitim durumu düşük, sosyodemografik açıdan olumsuz koşullarda yaşayan, vb) başta olmak üzere tüm topluma ishalleri hastalıkların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili eğitimler yapılabilir.

## KAYNAKLAR

- Black RE, Morris SS, Bryce J (2003) Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361(1): 2226-2234.
- Cheng AC, McDonald JR, Thielman NM (2005) Infectious diarrhea in developed and developing countries. *J Clin Gastro enterol*. 39 (9): 757-73.
- Çetinkaya F, Aykut M, Kocagül ve ark. (1994) Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 0-36 Aylık Çocuklarda İshal Morbiditesi ve Annelerin İshal Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 23(1) 7-20.
- Çullu F (2002) Çocukluk çağında akut ishaller ve antibiyotik tedavisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 33. s. 59-76.
- Energin MV, Ünal E, Kaya Ü ve ark. (2007) Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Çocuk Hastaların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 23(2): 69-75.
- Eroğlu (2008) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizini 61: 171-178.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008) Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, s. 36-43.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, s: 132-139.
- Hacıhasanoğlu R, Güraksın A (2007) Erzurum İl Merkezinde 0-24 Aylık Çocuğa Sahip Annelerin İshal Durumunda Yaptıkları Uygulamalar ve Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 17(1): 61-68.
- Hendricks KM, Badruddin SH (1992) Weaning recommendations: The scientific basis, *Nutr. Rev*, 50(5): 125-133.
- Kosek M, Bern C, Guerrant (2003) The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000, *Bull World Health Organ* 81(3): 197-204.
- Kuşku AD (2011) Edirne Merkezdeki Hastanelerin Çocuk Servislerine Gastroenterit Tanısıyla Yatırılan 0-3 Yaş Grubu Çocuklara Annelerinin Evde Yaptıkları Uygulamalar, Bilgi ve Öz yeterlik Düzeyleri. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.
- Selimoğlu MA, Celloğlu ÖS, Celloğlu C (2010) Anne Sütü ile Beslenmenin İleri Yaşama Etkileri. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 45(4): 309-314.
- Şanlier N, Aytekin F (2004) Sıfır-üç Yaş Grubunda Çocuğu Bulunan Annelerin Beslenme ve İshal Konusunda Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(3): 81-100.
- Tokatlı A (2003) Bebeklerde Ek Besinlere Geçiş; "Weaning" Dönemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(4): 134-136.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008), Ankara. s. 165-169.
- UNICEF (2008) The State of the World's Children, s. 2-24.
- UNICEF (2009) Türkiye'de 5 Altı Ölüm Hızında (5YAÖH) Azalma: Bir Durum Çalışması, s. 36-46.
- Yardım N, Mollahliloğlu S, Hülür Ü ve ark. (2007) TC Sağlık Bakanlığı 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek. Ankara: s.60-142.
- Yıldız S, Balcı S (2008) Çocuklarda Akut İshal ve Hemşirelik Bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2008; 5 (2): 9-16.
- Yurdakök K (1996) İshal tedavisinde sık yapılan yanlışlar. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 5(9); 293-294.



# KOAH'LI BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİĞİN GELİŞTİRİLMESİNDE EVDE BAKIMIN ÖNEMİ

*The Importance of Home Care to Improve Self-Efficacy of People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

**Bilge BAL ÖZKAPTAN<sup>1</sup>, Sevgisun KAPUCU<sup>2</sup>**

## ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüm dünyada giderek artış gösteren, mortalite ve morbiditeye yol açan, sosyal ve ekonomik yüke neden olan, ciddi solunum güçlüğü ile karakterize önemli bir kronik hastalıktır. KOAH'lı bireyler bazı günlük yaşam aktivitelerini yaparken solunum güçlüğü yaşarlar ve bu durumu yönetmek veya sakınmak için yeteneklerine ilişkin düşük öz-etkililik beklentisi geliştirebilirler. Düşük öz-etkililiğin sonucunda dispne yönetimi daha zorlaşmakta ve hastaların yaşam kalitesi azalmaktadır. Öz-etkililiğin sürdürülmesinde hizmetin sürekliliği dikkate alındığında, bütüncül bir anlayışla evde bakım modeli ile verilen hemşirelik bakımının, öz-etkililiğin geliştirilmesine sağlayacağı katkı oldukça önemlidir. KOAH'lı bireylere evde verilen hemşirelik bakımında hasta eğitimi, risk faktörleri ile mücadele, psikososyal ve davranışsal girişimlerin sürekliliği sağlanarak hastaların öz-etkililik düzeyi artırılmaktadır. Ayrıca KOAH'lı bireylerde evde bakım, semptom yönetiminin sağlanmasına, semptom yönetiminin sağlanması öz-etkililik düzeyinin artırılmasına ve öz-etkililik düzeyinin artırılması da semptom yönetimine katkıda bulunacaktır. Bu makalede, KOAH'ın tedavisi ve hemşirelik yönetimi, KOAH'da öz-etkililik kavramı ve KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi vurgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, öz-etkililik, evde bakım, hemşirelik.

## ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a significant chronic disease that increases gradually in the whole world by causing morbidity and mortality and leads to social and economical burden and is characterized with serious breathing difficulty. People with COPD feel breathing difficulty while doing some daily routines and to avoid and challenge with the state, they may improve low self-efficacy expectancy related to their abilities. As a result of low self-efficacy, dyspnea management becomes more difficult and life quality of patients lowers. As service maintenance is taken into consideration to sustain self-efficacy, nursing care contribution with home care modelling for self-efficacy improvement becomes highly significant. In home care nursing, self efficacy level of COPD patients is enhanced with sustainability of patient education, challenge with risk factors and psychosocial and behavioural attempts. In addition, home care to COPD patients will contribute to provide symptom management, symptom management will increase self efficacy and self-efficacy will increase symptom management. In this article, COPD treatment and nursing management, self-efficacy of COPD and home care importance in improving self efficacy of COPD patients have been emphasized.

**Key Words:** COPD, self-efficacy, home care, nursing.

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr., Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü-SİNOP

<sup>2</sup> Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı-ANKARA

## Yazışma Adresi

Yrd.Doç.Dr.Bilge BAL ÖZKAPTAN  
Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü  
Ordu Köyü Mevkii  
SİNOP

**e-mail:** [bilgebal57@hotmail.com](mailto:bilgebal57@hotmail.com)

**Tel:** 0368 271 52 48

**Geliş tarihi/Received:02/07/2014; Kabul tarihi/Accepted:01/10/2015**

**GİRİŞ**

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüm dünyada giderek artış gösteren, mortalite ve morbiditeye yol açan, sosyal ve ekonomik yüke neden olan önemli kronik hastalıklardan birisidir (Akdemir ve Birol 2005; GOLD Reports 2013). KOAH; kronik hava akımı kısıtlaması ile karakterize, genellikle ilerleyici ve zararlı partikül ve gazların akciğerlerde oluşturduğu inflamatuvar yanıtla ilişkili olan, önlenemez ve tedavi edilebilir sistemik bir hastalıktır. KOAH akciğerleri etkilemekle birlikte, ciddi sistemik etkilere de yol açabilmektedir (GOLD Reports 2013).

1990-2001 yılları arasında yayınlanan ve değişik ülkelerde yapılan 32 çalışmanın meta-analizinde, 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının %9-10 olduğu bildirilmiştir (Halbert ve ark 2006). KOAH prevalansını arttıran en önemli risk faktörü sigara dumanı olup, ileri yaş, mesleki maruziyet, düşük sosyoekonomik durum ve genetik yatkınlık diğer risk faktörleri olarak sıralanabilir (GOLD Reports 2013). KOAH prevalansı, sigara içenlerde, erkeklerde ve 40 yaşın üzerindeki bireylerde daha yüksektir (Akgün 2013; GOLD Reports 2013). Sigara, hava kirliliği, kapalı alan kirliliği, yaşlılık gibi risk faktörleri son yıllarda KOAH'ın artış göstermesinde rol oynayan en önemli etkenlerdir (GOLD Reports 2013). KOAH 1990 yılında tüm dünyada ölüm nedenleri arasında altıncı sırada yer alırken Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili olarak yayınladığı küresel durum raporuna göre KOAH ve astım %10.7 ile tüm dünyada ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Global Status Report on Noncommunicable Diseases WHO 2014; GOLD Reports 2013; Yount ve ark. 2011).

KOAH'ın temel özelliği olan kronik hava akımı obstrüksiyonu, kronik bronşite bağlı hava yolları inflamasyonu, aşırı mukus sekresyonu ile pulmoner amfizeme bağlı akciğer parankim dokusunun harabiyeti nedeniyle gelişir (Brashier ve Kodgule 2012; Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı 2009). Tüm bu fizyopatolojik değişiklikler dispne başta olmak üzere, kronik öksürük ve balgam çıkarma gibi semptomlara neden olarak KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini bozmaktadır. Bunun dışında wheezing, kardiyovasküler semptomlar ve ağır KOAH vakalarında iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk, uyku sorunları, öksürüğe bağlı kosta kırıkları, anksiyete, depresyon ve aktivite kısıtlaması hastalık tablosuna eşlik eden diğer sorunlardır (Booker 2010; GOLD Reports

2013; Gunen ve ark. 2008; Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2010).

KOAH'da dispne başta olmak üzere yaşanan tüm semptomlar, hastalığın kronik olması ve uzun süreli bakım gereksinimi, kişinin hayatını kısıtlamakta ve öz-bakım gücü ile öz-etkililik düzeyini etkilemektedir (Abedi ve ark. 2012; Atasever ve Erdinç 2003; Bentsen ve ark. 2010; Kara ve Mirici 2002). KOAH'ın yönetiminin sağlanmasında, hastaların öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması ve öz-etkililiklerinin yükseltilmesinde hastanın aile ve çevresiyle birlikte ele alınması ve bakımın sürekliliği önemlidir. Literatürde hasta eğitimi ve danışmanlığını da içeren bir hemşirelik bakımının, multidisipliner bir yaklaşımla ev ziyareti yoluyla verilmesinin hastaların öz-etkililik düzeyini artırarak; semptom kontrolünün sağlanmasında, hastane başvurularının azaltılmasında, bireylerin motivasyonlarını ve egzersiz toleransını arttırmada etkili olduğu belirtilmektedir (Hermiz ve ark. 2002; Stellefson ve ark. 2012; Taylor ve ark. 2005). Bu makalede KOAH'ın tedavisi, KOAH'da hemşirelik yönetimi, KOAH'da öz-etkililik kavramı ve KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi vurgulanmaktadır. Literatür destekli bu bilgiler KOAH'lı bireylerde evde bakımın öz-etkililik düzeyini geliştirmedeki etkisini ortaya koyarak KOAH'lı bireylerin evde izlem çalışmalarına katkıda bulunacaktır.

**KOAH Tedavisi**

Etkili KOAH yönetiminde amaç; hastalığın ilerlemesini engellemek, semptomları iyileştirmek, egzersiz toleransını arttırmak, sağlık durumunu geliştirmek, komplikasyonları ve alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmek, mortaliteyi azaltmaktır (COPD Management, WHO; Jiménez-Ruiz ve Fagerström 2013; Tønnesen 2013;). Bu amaçlara ulaşmayı sağlayacak olan KOAH tedavisi; risk faktörlerinin azaltılması, stabil KOAH tedavisi, alevlenmelerin tedavisi ve hasta eğitiminden oluşmaktadır (GOLD Reports 2013; Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2010).

KOAH için önemli risk faktörlerinden olduğu için, sigaranın bırakılması, çevresel ve mesleki maruziyetin kontrolü için gerekli önlemlerin alınması tedavinin başarisında önemli bir yer tutmaktadır (Gunen ve ark 2008; Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2010). Stabil KOAH tedavisi, farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlardan oluşmaktadır. Farmakolojik tedavide bronkodilatatörler, inhaler kortikosteroidler, mukolitikler, kombinasyon tedavileri, antibiyotikler ve aşılar yer alır. Non-farmakolojik

tedavi yaklaşımları ise; pulmoner rehabilitasyon, uzun süreli oksijen tedavisi, evde mekanik ventilasyon ve cerrahi tedaviden oluşmaktadır (Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2010).

### **KOAH'da Hemşirelik Yönetimi**

KOAH tedavisinin başarısında ve hastalığın yönetiminde sağlık profesyonellerinin ekip anlayışını benimsemesi ve bütüncül hasta bakımının sürekliliği şarttır. Tedavi hedeflerine ulaşmak için özellikle sigarayı bırakma, hasta eğitimi ve bireysel yönetim, enerji koruma teknikleri, solunum egzersizleri, egzersiz, beslenme, uyku, psikolojik, sosyal ve davranışsal girişimleri sağlamak için hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Akıncı 2008; GOLD Reports 2013). KOAH'lı bireylere evde ve hastanede verilecek olan hemşirelik bakımında aşağıdaki konular ele alınmalıdır.

**Hasta Eğitimi ve Bireysel Yönetim:** KOAH tedavisinin başarısında sigarayı bırakma, solunum egzersizleri, risk faktörlerinden korunma, ilaçların doğru kullanımı, düzenli kontroller ve evde bakım konusunda hasta eğitimi önem taşımaktadır (Cazzola ve ark. 2007; Coultas ve ark. 2005). Literatürde KOAH'lı hastalara verilen eğitim sonrasında; hastaların bilgi düzeyinin, semptomları kontrol altına alma, ilaçları düzenli kullanma, solunum egzersizleri tekniklerini uygulama düzeyinin ve yaşam kalitesinin arttığı, bu arada maliyetin düştüğü belirtilmektedir (Hermiz ve ark. 2002; Tel ve Akdemir 1998).

KOAH'lı bireylere ve ailesine hemşire tarafından verilecek olan eğitimde, sigarayı bırakma ve risk faktörlerinden kaçınma, hastalık hakkında temel bilgilerin verilmesi, ilaç kullanım ilkeleri ve etkili solunum tekniklerinin öğretilmesi, alevlenmelerin önlenmesi ve erken fark edilmesi, oksijen tedavisi, dispneyi azaltma stratejileri, doğru beslenme, hidrasyon ve diyet önerileri, egzersizin yararları ve fiziksel aktiviteyi sürdürme, solunum egzersizleri, bronşiyal hijyen teknikleri, enerji tasarrufu ve günlük işleri kolaylaştırma teknikleri, boş zamanların değerlendirilmesi ve seyahat, kronik hastalıkla baş edebilme ve sağlık kurumlarına başvurma nedenleri gibi konuların yer alması gerekmektedir (Coultas ve ark 2005; Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2010).

Hasta eğitiminde anlatılanları tamamlamak ve pekiştirmek amacıyla kitapçıklar hazırlanmalı ve kitapçıkların kısa, basit ve net bilgiler içermesine, kolay okunacak şekilde olmasına özen gösterilmelidir. Pulmoner rehabilitasyon programlarına hem hasta hem de ailesi birlikte katılmalıdır. Bu nedenle

pulmoner rehabilitasyonun evde bakım modeli ile sunulması tedavinin başarısını arttırmada etkili olmaktadır (Akıncı 2008; Troostres ve ark. 2005).

Bireysel yönetim, hastalığı optimal olarak kontrol altında tutmak, davranış değişikliği oluşturmak ve hastalıkla başa çıkmayı geliştirmek için kişilere bazı becerileri kazandırmayı amaçlar (Troostres ve ark. 2005). Bireysel yönetim uygulanan KOAH'lı hastaların, rutin bakım alanlara göre alevlenmeler ve diğer sağlık problemleri nedeniyle hasta-neye başvuru sayılarının azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir (Bourbeau ve ark. 2003).

**Solunum Egzersizleri:** Solunum egzersizlerinin amacı diyafragmayı etkin olarak kullanarak egzersiz toleransını geliştirmek, solunum iş yükünü ve dispneyi azaltıp anksiyeteyi baskılamaktır (Cazzola ve ark. 2007). Büzük Dudak (Pursed-Lips) solunum egzersizi, dudaklar hafif açık olarak yapılan aktif ve uzun ekspirasyon olarak tanımlanır. Burundan alınan derin bir nefes sonrasında ısıklık çalar gibi dudaklar büzülerek ekspirasyon gerçekleştirilirken bronşlarda basınç artışı sağlanır. Bu solunum egzersizi, ekspirasyon sırasında oluşturulan basınç artışı ile bronşların erken kapanmasını engelleyip ekspirasyon süresini uzatarak daha fazla hava çıkışını sağlar (Bhatt 2013). Egzersiz sırasında ve günlük aktiviteler sırasında solunum ihtiyacının arttığı durumlarda dispneyi kontrol altına almak ve rahatlatmak amacıyla KOAH'lı hastalar tarafından spontan veya bilinçli olarak kullanılan bir solunum tekniğidir (Akıncı 2008).

Diyafragmatik solunum egzersizinde ise hasta sırt üstü yatar ya da yarı oturur pozisyonda bir elini göğsünün ön üst bölgesine, diğer elini karnının üstüne koyar. Burnundan olabildiğince fazla miktarda havayı içine çekerek yavaşça nefes alırken karnının yavaşça yükseldiğini hisseder. Büzülmüş dudak solunumu ile aldığı havayı yavaş yavaş ekspire ederken karın üzerindeki el ile yavaşça baskı yapar (Ries 2005). Her iki solunum egzersizi de düzenli olarak yapıldığında, aynı zamanda öksürme ile birlikte sekresyonların atılımını kolaylaştırarak hastanın solunum sıkıntısının azalmasını sağlar. Yapılan çalışmalarda solunum egzersizlerinin hastaların dispne durumlarının azalmasında ve parsiyel karbondioksit basıncında azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (Akıncı 2008; Çiçek 2002). Bu nedenle solunum egzersizlerini hastaya öğretmek ve doğru bir şekilde yapmasını sağlamak hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır.

**Egzersiz:** Dispne, egzersizi sınırlayan en önemli faktördür. KOAH'lı bireylerde yaşanan solunum sıkıntısı nedeniyle gelişen

aktivite sınırlaması, herhangi bir aktivite sırasında solunum sıkıntısının daha da artmasına neden olmaktadır. Sonuçta hastalar izole olarak eve bağımlı hale gelmektedirler. KOAH'lı bireylere pulmoner rehabilitasyon kapsamında uygulatılan düzenli egzersizler, egzersiz toleransında artış sağlamaktadır (Costi ve ark. 2009; Ries ve ark. 2007). Hemşirelik bakımında hastaların egzersiz planına uyumu sağlanarak egzersizi tolere etme durumu gözlenmeli ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapılmalıdır.

**Beslenme:** KOAH'lı bireylerin yaklaşık %20-35'inde kilo ve kas kaybının eşlik ettiği beslenme problemleri bulunmaktadır (Akıncı 2008). KOAH'lı bireylerde kilo kaybı ve buna bağlı egzersiz kapasitesinin azalması, yaşam kalitesinin düşmesi, morbidite ve mortalite artışı nedeniyle beslenme desteği yapılmaktadır (Brug ve ark. 2004). Proteinden zengin beslenmenin bazı spirometrik parametrelerde artış ve arteriyel kandaki parsiyel karbondioksit basıncında düşme sağladığı belirtilmektedir (Çiçek 2007). Solunum kaslarının kuvvetini ve dayanıklılığını artırmak, immün sistemi güçlendirmek için hastanın beslenme durumu değerlendirilerek günlük kalori ihtiyacına göre beslenme planının oluşturulması gerekmektedir. (Ferreira ve ark. 2000). Hemşirelik bakımında hastanın beslenme alışkanlıklarının değerlendirmesi ve diyet planına uyumunun sağlanması gerekmektedir.

**Uyku:** KOAH'lı bireylerin sağlıklı bireylerde olduğu gibi, uykunun tüm evrelerinde solunum sayısı ve solunum hacmi azalmaktadır. Sağlıklı bireylerden farklı olarak KOAH'lılar, gündüz dinlenme haline göre geceleri daha hipoksemiktirler. Ayrıca insomniya, gündüz uyuklamaları, kabus ve uyku apne-hipoapne sendromu normal popülasyona oranla KOAH'lı hastalarda daha sık görülmektedir. Uyku sorunları, kronik yorgunluk semptomlarına, laterjiye ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğundan hastanın uyku sorunları belirlenerek çözümlenmelidir (Akıncı 2008; Görgülü 2003).

**Psikolojik, Sosyal ve Davranışsal Girişimler:** KOAH'ın neden olduğu dispne, hastaların anksiyete yaşamalarına ve depresyona neden olmaktadır. Pulmoner rehabilitasyon programlarının önemli bileşeni olarak psikososyal ve davranış terapileri; eğitim veya stres yönetimi, progresif kas gevşeme teknikleri ve panik kontrolünü içermelidir (Paz-Diaz ve ark. 2007).

Pulmoner rehabilitasyon ekibi içinde yer alan hemşire, hastayı koruma, güvenli çevre sağlama, hasta eğitimi, danışmanlık ve rehabilitasyon aşamalarında önemli işlevlere sahiptir. KOAH'da hastanın akciğer işlevlerini korumak, hastalığın ilerlemesini yavaşlat-

mak, komplikasyonları önlemek, semptom kontrolü sağlamak, fiziksel performansı geliştirmek, tedaviye uyumu sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla verilen hemşirelik bakımında en önemli nokta; hasta ve yakınlarının eğitimi, hemşirelik bakımına hasta ve ailesinin katılımı ve bakımın sürekliliğidir (Akdemir ve Birol 2005; Fletcher ve Dahl 2013; Stoilkova ve ark. 2013; Taylor ve ark. 2005;). Bu kapsamda KOAH hastalarının hastanedeki ve evdeki hemşirelik bakımında; havayolu açıklığını sağlama ve gaz değişimini artırma, aktivite intoleransını ve anksiyetesini azaltma, beden gereksiniminden daha az beslenmesini engelleme, uyku düzenini sağlama gibi ve bireye özgü olarak belirlenen diğer hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanır (Akdemir ve Birol 2005; Karadakovan 2007; Ovayolu ve ark. 2008).

Hemşireler, hem farmakolojik hem de non-farmakolojik tedavi yaklaşımlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir (Upton ve ark. 2007). Hemşirelerin solunum sistemi hastalıklarında bakım verme durumlarını inceleyen bir çalışmada astım ve KOAH başta olmak üzere solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 oranında hemşirelerin yer aldığı belirtilmektedir (Blake ve ark. 2007). Zakrisson ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada hemşire liderliğinde yürütülen pulmoner rehabilitasyon programının hastalık yönetiminde pozitif etkileri olduğu belirtilmektedir. Wood-Baker ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da benzer şekilde KOAH'ın yönetiminde, hastane yatışlarının azaltılmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelik bakımının etkili olduğu gösterilmiştir. Hemşireler, dispne başta olmak üzere yaşanan semptomların kontrolünde, hastane yatışlarının azaltılmasında, egzersiz kapasitesinin artırılmasında ve KOAH'ın yönetiminde anahtar rol oynamaktadırlar (Taylor ve ark. 2005).

#### **KOAH'lı Bireylerde Öz-Etkililik**

Öz-etkililik belli bir sonucu elde etmek için bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanmaktadır. Genel bir durumla değil özel bir durumla ilişkili olan öz-etkililik ilk defa Amerikan psikolog Albert Bandura tarafından kullanılmıştır (Bandura 1989). İngilizce "self-efficacy" olarak tanımlanan kavram Türkçe'de "öz-yetki", öz-yeterlilik, "öz-etkililik" olarak kullanılmıştır (Erdoğan ve ark. 1994; Gözüm ve Aksayan 1999; Senemoğlu 1998).

Öz-etkililik bireyin bir performansı için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin yargısıdır. Hareketin yönünü belirleme ve organize etmede bireyin yeteneğini algılaması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile öz-



etkililik, özel bir davranışı yapmada ya da başarmada kişinin kendine olan inancıdır, bireyin sahip olduğu becerisi ile ilgili değil, sahip olduğu becerisi ne olursa ne yapabileceği yargısı ile ilgilidir. Öz-etkililiği yüksek olan birey, sağlıkla ilgili davranışları değiştirebilmek için daha fazla çaba harcamakta, bir engelle karşılaştığında daha uzun süre mücadele etmektedir (Zengin 2008).

Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan öz-etkililik, KOAH, astım, diyabet gibi kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bir bileşenidir (Yount ve ark. 2011). KOAH'lı hastalar, yaşadıkları ciddi solunum güçlüğü nedeniyle, aktivite ne kadar az çaba gerektirirse gerektirsin, solunum güçlüğünden sakınmak için bazı aktiviteleri gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyarlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilir (Abedi ve ark. 2012; Bentsen ve ark. 2010; Kara ve Mirici 2002; Siela 1998). KOAH'lı hastalar aktiviteleri gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililiğin sonucu olarak günlük yaşamın rutin aktivitelerinden sakınırlar ve bu durum hastaların aktivitelerini daha da çok sınırlamasına neden olur (Kara ve Mirici 2002; Wigal ve ark. 1991). Özellikle, KOAH'lı bireyler bazı durumlarda ve bazı aktiviteleri yaparken solunum güçlüğüne yönetmek veya sakınmak için yeteneklerine ilişkin düşük öz-etkililik beklentisi geliştirebilirler. Düşük öz-etkililiğin sonucunda dispne yönetimi daha zorlaşmakta ve hastaların yaşam kalitesi azalmaktadır (Garrod ve ark. 2008; Siela 2003; Wigal ve ark. 1991). Bu nedenle KOAH hastalarının öz-etkililik durumlarını belirlemek ve öz-etkililiği arttıracak özel bakım ve tedavi modelleri oluşturmak önemlidir (Kara ve Mirici 2002).

#### **KOAH'da Evde Bakımın Öz-Etkililik Açısından Önemi**

KOAH yalnızca hastayı değil aynı zamanda hastanın aile ve çevresini de etkileyen bir hastalık olduğu için evde bakım modeli ile bu hastalara sunulacak olan hizmetler, bireyin bağımsızlık duygusunun ve öz-etkililik düzeyinin artırılmasında etkili bir yaklaşımdır (Hermiz ve ark. 2002; Kara ve Aşti 2002; Wong ve ark. 2005). Ev ziyareti yoluyla sunulan hasta eğitimi ve danışmanlığı da içeren bir hemşirelik bakımı, öz-etkililiğin yükseltilmesinde, hastalığın ilerlemesini engelleyecek yöntemlerin geliştirilmesinde ve semptom kontrolünün sağlanmasında önemli bir araçtır (Atasever ve Erdinç 2003; Kara ve Mirici 2002). Ayrıca öz-etkililiğin sürdürülmesinde hizmetin sürekliliği dikkate alındığında, bütüncül bir anlayışla evde verilen hemşirelik bakımının, öz-etkililiğin

geliştirilmesine sağlayacağı katkı oldukça önemlidir (Coultas ve ark. 2005).

Evde bakım hizmetleri, hastanın bilgi gereksinimini, öz-bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini gidermede son derece önemli hizmetlerdir ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine ve öz-etkililiğinin gelişmesine yardımcı olmaktadır (Aksel 2010; Balcı 2003). Evde bakım, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla, birey ve ailenin yaşadığı ortamda sunulan, rehabilitasyon, psikososyal, fizyolojik, tıbbi destek hizmetleri ve sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (Akkuş 2008). KOAH'lı bireylere uygulanan pulmoner rehabilitasyon programının hastanın evinde sunulması hastanede yatarak uygulanan rehabilitasyona göre daha ucuzdur, hastanın ulaşım sorunu olmaz ve bilinen ortamda yaşam şekli değişikliği yapıldığı için programın etkisi daha uzun süre devam edebilir. Ev temelli programlar yakın izlem gerektirmeyen, motivasyonu ve kişisel yönetimi yüksek olan hastalar için daha uygundur. KOAH'lı bireylere verilen evde bakım, egzersiz toleransını, yaşam kalitesini ve öz-bakım gücünü arttırmada etkilidir (Akıncı 2008; Rizzi ve ark. 2009; Wijkstra ve ark. 1994).

#### **SONUÇ**

Sonuç olarak KOAH'lı bireylere evde verilen hemşirelik bakımı, hasta ve ailesinin eğitimini, bireyin maksimum bağımsızlık ve aktif katılımını sağlayarak yaşamında sorumluluk almasını, bireysel bakım gücünün artırılmasını sağlamaktadır (Ingadottir ve Jonsdottir 2010). KOAH'lı bireylere bütüncül anlayışla verilen evde bakım semptom yönetiminin sağlanmasına ve öz-etkililik düzeyinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle KOAH'lı bireylerin öz-etkililiklerini geliştirdiğinden evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

#### **KAYNAKLAR**

- Abedi HA, Salimi S, Feizi A et al. (2012) Assessment of relationship between self-efficacy and self-care in COPD Patients. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty, 10(1): 68-74.
- Akdemir N, Birol L (2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara, 193-200.
- Akgün D (2013) Isparta il merkezinde KOAH öntanı prevalansı ve ilişkili faktörler. Türk Toraks Dergisi, 14(2): 43-47.
- Akıncı AÇ (2008) KOAH'lı hastalara uygulanan pulmoner rehabilitasyonun fiziksel ve psikolojik parametrelere etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Akkuş Y (2008) Multipl Sklerozlu hastalarda ev ziyareti yoluyla verilen bakım hizmetinin



- yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Aksel Ş (2010) Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.
- Atasever A, Erdinç E (2003) KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4): 446-455.
- Balcı G (2003) Öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2): 69-76.
- Bandura A (1989) Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9): 1175-1184.
- Bentsen SB, Rokne B, Larsen TW et al. (2010) The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and reliability Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3): 600-609.
- Bhatt SP, Luqman-Arafath TK, Gupta AK et al. (2013) Volitional pursed lips breathing in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease improves exercise capacity. *Chronic Respiratory Disease*, 10(1): 5-10.
- Blake D, Roberts NJ, Partridge MR (2007) How much of a primary care nurse's time is spent on those with respiratory disease? A pilot study. *Primary Care Respiratory Journal*, 16(5): 319-320.
- Booker R (2010) Improving outcomes in COPD. *Practice Nursing*, 21(Supplement): 1-15.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F et al. (2003) Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease, a disease-specific self-management intervention. *Archives of Internal Medicine*, 163(5): 585-591.
- Brashier BB, Kodgule R (2012) Risk factors and pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Journal of Association of Physicians of India*, 60(Supplement): 17-21.
- Brug J, Schols A, Mesters I (2004) Dietary change, nutrition education and COPD. *Patient Education and Counseling*, 52(3): 249-257.
- Cazzola M, Donner CF, Hanania NA (2007) One hundred years of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Respiratory Medicine*, 101(6):1049-1065.
- Costi S, Crisafull, E, Antoni FD et al. (2009) Effects of unsupported upper extremity exercise training in patients with COPD, A randomized clinical trial. *Chest*, 136(2): 387-395.
- Coultas D, Frederick J, Barnett B, et al. (2005) A randomized trial of two types of nurse-assisted home care for Patients with COPD. *Chest*, 128(4): 2017-2024.
- COPD Managemet, World Health Organization, <http://www.who.int/respiratory/copd/managemet/en/> (Erişim Tarihi: 22.06.2015)
- Çiçek HS (2002) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde solunum egzersizlerinin kan gazları ve solunum fonksiyon testlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, GATA, Ankara.
- Çiçek HS (2007) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde yüksek protein içerikli beslenmenin arteriyel kan gazları, solunum fonksiyon testleri ve yorgunluk üzerine etkileri. Doktora Tezi, GATA, Ankara.
- Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin N ve ark. (1994) Sağlık sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 8(1): 28-36.
- Ferreira IM, Brooks D, Lacasse Y et al. (2000) Nutritional support for individuals with COPD, a meta-analysis. *Chest*, 117(3): 672-678.
- Fletcher MJ, Dahl BH (2013) Expanding nurse practice in COPD, key to providing high-quality, effective, and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2): 230-233.
- Garrod R, Marshall J, Jones F (2008) Self efficacy measurement and goal attainment after pulmonary rehabilitation. *International Journal of COPD*, 3(4): 791-796.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013 Reports, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2013\\_Feb20.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf) (Erişim Tarihi: 12.03.2013)
- Global Status Report on noncommunicable diseases 2014, World Health Organization, <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (Erişim Tarihi: 22.06.2015)
- Görgülü Ü (2003). KOAH hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Gözüm S, Aksayan S (1999) Öz-Etkililik-Yeterlilik ölçeği'nin Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1): 21-32.
- Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O ve ark. (2008) Prevalence of COPD, first epidemiological study of a large region in Turkey. *European Journal of Internal Medicine*, 19(7): 499-504.
- Halbert RJ, Natoli JL, Gano A et al. (2006) Global burden of COPD, systemic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 28(3): 523-532.
- Hermiz O, Comino E, Marks G et al. (2002) Randomized controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *British Medical Journal*, 325(7370): 938-940.
- Ingadottir TS, Jonsdottir H (2010) Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families, influences on health related quality of life and hospital admissions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20): 2795-2805.
- Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO (2013) Smoking cessation treatment for COPD smokers, the role of pharmacological interventions. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 79(1): 27-32.
- Kara M, Aşti T (2002) Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34(4): 75-81.
- Kara, M., Mirici, A. (2002). KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34(3): 61-66.
- Karadakovan A (2007) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. N. Akbayrak, S. Erkal İlhan, G.

- Ançel, A. Albayrak (Ed.). Hemşirelik Bakım Planları (201-205). Ankara: Alter Yayıncılık.
- Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç (2008) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(9): 3-16.
- Paz-Diaz H, Montes de Oca M, Lopez J.M et al. (2007) Pulmonary rehabilitation improves depression, anxiety, dyspnea and health status in patients with COPD. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 86(1): 30-36.
- Ries AL (2005) Pulmonary rehabilitation and COPD. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, 26(2): 133-141.
- Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW et al. (2007) Pulmonary rehabilitation, Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. Chest, 131(5 Suppl): 4S-42S.
- Rizzi M, Grassi M, Pecis M et al. (2009) A Specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90(3): 395-401.
- Senemoğlu N (1998) Gelişim Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya. Ankara: Özsem Matbaası.
- Siela D (2003) Use of self-efficacy and dyspnea perceptions to predict functional performance in people with COPD. Rehabilitation Nursing, 28(6): 197-204.
- Siela D (1998) Self-efficacy in managing dyspnea in COPD. Perspectives in Respiratory Nursing, 9(1): 9-12.
- Stellefson M, Tennant B, Chaney JD (2012) A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. International Scholarly Research Notices Public Health, 2012(1): 1-10.
- Stoilkova A, Janssen DJA, Wouters EFM (2013) Educational programmes in COPD management interventions, A systematic review. Respiratory Medicine, 107(11): 1637-1650.
- Taylor SJC, Candy B, Bryar RM et al. (2005) Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease, systematic review of evidence. British Medical Journal, 331(485): 1-7.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı. Ankara 2009. [www.ssuk.org.tr/eski\\_site\\_verileri/pdf/KHH\\_OnlemeKontrolEylemPlanı](http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/KHH_OnlemeKontrolEylemPlanı) (Erişim Tarihi: 02.02.2013)
- Tel H, Akdemir N (1998) KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla başetme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 44-52.
- Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu (2010). Türk Toraks Dergisi, 11(1): 5-63.
- Tønnesen P (2013) Smoking cessation and COPD. European Respiratory Review, 22(127): 37-43.
- Troosters T, Casaburi R, Gosselink R ve ark. (2005) Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. The American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 172(1): 19-38.
- Upton J, Madoc-Sutton H, Sheikh A, et al. (2007) National survey on the roles and training of primary care respiratory nurses in the UK in 2006, are we making progress?. Primary Care Respiratory Journal, 16(5): 284-290.
- Yount SE, Choi SW, Victorson D et al (2011) Brief, valid measures of dyspnea and related functional limitations in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Value Health, 14(2): 307-315.
- Zakrisson AB, Engfeldt P, Hagglund D et al. (2011) Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary health care, a controlled trial. Primary Care Respiratory Journal, 20(4): 427-433.
- Zengin N (2008) İdrar kaçırın kadınlar da hemşirelik eğitimi ve davranışsal tedavinin konfor, pelvik taban kas egzersizi uygulaması öz-etkililik algısı ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi İstanbul.
- Wigal JK, Creer TL, Kotses H (1991) The COPD Self-Efficacy Scale. Chest, 99(5): 1193-1196.
- Wijkstra PJ, Van Altna R, Kraan J et al. (1994). Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. European Respiratory Journal, 7(2): 269-273.
- Wong KW, Wong FKY, Chan MF (2005) Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Advanced Nursing, 49(2):210-222.
- Wood-Baker R, Reid D, Robinson A et al. (2012) Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 7(1): 407-413.

# DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi

*Palliative Care Education and Organization in the World and Turkey*

Fatma ŞAHAN USLU<sup>1</sup>, Füsun TERZİOĞLU<sup>2</sup>

## ÖZET

Palyatif bakım kanser ile mücadelenin en önemli yapıtaşlarından biridir. Bir bakım felsefesi olan palyatif bakım organize ve üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir. Bu sistemin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır. Türkiye’de ise palyatif bakım aktiviteleri desteklenmekte ve sağlık sistemimiz içerisine entegre edilemeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi’nce palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıları gidermek amacıyla hemşire temelli, toplum tabanlı bir proje gerçekleştirilmesini amaçlanarak “PALLIA-TURK” adında bir proje hazırlanmıştır. Bu proje kapsamında palyatif bakım eğitim ve örgütlenmesinde önemli gelişmeler yaşanmış ve bu gelişmelerde artışın hızlı bir şekilde devam edeceği öngörülmektedir. Bu derlemede dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesinde mevcut durum özetlenmeye çalışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Palyatif Bakım, palyatif bakım hemşireliği, onkoloji hizmetleri, palyatif bakım eğitimi, palyatif bakım örgütlenmesi

## ABSTRACT

The palliative care is one of the most important milestones in the process of cancer struggle. Being a care philosophy, the palliative care is a top level organized care delivery system. While the development of this system varies from one country to another, it is rather at the evolution stage in the developing countries, compared to the developed countries. In Turkey, the palliative care activities are supported with a number of efforts for its integration with the national health system. To overcome the troubles experienced in the palliative care services, the Cancer Struggle Department under the Ministry of Health has designed a nurse based and community focused project called “PALLIA-TURK”. A considerable improvement has been scored in the palliative care training and organization within the framework of this project, and such improvements are expected to increase rapidly and steadily. In this review, the current status palliative care education and organization in the world and Turkey are summarized.

**KeyWords:** Palliative Care, palliative care nursing, oncology services, palliative care education, palliative care organization

<sup>1</sup> Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ANKARA.

<sup>2</sup> Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı, ANKARA.

## Yazışma Adresi

Prof. Dr. Füsun Terzioğlu,  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı,  
06100, ANKARA.

**e-mail:** [fusun@hacettepe.edu.tr](mailto:fusun@hacettepe.edu.tr)

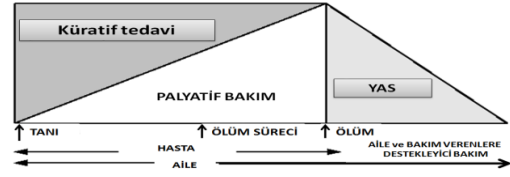
**Tel:** 0312-305 15 80

**Geliş tarihi/Received:**19/09/2014; **Kabul tarihi/Accepted:**10/122015

## GİRİŞ

Günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici ya da tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip bireylerin sayısında hızlı bir artış olması (Worldwide Palliative Care Alliance 2014; National Consensus Project 2013; Aydoğan ve Uygun 2011) ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin artması (National Consensus Project 2013); palyatif bakımın yeni bir disiplin olmasına rağmen tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde yer almasını sağlamıştır (Aydoğan ve Uygun 2011). Dünya Sağlık Örgütü 1990 yılında palyatif bakımı "Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastalara verilen aktif ve bütüncül bakımdır" şeklinde tanımlarken (WHO 1990), 2002 yılında "yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psiko-sosyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım' olarak tanımlamıştır (WHO 2012). Palyatif bakımın amacı, hastaların ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, beslenme desteği, psikolojik ve sosyal destek, hasta konforunun sağlanması ve bakımı, hasta ve ailesinin eğitimi ile hastanın fonksiyonel durumunun artırılmasına odaklı olup, disiplinlerarası bir ekiple bu hizmetin sunulmasıdır. Bu süreçte hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin artırılması temel hedeftir (Beresford ve Kerr 2012; Meier, 2011; Institute for Clinical Systems Improvement 2013; National Consensus Project 2013; National Institute for Health and Care Excellence 2013; Radbruch ve ark. 2009; Worldwide Palliative Care Alliance 2014).

Palyatif bakım; hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta, ölüme kadar küratif tedavi ile birlikte devam etmekte, ölüm sonrası yas sürecinde aile ve diğer bakım vericileri destekleyen bir bakımla sona ermektedir (Institute for Clinical Systems Improvement 2013; Meier, 2011; Radbruch ve ark. 2009; WHO 2012; Worldwide Palliative Care Alliance 2014; WHO 2007). Palyatif bakım ve küratif tedavinin entegrasyonu Şekil 1'de gösterilmiştir. Terminal döneme yaklaşan hastalarda palyatif bakım ihtiyacı artmaktadır. Hastanın ölümünden sonra aile üyelerinin ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi de önemlidir.



**Kaynak:** Meier D E (2011) Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. Milbank Quarterly, 89(3); 343-380.

## Palyatif Bakımda Örgütlenme

Palyatif bakım hem bir bakım felsefesi hem de organize ve üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir (National Consensus Project 2013). Palyatif bakımın tanımında, bu bakımı verecek sağlık personeli, bakımın verilme zamanı ve bakımın verileceği kişiler belirlenmesine karşın bakımında halen tam bir entegrasyon sağlanamamıştır (Aydoğan ve Uygun 2011; Lagman ve Walsh 2005).

Palyatif bakım ekibi, disiplinlerarası bir ekip yaklaşımı içinde hasta ve ailesine bakım hizmeti sunmakta, hastanın mevcut ve ileride gelişebilecek ihtiyaçlarına göre bakım planını çeşitli bileşenleri içerecek şekilde planlamaktadır (Institute for Clinical Systems Improvement 2013; Meier, 2011; National Consensus Project 2013; Worldwide Palliative Care Alliance 2014). Bu bileşenler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (National Consensus Project 2013).

**Hasta popülasyonu:** Palyatif bakım kronik hastalık ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen ve bakıma muhtaç tüm yaş gruplarında yer alan hastalara hizmet verir.

**Hasta ve aile merkezli bakım:** Palyatif bakımda hasta ve ailesine özgü bakım verilmeli, bakım planı hasta ve ailesinin tercihleri ve hedefleri dikkate alınarak uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.

**Palyatif bakımın sürekliliği:** Palyatif bakım ideal olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı alınması ile başlamalı, tedavi sürecinde ve ölümüne kadar aileyi içine alacak şekilde yas periyodu boyunca devam etmelidir.

**Kapsamlı bakım:** Palyatif bakımda bireyin ve ailesinin sosyal, spiritüel, psikolojik ve fiziksel problemlerinin ortadan kaldırılması ve önlenmesi ile acı çekmenin azaltılması için çok boyutlu tanılama yapılması gerekmektedir.

**Disiplinlerarası ekip:** Palyatif bakım ekip üyeleri tıp, hemşirelik ve sosyal çalışma profesyonelleri temel ve öncelikli olmak koşuluyla psikolog, farmakolog, din görevlisi, yas danışmanları, diyetisyen, fizik/mesleki/sanat/oyun ve müzik terapisti, vaka yöneticileri, eğitilmiş gönüllüler, evde bakım yardımcıları ve gönüllü ku-

ruluşlar gibi kapsamlı bir ekibin birlikte çalışmasını gerektirebilir.

*Acı çekmeyi hafifletmek:* Palyatif bakımın temel amacı, ağrı ve diğer semptomların yanında hastalık ve tedavinin neden olduğu birçok sıkıntının önlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır.

*İletişim yetenekleri:* Palyatif bakımda etkili iletişim hasta ve ailesinin bakımında bütün bireylerle etkili iletişim sağlama ve tıbbi karar almaya yardım etme, hedef ve tercihlerin belirlenmesi, aktif dinleme ve bilgi paylaşımının etkili ve uygun olması için oldukça önemlidir.

*Yas ve ölüm süreci ile ilgili bakım becerisi:* Palyatif bakım ekibi normal ve normal olmayan yas ve kayıp sürecinde, yaşa özgü fiziksel ve psikososyal semptomların yer aldığı, ölüm öncesi, süresi ve sonrasında hasta ve ailesinin bakım ve destek gereksinimlerini belirleme, ölümün erken işaretleri ve semptomları, ölüm prognozu hakkında bilgili olmak zorundadır.

*Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlama:* Palyatif bakım, sağlık hizmeti ile ilgili olan tüm sistemler (hastane, acil servis, hospisler, evde bakım, toplum ve okul gibi) ile entegre olmalıdır. Palyatif bakım ekibi belirtilen bu sağlık bakım ortamlarındaki profesyonel ve sivil toplum örgütleri ile palyatif bakımın sürekliliği, koordinasyonu ve iletişimin sağlanması için iş birliği yapmalıdır.

*Palyatif bakıma erişimde eşitlik:* Palyatif bakım ekibi ırk, etnik köken, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, kırsal ve kentsel ile kültürel ayırım gözetmeksizin bakım ilkeleri doğrultusunda herkesin ulaşabileceği bir hizmet sunmakla sorumlu-dur.

*Kaliteli hizmet sunumu:* Palyatif bakım hizmetleri yüksek kalite ve üstün bir hizmet anlayışlı ile sunulmalıdır. Kaliteli hizmet gereksinimlerinin düzenli olarak tanımlanması ve bakım sürecinin uygun ölçme araçları kullanılarak değerlendirilmesi ve sürekliliğin sağlanması önemlidir.

### **Palyatif Bakım Basamakları**

Palyatif bakım hizmet sunumu seçenekleri ülkenin sahip olduğu kaynaklar, palyatif bakıma özgü eğitilmiş ekiplerin varlığı ve ileri düzey kanser hastası prevalansı ile belirlenmekte ve farklı basamaklarda sunulabilmektedir (WHO 2007; Worldwide Palliative Care Alliance 2014; Meier, 2011).

Birinci basamak palyatif bakım hizmetlerine yönelik ekip üyesi olarak hemşireler hastasının ağrı ve diğer semptomlarını yönetme ve psikososyal destek sağlama konularında temel eğitimini tamamlamış olmalıdır (WHO 2007; Worldwide Palliative Care Alliance 2014). Birinci basamak palyatif bakım hizmet sunulan merkezlerde

kompleks vakalar, uzman bir ekibin bulunduğu ikinci ya da üçüncü basamak palyatif bakım hizmeti sunulan merkezlere yönlendirilmelidir (WHO 2007; Meier, 2011).

İkinci basamak palyatif bakım hizmetlerinde, ekip üyelerinden hemşire ve doktorlar hastanın ağrı ve diğer semptomlarını yönetme ve psikososyal destek sağlamada temel eğitimi tamamlamışlardır (WHO 2007; Worldwide Palliative Care Alliance 2014). Bu basamakta kompleks vakalar, palyatif bakım uzmanı bir doktor veya palyatif bakım uzmanı bir hemşirenin, yarı zamanlı çalışan bir sosyal hizmet uzmanı ve farmakologun yer aldığı uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmeti sunulan merkeze yönlendirilir. Bu ekip aynı zamanda yerel bir kaynak ve eğitim grubu şeklinde çalışır (WHO 2007).

Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerinde, doktorlar ve hemşireler hastanın ağrı ve diğer semptomlarını yönetme ve psiko-sosyal destek sağlamada temel eğitim almıştır. Kompleks vakalar palyatif bakım uzmanı olan bir doktor, bir hemşire, yarı zamanlı çalışan bir sosyal çalışmacı, psikiyatrist ve farmakologun yer aldığı palyatif bakımda uzman bir ekip tarafından hizmet sunulan merkeze yönlendirilir (WHO 2007). Bu ekip aynı zamanda ulusal bir kaynak ve eğitim grubu şeklinde çalışır (WHO 2007; Worldwide Palliative Care Alliance 2014).

### **Palyatif Bakım Modelleri**

Hasta ve ailelerine kaliteli bakım verebilmek için disiplinlerarası işbirliğine dayanan farklı modeller bulunmakla birlikte; hepsinde ortak amaç, hasta ve kültürel değerleri temel alan hastaya ve yakınlarına uygun fiziksel, psikososyal ve manevi desteğin sağlanmasıdır (Aydoğan ve Uygun 2011; Lagman ve Walsh 2005; National Consensus Project 2013; Worldwide Palliative Care Alliance 2014).

Palyatif Bakım modelleri üç başlık altında incelenmektedir;

#### *Hastane Temelli Palyatif Bakım*

Genel hasta servisleri, kendine özgü fiziksel ve psikososyal sorunları olan ve uzmanlaşmış bir yaklaşım gerektiren kanser hastaları için uygun olmayabilir (Aydoğan ve Uygun 2011; Lagman ve Walsh 2005). Bu nedenle hastane temelli palyatif bakım programları son yıllarda hızla artmıştır. Bu programlar özellikle ağrı ve diğer semptomlardan yakınan ve acı çeken, temel gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz olunan yüksek riskli kompleks hastaların bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlamıştır (Center to Advance Palliative Care 2012; Santa-Emma ve ark. 2002).



*Ev Temelli Palyatif Bakım*

Geleneksel tıbbi bakım ve destek kurumsal bir modele (hastane) temellenirken, palyatif bakımda ev ortamı bakım için primer ortamdır. Evde palyatif bakımda amaç, hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın hastanın kendi ev ortamında verilmesinin sağlanmasıdır. Hasta, palyatif bakım desteğine yedi gün 24 saat ulaşabilir (Aydoğan ve Uygun 2011). Palyatif bakım için oluşturulmuş evde bakım modellerinde kanser hastalarının temel ihtiyacı olan semptom kontrolü ve terminal bakım hizmetlerine hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile koordinasyonlu çalışarak ulaşabilir (WHO 2007).

*Toplum Temelli Palyatif Bakım*

Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır. Düşük maliyetle bakım sunulmasından dolayı son yıllarda ön plana çıkmıştır (Hui ve Bruera 2015). Bu kliniklerde semptom kontrolü, hastaların beslenmesinin desteklenmesi gibi uygulamaların yanında psikososyal ve manevi olarak hasta ve yakınları desteklenmektedir. Ayrıca hasta ailesine bakımın nasıl sağlayacağı konusunda eğitim verilmektedir (Beresford ve Kerr 2012).

**PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU****Dünyada Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu**

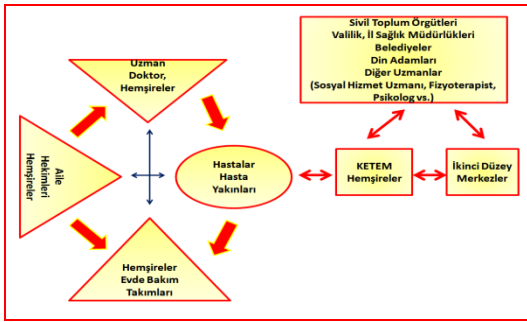
Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır. Wright ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında; Dünya genelinde palyatif bakım hizmetleri dört gruba ayrılmıştır. "Grup 1" hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri bulunmayan ülkeler; "Grup 2" Türkiye'nin de aralarında bulunduğu hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yapılmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler; "Grup 3" hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yerel ve/veya bölgesel hizmetlerle sağlanan ülkeler; "Grup 4" hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler şeklinde belirtilmiştir. Lynch ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise palyatif bakım hizmetlerinin gruplandırılması değişmiş, "Grup 3" ve "Grup 4" alt kategorilerine ayrılmıştır. "Grup 3a" palyatif bakım aktivitesi olan ancak bu aktivitenin desteklenmediği ülkeler; "Grup 3b" Türkiye'nin de içinde bulunduğu palyatif bakım aktivitelerinin yerel/bölgesel olarak desteklenmediği ülkeler; "Grup 4a" hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olma aşamasında olan ülkeler; "Grup 4b" hospis ve/veya palyatif

bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler olarak belirtilmiştir. Bu çalışmalarda Birleşmiş Milletlere bağlı 234 ülkede palyatif bakım hizmetlerinin gelişim düzeyleri belirlenmiştir (Lynch ve ark. 2013; Wright ve ark. 2008). Wright ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) 234 ülkenin %33'ünde (78 ülkede) palyatif bakım aktivitelerinin bulunmadığı, %18'inde (41 ülke) palyatif bakım hizmetlerinin yapılanma kapasitesinde olduğu, % 34'ünde (80 ülke) palyatif bakımın yerel servislerle sağlandığı ve %15'inde (35 ülke) palyatif bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sunulmadığı belirtilmiştir. Bununla birlikte 2013 yılında palyatif bakım hizmetlerinde olumlu gelişmeler yaşandığı belirtilmiştir. Lynch ve arkadaşları (2013) çalışmalarında ülkelerin %32'sinde (75 ülkede) palyatif bakım aktiviteleri bulunmadığını; %10'inde (23 ülke) palyatif bakım hizmetleri yapılanma kapasitesinde olduğunu, % 39'unda (91 ülke) palyatif bakım yerel servislerle sağlandığını (Grup 3a ve Grup 3b ülkeleri birlikte düşünüldüğünde) ve %19'unda (45 ülke) palyatif bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sunulduğunu (Grup 4a ve Grup 4b ülkeleri birlikte düşünüldüğünde) bildirmişlerdir. Bu çalışmaların sonuçlarında da gösterildiği üzere, dünyanın birçok ülkesinde palyatif bakım hizmetlerinde gelişmeler devam etmektedir.

**Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu**

Türkiye'de palyatif bakım bu konuda eğitimli sağlık profesyonellerinin az, palyatif bakım hizmetinde önemli bir yere sahip olan morfine ulaşımın zor ve morfin çeşitliliğinin az olması gibi nedenlerden dolayı uzun yıllar göz ardı edilmiştir (Gültekin ve ark. 2010; Sağlık Bakanlığı 2014; TBMM 2010). Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kansere Kontrol Programının önemli bir bileşeni ve önceligi olarak belirtilen "Palyatif Bakım Programı Eylem Planı" çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile 2008 yılında düzenlenen üç çalıştay sonunda gerçekleştirilmiştir. Bu eylem planında ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda; mevcut kanser verileri ve insan kaynakları analiz edilerek palyatif bakım modelinin oluşturulması, en az üç pilot palyatif bakım merkezi kurulması; palyatif bakım alanında (uygulama ve yönetim) eğitimli ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması; opioid bulunabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır (Tuncer 2009). Bu amaçları gerçekleştirebilmek üzere PALLİA-TÜRK adında bir proje hazırlanmıştır. Palyatif bakım 2010-2015 ulusal

kanser kontrol programının en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir (Gültekin ve ark. 2010; Özgül ve ark. 2012; TBMM 2010; Tuncer 2009). Esas olarak PALLİA-TÜRK aile hekimliği üzerine kurulu ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; hemşirelik bakımı üzerine temellenen bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem olduğu belirtilmektedir (Gültekin ve ark. 2010; Özgül ve ark. 2012; TBMM 2010). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan bu proje 2011 yılı itibari ile başlatılmıştır (TBMM 2010).



Şekil 2. PALLİA-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması

**Kaynak:** Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (2010) Kanser Hastalığı Konusununun Araştırmalar Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.

Palya-Türk Projesi hemşire, aile hekimleri ve KETEM personelleri ile yaygınlaşmış dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesidir (Sağlık Bakanlığı 2014). Bu projede palyatif bakım hizmetleri aşağıda belirtildiği şekilde basamaklandırılmaktadır;

**Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri:** Bu hizmetlerin aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, KETEM, belediyeler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği halinde yürütülmesi planlanmaktadır (Özgül ve ark. 2012; Sağlık Bakanlığı 2014). Birinci basamak palyatif bakım hizmetleri içerisinde ağrı, konstipasyon gibi akut semptomların yönetimi, yara bakımı ve parenteral ilaç uygulamaları yapılabilecektir (Kebudi ve ark. 2014). Hastalar için birinci basamak palyatif bakım hizmetleri yeterli gelmiyorsa ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerine yönlendirilebilecektir (Kebudi ve ark. 2014; Özgül ve ark. 2012; Sağlık Bakanlığı 2014).

**İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri:** Bu hizmetler için İkinci Basamak Hastanelerde yer alan Onkoloji Tanı Tedavi Merkezlerinde verilen palyatif bakım hizmetlerini kapsamı planlanmaktadır

(Sağlık Bakanlığı 2014). Akut semptomları kontrol altına alınamayan hastalar bu merkezlerde disiplinlerarası ekip (palyatif bakım konusunda eğitilmiş ve deneyimli bir doktorun ekip liderliğinde, doktorlar, hemşireler, psikolog, diyetisyen, psikiyatrist, ve sosyal hizmet uzmanı) tarafından değerlendirilecektir (Kebudi ve ark. 2014).

**Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri:** Bu hizmetler için Üçüncü Basamak Hastane Merkezleri'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezlerinin kurulması planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014). Birinci ve ikinci basamak palyatif bakım hizmetleri ile kontrol altına alınamayan kompleks hastalar bu merkezlere sevk edilebilecektir (Kebudi ve ark. 2014; Özgül ve ark. 2012; Sağlık Bakanlığı 2014). Disiplinlerarası ekip yaklaşımı ile çalışacak bu merkezlerde farklı uzmanlık alanlarına sahip doktorlar (iç hastalıkları, cerrahi medikal onkoloji (genellikle ekip lideri), radyasyon onkolojisi, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, psikiyatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, anestezi veya algoloji ve pratisyen), onkoloji alanında deneyimli hemşireler (iki hastaya bir hemşire), sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, diyetisyen, psikolog ve din uzmanı görev alacaktır. Ayrıca bu merkezlerin eğitim, araştırma ve palyatif bakım hizmetinde görev alacak profesyonellerin eğitiminden sorumlu olması beklenmektedir (Kebudi ve ark. 2014).

## PALYATİF BAKIM EĞİTİMİ

### Dünyada Palyatif Bakım Eğitimi

Palyatif bakım Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Farklı semptomların (kemik ağrısı, nöropatik ağrı, kusma, depresyon, dispne, kas spazmı terminal deliryum gibi) tedavileri için rehberler vardır. Amerika Tıp Birliği (American Medical Association) doktor ve hemşirelere yaşam sonu bakımı konusunda eğitim programı uygulamaktadır. Bu programlarda terminal dönemde görülen semptomların (ağrı, deliryum, dispne anksiyete vb.) kontrolü ile ilgili standartlar verilmektedir (TBMM 2010). Avrupa da Avrupa Palyatif Bakım Birliği palyatif bakımda eğitim konusunda çalışmalar yapmakta bu konu ile ilgili rehberler yayınlamaktadır. Palyatif Bakım Hemşireliği Eğitim Rehberi (The European Association for Palliative Care 2004) ve Tıp Eğitiminde Palyatif Bakım Eğitimi Geliştirme Rehberleri (The European Association for Palliative Care 2013) oluşturularak üniversitelerin palyatif bakım eğitimi konusunda üzerinde durulması gereken konuları (palyatif bakım ve önemi, ağrı ve diğer semptomların yönetimi psikososyal ve manevi (spiritüel) bakım

palyatif bakımda etik ve yasal konular iletişim, ekip çalışması) belirlemiştir.

Amerikan Tıp Derneği, Robert Wood Johnson Vakfı, Amerika Ulusal Kansere Enstitüsü ve bazı ulusal kuruluşların desteği ile 1997 yılında sağlık profesyonellerini eğitmek ve palyatif bakım konusunda klinik yetkinliklerini arttırmak amacıyla "Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi" oluşturmuştur. Bugün proje kapsamında eğitim alan 120.000 kişi olduğu ve 16 ülkede 2000'den fazla eğiticinin yetiştirildiği belirtilmektedir. Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi sertifika programları ve 16 modülden oluşan bir uzaktan eğitim programı ile yaklaşık 17 yıldır sağlık profesyonellerinin eğitimine devam edilmektedir (Education in Palliative and End-of-life Care 2014). Harvard Üniversitesi Palyatif Bakım Merkezi palyatif bakım eğitimi konusunda hemşireler ve doktorlara yönelik düzenli programlar düzenlemektedir. Bu programların amacı disiplinlerarası palyatif bakım bilinci oluşturmak, klinikte ve öğretimde palyatif bakım konusunda uzman eğiticiler yetiştirmektir (The Harvard Medical School program in Palliative Care Education 2014). Avustralya'da palyatif bakım niteliklerine sahip ve kanıta dayalı uygulamalar ile en iyi palyatif bakım hizmetini verebilecek uzman hemşireler yetiştirebilmek amacıyla "Hemşirelik Eğitimi İçin Palyatif Bakım Müfredatı" oluşturmuş ve palyatif bakım konusunu lisans eğitimi müfredatına entegre etmiştir (Ramjan ve ark. 2010).

Kıbrıs, İsrail, Ürdün gibi Orta Doğu Kansere Konsorsiyumu'na üye ülkelerin sağlık profesyonelleri için lisansüstü eğitim ve öğretim programları vardır. İsrail ve Ürdün'de hemşirelik lisans eğitiminde palyatif bakım klinik eğitimin bir parçasıdır. Güney Kıbrıs Lefkoşa'da bulunan Arodaphnosa Hospisi'nde ikinci ve üçüncü sınıf hemşirelik öğrencileri 2 haftalık bir uygulama yapmaktadır. İsrail'de beşinci sınıf tıp öğrencileri için kısa bir palyatif bakım uygulaması sağlamakta ve palyatif bakımın yan dal olabilmesi için görüşmelere devam edilmektedir (Bercovitch 2007; Bingley ve Clark 2009). Bununla birlikte Orta Doğu Kansere Konsorsiyumu'na üye ülkelerin sağlık profesyonelleri (Amerika Birleşik Devletleri, Kıbrıs, Mısır, İsrail, Ürdün, Filistin ve Türkiye) özellikle Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de lisansüstü programlar ve seminerlere katılmak için yurt dışı eğitim imkanlarından yararlanabilmektedir. 2004 yılından bu yana Orta Doğu Kansere Konsorsiyumu kendi sağlık sistemlerinde palyatif bakım eğitimine erişimi az olan ülkelere Palyatif Bakım Eğitimi Seminer Programları düzenlemektedir (Bingley ve Clark 2009).

### **Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi**

Ülkemizde palyatif bakım alanı 1990'lı yıllarda ilgi görmeye başlamış olup, özellikle son yıllarda gerek medikal onkoloji ve algoloji hekimleri, gerekse akademik ve klinik hemşireler palyatif bakım alanında eğitim alarak, bu alanda çalışmak istemektedirler (Özçelik ve ark. 2010). Ancak Türkiye'de palyatif bakım hizmeti uzman ekipler tarafından verilememektedir (Bingley ve Clark 2008; Özçelik ve ark. 2010). Hastane temelli ünitelerde palyatif bakım hizmeti sunan ekipler, palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde bir eğitim ve öğretim programı alan profesyonellerden oluşmamaktadır. Tıp fakülteleri bünyesinde mezuniyet sonrası palyatif bakım yan dal uzmanlığı ve hemşirelik okullarında palyatif bakım hemşireliği yüksek lisans eğitim programları bulunmamaktadır (Özçelik ve ark. 2010). Temel tıp ve hemşirelik eğitimlerinde de oldukça kısıtlı bilgiler verilmektedir (Kebudi et al 2014; TBMM 2010). Bununla birlikte ülkemizde palyatif bakım yapılanma kapasitesinde olup, sağlık profesyonelleri (medikal onkologlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri) palyatif bakım ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılmak istemektedirler (Özçelik ve ark. 2010).

Ülkemizde üniversiteler ve hastanelerin işbirliği ile hemşirelere yönelik palyatif bakım konusunda eğitimler düzenlenmektedir. Ancak bu eğitimler klinik uygulama olmadan sadece teorik eğitimle kısıtlı kalmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı'na Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü tarafından palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirelere görevlerinin gerektirdiği yeterlilikleri kazandırabilecek bilgi, beceri ve tutumlarının kazandırılması amacıyla, hem teorik hem de klinik eğitimi kapsayan "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı" teklif edilmiş (2014) ve Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2015a). Bu kapsamda sertifika programı eğitimleri ile Türkiye'de 81 ilde palyatif bakım hizmeti veren tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmektedir.

### **TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR**

Ülkemizde "palyatif bakım" kavramı olarak henüz yerleşmemiş olup sıklıkla "destek bakım" ve "son dönem bakım" olarak düşünülmekte ve ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulmaktadır (Bingley ve Clark 2008).

Palyatif bakım ulusal organizasyonlardan biri olan Türk Onkoloji Grubu (TOG), 1989 yılında kurulmuştur. Bu organizasyonda "Palyatif Tedaviler Alt Çalışma Grubu"nun da yer aldığı toplam 14 adet çalışma grubu vardır (Türk Onkoloji Grubu 2014).

Palyatif Bakım Derneği 2006 yılında terminal dönem kanser hastalarına disiplinlerarası bakım sağlamak amacı ile kurulmuştur. Dernek üniversiteler ve hastaneler ile işbirliği içerisinde olup kurs ve toplantılar düzenlemektedir (Palyatif Bakım Derneği 2014).

Onkoloji Hemşireliği Derneği 1989 tarihinde "Onkoloji Hemşireliği anlayışını ve bilgisini geliştirmek, bu bilgi ve anlayışı yaymak" amacı ile kurulmuştur. Derneğin Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği [European Oncology Nursing Society (EONS)] ve Uluslararası Kanser Bakım Hemşireliği Birliği [International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC)] üyeliği bulunmaktadır. Onkoloji Hemşireliği Derneği içerisinde bulunan Palyatif Bakım Hemşireliği Alt Çalışma Grubu, Palyatif Bakım Hemşireliği konusunda kurslar düzenlemektedir (Onkoloji Hemşireliği Derneği 2015).

Uluslararası kuruluşlardan Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu [Middle East Cancer Consortium (MECC)] ile ülkemiz işbirliği halinde çalışmaktadır. MECC'in amacı kanser insidansının, mortalitesinin ve epidemiyolojisinin izlenmesi; kanser kayıtlarının, koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi; kanser araştırmalarının ve eğitiminin desteklenmesidir (Bingley ve Clark 2008; MECC 2009). Türkiye 2004 yılında MECC'e katılmış ve MECC işbirliği ile 2004-2014 yılları arasında palyatif bakım konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını arttırabilmek amacıyla katılımcıların çoğunluğunu onkoloji alanında görev yapan doktor ve hemşirelerin oluşturduğu 34 kurs veya sempozyum düzenlemiştir (Hacıkamiloğlu 2015). Ayrıca MECC'e bağlı faaliyet göstermekte olan Onkoloji Hemşireliği Birliği [Oncology Nursing Society (ONS)] oluşumu ile farklı ülkelerde birçok seminer ve kurs düzenlenmektedir. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi de bu işbirliğine katkıda bulunmakta ve pek çok hemşirenin bu eğitim programından yararlanmasına liderlik etmektedir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri organizasyon yapısında yer alan Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü liderliğinde Türkiye'de bu alanda hizmet veren onkoloji hemşirelerinin bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır ([http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/129\\_en.html](http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/129_en.html)). ONS, MECC ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü işbirliği ile 2014 yılında "Hemşireler İçin Temel Palyatif Bakım Kursu" düzenlenmiştir. İran, Irak ve Türkiye'den hemşirelerin yer aldığı kursta katılımcıların palyatif bakım konusunda bilgi ve farkındalıkların artırılması amaçlanarak, uluslararası işbirlikleri ile hemşirelerin farklı kültürlerde farklı uygulama-

ları öğrenme ve deneyimlerini pay-laşma fırsatı oluşturulmuştur.

MECC dışında Türkiye aralarında Çok Uluslu Kanserde Destek Bakım Birliği [Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)], Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği European Society for Medical Oncology (ESMO)] ve ONS gibi uluslararası organizasyonlarla iş birliği halinde çalışmakta ve bilimsel platformlarda bilgi, deneyim ve uygulamaların paylaşılması sağlanmaktadır (MECC 2009). Uluslararası bu organizasyonlar Türkiye'deki palyatif bakım bilincinin gelişmesine önemli katkılar sağlamaktadır.

Ülkemizde ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların katkıları ile palyatif bakım konusunda eğitim programları devam etmekte üniversite hastaneleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastaneler ve özel merkezlerde palyatif bakım ünitelerinin sayısı giderek artmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu merkezlerin ilk örneklerinden biri Kasım 2006'da kurulan Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi'dir. Avrupa Medikal Onkoloji Birliği Palyatif Bakım Grubu akreditasyonu almış bir ünite (Anadolu Sağlık Merkezi 2010). Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Palyatif Bakım Ünitesi 2006 yılında kurulmuş olup; kanser hastaları ve ailelerine bütüncül bir yaklaşımla hizmet sunmayı amaçlamaktadır. Hemşire vaka yöneticisi olarak ekibi koordine etmektedir (Uyar ve ark. 2007). Dr. Abdurahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği Temmuz 2007 de açılmıştır (Tan ve ark. 2009). Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Onkoloji Hastanesi'nde Palyatif Bakım Ünitesi 2011 yılında açılmıştır. Bu ünite hastanın ve yakınlarının şikayetlerini yönetmek, hasta, hasta yakınları, hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında anlamlı etkileşimler geliştirmek, yaşam kalitesini korumak, barışçıl ve saygın bir ortamda ölümü karşılamayı kolaylaştırmak amacı ile hizmet vermektedir (Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri 2011). Palya-Türk Projesi kapsamında pilot hastane olarak belirlenen Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi" açılmış ve bir protokol dahilinde eğitimlere, pilot hasta kabulüne başlanmıştır (Ceylan ve ark. 2012).

Sağlık Bakanlığının 2015 yılı verilerine göre Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilen palyatif bakım ünitesi sayısı 87 olarak belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2015b). Öncelikli olarak palyatif bakım konusunda eğitim alan hemşire, doktor ve diğer sağlık profesyonellerinin bu ünitelerde görev yapmaları sağlanmaktadır. Ancak palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip



olmadıklarından dolayı, diğer disiplinlere danışılarak palyatif bakım hizmetleri yürütülmektedir (Kebudi et al. 2014).

### HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMDA ROLÜ VE ÖNEMİ

Palyatif bakıma ihtiyacı olan hasta ve ailelerinin gereksinimlerinin karşılanması, ortak bir felsefe geliştiren ve grup olarak bakımın sorumluluğunu paylaşan disiplinlerarası bir yaklaşım gerektirmektedir (Institute for Clinical Systems Improvement 2013; Meier 2011; National Consensus Project 2013; National Institute for Health and Care Excellence 2013; WHO 2012; Worldwide Palliative Care Alliance 2014;). Bu yaklaşımın en önemli üyelerinden biri olan hemşireler hasta ve yakınları ile en fazla iletişimde olan sağlık personelidir. Hemşireler hasta ve ailesine bakım sağladığı süreçte, hastalığının ileri etkileri ile baş etmede hastaya yardımcı olabileceği ve hasta için neyin önemli olduğu ve ne yapılarak hedefe ulaşılabileceği gibi konularda bilgi birikimi elde etmeyi sağlar. Elde etmiş oldukları bilgiler ile hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini arttırabilirler (Elçigil 2012). Ayrıca hemşirelerin hastaya fiziksel bakım ve emosyonel destek sağlama, semptom yönetimi, hasta ve aile eğitimi ve hastanın içinde bulunduğu ortamın kontrol kaybını azaltma, hasta ve ailesini sağlık bakım hizmetleri ve diğer disiplinlere yönlendirebilme gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Elçigil 2012; CHPCA Nursing Standards Committee 2009; Özçelik ve ark. 2014).

Palyatif bakım hemşireliğinde amaç hastaların yaşam kalitelerini arttırmak ve terminal döneme giren olguları ayırarak ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır. Bu kapsamda hastaların ağrılarının doğru kontrolü, bulantı, kusma veya asit gibi bazı semptomların tedavisi ve bu konuda tüm aile fertlerinin bilgilendirilmesi gereksiz kaygı ve endişeleri ortadan kaldıracaktır (CHPCA Nursing Standards Committee 2009).

### SONUÇ

Sonuç olarak palyatif bakım bir insanlık hakkıdır ve tüm hastaların bu hizmete erişimi sağlanmalıdır. Hastalarda yaşam kalitesinin artırılması, semptomların giderilmesi, hasta ve yakınlarının insanlık onuruna yakışır şekilde desteklenmesi oldukça önemlidir. Ülkemizde ki palyatif bakım gereksinimi artışına paralel olarak mevcut palyatif bakım hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Palyatif bakım konusunda eğitime

sahip disiplinlerarası bir ekip tarafından palyatif bakım hizmetlerinin sunulmaması bu duruma neden olabilmektedir. Bu nedenle 2009 yılında kanser hastalarının ve yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla ülkemizde Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Ulusal Palyatif Bakım Programı oluşturulmuş ve 2011 yılı itibarı ile hemşire temelli toplum tabanlı bir proje olan Palyatif Türk projesi başlatılmıştır. Proje kapsamında sağlık personelinin eğitimi desteklenmiş, üniversite ve hastanelerin bu konuya farkındalığı artmış, palyatif bakım ünitelerinin sayısında artış meydana gelmiştir. Önümüzdeki yıllarda palyatif bakım hizmetlerinde ki bu artışın hızlı bir şekilde devam edeceği öngörülmektedir.

### KAYNAKLAR

- Anadolu Sağlık Merkezi (2014) <http://www.anadolusaglik.org/tr/tibbi-bolumler/onkolojik-bilimler/palyatif-tedavi> (erişim: 3 Aralık 2015)
- Aydoğan F, Uygun K (2011) Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim, 24(3): 4-9.
- Bercovitch M (2007) Subspecialty in palliativemedicine (topic of EAPC newsandviews). Eur J PalliatCare, 14(2): 86-7.
- Beresford L, Kerr K (2012). Next Generation of Palliative Care: Community Models Offer Services Outside the Hospital. <http://www.chcf.org/publications/2012/11/n-ext-generation-palliative-care> (erişim: 3 Aralık 2015).
- Bingley A, Clark D (2008). Palliative care in the region represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC): A Review and Comparative Analysis. National Cancer Institute. <http://mecc.cancer.gov/PCMONOGRAPH.pdf> (erişim: 3 Aralık 2015)
- Bingley A, Clark D (2009) A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). Journal of pain and symptom management, 37(3): 287-296.
- Center to Advance Palliative Care (2012) The Case For Hospital Palliative Care:Improving Quality. [http://www.capc.org/capc-resources/capc\\_publications/making-the-case.pdf](http://www.capc.org/capc-resources/capc_publications/making-the-case.pdf) (erişim: 3 Aralık 2015).
- Ceylan A, Kabalak AA, Bayram B, Arslan F, Şimşek M (2012). Ankara Ulus Devlet Hastanesi "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi"nde Pilot Hasta Takip ve Tedavileri. <http://www.tard.org.tr/tark2012/cd/bildiri.asp?uID=A29371E8-51B8-42BB-B59F-1A09C2F25559&id=1720> (erişim: 4 Aralık 2015)
- CHPCA Nursing Standards Committee (2009) Hospice Palliative Care Nursing Standards Of Practice. [http://www.chpca.net/media/7505/Canadian\\_Hospice\\_Palliative\\_Care\\_Nursing\\_Standards\\_2009.pdf](http://www.chpca.net/media/7505/Canadian_Hospice_Palliative_Care_Nursing_Standards_2009.pdf) (erişim: 3 Aralık 2015).



- Education in Palliative and End-of-life Care (2014) <http://epec.net/#> (erişim: 3 Aralık 2015)
- Elçigil A (2012) Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4):329-334.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M (2010) Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1): 1-6.
- Hacıkamiloğlu E, Utku ES, Cukurova Z, et al. (2015) Community palliative care in Turkey: A collaborative promoter to a new concept in the Middle East. *J Public Health Management Practice*, 22(1): 1-8.
- Hui D, Bruera E (2015) Models of integration of oncology and palliative care. *Annals of palliative medicine*, 4(3):89-98.
- Institute for Clinical Systems Improvement (2013) Palliative Care for Adults. [https://www.icsi.org/\\_asset/k056ab/PalliativeCare.pdf](https://www.icsi.org/_asset/k056ab/PalliativeCare.pdf) (erişim: 01 Aralık 2015)
- Kebudi R, Çakar F B, Gultekin M (2014) Palliative Care to the Cancer Patient in Turkey. In: Silberman M (eds) *Palliative Care to the Cancer Patient* New York: Nova Science Publishers, pp. 193-210.
- Lagman R, Walsh D (2005) Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Semin Oncol*, 32(2):134-138.
- Lynch T, Connor S, Clark D (2013) Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 45(6):1094-1106.
- Meier D E (2011) Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. *Milbank Quarterly*, 89(3); 343-380.
- Middle East Cancer Consortium (MECC) (2015) <http://mecc.cancer.gov/> (erişim: 3 Aralık 2015)
- National Institute for Health and Care Excellence (2013) Quality standard for end of life care for adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13> (erişim: 01 Aralık 2015)
- Onkoloji Hemşireliği Derneği (2015). <http://www.onkohem.org.tr/index.php?id=158> (erişim: 3 Aralık 2015)
- Özcelik H, Fadiloğlu C, Karabulut B et al. (2010) Palliative care activity in the field of oncology in Turkey. *Journal of PalliativeCare*, 26(4):305-310.
- Özcelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, ve ark. (2014) Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı*, 26(2):47-56.
- Özgül N, Gültekin M, Koç O. et al. (2012) Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Annals of Oncology*, 23(suppl 3); 76-78.
- Palyatif Bakım Derneği (2014). <http://www.palyatifbakim.org/> (erişim: 3 Aralık 2015)
- Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, et al. (2009) White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe Part I. Recommendations from the European Association for PalliativeCare. *European Journal Of Palliative Care*, 16(6):278-289.
- Ramjan JM, Costa CM, Hickman LD, et al. (2010) Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia-Sydney experience. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 17(2):85-91.
- Sağlık Bakanlığı (2014) 2014 Yılı Birim Faaliyet Raporu. <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/birim.pdf> (erişim: 3 Aralık 2015).
- Sağlık Bakanlığı (2015a) Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları Hakkında Duyuru. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-44143/palyatif-bakim-hemsireligi-sertifikali-egitim-programi-.html> (erişim: 5 Aralık 2015)
- Sağlık Bakanlığı (2015b) Palyatif Bakımla İlgili Güncel Duyurular. [http://www.tkhk.gov.tr/DB/9/3566\\_palyatif-bakim-merke](http://www.tkhk.gov.tr/DB/9/3566_palyatif-bakim-merke) (erişim: 5 Aralık 2015)
- Santa-Emma P, Roach R, Gill M, et al. (2002) Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *J Palliat Med*, 5(1): 93-100.
- Tan HD, Kafalı H (2009) Cancer Pain Management in Palliative Care Patients. *Leading the Way in Pain Control: A MECC/ONS Course for Oncology Nurses*, J Pediatr Hematol Oncol, 31(8): 614
- The European Association for Palliative Care (2004) A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Nursingtaskforce/Recommendations.aspx> (erişim: 3 Aralık 2015)
- The European Association for Palliative Care (2013) Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tuLutQ%3d&tabid=1717> (erişim: 3 Aralık 2015)
- The Harvard Medical School program in Palliative Care Education. (2014). *Palliative Care Education and Practice*. <http://www.hms.harvard.edu/pallcare/PCEP/PCEP.htm> (erişim: 3 Aralık 2015)
- Tuncer M (2009) Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. <http://www.tapdk.gov.tr/tutunalkontrol/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Program%C4%B1,%202009-2015.pdf> (erişim: 03 Mayıs 2012)
- Türk Onkoloji Grubu (2014). [http://www.togd.net/index.php?category\\_id=9&m=menu2](http://www.togd.net/index.php?category_id=9&m=menu2) (erişim: 2 Aralık 2015)
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (2010) Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.
- World Health Organization (2007) *Palliative Care*. <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf> (erişim: 6 Mayıs 2014)
- World Health Organization (WHO) (1990) *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva
- World Health Organization (WHO) (2012) *Definition Of Palliative Care*.

- <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (erişim: 1 Aralık 2015)
- Worldwide Palliative Care Alliance (2014) Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf> (erişim: 1 Aralık 2015)
- Wright M, Wood J, Lynch T, et al. (2008) Mapping levels of palliative care development: A global view. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5):469-485.