

Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar

11

Editör

NAILE Bilgili



BİDGE Yayınları

Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar 11

Editör: Naile BİLGİLİ

ISBN: 978-625-6488-24-3

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

1. Baskı

BİDGE Yayınları, 2023

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayin@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya / Ankara



İçindekiler

| | |
|--|----|
| Hemşirelik Bilim Midir? | 4 |
| Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI | 4 |
| Hemşirelik Veri Toplama ve Tanılama Süreci..... | 11 |
| Gülistan YURDAGÜL | 11 |
| “Süper Akıllı Toplum” a Geçişin Hemşirelik Eğitimine Yansımaları | 21 |
| Gülsüm ÇONOĞLU | 21 |
| Cemre PAYLAN AKKOÇ | 21 |
| Cerrahide Hasta Eğitiminde “Teach-Back” Metodu..... | 27 |
| Ezgi ARSLAN..... | 27 |
| Sultan ÖZKAN | 27 |
| Türkiye’de Hemşirelik Alanında Gebelerde Cinselliğe Yönelik Yapılan Tezlerin İçerik Açısından İncelenmesi | 35 |
| Serap KIRICI..... | 35 |
| Nine ve Dedelerin Torunlarına Bakım Verme Deneyimleri: Bir Fenomenolojik Araştırma... 39 | |
| Mine BAHÇECİ | 39 |
| Menopozal Kadınlarda Üriner İnkontinans Tipi ve Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi: Sistemik Derleme | 65 |
| Serap KIRICI..... | 65 |
| Ağrı Üzerine Yapılan Online-Web Tabanlı Psikososyal Müdahaleler Ve Etkileri | 70 |
| Fatma BOĞAN..... | 70 |
| Birgül ÖZKAN | 70 |
| Afet Sonrası Erken Psikososyal Müdahale: Psikolojik İlk Yardım ve Hemşirelik..... | 80 |
| Elif Güzide EMİRZA | 80 |
| Kübra GÜLİRMAK GÜLER | 80 |
| Psikiyatri Hemşireliğinde Dijital Teknolojilerin Rolü | 93 |
| Kübra GÜLİRMAK GÜLER | 93 |
| Elif Güzide EMİRZA | 93 |

Hemşirelik Bilim Midir?

Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

Giriş

Hemşirelik bilimi nedir? Hemşirelik bilimi tanımları disipline özgü bilgi gerektirir mi? Hemşirelik temel bir bilim mi yoksa uygulamalı bir bilim mi, yoksa her ikisi midir? Hemşirelik temel bir bilim olarak kabul edilmedikçe toplum hemşireliği diğer sağlık disiplinlerinden nasıl farklılaştıracak? Hemşirelik Bilimi ile ilgili bu sorular gibi bir sürü soru sorulabilir. Cevabı ise “Hemşirelik temel bir bilimdir ve hemşirelik sanatı bu bilgiyi insanların refahı için kullanmaktır (1-3). Rogers hemşireliğin bilmek anlamına gelen bir isim olarak değil, yapmak anlamına gelen bir fiil olarak görüldüğünü yazmış ve pek çok kişi de aynı fikirde olmuştur. Hemşirelerin yaptıklarının hemşirelerin bildiklerine dayandığını ve bu geniş bilginin özünün disipline özgü hemşirelik bilgisi eğitimi olduğunu kabul etmenin zamanı gelmiştir. Hemşirelik Nedir? Sorusunun yanıtını vermek için hemşireliğin kendine özgü kimliğini bir çalışma veya disiplin alanı olarak formüle etmemiz gerekmektedir.

Hemşirelik disiplinini anlamak için hemşirelik teorileri ile ilişkisini incelemek gerekir. Bu bölümde hemşirelik nedir? hemşireliğin tanımı, tarihçesi ve hemşirelik bilimi tanımlanacaktır (1).

Hemşirelik Nedir?

Hemşirelik sorusunun yanıtı ilk bakışta çok basit ve açık olarak görünebilir çünkü hemşirelik aktivitelerini ve fonksiyonlarını tanımlayan birçok tanımı bulunmaktadır. Florerance Nigtingale “Hemşirelik Üzerine Notlar” isimli kitabında hemşireliğe özgü iki uygulamasının olduğunu belirtmiştir. Bu uygulamanın birincisini hemşirelik disiplininin merkezinde sağlık ve doğal iyileşme süreci olduğunu ve hemşireliğin görevinin kişiyi en iyi durumda tutmak olduğunu ifade etmiştir. İkinci uygulama da hemşirelik disiplininin profesyonelleşmesinin tohumlarının atıldığı hemşireliğin kavramsal oluşumudur (4).

Her disiplinin alanı vardır. Profesyonel bir disiplini tanımlamak için onun sınırlandırıldığı ya da odaklandığı alanları açıklamak gereklidir. Donalds ve Crowley hemşirelik disiplini için üç alan saptamıştır (4):

a. **Hastalık- sağlık**; insanın optimal fonksiyonu, iyilik, yaşam sürecini yönettiği kural ve yasalarla ilişkisi

b. **Kritik yaşam durumunda**; çevreyle etkileşiminde insan davranışlarını örnek alma ilişkisi

c. **Sağlık durumunda**; olumlu değişimlerin etkisinin olduğu süreçlerle ilişkisi

Fawcett, Newman,Parse, Perry gibi bir çok kuramcı hemşireliği; **insan-çevre-sağlık-bakım** arasındaki ilişkiyi inceleyen bir disiplin olarak tanımlamıştır. Hemşirelik teorilerinin amacı hemşireliğin yapısı ve oluşumu hakkındaki düşüncelere rehberlik etmek, hemşirelik hakkındaki inançlara ve değerlere güçlü bir şekilde dayandırmaktadır (1,4).

Hemşirelik Bilimi

Hemşirelik biliminden bahsetmeden önce hemşirelik nasıl tanımlanmaktadır ve bilim nedir? bakmak gerekmektedir.

Hemşireliğin Tanımı

Hemşirelik insanı iyileştirme bilimidir. Birçok kuramcı tarafından hemşirelik tarihi boyunca hemşireliğin tanımı yapılmıştır.

Florence Nightingale; 1860'da hemşireliği, "hastalığı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi" olarak tanımlamıştır.

Virginia Henderson; 1958'te hemşireliği "hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam ve hasta bireylere, sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında veya huzur içinde ölmeleri için, yardım eden güç olmaktır. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yarımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür ve bireyi en kısa zamanda bağımsızlığa kavuşturmayı amaçlar" şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından da benimsenmiştir.

Fawcet hemşireliği bakım metaparadigması kavramında " birey ile birlikte ya da onun adına hemşireler tarafından gerçekleştirilen işlemlerin ve hemşirelik eylemlerini planlama veya bu eylemlerin sonucu" olarak tanımlar.

King (1981/1990), hemşireliğin "bir eylem, tepki ve etkileşim süreci" olduğunu söylemektedir. Orem (1997) hemşireliği "birbiriyle ilişkili üçlü" olarak görüyor. Rogers (1992) ise, "insanın iyileştirilmesi için hemşirelik bilgisinin kullanılması" olarak tanımlar. Birçok kuramcıda hemşireliği bilimsel bir sanat olarak görmektedir. Hemşirelik sanatının bilim olmadan var olmayacağına inanılmaktadır (5).

Hemşireliğin tanımı birçok kurum ve kuruluş tarafından da yapılmıştır. Hemşireliğin tanımlarından biri Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır: "Hemşire temel bir eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişidir" (6)

Uluslararası Hemşireler Birliği'ne (ICN) göre, hemşirelik tanımı "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek gurubu"dur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarının geliştirilmesi ve uygulamasına katılır" şeklindedir.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre 1955' te hemşirelik, "yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunması " olarak tanımlanmaktadır. Hemşireliğin hizmet alan bireyler için yaşamsal bir önemi vardır. Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir".

Türk Hemşireler Derneği'nin (THD) 1981'de yaptığı hemşirelik tanımı şöyledir; "hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve değerlendirilmesinden; bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir" (7).

Bilimin Tanımı

Bilim latince “Scientia” kelimesinden kök almaktadır, bilmek anlamına gelmektedir. Geleneksel olarak bilim, genel kurallardan ve gözlemlerden üretilen hem bir süreç hem de sürecin çıktıları olarak tanımlanmaktadır. Genel kurallardan kast edilen ağırlık, yer çekimi, enerji ve duygular gibi doğanın yasalarından oluşmasıdır. Bilimin üretilmesi özel bir konu hakkında elde edilen bilginin şekillendirilmesi ve sistematik bir yolla bu bilginin kullanılmasıdır. Bilimsel yöntem sonuca ulaştığımız bir çalışma alanı hakkındaki önermelerin oluşturulması ve bu önermeleri destekleyen verilerin yani kanıtların oluşturulmasıdır. Sonuç olarak bilim bilginin vücut bulmasıdır. Bilim tarihsel süreçte üç alana ayrılmıştır (8). Bunlar: 1) Doğal Sert Bilimler, 2) Uygulamalı Yumuşak Bilimler 3) İnsan Bilimi

- 1) **Doğal Sert Bilimler:** Fizik, kimya ve matematik bilginin eşsiz vücudunun oluşmasında üç örnek bilimdir. Bu bilimler sıklıkla doğa bilimleri olarak sınıflandırılır. Bu doğal bilimler saf bilimler olarak bilinir. Doğal bilimler subjektiflikten (öznelikten) ziyade gerçekliğe temellendirilirler. Bu objektifliğin (nesnelliğin) sonucu olarak tekrarlanabilir ve güvenilir bilimlerdir. Doğal bilimlerin doğa ve gerçek dünya içinde mevcut olduğuna inanılmaktadır. Doğal bilimler dış dünyayı inceleyen sert bilimler olarak kabul edilir (9,10).
- 2) **Uygulamalı Yumuşak Bilimler:** Sosyoloji, psikoloji ve antropoloji uygulamalı bilimlere üç örnektir. Uygulamalı bilimler her ne kadar doğal bilimler kategorisinden farklı olsa da bilginin eşsiz vücuduna sahiptir. Uygulamalı bilimlerin odağı bazı insan gereksinimlerini karşılamak için bilgi ile ilişkili uygulamalar üstünerdir (bilgi uğruna bilgi üretmemek). Ek olarak, “uygulama” terimi, bu bilimlerin sahip oldukları bilgiyi geliştirmekte, onu anlamayı iletmek için kullanılmıştır. Bunun için uygulamalı bilimler saf bilimlerdeki bilgiyi kullanır. İnsan ve davranışlarını çalışan sosyologlar, çalışmalarının ileri sürdüğü doğal varsayımlara, doğal bilimleri kullanarak ulaşır. Matematik ve fizikçiler, psikoloji ve sosyolojiyi bilimsel disiplinlerinde ek bilgi olarak kullanmazlar. Oysa ki, uygulamalı bilimler doğal bilimlerdeki uygulama ve doğruları dikkate alıp kullanır. Uygulamalı bilimler, insan oluşumları ve insan için bilimin kullanılması üzerine odaklanır. Sert bilimler objektiftir, uygulamalı bilimler subjektiftir. Bu nedenle yumuşak bilimler olarak adlandırılır. Yumuşak bilimler bireyseldir ve özgündür. İnsanların rengi, maddi durumu ve kırılğan yaşlılar arasındaki sağlık bakım eşitsizliklerini inceleme, fizyoterapistin ve sosyal hizmet uzmanının bulunabileceği sağlık bakımı yumuşak uygulamalı bilimlerin kullanımına örnektir. Hemşirelikte hem fizik hem de sosyal bilimlerde birbirinin içine geçmiş özelleşmiş bilgi hemşirelik uygulamalarında yer almaktadır. Bu durumda, sert, yumuşak, saf ve uygulamalı bilimler kavramları kombine edilmiştir (9,10).
- 3) **İnsan Bilimi:** İnsan bilimleri bilimin önemli bir türüdür. Az sayıda akademisyen insan bilimini tamamıyla farklı bir şey gibi sınıflandırmayı tercih etmektense ya sert ya da yumuşak bilimler içinde sınıflandırmayı tercih etmektedir. İnsan bilimi yeni bir terim değildir. 1800’lerin sonunda Alman filozof Diltey tarafından geliştirilmiştir. Diltey çalışmalarında kişiyi sürecin dışında bırakan objektif ve değersiz bilim üstüne odaklanmayla ilgilenmiştir. Diltey insan oluşumlarını ve deneyimlerini ele aldığı bilginin kaynağı olarak insan bilimini yaratmıştır. İnsan biliminden anladığımız bilim, katılımcıların yaptıkları kadar bir kısım deneyimlerinden meydana gelmektedir. Bu bakış açısı yaşamı onun çalışmaları ile ilişkisi olmayan fiziksel bilimin nötr ve değersiz deneyimlerine karşı çıkmaktadır. Subjektif (öznel) alanın olduğu insan bilimindeki bakış açısı, bilimin doğası, odağı ve bilim sürecinden farklıdır. Fiziksel

bilimlerde bilim ve subjektiflik (öznellik) bir değildir, insan biliminde bunun aksine bilim ve subjektiflik (öznellik) birdir, her biri bölünmemiştir (9,10).

Bunun üzerine aklımıza şu soru gelmektedir, Hemşirelik bir insan bilimi midir? Hemşirelik; bireylerin, ailelerin ve toplumların bakımını karşılamada yaptıkları çalışmalarla fiziksel (sert), uygulamalı (yumuşak) ve insan bilimlerinin bir arada olduğu bilimin merceğindeki bakış açısıdır (10,11).

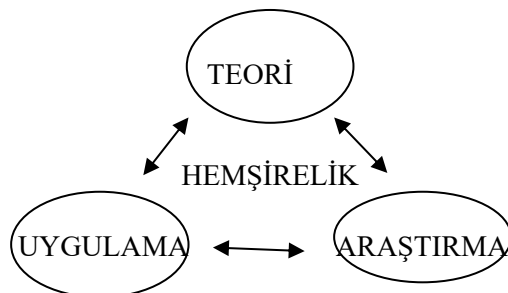
Hemşirelik uzun zamandır doğal bilimlerle ilişkilendirilmiştir. Ancak daha yakın zamanlarda kuramcı hemşireler onu bir insan bilimi olarak tanımlamaya başlamışlardır. Rosemarie Rizzo Parse ve Jean Watson bu kuramcılardan ikisidir. Parse (2001), insan deneyimlerinin durağan ve tekrarlayıcı olmadığını belirtmiş, nitel ve nicel araştırmalarla çeşitli metodolojiler geliştirmiştir (11). Bu görüşten çıkan metodolojiler, yaşanan deneyimlerin anlamını, onları yaşayanların bakış açısıyla keşfetmesine yardımcı olan araştırmaları içermektedir. Parse, Diltey'in insan bilimleri araştırmaları ve görüşü üzerine hemşirelik kuramını geliştirmiştir (11). Hemşireliğin bir insan bilimi olduğuna katılan hemşire kuramcılar Reeder, Orem, Rogers, Leninger, Fawcett ve Newman dır (13-15).

Hemşirelik Bilimi

Hemşirelik bilimi; hemşirelik uygulamalarına rehberlik eden bilimsel bilgidir. Hemşireliğin bilimsel bilgisi teori, araştırma ve uygulamayı içeren üç bileşenden oluşmaktadır.

Hemşirelik geçmişte ilk olarak doğa bilimlerinden temel almıştır. Daha sonra hemşirelik kuramcıları insan bilimlerine yönelmiş ve hemşireliğin bilimselleşmesinde insan bilimlerinin daha uygun olduğu anlaşılmıştır. Hemşireliğin insana bütüncül yaklaşımı insan bilimleri içinde yer almasında önemli bir etken olmuştur. Hemşirelik bilimi hemşirelik uygulamalarına yol göstermektedir. Hemşirelik bilgisi daha önceki yaşantılardan ve toplumsal değerlerden elde edilmektedir. Hemşirelik bilimindeki gelişmeler son 20 yılda hız kazanmıştır. Bu gelişmelerin en önemli nedeni bireylerin sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek için gerçekleştirilen hemşirelik araştırmalarının artmasıdır. Hemşirelik araştırmalarının amacı bilimsel yöntemler doğrultusunda nitel ve nicel araştırmalarla bakım verme ve bakım alma sürecinin kaliteli, olması gerektiği gibi yürütülebilmesi için hemşirelere bilgi ve anlayış kazandırmaktır (10,11,20).

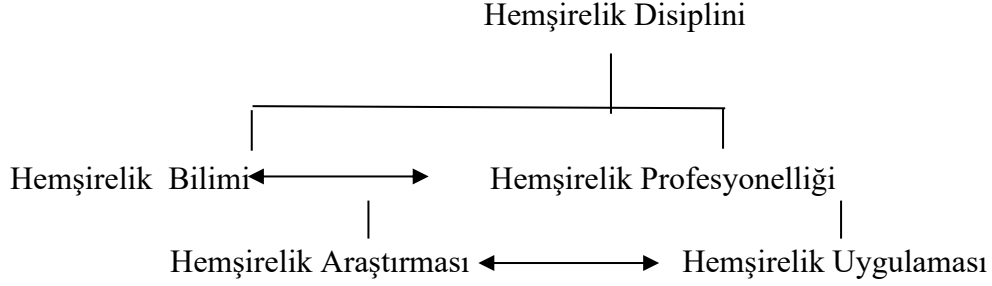
Hemşirelik teorik bilgisini uygulamaya dönüştüren uygulamalı bir bilimdir. Hemşirelik bilimi içinde teorinin, uygulamanın ve araştırmanın olduğu döngüsel bir süreçtir. Uygulama bu döngüye harekete geçirici olarak hizmet etmektedir. Uygulama ortamlarında karşılaşılan sorunlar sorular sorulmasına neden olmakta bu soruların yanıtlarını bulmak için hipotezler oluşturulmaktadır. Bu hipotezler araştırılabilir soruları sunmaktadır. Araştırmalar uygulayıcıların bu hipotezleri yani teorileri test etmesini sağlamaktadır. Hemşirelik bilgisini oluşturma ve yaymada teori ve uygulama temel unsurlardır (10,11).



Şekil 1. Hemşirelik Bilimi Bileşenleri

Hemşirelik teorilerinin oluşturulması, test edilmesi ve uygulamaya dönüştürülmesi için hemşirelik kuramcılarını kendi kuramlarını geliştirmiştir. Geliştirdikleri kuramlar ve hemşirelik uygulamalarındaki değişimlerle hem mesleğin gelişmesine katkı sağlamış hem de yeni kuramcılara örnek teşkil etmişlerdir (10).

Şekil 2. Hemşirelik Disiplinin Bileşenleri



Kaynak: From *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories* (p. 692), by J. Fawcett, 2000, Philadelphia: F. A. Davis. ©F.A. Davis. Adapted with permission.

Sonuç

Bu bölümde hemşirelik nedir, nasıl tanımlanmaktadır açıklanmıştır. Hemşirelik bilimi nedir? Hemşirelik bilim midir? sorularına yanıt aranmıştır. Hemşirelik bilimi; hemşirelik uygulamalarına rehberlik eden bilimsel bilgidir. Hemşireliğin bilimsel bilgisi teori, araştırma ve uygulamayı içeren üç bileşenden oluşmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Smith M.C., Parker M.E.,(2015) Nursing Theoris & Nursing Practice, Chapter 1: Nursing Theory and the Disiplnce of Nursing, 4.edt. Copyright by F.A. Davis Company, Phliadelphia P:3-19.
2. Sandra J. Peterson, Timothy S. Bredow (2020) Middle Range Theories: Application to Nursing Research and Practice. 5 th edit. Lippincott Williams & Wilkins, p: 1-17 ISBN: 1975108310
3. Martha Raile Alligood, Ann Marriner-Tomey (2006) Nursing Theory: Utilization & Application. Mosby Elsevier, p:2-63 , ISBN: 0323031331
4. Jacqueline Fawcett, Susan DeSanto-Madeya (2012) Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. F.A. Davis, p:1-26, ISBN: 0803637942
5. Andras O.(2012) Textbook of Nursing Science. Medicina Publishing House Go. Budapeşt, p: 31-55.
6. şentürk S.E. (2013) “Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler” Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul s:13.
7. Birol L.(1997) Hemşirelik Süreci, s:20, Etki Matbaacılık, 3. Baskı, İzmir.
8. Polifroni E.C. (1999) Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: An Historical and Contemporary Anthology. Chapter 1: Philosophy of: 1st (first) Edition, Lippincolt , 1999. Science : An Introduction, pp:3-18.
9. Malinski V.M. (2002) Nursing Research and the Human Sciences. *Nursing Science Quarterly*, Vol.15 No.1, January, 14-20.
10. Parse R.R. (2015) Nursing Science or Is It the Science of Nursing? *Nursing Science Quarterly*, Vol. 28(2) 101– 102. DOI: 10.1177/0894318415571617
11. Orem, D. E. (1997). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10, 26-31.
12. Reeder, F. (1993). The science of unitary human beings and interpretive science. *Nursing Science Quarterly*, 6, 13-24.
13. Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*, 5, 27-34.
14. Fawcett. J. (2000) From Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories (p. 692) Philadelphia.
15. Newman, M. (1990). Newman’s theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3, 37-41.
16. Akdemir N. Dünden Bugüne Hemşirelik Eğitimi (ppt). <https://slideplayer.biz.tr/slide/10910805/> Erişim tarihi: 20.08.2018.
17. Çelik S. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi (ppt). <https://slideplayer.biz.tr/slide/11300637/> . Erişim tarihi: 20.08.2018
18. Opuksak B., Kublay G. (2010) Florence Nightingale’den Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Neler Değişti? Avrupa ve Türkiye’de Modern Hemşirelik Eğitimi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı s:298-305.

19. Ökdem Ş., Abbasoğlu A., Doğan N. (2000) Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. Ankara Üniv. Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1(1): 5-11.
20. Karagözoğlu Ş. (2006) Bilim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 64–71

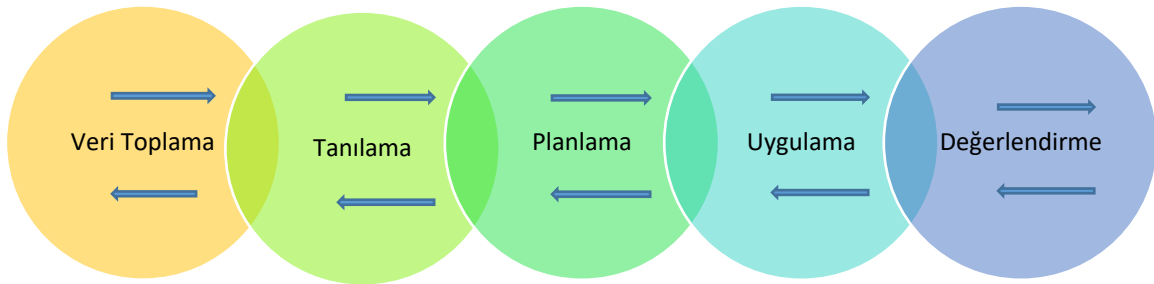
Hemşirelik Veri Toplama ve Tanılama Süreci

Gülistan YURDAGÜL¹

Giriş

Süreç kelimesi TDK'a göre; belirli bir düzende tekrarlayan olaylar ve eylemler dizisidir (TDK, 2023). Sağlıklı ya da hasta kişinin veya ailesinin bakım ihtiyaçlarının ve sorunlarının tespit edilebilmesi için ihtiyaç duyulan hemşirelik uygulamalarının verilerinin toplanması, adlandırılması, amacın ve hedefin belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirmesini içeren sistemli bir yaklaşım şekline hemşirelik süreci denir (Biol, 2011). Hemşirelik bakımında esas olan, hasta bireyin ihtiyaçlarını karşılaması, karşılayamadığı noktada hemşirenin yardımcı olmasıdır. Hemşire yapmış olduğu her müdahalenin kaydını tutmakla yükümlüdür. Hemşire bu yükümlülüğünü belirli bir düzen, kural içeren kayıt sistemini bilimsel bir temele oturtturarak yapmalıdır. Bu bağlamda belirli bir düzene oturtulmuş hemşirelik sürecini bakımın kaydı için kullanan hemşirenin tutmuş olduğu kayıt, bilimsel kaynaklara dayanmış olur. Bu bilimsel kayıt tutma eylemi, aynı zamanda hemşirenin yasal sorumluluğu ve görevidir (Kaya, 2012).

1950'li yıllarda 3 (tanılama-planlama-uygulama) aşamalı olan hemşirelik süreci daha sonraki yıllarda 4 (tanılama-planlama-uygulama-değerlendirme), 5 (tanılama-hemşirelik tanısı-planlama-uygulama-değerlendirme), ve son olarak 6 (tanılama, hemşirelik tanısı, hastadan beklenen sonuçların sınıflandırılmasını ifade eden (NOC), planlama, uygulama ve değerlendirme) aşamalı bir hale gelmiştir (Erer vd., 2017; Park & Jeong, 2022; Toney-Butler & Thayer, 2022).



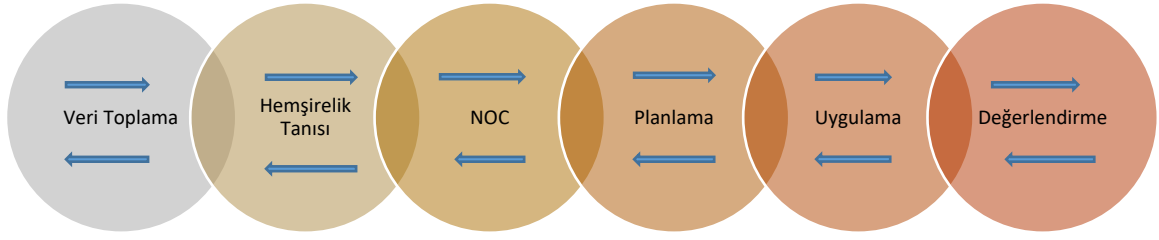
Şekil 1. Beş Aşamalı Hemşirelik Süreci

Amerika Hemşireleri Birliği (ANA)'nin son dönemde yapmış olduğu yayınlarda hemşirelik girişimlerine yönelik geliştirmiş olduğu standartlara beklenen sonucu tanımlamayı amaçlayan (NOC) aşama eklenmiş ve toplam aşama sayısı altıya yükselmiştir. Hemşirelik tanısından hemen sonra gelen bu aşama beklenen bakım sonuçlarını ifade etmektedir (Craven vd., 2009).

Hemşirelik sürecinin son halinde tanılama aşamasının içinde «veri toplama»

¹ Öğr. Gör. Dr., Kilis 7 Aralık Üniversitesi SHMYO

Planlama aşamasının içinde «NIC» bulunmaktadır. NIC hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılmasını ifade etmektedir.



Şekil 2. Altı Aşamalı Hemşirelik Süreci

Veri Toplama – Durum Değerlendirmesi

Hemşire için veri toplama aşaması hasta ya da sağlıklı insan ile ilk karşılaşma anında başlar. Hemşirelik tanı veya tanılarının adlandırılmasıyla son bulur. Durum değerlendirme aşaması hem veri toplama hem de toplanan verilerin doğrulanması süreçlerinin kapsar.

İki tür veri bulunmaktadır: subjektif veri ve objektif veri.

Sübjektif Veriler: Bu veriler sadece etkilenen bireyden elde edilebilir. Bu veriler bir başka kaynaktan alınamaz ya da doğrulanamaz. Örn; midem bulandığı için rahatsızım, karnım ağrıyor...

Objektif Veriler: Söz konusu verileri deneyimleyen sağlıklı/hasta birey dışında diğer kişiler tarafından da görülebilen, işitilebilen ve ölçülebilen verilerdir. Örn; koltuk değneği ile yürümek, vücutta görülebilen ekimozlar, şişlikler, siyanotik görünüm, ateş vs...

Verilerin Özellikleri

Hemşire verileri toplarken ve kaydederken, hemşire amacını belirlemeli, belirlemiş olduğu amaç doğrultusunda eksiksiz, doğru ve olayla ilgili verileri toplamalı ve kaydetmelidir.

Tam/Kapsamlı Veri: Bireyin sağlık sorunlarının belirlenmesi ve sağlık-iyilik halinin yükseltilmesine yönelik bakım planının geliştirilmesinde, mümkün olduğunca bireye ait tüm verilerin toplanması gerekmektedir. Örneğin sağlıklı-hasta bireyin kilo kaybı olduğunun belirlenmesi hemşire için önemli değildir. Önemli olan kilo kaybının isteyerek mi yoksa istemeyerek mi gerçekleştiği; kilo kaybının beslenme veya egzersiz alışkanlıkları ile ilişkili olarak mı yoksa altta yatan patolojik bir duruma bağlı olarak mı gerçekleştiği; ya da bireyin kilo kaybı konusundaki görüşlerinin ne olduğunun belirlenmesi önemlidir.

Doğru Veri: hem sağlıklı-hasta birey hem de hemşire amaçlı veya amaçsız olarak elde edilen verileri yanlış yorumlayabilir veya çarpıtabilir. Hemşireler kişisel önyargılarının ve kişilik özelliklerinin veri toplama sürecini etkilediğinden şüphelendiğinde diğer hemşireler ile iş birliği yapmalıdır. Bireyin davranışlarının yorumlanması yerine gözlenen davranışlarının tanımlanması daha doğrudur (Oter-Quintana vd., 2022). Hemşirelik kayıtlarında şöyle bir açıklama okunabilir: “birey sıklıkla yüzü duvara dönük olarak yatağında yatarken gözleniyor. Birey ile iletişime geçme çabaları başarısız oldu. Öğle yemeğini reddetti ve akşam yemeğinde sadece çorba içti.” Diğer taraftan şu şekilde bir ifade de olabilir: “Hasta depresyonda”. Hastanın depresyonda olduğunu söylemesi hemşirenin bireyin davranışları konusundaki yorumudur; bu doğru bir ifade değildir. Elde edilen verilerin doğru şekilde yorumlanması ve kaydedilmesi, diğer sağlık ekibi üyeleri ile yapılan işbirliği yapılması bireyin davranışlarının altında yatan nedenlerin belirlenmesinde hemşireye yardımcı olur (Herdman vd., 2021; Sanson vd., 2019).

Konu ile İlişkili Veri: hemşireler her bir birey için ne tür veriyi ne kadar toplaması gerektiğini belirlemelidir. Amaç; var olan ilgili tüm verilerin toplanması ve kısaca kaydedilmesidir. Sıklıkla, hemşireler özel alanlarda ne tür verilerin toplanması gerektiğine karar verirken deneyimlerinden yararlanırlar.

Verilerin Kaynakları: Hemşire birçok farklı kaynaktan veriler elde edebilir. Bununla beraber güvenilir kaynaklara yönelmesi sağlıklı tanılama için altın kuraldır. Hemşire için en güvenilir veri toplama kaynağı hasta/sağlıklı bireyin kendisidir (Sanson vd., 2019). Ayrıca hemşire bakıma gereksinim duyan bireyin fiziksel muayenesinden, hekim kayıtlarından, ailesinden, arkadaşlarından, laboratuvar kayıtlarından ve sağlık kurumlarındaki kayıtlarından veri elde edilebilir. Hemşire veri toplarken, bakıma muhtaç birey çocuk ise, bilinci kapalı ya da zihinsel engeli var ise bu durumda hasta birey dışındaki diğer veri toplama kaynaklarına yönelmelidir (Oter-Quintana vd., 2022).

Veri Toplama Yöntemleri

Veri toplamada kullanılan çeşitli yöntemler vardır. Bunlar;

1- Görüşme: hemşire hasta ve ailesi ile yeteri kadar aydınlatması olan, ses ve gürültüden izole olmuş, hasta ve ailesinin rahat edebileceği uygun bir ortamda önceden hazırlanmış olan soru formları ile görüşme yapar. Hastanın şuan ki şikayetleri, sürekli kullandığı ilaçlar, izolasyon durumları, kronik hastalıkları, sürekli kullanmış olduğu gözlük vs ortez ve protezlerinin varlığı, demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali vs), beden kitle indeksi (BKİ) gibi soruların cevabı aranır. Mümkünse hasta ile hemşire yalnız görüşmelidir (Sanson vd., 2019).

2- Dinleme: hemşire hastanın solunum sisteminde solunum seslerinin, kalp seslerinin steteskopla dinleyerek anormal/normal bulguları değerlendirir.

3- Gözlem: hemşirenin en temel veri toplama yöntemlerinden biridir. Burada hastanın duruşu, vücut postürü, yüz ifadesi, kılık kıyafeti, kokusu (idrar, gaita kokusu vs), konuşma şekli (ağrıdan konuşmama, konuşmaktan çekinme, konuşurken yanındaki tanıdığından çekinme vs) kısacası hemşire hastanın her durumunu gözlemleyerek veri toplamalıdır.

4- Hemşirelik Öyküsü: hemşire verilerini topladıktan sonra hemşirelik öyküsünü oluşturur. Burada bahsedilmek istenen sıklıkla hastanın daha önce kuruma gelmişse hazırlanan hemşirelik öyküsünden faydalanılmasıdır (Oter-Quintana vd., 2022).

5- Fiziksel Değerlendirme: baştan ayağa ya da sistem sistem hastanın muayenesidir. Örneğin sindirim sistemini değerlendirirken; alınan öyküye göre muayene yapılır. Hastada dışkılama sorunu varsa hemşire bağırsak seslerinin steteskopla dinler ve bağırsak hareketlerinin sayısını belirler. Ve gerekirse sorgulamaya burada da devam eder. “En son defekasyona ne zaman çıktınız?”, “Dışkı rengi nasıldı? “ne sıklıkla defekasyona çıkarsınız?” gibi sorular duruma göre sorgulanabilir (Korhan vd., 2015).

Veri Toplama ile İlişkili Sorunlar

Veri toplama sırasında karşılaşılabilecek temel sorunlar; sıklıkla verilerin gruplandırılmasından kaynaklanmaktadır. Elde edilen verilerin ihmal edilerek kullanılmaması, verilerin yeteri kadar yorumlanmaması ya da yanlış yorumlanması, yanlış yorumlamaya neden olacak gereksiz ya da tekrarlanan verilerin toplanması, veri toplama yöntemleri ile toplanan veriler yerine yorumlarla elde edilmiş verilerin kullanılması şeklinde sıralamak mümkündür (Paan vd., 2010; Uysal vd., 2016).

Verilerin Doğrulması

Verilerin doğrulanması bir çeşit onaylama veya doğrulamadır. Veri doğrulamanın amacı, mümkün olduğu kadar hataların, taraf tutmanın ve yanlış yorumlanmanın önlenmesidir. Verilerin doğrulanması tanılama aşamasının önemi bir bölümdür. Çünkü geçerli olmayan veriler uygun olmayan hemşirelik bakımının gerçekleştirilmesine neden olur (Craven vd., 2009). Verilerin doğruluğundan ve gerçekliğinden emin olabilmek için;

1- Verilerin doğruluğunu etkileyen ya da değiştiren faktör olup olmadığı kontrol edilmelidir. Örn; Egzersizden sonra ateş ve TA ölçmek gibi.

2- Toplanan verilerin normalden sapma durumu ciddi ise verilerin doğruluğunu teyit amaçlı tekrar veriler toplanmalı ve kontrol edilmelidir. Verilerin doğruluğuna etki edecek faktörler ortadan kaldırılarak değerlendirme ve gruplandırma yapılmalıdır (Sanson vd., 2019).

3- Hemşire topladığı verileri gerekirse tekrarlayarak kontrol etmelidir. Örneğin; kan basıncını sağ koldan ölçmüşse, 10 dk sonra diğer (sol) koldan kontrol etmesi gibi

4- Hemşire topladığı verilerin doğru olmadığı durumda, daha deneyimli bir hemşireden, hastanın kan basıncını yeniden ölçmesini isteyerek doğru bilgiye ulaşmaya çalışmalıdır (Biol, 2011).

Hemşirelik Tanısı

Hemşirelik sürecinde hemşirelik tanıların belirlenmesi sürecin ikinci aşamasıdır. Belirlenen hemşirelik tanısı girişimlerin belirlenmesinde anahtar rol oynamaktadır. Sorunun başarılı şekilde çözümlenmesinde doğru tanının belirlenmesi önem arz etmektedir (Craven vd., 2009; Herdman vd., 2021).

Hemşirelik Tanısının Gelişim Süreci

1950 yılında Fry tarafından ortaya atılan “hemşirelik tanısı” kavramı bireyselleştirilmiş bakımda önemli bir adım olarak bilinmektedir. Bakımın planlanmasında en önemli aşama olarak bilinen “tanılama”nın formülasyonu son derece önem arz etmektedir (Kocaçal Güler vd., 2021). 1960 da Lester King “tanılama” sözcüğünün tıbbi özel olmadığını ifade etmiştir. Dr. King’in tanılama kriterlerine bakılacak olursa;

1- Kullanılacak tanıların bir sınıflama sistemi ile oluşturulması gerekmektedir. Oluşturulan bu sınıflama sistemi hemşirelik tanılarına kaynak oluşturmalıdır.

2- Hemşirelik tanısının belirlenebilmesi ve hasta için kullanılabilmesi için öncelikle hastada bir sorunun olması gerekmektedir.

3- Bir taksonomi gerekliliğini ortaya koyan bu sınıflandırma sistemleri, hemşirelik tanılamasının yapılabilmesi için öncelikle sınıflandırma sistemi içinde yer alması gerekmektedir (Herdman vd., 2021; Kocaçal Güler vd., 2021). Tanılama için **Taksonomi**: Birtakım olayların dayandığı sebep veya bu sebeplerin yol açtığı sonuçların tanımlanması ve sınıflandırılması anlamına gelen bir bilim dalıdır. Aynı zamanda bir süreci ve ürünü temsil eder.

1960-1970 başlangıç yıllarını içeren Tanı'ya ilişkin bibliyografya ilk olarak ulusal konferansta paylaşılmıştır.

Orlando 1961'de hastanın içinde bulunulan zamandaki sorunlarını ve gereksinimlerini kapsayan, karşılıklı etkileşime dayalı bir hemşirelik yaklaşımı ve hasta merkezli bakımı geliştirmiştir. Hemşirelik süreci kavramı 1962 yılında tartışılmıştır. 1960 lı yıllarından 1970 li yıllara kadar çeşitli bilim insanları hemşirelik sürecinden, hemşirelik tanılarından, hemşirelik bakım planından ve veri toplamanın bir hemşirelik ürünü olduğundan bahsetmiştir (Biol, 2011; Erer vd., 2017)

Hemşirelik Tanı Süreci

Hemşirelik tanı ya da tanıları, insan sağlığındaki değişimleri tanımlar (Korhan vd., 2015).

Tanı ismi: kişinin sağlık durumunda bozulmaları, değişimleri tanımlayan var olan ya da var olma potansiyeli taşıyan olgular bütünüdür (Herdman vd., 2021; Kaya, 2012).

Etiyolojik Faktörler: sorunun gelişmesine zemin hazırlayan patofizyolojik tıbbi müdahalelerle ilgili, gelişimsel veya durumsal etkenlerdir (Kaya, 2012).

Hemşirelik tanıların tanımlayıcı özellikleri: Hastada gözlemlenen belirti ya da semptomları ifade eden, hemşirelik probleminin tanınmasına yardımcı, tanımlayıcı kriterlerdir. Örneğin; hastanın temporalden ölçülen ateşinin 39,3 °C olması, hastada mide bulantısının olduğunu gösteren öğürme refleksinin aktif olması, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması gibi.

Hemşirelik Tanı Tipleri

Hemşirelik tanıları kişinin sağlık durumuyla ilişkili olarak değişmektedir. Bireyin mevcut durumu; “varolan, potansiyel ve olası” sözcükleri ile tanımlanmaktadır (Biol, 2011; Kaya, 2012).

Varolan (Actual) Sorun/Problem: bireyin klinik belirti ve semptomları ile örtüşen, varlığı doğrulanmış tanılardır. Örneğin; kalça kırığına bağlı fiziksel harekette bozulma. Tanımlayıcı özelliklerine bakılacak olursa; çekilen görüntüleme yönteminde kırığın var olması (Herdman vd., 2021; Toney-Butler & Thayer, 2022).

Potansiyel Problem: herhangi bir müdahale yapılmazsa gelişebilecek sorunu temsil eder. Örneğin; kalça kırığı sebebiyle hareketsiz kalan hastanın kontipasyon olma ihtimali gibi. Potansiyel problemler belirli konularda gerekli eğitim ve bilgilendirme yapılmadığında bireyi, toplumu, aileyi tehdit edebilecek risk faktörleri olarak tanımlanır. Potansiyel problemlerde sorunun yanında sıklıkla “risk” kelimesi bulunur. Örneğin; kalça kırığına bağlı “düşme riski”, kalça kırığındaki hareketsizliğe bağlı “konstipasyon riski” gibi (Herdman vd., 2021).

Burada önemli olan husus şudur: sağlığın korunması ya da mevcut durumun daha kötüye gitmemesi için hemşirelik müdahalelerine ihtiyaç olmasıdır.

Olası problem: “olası” kelimesi anlamı itibarıyla “ihtimal” anlamına gelmekte olup, hemşirelik tanılarındaki şekli ile burada sorun olabilir fakat doğrulamak için daha fazla bilgiye ihtiyaç olduğunu gösteren hemşirelik tanılarına yardımcı ifadedir. Bağırsak hareketleri üzerine etkili üç davranış durumu vardır: hareket, posalı beslenme ve bol sıvı alımıdır. Kalça kırığı gelişen bir kişide konstipasyon gelişebilmesi için hareketsizliğin yanı sıra sıvı alımının azaltılıp azaltılmadığı ve posalı beslenip beslenmediği gözlemlenmelidir (Toney-Butler & Thayer, 2022).

Veriler tam olarak toplandıktan ve taksonomisi yapıldıktan sonra hemşire elde ettiği sonuçlarla;

1- Hastada var olan hemşirelik sorunlarını isimlendirir: ağrı, doku bütünlüğünde bozulma, uyku örüntüsünde bozulma, deri bütünlüğünde bozulma gibi (Herdman vd., 2021).

2- Hastanın potansiyel problemlerini belirler: düşme riski, kanama riski, doku bütünlüğünde bozulma riski, deri bütünlüğünde bozulma riski, enfeksiyon riski gibi (Herdman vd., 2021)

3- Problem olabilme ihtimali doğuran durum varlığı hakkında kayıt tutar. Tutmuş olduğu bu kayıtla ekip arkadaşlarına yazılı kaynak sağlamış olur.

Ancak; olası ve potansiyel problemlerin sık sık birbirinin yerine kullanıldığı gerekçesi ile Amerika Nöroloji Hemşireleri Derneği her iki tanı için “Risk Problemi” kullanılmasını önermiş ve kabul edilmiştir (Biol, 2011).

Ortak Problemler: hemşire elde ettiği veriler doğrultusunda hasta ya da sağlıklı bireyde tespit ettiği var olan ya da risk hemşirelik sorunlarının yanı sıra hemşirenin kendisi tek başına çözümleyemeyeceği problemleri de tespit etmiş olabilir. Bu gibi durumlarda hastanın sorunlarının giderilebilmesi için interdisipliner ekip üyeleri ile iş birliği gerekmektedir (Kaya, 2012).

Hemşirelik Tanısını Belirleme Süreci

Hemşirelik sürecinde tanının belirlenebilmesi için sistematik ilerlemek ve kritik düşünebilme yeteneğine sahip olmak önemlidir. Örneğin; bir tanının, desteklenmesini sağlayan, tanının varlığını güçlendiren bazı ipuçları ya da kriterler olabilir. Bunlar her tanısal sınıflamayı kullanmadaki kural niteliğindeki belirleyicilerdir. Hemşire tanılama sürecinde ipuçlarını yakalamada ve uygun kriterleri değerlendirmede edinmiş olduğu teorik bilginin yanı sıra tecrübelerinden de faydalanır. Hemşirenin bu donanımı hastası için topladığı verileri açıklamada, yorumlamada ve sınıflandırmada dolayısıyla tanı ismini belirlemede kolaylık sağlar. Elbette ki bu entelektüel sürecin kazanılması zaman, sabır, çaba ve fedakârlık gerektirmektedir (Park & Jeong, 2022).

Hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında;

1. Elde edilen bilgilerin yorumlanması, analizi,
2. Elde edilen bilgilerin gruplanması
3. yapılan grupların adlandırılması yapılmalıdır.

Bu aşamalar hemşirelik tanısının konmasına kadar devam eder. Sıklıkla burada yapılan işleme göre de NIC girişimleri planlanır (Biol, 2011).

1. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Bu aşama hemşirelik bakım planının temelini oluşturmaktadır. Aslında sürecin başlangıç aşaması da denilebilir. Burada yapılan işlemin, gruplandırmanın, yorumlamaların hatalı olması demek, bütün bakım planının hatalı yapılmadığı ve değerlendirilmesi demektir. Azami dikkat gerektiren bu aşamada, toplanan tüm veriler incelenir, her veriye eleştirel yaklaşım gösterilir, nedenleri ve sonuçları araştırılır, en son tahlilde tanı ismi konur. Hemşirenin eleştirel düşünme kapasitesi arttıkça olayları anlama ve çözüm odaklı yaklaşımları da iyileşecektir. Bu aşamanın ürünü ise son varılan karar yani hemşirelik tanısının isminin belirlenmesidir (Erer vd., 2017; Kaya, 2012; Toney-Butler & Thayer, 2022).

Toplanan verilerin analiz edilmesi: Burada asıl olan toplanan verilerin birbirleri ile ilişki durumlarını, bağlantı durumlarını görebilmek ve sonuca ulaşabilmektir(Park & Jeong, 2022).

Yorumlama: Hemşire, tanılamaya götüreceği ipuçlarını seçebilmek için gerekli mesleki bilgi donanımının yanı sıra dikkat ve yetenek sahibi de olmalıdır. Elde ettiği bilgilerin tanıyı destekleyecek yönlerini kullanarak isimlendirme yapabilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda elde ettiği her bilgiye eleştirel yaklaşım göstermeli, belirgin veya saklı ipuçlarını görebilmeli ve doğru hemşirelik tanısı ile bağlantısını açıklayabilmelidir (Toney-Butler & Thayer, 2022).

2. Verilerin Gruplandırılması

Hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında elde edilen tüm verilerin birbiri ile olan ilişkilerinin tespit edilmesi ve gruplandırılması aşamasıdır. Bu aşama veri toplama ile yani hasta

ile ilk karşılaşmadan itibaren başlar ve hasta/sağlıklı bireyin durumuyla ilgili alınan kararlar sonlanır. Bu karara tüm verilerin toplanması, analizi gibi aşamalardan sonra varılır.



Şekil 3. Toplanan Verilerin Gruplandırılması

3. Uygun Hemşirelik Tanısının Belirlenmesi: Tanının Adlandırılması

Tüm veriler toplandıktan sonra uygun gruplandırma ve analizler yapılır ve son olarak karar aşamasına gelinir. Belirlenen bu verilere uygun NANDA (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)'nin kabul ettiği hemşirelik tanıların arasında hemşirelik tanısı seçilir (Herdman vd., 2021; Romeiro vd., 2020). Seçilen tanı tekrardan toplanan, analiz ve gruplandırma yapılan veriler ile karşılaştırılır ve doğruluğu ve uygunluğu kontrol edilir. Eğer yapılan analiz ve gruplandırma sonuçları ile hemşirelik tanılarından biri uygunluk gösteriyorsa o zaman hemşirelik tanısı isimlendirilmiş olur. Eğer yapılan bu karşılaştırmada toplanan veriler ile hemşirelik tanıları arasında uygunluk bulunamazsa o zaman en başa geri dönülür ve sıfırdan veri toplanmaya başlanır (Biol, 2011; Park & Jeong, 2022). Buradan da anlaşılacağı üzere hemşirelik süreci çift taraflı çalışan bir sistemdir. Hemşirelik sürecinin herhangi bir aşamasında uygunsuzluk saptandığında sürecin en başına geri dönülür ve tekrar bir veri toplama süreci başlar. Bu hemşirelik sürecinin en son aşamasında olabileceği gibi herhangi bir aşamasında da olabilmektedir. Her başa dönüşte toplanan veriler tekrar gözden geçirilerek daha kapsamlı ve dikkatli veri toplamaya başlanır. Bu süreç bireyin var olan ya da potansiyel sorununun çözümü kavuşması ile son bulur ve bir diğer süreç başlar (Biol, 2011; Toney-Butler & Thayer, 2022).

Not: Hemşirelik tanıları bireyin sorununu tanımlar, hemşirenin vermiş olduğu bakım sorununu tanımlamaz (Park & Jeong, 2022).

Örneğin; hastanın tıbbi tanısı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olduğunda, hemşirelik tanısı ne olmalıdır?

Bu durumda KOAH tanısı, bireyin günlük yaşamını nasıl etkilediği sorgulanır. Hemşire, teorik bilgi ve deneyimlerinden KOAH durumunun O₂ tüketimi ile alımı arasında farklılığa neden olduğunu bildiğinden, hemşirelik tanısını şu şekilde ifade eder:

Etiyoloji

Hastanın uzun süre hareketsiz kalması
SVO geçirmesi

İle ilgili

Problem

Deri bütünlüğünde
bozulma riski

Örnek 1: hemşire meme kanseri ön tanısı olan bir gün önce hastaneye biyopsi amacıyla yatan hastadan hemşirelik öyküsü alırken hastanın son derece sınırlı, huzursuz ve ellerinde titreme olduğunu gözler. Hemşire hastanın gece uyumadığını ve ağladığını da öğrenir.

Hemşire bu verileri yorumlayıp bir sonuca varmaya çalışır. Hemşire hastanın biyopsi olacağını bilmesi ve biyopsi sonucunu merak etmesi durumunda, bu bilgilerin hasta tarafından subjektif

olarak nasıl algılandığını irdeler. Hastada gözlemlendiği semptomların (sinirlilik, huzursuzluk, uyuyamama ve ellerde titreme) yapılacak biyopsi sonucundan ve ölüm korkusundan kaynaklandığı yorumunu yapar.

| Semptomları/Tanımlayıcı Özellikleri | Etiyolojik Faktörler | Problem |
|---|--|----------------|
| Sinirlilik, uykusuzluk, ellerde titreme, ağlama | biyopsi sonucunu merak ölüm korkusu | Korku |

Örnek 2: Bronkopnömoni tanısı olan bir bebekte hırıltılı solunum, yüksek ateş, yapışkan balgam ve etkili olmayan öksürük mevcut. Oksijen saturasyon kontrolü yapılır ve normal değerlere göre kıyaslama yapar. Hastada santral siyanoz takibi yapar (Pascoal vd., 2022).

Hemşire bu verilerin yorumunda, hırıltılı solunumun, hava yollarının açıklığını engellediği ve bunun nedeninin de yapışkan balgam ve etkisiz öksürük olduğu sonucuna varır ve problemini şöyle ifade eder:

| Semptomları/Tanımlayıcı Özellikleri | Etiyolojik Faktörler | Problem |
|--|---|----------------------|
| Hırıltılı solunum Santral siyanoz bulguları | hastanın etkisiz öksürük durumu ve yapışkan balgam varlığı | etkisiz hava yolu |

Temizliği

Sonuç ve Öneriler

Sağlıklı ya da hasta kişinin veya ailesinin bakım ihtiyaçlarının ve sorunlarının tespit edilebilmesi için ihtiyaç duyulan hemşirelik uygulamalarının verilerinin toplanması, adlandırılması, amacın ve hedefin belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirmesini içeren sistemli bir yaklaşıma hemşirelik süreci olarak adlandırılmaktadır. Hemşirelik süreci 5 aşamadan oluşmaktayken, beklenen sonucu tanımlamayı amaçlayan (NOC) aşaması eklenerek 6 aşamalı son halini almıştır. Hemşirelik sürecinde veri toplama aşaması sürecin ilk aşamasını oluşturmakta ve süreç boyunca devam etmektedir. Toplanan verilerin analiz ve yorumlanması aşamasından sonra tanımlama yapılmaktadır. Hemşirelik tanımlarının türleri “var olan hemşirelik tanısı”, “potansiyel hemşirelik tanısı” ve “olası hemşirelik problemi” şeklindedir. Hemşirelik tanısı belirlenirken NANDA (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği) nın belirlemiş olduğu ve her iki yılda bir güncellediği hemşirelik tanıları listesinden seçmek gereklidir.

Kaynakça

- Biröl, L. (2011). *Hemşirelik süreci*. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Craven, R., Hirnle, C., & Jensen, S. (2009). *Fundamentals of nursing, human health and function* (7. Baskı). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins.
- Erer, M. T., Akbaş, M., & Yildirim, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 1-5.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Ed.). (2021). *NANDA International, inc. nursing diagnoses: Definitions and classification, 2020-2023* (Twelfth edition). Thieme.
- Kaya, N. (2012). Hemşirelik süreci hemşirelik tanılaması. İçinde *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı* (1. Baskı, ss. 137-175). Psafik Ofset.
- Kocaçal Güler, E., Güneş Çelik, G., & Eşer, İ. (2021). Tarihsel süreç içinde hemşirelik süreci ve bakım planlarının gelişimi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.528109>
- Korhan, E. A., Yönt, G. H., Demiray, A., Aliye, A., & Aynur, E. (2015). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanımlarının belirlenmesi ve NANDA tanımlarına göre değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 16-21.
- Oter-Quintana, C., Esteban-Hernández, J., Cuéllar-Pompa, L., Gil-Carballo, M. C., Brito-Brito, P. R., Martín-García, A., Alcolea-Cosín, M. T., Martínez-Marcos, M., & Alameda-Cuesta, A. (2022). Nursing diagnoses of individuals with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Research protocol for a qualitative synthesis. *Healthcare*, 10(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122506>
- Paan, wolter, Sermeus, W., Nieweg, R., & Van Der Schans, C. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2481-2489.
- Park, J., & Jeong, S. (2022). The analysis of nursing diagnoses determined by students for patients in rehabilitation units. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 18(5), 299-307. <https://doi.org/10.12965/jer.2244336.168>
- Pascoal, L. M., de Oliveira Lopes, M. V., da Silva, V. M., Diniz, C. M., Nunes, M. M., Guedes, N. G., & de Menezes, A. P. (2022). Simultaneous concept analysis of nursing diagnoses related to respiratory function. *Nursing Forum*, 57(6), 1513-1522. <https://doi.org/10.1111/nuf.12807>
- Romeiro, J., Caldeira, S., Herdman, T. h., Lopes, C. t., & Vieira, M. (2020). Nursing diagnoses: What about NANDA-I syndromes? *International Nursing Review*, 67(4), 562-567. <https://doi.org/10.1111/inr.12612>
- Sanson, G., Alvaro, R., Cocchieri, A., Vellone, E., Welton, J., Maurici, M., Zega, M., & D'Agostino, F. (2019). Nursing diagnoses, interventions, and activities as described by a nursing minimum data set: A prospective study in an oncology hospital setting. *Cancer Nursing*, 42(2), E39. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000581>
- TDK. (2023). *Süreç ne demek TDK Sözlük Anlamı*. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=süreç>
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2022). Nursing process. İçinde *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>

Uysal, N., Arslan, G. G., Yılmaz, İ., & Alp, F. Y. (2016). Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(5), 139-143.

“Süper Akıllı Toplum” a Geçişin Hemşirelik Eğitime Yansımaları

Gülsüm ÇONOĞLU
Cemre PAYLAN AKKOÇ

Giriş

Bilgi ve iletişim teknolojisinde yaşanan hızlı gelişmeler ve değişimler, toplumda ve sektörlerde de büyük ve köklü değişiklikleri beraberinde getirmektedir (Arı, 2021; Fukuyama, 2018). Avcılık 1.0 ile başlayan toplumsal gelişim süreci, sırasıyla Tarım 2.0, Endüstri 3.0, Bilgi toplumu 4.0'a evrilmiştir (Özkan, 2009; Saracel & Aksoy, 2020). Bu toplumsal gelişim sürecinin son aşaması 2017 yılında Japonya tarafından CeBIT fuarında diğer ülkelerle paylaşılmış olan Toplum 5.0/Süper Akıllı Toplum'dur (Türkeli, 2021). Toplum 5.0, dijitalleşmenin ve yapay zekanın etkilerinin her açıdan değerlendirildiği ve insanların makine ve robotlarla ilişkisinin en verimli şekilde sağlandığı bir toplum modeli olarak sunulmaktadır. Dijital olarak etkin ve bilgiye dayalı olan bir toplumda bireyler sosyal, çevresel ve ekonomik sürdürülebilirlik için çalışmalıdır (Saracel & Aksoy, 2020). Belirli bir sektörün, hatta tüm toplumun bu yeni düzeni, yeni teknolojilerin yönlendirdiği dijitalleşme ve entelektüelleşme eğilimine bağlı olacaktır (Huang & ark., 2022). Toplum 5.0'ın amacı, hem ekonomik kalkınmanın hem de toplumsal sorunların çözümünün sağlandığı ve insanların tamamen aktif ve rahat bir şekilde yüksek yaşam kalitesinin keyfini çıkarabildiği insan merkezli, süper akıllı ve yalın bir toplum yaratmaktır (Fukuyama, 2018; Huang & ark., 2022). Genel olarak Toplum 5.0 projeleri, birden fazla veri kaynağı kullanarak ve siber, fiziksel ve insan dünyalarını birbirine bağlayarak sosyal ve ekonomik sorunların ele alınmasına odaklanmaktadır (Holroyd, 2022).

Yeni dijital çağ ile birlikte teknolojik gelişmeler günlük yaşamın yanı sıra eğitim ortamlarında da önemli dönüşümlerin yaşanmasına neden olmuştur. 1920'lerde radyo ve II. Dünya Savaşı ile birlikte televizyon, geleneksel sınıf ortamında kullanılırken, İnternet'in ortaya çıkmasıyla birlikte dünyada internet kullanımı artmış ve bu durum öğretim sürecinde de dijital dönüşüme yol açmıştır. (Kocaman-Karoğlu, Bal-Çetinkaya & Çimşir, 2020). Öğrenme artık sınırsız olduğundan, yükseköğretim kurumlarının da aynı hızla dönüşmesi ve geleneksel öğrenme modellerinden uzaklaşmasını gerektirmiştir. Dolayısıyla eğitim kurumlarının, öğrenenlere bilgi edinme esnekliği sağlayan bir paradigma değişikliğini benimsemelerini ve bu doğrultuda çalışmalarının ihtiyaçlara cevap verecek hızda olmasını gerektirmiştir (Goh & Abdul-Wahab, 2020). Bu bağlamda, hemşirelik eğitim kurumları da bu teknolojik gelişmelerden doğrudan etkilenmektedir. Bu çalışmada, Süper Akıllı Toplum/Toplum 5.0'a geçişin hemşirelik eğitime yansımaları incelenmiştir.

Süper Akıllı Toplum/Toplum 5.0

Avcılık/toplayıcılık ile başlayan toplumsal yaşam modeli günümüzde beşinci aşamaya gelmiştir. Bu aşamalardan ilki olan Toplum 1.0, doğayla uyumlu bir şekilde bir arada yaşayan, avcılık ve toplayıcılık yapan insan grupları olarak tanımlanır. Toplum 2.0, tarımsal yetiştiriciliğe, artan örgütlenmeye ve ulus inşasına dayalı gruplar oluşturmuştur. Toplum 3.0, sanayi devrimi yoluyla sanayileşmeyi teşvik eden ve seri üretimi mümkün kılan bir toplumdur. Toplum 4.0 ise maddi olmayan varlıkları bilgi ağları olarak birbirine bağlayarak artan katma değeri gerçekleştiren bir bilgi toplumdur. Son aşama olan Toplum 5.0 da Toplum 4.0 üzerine

inşa edilen ve insan merkezli refah bir toplumu hedefleyen bir bilgi toplumdur (Fukuyama, 2018).

Saracel & Aksoy (2020) Toplum 5.0'ı “Yapay Zeka ile birlikte insan ihtiyaçlarını değerlendirmek için standartlaştırılmış süreçleri kullanabilen akıllı toplum” olarak ifade etmiştir (Saracel & Aksoy, 2020). Toplum gelişiminin beşinci aşaması olarak adlandırılan yeni bir insan merkezli toplum vizyonu olan Toplum 5.0 (Arı, 2021); teknolojik gelişmeleri topluma entegre etmek amacıyla Endüstri 4.0 ve nesnelerin internetinden toplumun çıkarlarını gözeterek faydalanmayı, çevre ve doğanın korunmasında yeni sürdürülebilir çözümler üretmeyi hedeflemektedir. Başka bir deyişle; insana ve doğaya karşı bir teknoloji değil, toplum ve doğa için kullanılan bir teknolojidir (Bölükbaşı, 2021). Endüstri 4.0 yeni teknolojiyi, kurumların ve sanayinin verimliliği için uygulamaya odaklıdır (Er, Turan & Kaymakçı, 2021). Endüstri 5.0, Avrupa Komisyonu tarafından sürdürülebilir, insan merkezli ve dirençli bir Avrupa endüstrisine yönelik olarak duyurulmuştur (Huang & ark., 2022). Toplum 5.0 insanların yaşamlarını geliştirmek ve tüm topluma fayda sağlamaya odaklanmakta olup (Er, Turan & Kaymakçı, 2021); Japonya Kabinesi tarafından ekonomik ilerleme ile Japon toplumundaki sosyal sorunların çözümünü dengelemek için önerilmiştir (Huang & ark., 2022).

Avcılık-toplayıcılık döneminden başlayarak Toplum 5.0 dönemine kadar kültürü etkileyen birikimler, değişimler ve dönüşümler teknoloji açısından değerlendirilmelidir (Koçak, 2020). Günümüz çağında, küreselleşme ve Nesnelerin İnterneti (IoT), yapay zeka (AI), büyük veri ve robotik gibi dijital teknolojilerin hızlı evrimi topluma önemli değişiklikler getirmiştir (Fukuyama, 2018). Bu gelişen teknolojiler ve bu teknolojiden kaynaklı değişiklikler hem endüstriyi hem de toplumu etkilemektedir (Huang & ark., 2022). Toplum 5.0 kapsamında sensörler, cihazlar, robotlar ve bunların iletişimini sağlayan internet, insan yaşamı için önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, bu teknolojik yeniliklerin toplumla buluşturulması ve yaşlı bakım yönetimi gibi sosyal sorunların çözümüne katkı sağlaması beklenmektedir (Silkin Ün, 2020; Türkeli, 2021).

Toplum 5.0 için Sürdürülebilir 17 kalkınma hedefleri arasında “nitelikli eğitim” de yer almakta olup (Fukuyama, 2018), yeni bir eğitim vizyonu oluşturulması beklenmektedir. Eğitim sistemi ile; üretkenliği ve eleştirel düşünmeyi geliştirecek biçimde teknoloji ve dijital okuryazarlıkların erken yaşlarda öğrenenlere kazandırılıp yaşam boyu öğrenmenin içselleştirilmesi, bu vizyona örnektir (Er, Turan & Kaymakçı, 2021). Bu nedenle, eğitimin geleceği tasarlanırken mevcut değişikliklerin eğitim sürecine entegrasyonu bilinçli bir şekilde yönetilmelidir (Kocaman-Karoğlu, Bal-Çetinkaya & Çimşir, 2020). Hemşirelik eğitimi veren kurumlar da nitelikli ve dinamik bir eğitim programı için çağın getirdiği gelişmelere ve dönüşümlere uyum sağlayacak programlar tasarlamalıdır.

Toplum 5.0 ve Hemşirelik Eğitimi

Günümüzde eğitimde değişim, daha önce görülmemiş bir hızla yaşanmaktadır (Goh and Abdul-Wahab 2020). Yapay zeka, öğrenme ve öğretme sürecinde önemli değişikliklere yol açmıştır. Bireylerin internet kullanımındaki davranışlarını izleyerek karşılıklarına çeşitli öneriler sunabilmektedir. Öğrenmeyi bireysel gereksinimlere yanıt verecek şekilde kişiselleştirmiştir, öğrencilere içerik veya kaynaklar hakkında öneriler vermektedir. Eğiticilere de bilgiye ulaşma, öğrenenlerin takibi ve ders materyalleri hazırlama konusunda kolaylıklar sağlamaktadır (Saracel & Aksoy, 2020; Çalış Duman, 2022). Bu yeni toplumda öğrenenler ise farklı öğrenme ihtiyacına sahip, teknolojiye yatkın, kendi derslerini belirleme özerkliği olan, öğrenme süreçlerini sorgulayan, farkındalığı yüksek ve bilgi üretici bireyler olarak karşımıza çıkmaktadır (Goh & Abdul-Wahab, 2020; Kocaman-Karoğlu, Bal-Çetinkaya & Çimşir, 2020).

Toplum 5.0 sürekli eğitime ve böylece yaşam boyu öğrenme sürecine önemli katkılar sunmaktadır. Google Scholars, Google Classroom, Moodle vb. öğrenme sistemleri sayesinde bilgiye ulaşım ve bilgi alışverişi artmakta ve her zaman ve her yerde öğrenme gerçekleşebilmektedir (Saracel & Aksoy, 2020). Bu ve benzeri yeni araçlar ve teknolojiler sınırsız olup, esnek öğrenmeyi sağlamaktadır (Goh & Abdul-Wahab, 2020). Bu araçların kullanımına hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitimi sırasında yer verilmesi, mesleki yaşamlarında bu araçlardan yararlanarak mezuniyet sonrası sürekli mesleki gelişimlerini sürdürebilmeleri açısından önem taşımaktadır (Hara & ark., 2021). Çünkü sağlık hizmetlerinde yaşanan dijital dönüşüm ve akıllı sağlık uygulamaları hemşirelik mesleğinde değişen yeterlilikleri ve sürekli mesleki gelişimi gerektirmektedir (Hofstetter & ark., 2022).

Hemşire yetkinliği, hizmet kalitesini belirlemenin temelidir ve hemşirelik eğitiminden elde edilen sonuçtur. Hemşirelik eğitimi veren kurumlar, Toplum 5.0 çağının gelişiminin taleplerini karşılamak ve öğrencilerin bu dijital çağda başarılı profesyonel hemşireler olarak çalışmak için gereken öğrenme kalitesine ve becerilere sahip olmalarını sağlamak için uyum sağlamaya ve gelişmeye devam etmelidir (Asmirajanti, Antia & Dewi, 2023). Toplum 5.0'da akıllı sağlık uygulamaları giyilebilir sağlık, mobil sağlık ve yapay zeka uygulamaları olarak gruplandırılabilir (Büyükgoze & Dereli, 2019). Bu dijital dönüşüm ile birlikte sağlık ve bakım sektöründe çalışan profesyonellerin işgücünün yükü azaltılabilmektedir. Bunun yanı sıra "süper akıllı toplum" olarak ifade edilen toplumun sosyal yapısının özellikleri ve bu yapının içindeki bireyin ya da sağlık profesyonelin rolünün ne olacağı sorusu, geleceğin doğru planlanması açısından önemlidir (Silkin Ün, 2020). Öğretimde yeniliği benimsemeye ve yeni yaklaşımların denenmesine ve oluşturulmasına olanak sağlayacak esnekliğin sağlanmasına ihtiyaç vardır (Goh and Abdul-Wahab 2020). Toplumlar, dijital dönüşüm ile ilgili olarak kendilerine göre en uygun şekilde yaşayabilecekleri bir yol haritası çizmeli ve eğitim sistemlerini bu doğrultuda yeniden düzenlemelidir (Öztemel, 2018). Hemşirelik eğitimi veren kurumlar teknoloji ve inovasyondan yararlanarak Toplum 5.0 çağına ayak uydurmak için kaliteli ve entegre eğitim laboratuvarları sağlayabilmelidir. Örneğin, ameliyathane vb. ortamların simülasyonu ile donatılabilir. Bu kurumlar sağlık hizmetlerinde teknoloji ve inovasyondan yararlanarak "Toplum 5.0" çağında modern ve entegre bir öğrenci uygulama merkezi haline gelebilir ve hastalara en iyi sağlık hizmetlerini sunmak için eğitilmiş ve nitelikli sağlık profesyonelleri yetiştirebilir (Asmirajanti, Antia & Dewi, 2023). Bu sayede klinik uygulamalardan önce hemşirelik öğrencilerine gerçekçi deneyimler sunulabilir ve bu sayede hasta güvenliği de sağlanabilir (Hara & ark., 2021). Ayrıca hemşireler, sağlık bakım sistemindeki teknolojik gelişmelerin hemşirelik etik ilkelerini ihlal etmemesi ve hastaya zarar vermemesi konusunda dikkatli olup, her durumda hasta güvenliğini, hasta haklarını ilke edinmelidir. Bakımdaki teknolojik gelişmelerin hemşireliğin insani yönüne zarar vermemesi için empati ve profesyonel değerler içselleştirilmiş olmalıdır (Çobanoğlu & Oğuzhan, 2023).

Hemşirelikte yükseköğretim kurumlarının profesyonel hemşire mezunları yetiştirmede görev ve rolleri vardır (Asmirajanti, Antia & Dewi, 2023). Eğitimde gerçekleşen dijital dönüşüm ile öğrenenin kendi öğrenme sorumluluğunu daha fazla üstlenmesi ve bağımsız öğrenmenin ön planda tutulması eğitimcilerin de rol ve sorumluluklarını etkilemiştir (Kocaman-Karoğlu, Bal-Çetinkaya & Çimşir, 2020). Hemşirelik öğrencilerinin toplumla etkili bir şekilde iletişim kurabilmeleri ve yeni bilgileri önceki bilgilerin üstüne inşa ederek anlamlı öğrenmeyi sağlayabilmeleri için gerekli ihtiyaçların karşılanması konusunda üniversiteler desteklenmeli ve öğretim elemanları etkin rol almalıdır (Hara & ark., 2021). Kocaman-Karoğlu, Bal-Çetinkaya & Çimşir, (2020) çalışmalarında inceledikleri literatür doğrultusunda; dünyada eğitimde dijital dönüşüm sürecinde kullanılan ya da farkındalığı son zamanlarda artan uygulamalar olarak kitlesel açık çevrimiçi dersler, mobil öğrenme, maker atölyesi, ters yüz edilmiş sınıf, giyilebilir teknolojiler, uyarlanabilir öğrenme teknolojileri, oyunlar ve

oyunlaştırma, analitik teknolojileri, nesnelerin interneti (IoT), doğal kullanıcı arayüzleri, kendi cihazını getir, 3 boyutlu baskı, tablet bilgisayarlar, yapay zekâ, yeni nesil öğrenme yönetim sistemleri, duygusal hesaplama, karma gerçeklik, robotik, sayısallaştırılmış benlik, sanal asistanlar ve blokzincir belirtmişlerdir (Kocaman-Karoğlu, Bal-Çetinkaya & Çimşir, 2020). Hemşirelik eğitiminde de bu uygulamaların kullanıldığını ya da kullanılmaya başlandığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Hara & ark., (2021), çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisinin öğretilmesinde 3 boyutlu oyundan yararlanmışlardır. Sanal gerçeklik, öğrenci uygulamaları için kullanılan teknolojik bir yeniliktir (Asmirajanti, Antia & Dewi, 2023). Liaw & ark., (2023) çalışmalarında, hemşirelik öğrencilerinin meslekler arası iletişim becerilerini öğrenmelerini teşvik etmede yapay zeka destekli sanal gerçeklik simülasyonunun potansiyeline ilişkin ilk kanıtları göstermektedir. Bu çalışmadaki katılımcılar, öğrenme sonrasında iletişim bilgisi ve meslekler arası iletişim öz yeterliliğinde önemli gelişmeler göstermiş ve yapay zeka destekli sanal gerçeklik simülasyonun kabul edilebilirliği, fizibilitesi ve kullanılabilirliği hakkında olumlu rapor vermişlerdir. (Bodur, Gumus & Gursoy, 2019) ise çalışmalarında IoT teknolojisi ve bilişimin hemşirelik eğitimine dahil edilmesi ve teknolojik trendlerin sağlık ve hemşirelik uygulamalarına entegre edilmesi için daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini belirtmiştir. Böylece, hemşirelik eğitiminin mevcut gereksinimleri ve hızlı teknolojik ilerlemeleri dikkate alarak toplumun gelecekteki talepleri tahmin edilmelidir (Hara & ark., 2021).

Sonuç

Toplum 5.0 ile birlikte yaşanan gelişmeler, eğitimden sağlık bakım ortamlarına kadar tüm ortamlarda bireyin ve toplumun yaşamını etkilemektedir. Birey, aile ve topluma hizmet sunan hemşirelerin hem birey, aile ve toplumun gereksinimlerinin farkında olmaları hem de sağlık bakım ortamlarındaki yeni teknolojilere hakim olacak şekilde eğitim almaları önemlidir. Toplumsal yapının ve teknolojinin sürekli geliştiği göz önüne alındığında hemşirelerin, lisans eğitimlerinde ve lisans eğitimleri sonrasında da yeni ve güncel bilgi, tutum ve becerileri kazanmaları ve kendilerinden beklenen yeterliklere ulaşmaları için eleştirel düşünme, karar verme, yaratıcı düşünme ve yaşam boyu öğrenme vb. becerilerini kazanılacak şekilde eğitim programları yapılandırılmalıdır. Böylece, öğrenenlerin yaşam boyu öğrenme becerisini benimsemiş olmaları, değişen toplum yapısı ve sağlık bakım sisteminde sürekli mesleki gelişimlerini sürdürebilmeleri açısından gereklidir. Bu yeni toplum modelinde eğitimciler ise öğrenenlerin öğrenmesini kolaylaştırıcı rol üstlenmeli ve eğitici eğitimlerine devam etmelidir.

KAYNAKÇA

Arı, E. S. (2021). Süper Akıllı Toplum: Toplum 5.0. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(1), 455–479. <https://doi.org/10.16953/deusosbil.808359>

Asmirajanti, M., Antia, A., & Dewi, R. (2023). Implementation of Nursing Center in improving the quality of Nursing Higher Education in the era of Society 5.0: Systematic review. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2), 253–260. <https://doi.org/10.30604/jika.v8i2.1814>

Bodur, G., Gumus, S., & Gursoy, N. G. (2019). Perceptions of Turkish health professional students toward the effects of the internet of things (IOT) technology in the future. *Nurse Education Today*, 79, 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.007>

Bölükbaşı, F. (2021). Revolution and Society 5.0: Japanese Human Centric Approach and Sectoral Changes. *Toplumsal Politika Dergisi*, 2(2), 1–28.

Büyükgoze, S., & Dereli, E. (2019). Toplum 5.0 ve Dijital Sağlık. *VI. Uluslararası Bilimsel ve Mesleki Çalışmalar Kongresi*. <https://www.researchgate.net/publication/339091615>

Çalış Duman, M. (2022). Toplum 5.0: İnsan Odaklı Dijital Dönüşüm. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi / Journal of Social Policy Conferences*, 0(0), 0–0. <https://doi.org/10.26650/jspc.2022.82.1008072>

Çobanoğlu, A., & Oğuzhan, H. (2023). Hemşirelikte Teknolojinin Gelişimi ve Mesleğin Geleceğine Etkileri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(2), 114–122. <https://doi.org/10.54189/hbd.1036888>

Er, H., Turan, S., & Kaymakçı, S. (2021). Toplum 5.0 sürecinin gelişimi ve eğitime etkisinin değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 39, 27–66. <https://doi.org/10.14520/adyusbd.993699>

Fukuyama, M. (2018). Society 5.0: Aiming for a New Human-Centered Society. *Japan SPOTLIGHT*, Jul/Aug, 47–50. https://www.jef.or.jp/journal/pdf/220th_Special_Article_02.pdf

Goh, P. S.-C., & Abdul-Wahab, N. (2020). Paradigms to drive higher education 4.0. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 19(1), 159–171. <https://doi.org/10.26803/ijlter.19.1.9>

Hara, C. Y. N., Goes, F. dos S. N., Camargo, R. A. A., Fonseca, L. M. M., & Aredes, N. D. A. (2021). Design and evaluation of a 3D serious game for communication learning in nursing education. *Nurse Education Today*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104846>

Hofstetter, S., Lehmann, L., Zilezinski, M., Steindorff, J. V., Jahn, P., & Paulicke, D. (2022). Teaching digital competences in nursing education—a comparative analysis of the federal and state framework curricula. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(9), 891–899. <https://doi.org/10.1007/S00103-022-03575-2>

Holroyd, C. (2022). Technological innovation and building a ‘super smart’ society: Japan’s vision of society 5.0. *Journal of Asian Public Policy*, 15(1), 18–31. <https://doi.org/10.1080/17516234.2020.1749340>

Huang, S., Wang, B., Li, X., Zheng, P., Mourtzis, D., & Wang, L. (2022). Industry 5.0 and Society 5.0—Comparison, complementation and co-evolution. *Journal of Manufacturing Systems*, 64, 424–428. <https://doi.org/10.1016/j.jmsy.2022.07.010>

Koçak, R. (2020). Beşinci Sanayi Devrimi: Toplum 5.0 ve Yapay Zeka Kültürü. *Uluslararası Halkbilimi Araştırmaları Dergisi*, 5, 1–17.

Kocaman-Karoğlu, A., Bal-Çetinkaya, K., & Çimşir, E. (2020). Toplum 5.0 sürecinde Türkiye’de eğitimde dijital dönüşüm. *Üniversite Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 147–158. <https://doi.org/10.26701/uad.815428>

Liaw, S. Y., Tan, J. Z., Lim, S., Zhou, W., Yap, J., Ratan, R., Ooi, S. L., Wong, S. J., Seah, B., & Chua, W. L. (2023). Artificial intelligence in virtual reality simulation for interprofessional communication training: Mixed method study. *Nurse Education Today*, 122, 105718. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105718>

Özkan, H. H. (2009). Bilgi toplumu eğitim programları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10, 113–132.

Öztemel, E. (2018). Eğitimde yeni yönelimlerin değerlendirilmesi ve Eğitim 4.0. *Üniversite Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 25–30. <https://doi.org/10.26701/uad.371662>

Saracel, N., & Aksoy, I. (2020). Toplum 5.0: Süper Akıllı Toplum. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 9(2), 26–34. <http://dergipark.gov.tr/ssrjhttp://socialsciencesresearchjournal.com>

Silkin Ün, S. (2020). “Toplum 5.0”da bilgi ve iletişim teknolojileri ile yaşlı bakımı. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 9(24), 313–330. <https://doi.org/10.31199/hakisderg.685831>

Türkeli, E. (2021). Toplum 5.0 döneminde yaşlı bakım yönetimi. In Gülin İdil Sönmeztürk Bolatan (Ed.), *Endüstri 5.0 - Dijital Toplum* (pp. 153–174). Ekin Yayınevi. <https://www.researchgate.net/publication/351638396>

Cerrahide Hasta Eğitiminde “Teach-Back” Metodu

Ezgi ARSLAN¹
Sultan ÖZKAN²

Giriş

Perioperatif süreç boyunca hasta bilgilendirmesi ve eğitimi, hasta bakımının en temel bileşenidir (Caplin ve Saunders, 2015). Hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi sürecinde hastalar hemşireler tarafından verilen bilgileri hatırlamakta ve anlamakta bazen güçlük çekebilmektedir. Tıp Enstitüsü Sağlık Komitesi (2004), hastanın aldığı tıbbi bilgilerin %40-80'inin hemen unutulduğu bildirilmektedir (Kessels, 2003). “Teach-Back” methodu hemşirelerin cerrahide hasta eğitimi sürecini yönetirken anlattığı ve hastanın anladığı arasındaki boşluğu kapatma amacıyla kullanılabileceği bir yöntemdir.

“Teach-Back” gerekli bilgi ve becerileri hastalara, hasta yakınlarına ve ailelerine yeterince açıklandığını değerlendirmeye ve yanlış anlaşılan bilgi ve/veya becerilerin düzeltilmesine olanak sağlayan etkili bir sağlık okuryazarlığı yöntemidir (Caplin ve Saunders, 2015). Teach-Back metodu çoğunlukla yapılandırılmış eğitim planına dayalı öğretimin bir parçası olarak hastalar ile ilgili olan sağlık eğitimlerinde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar Teach-Back metodunun kullanıldığı çalışmalarda öğrenmeyle ilişkilendirilen bilginin hatırlanması ve akılda tutulması ile hastaların klinik sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Schillinger ve ark, 2003). Bu metodun hastane, evde bakım gibi çok çeşitli ortamlarda ve hasta popülasyonlarında kullanılmaktadır. Bu metodunun hasta sonuçları üzerine raporlanmış hastaneye tekrarlı yatışlarda azalma, hasta memnuniyetinde artma, hastaların öz bakımlarına aktif katılımını destekleme gibi olumlu etkileri bulunmaktadır (Cutilli ve Schaefer, 2011; Caplin ve Saunders, 2015).

Literatürde yer alan çalışmalarda Teach-Back metodunun doğum sürecinde, kalp yetmezliği, diyabet, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı gibi kronik hastalığı bulunan hastalarda, acil servislere sık kullanıldığı ancak cerrahi hastalarının bilgilendirme ve eğitim sürecinde kullanımının sınırlı olduğu belirlenmiştir (Griffey ve ark, 2015; Mohammadi ve ark, 2021; Dehkordi ve ark, 2021; Ye ve ark, 2022; Oh ve ark, 2023). Özellikle perioperatif süreçte hastanın bilgi gereksiniminin karşılamada Teach-Back metodunun kullanılması hastaların bilgi düzeyini arttırabilir ve kazanılması istenen becerileri hastalara kazandırabilir. Bu metodunun bilgi ve beceri düzeyini arttırmanın yanı sıra hastaların iyileşme süreçlerini destekleyebilir ve olumlu hasta sonuçları elde edilebilir (Talevski ve ark, 2020).

Cerrahide Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi; hastaların bilgisini ve sağlık davranışlarını iyileştirmek için tasarlanmış, yöntemlerin (öğretme, danışmanlık ve davranış değiştirme) bir kombinasyonunu kullanan herhangi bir planlı eğitim faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır. Perioperatif süreç, hastalar ile ortak karar alma ve tedaviye uyumunu destekleme gibi konularda öz bakımına aktif katılımı konusunda hastaya önemli bir yük olmaktadır (Talevski ve ark, 2020).

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı., ORCID: 0000-0001-6638-3903

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı., ORCID: 0000-0002-2013-8029

Perioperatif süreçte verilen hasta eğitimi, egzersiz ve psikososyal destek gibi psiko-egitimsel müdahalelerin, çeşitli hastalıkları olan yetişkin hastalarda klinik sonuçları iyileştirdiği gösterdiği bildirilmektedir (Caplin ve Saunders, 2015). Buna ek olarak cerrahide hasta eğitimi ve hastanın sağlık süreçleriyle ilişkili ortak karar verme uygulamaları, hastaların kendi sağlığına dair aktif katılımını arttırmaktadır (Seely ve ark, 2022). Bu nedenle, hastaların bilinçli, yüksek sonuçlu kararlar vermelerini sağlayan karmaşık sağlık bilgilerini anlamalarını desteklemek için hastaların perioperatif süreçte iyi bir hasta eğitimi almasına ihtiyaç vardır. Perioperatif süreç ile ilgili bilgileri anlama ve kullanma yeteneği sağlık okuryazarlığının da bir bileşenidir. Sağlık okuryazarlığı, “uygun sağlık kararlarını vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesidir.” ((Berkman ve ark, 2011). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, artan sağlık sistemi kullanımı ve maliyetleri, sağlık eşitsizlikleri ve kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olup hastaların sağlık bilgilerini ve talimatlarını anlamalarını ve bunları yerine getirmelerini sağlamak için hastaların eğitimi çok önemlidir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı kavramı sürekli olarak sağlık sonuçları ile ilişkilendirilir ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hasta bakımında başarıya ulaşmanın anahtarı olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2019).

Hastaların perioperatif süreç gibi anksiyetelerinin yüksek olduğu, bilgi gereksinimlerinin fazla olduğu ve günlük yaşamlarının fazlasıyla etkilendiği durumlarda hastalara sağlık bilgileri karmaşık gelebilmekte ve bu süreçte hastaların kazanmaları gereken becerileri kazanmakta güçlük yaşayabilmektedir (Klingbeil ve ark, 2018). Bu karmaşık süreçte hastaların bilgilendirme ve eğitim süreçlerinin desteklenmesinde yeni öğretim stratejilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılan çalışmalar hasta eğitiminde bir iletişim boşluğu olduğunu bildirmektedir. Bu iletişim boşlukları hasta güvenliğini tehlikeye attığından ve hastaların bilgi/becerileri yeterince iyi kavrayamamasının kök neden olarak ortaya çıkardığı komplikasyonlar nedeniyle ekonomik yük olduğu bildirilmektedir (Talevski ve ark, 2020). İletişim boşluklarının ortadan kaldırılması, etkili hasta bakımının sağlanmasına yardımcı olacaktır. İletişim boşluklarının yanı sıra hekim ve hemşirelerin hastanın bilgilendirilmesi sürecinde sürekli tıbbi terminoloji kullanmasının da bilgilendirme veya eğitimin amacına ulaşmada büyük engellerden biri olduğu bildirilmektedir. Tüm bunlara ek olarak perioperatif süreçte hastaya verilen bilgiler ve beceri öğretimlerinin hasta tarafından hatırlama zorluğu olarak rapor edilmektedir (Talevski ve ark, 2020). Çalışmalar ilaç ve tedavi ile ilişkili yapılan bilgilendirmelerde hastaların yarısından azının doğru olarak hatırladığı ve özellikle düşük eğitim seviyesine sahip hastaların hatırlama konusunda daha düşük performans gösterdiği bildirilmektedir. Bu noktada perioperatif süreç boyunca hastanın bilgilendirmesi ve eğitiminde iletişim boşluğunu kaldırmak, tıbbi terminoloji kullanımından doğacak yanlış anlaşılmaları düzeltmek ve kazandırılmak istenen bilgi/becerileri hatırlayabilme yeteneğini arttırmak için “Teach-Back” metodunun kullanılabilirliği bildirilmektedir (Talevski ve ark, 2020).

Teach-Back Metodu

“Teach-Back” metodu cerrahi hemşiresinin hastaya neyin önemli olduğunu ve hastanın anlayacağı şekilde açıkladığını doğrulamanın bir yoludur (Sağlık Okuryazarlığı, 2014. Teach-Back yaklaşımı Avustralya Güvenlik ve Kalite Komisyonu (ACSQHC, 2014), Amerikan Kalp Derneği (Rasmusson ve ark, 2015) ve Amerikan Diyabet Derneği (Power ve ark, 2015) dahil olmak üzere çeşitli politika belgelerinde ve durum beyanlarında sağlık okuryazarlığına dayalı bir iletişim yaklaşımı olarak tavsiye edilmektedir. Bu süreçte hastalardan hemşirenin onlara aktardığı bilgiyi kendi kelimelerini kullanarak geri açıklamalarını istediği, sorumluluğu anlatanın aldığı, etkileşimi ve güveni arttıran bir öğretim sürecidir. Bu süreç içerisinde bilgiyi aktaran hemşire, aktardığı bilginin hasta tarafından tam ve doğru olarak anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmek amacıyla hastadan kendi sözcükleriyle bilgiyi özetlemesini ister.

Bu süreç hastaya verilen bilgiyi hasta tam ve doğru ifade edinceye kadar devam eder. Teach-Back metodu sıklıkla diabetes mellitus, astım gibi kronik hastalığı olan bireylerde bilgi, beceri ve öz bakımı arttırmada kullanılan bir yöntemdir. Perioperatif süreç ise hastanın ameliyat öncesi dönemde odasına uyumu, cilt hazırlığı, beslenme durum değerlendirmesi gibi fiziksel hazırlığı; anksiyetesinin kontrolü, duygularının konuşulması gibi psikolojik hazırlığı; ameliyat öncesi egzersiz öğretiminin yapıldığı ve yasal hazırlığı içermektedir. Bu süreçte hastanın bilgilendirilmesi ve eğitiminde birçok kurum tarafından tavsiye edilmesine rağmen Teach-Back metodunun cerrahi hastasının bilgilendirmesi ve eğitiminde kullanımı halen sınırlıdır.

Teach-Back Uygulanma Süreci

Teach-Back uygulamadan önce Teach-Back yönteminin kavramları üzerine çalışılmalıdır. Teach-Back methodunun ne zaman ve nasıl kullanılacağına ilişkin bir planlama yapılmalıdır. Bu noktada eğitim materyallerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi ve yazılı materyallerin hedef gruba uygun olup olmadığının gözden geçirilmesi gerekmektedir. Yapılabiliyorsa öncesinde hastanın okuryazarlık düzeyi ile öğrenme süreçlerinde en iyi hangi yöntemden fayda sağlayabilecekleri değerlendirilmelidir. Uygulama sürecinde hasta bilgiyi hatırlayamıyor veya tekrar edemiyorsa bilgi netleştirilerek tekrar öğretilmelidir. Hastalar hemşirelerin aktardıkları bilgiyi doğru ve net olarak tekrar edene kadar “Teach-Back” süreci devam ettirilmelidir. Bu yöntemin uygulanışına alışmak zaman alsa da rutin olarak uygulandığında olumlu sonuçları olabilmektedir (Klingbeil ve ark, 2018).

Her Zaman Geri Öğretmeyi Kullan (2015), Sağlık Okuryazarlığı (2014) ve Kuzey Carolina Sağlık Okuryazarlığı Programı (2014) gibi online kaynaklar yöntem, amaç, bildiriler ve öneriler hakkında genel bir bakış içeren Web siteleri ve araçlara sahiptir. Bu araçlar ve Web siteleri, hemşirelik öğrencilerinin hastaların taburculuk süreci boyunca sade dilin ve öğretme sürecinin temel yönlerini tanımlamalarına ve kullanmalarına olanak tanıyan etkileşimli bir geri öğretme-öğrenme modülü olarak geliştirilmiştir. Ayrıca Teach-Back yöntemini kullanan sağlık profesyonellerini gösteren videolar ile yöneticilerin ve denetçilerin sağlık profesyonellerinin öğretimi kullanma konusunda yetkilendirmelerine yardımcı olacak ipuçları, araçlar ve okumalar, kaynaklar ve videoların bulunduğu başka alanları da içermektedir. Teach-Back’in hasta eğitimi sürecine entegrasyonunda bu alanların kullanılması sürecin yönetiminde cerrahi hemşirelerine katkı sağlayacaktır.

Teach-Back’in tıpta kullanımına ilişkin kanıtlar, geri öğretimin nasıl sunulduğu, farklı sağlık hizmetleri ortamları ve popülasyonlarında geri öğretimin etkinliği ve ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam için Teach-Back methodunun nasıl uygulanabileceği dahil olmak üzere, kanıtlar içermektedir. Bu kanıtları oluşturan çalışmaların meta-analizlerinde Teach-Back kullanımının öğretimi desteklediği bildirilmektedir (Talevski ve ark, 2020). Teach-Back yönteminin etkili olabilmesi için sağlık profesyonelleri ile hasta arasında karşılıklı güvene dayalı, açık, etkili bir iletişim süreci başlatılmalı ve hastaların kendi hastalık-sağlık süreçlerine aktif katılımı desteklenmelidir. Hastaların sağlık bilgilerini anladıklarını doğrulamak için bir teknik olan Teach-Back yöntemi, Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi Ajansı ve Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü (IHI) tarafından sağlık okuryazarlığı için evrensel önlemler alma stratejisi olarak önerilmektedir. Bu yöntemin kullanımıyla birlikte hemşireler hastaların anlayışını değerlendirebilir ve eğitim hedeflerine ulaşamadığında ise öğretim tekrarlanabilir veya değiştirebilir (Yen ve Leasure, 2019).

Teach-Back yöntemi dinamik ve etkileşimli bir süreçtir. Hemşireler ile hastalar arasındaki iletişimi iyileştirdiği, hemşirenin herhangi bir yanlış anlaşılmayı gerçek zamanlı olarak belirlemesine ve çözmesine olanak sağladığı, böylece bilgilerin anlaşılmasını geliştirdiği bildirilmektedir (Seely ve ark, 2022). Teach-Back’in standartlaştırılmış bir tanımı olmadığından, öğretim süreci boyunca kullanılan süreç değişebilmektedir. Teach-Back,

hemşirenin yeni bilgiler sunmasını, anladıklarını tekrar etmelerini isteyerek hastanın hatırlamasını değerlendirmesini ve bilgileri açıklığa kavuşturarak ve hastanın anlama düzeyine göre düzenleyerek hastanın durumunu yeniden değerlendirmesini içeren çok sayıda adımdan oluşur. Bu döngünün hasta tarafından anlaşılması için gerektiği kadar tekrarlanması önerilmektedir (Yen ve Leasure, 2019). Eğitimin gerçekleştirilmesi sırasında hastanın bilgi veya beceriyi hatırlayabilmesi için çeşitli kontroller yapılması gerekmektedir. Hastanın hatırlama sürecinden önce bir "çerçeveleme ifadesi" kullanılması önerilmektedir. Bu ifadenin amacı, konuşmanın odağını hasta ile hemşire arasındaki etkili iletişime yerleştirmektir. Çerçeveleme ifadesine bir örnek, "Doğru şekilde açıkladığımdan emin olmak istiyorum" olabilir. Çerçeveleme beyanı, öğretme sürecinin odağını, hastanın anlama yeteneğinden hemşirenin eğitim sürecindeki sorumluluğuna vurgu yapmak için kullanılmaktadır (Yen ve Leasure, 2019). Teach-Back sürecinde hasta, konuyu yeterince anladığını başarılı bir şekilde sözlü olarak ifade ederse, süreç tamamlanmış olarak kabul edilmelidir. Teach-Back sürecinin, yaş ve eğitim seviyelerindeki farklılıklardan bağımsız olarak hastalar için daha arzu edilen sonuçları başlattığı gösterilmiş olmasına rağmen, tıbbi bakımda yeterince sık kullanılmamaktadır (Seely ve ark, 2022).

Teach-Back'in, demografik ayrıntılardan (örneğin ırk, eğitim düzeyi, yaş ve gelir) bağımsız olarak hasta eğitimi için etkili bir yöntem olduğu ve sağlık uzmanları tarafından tüm hastalarla birlikte kullanılması gerektiği bildirilmektedir. Teach-Back metodu, tek başına veya diğer öğretim yöntemleriyle kombine olarak uygulanabilmektedir. Teach-Back methodu; pozitif sonuçlar veya değişiklik olmadığını gösteren ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam alma, yazılı eğitim materyalleri, görsel-işitsel eğitim materyalleri dijital medya müdahalelerini ve yukarıdaki müdahalelerin kombinasyonlarını içerebilmektedir (Egekeze ve ark, 2016; Bethune ve ark, 2018; Kostick ve ark, 2018). Bu yöntemlerin çalışmalarını karşılaştıran sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz, etkileşimli müdahalelerin, özellikle geri bildirim veya Teach-Back bileşenlerinin eğitim sürecine olumlu katkılar sağladığını bildirmektedir (Glaser ve ark, 2020).

"İnsanların gördüklerinin %10'unu, duyduklarının %20'sini, görüp işittiklerinin yarısını ve görüp işittiklerinin ve yaptıklarının %80'ini akıllarında tuttukları" öne sürülmektedir (Begley, 1994). Bu nedenle Teach-Back methodunun bilgisayar destekli öğretim yöntemi ile kombine edilerek perioperatif süreçte hasta eğitiminde kullanılmasının hastanın klinik sonuçlarını iyileştirme, memnuniyetini artırma ve iyileşmeyi destekleme konusunda yararlı olacağı öngörülmektedir (Talevski ve ark, 2020; Seely ve ark, 2022).

Teach-Back Metodunun Kullanım Alanları ve Uygulama Sonuçları

Literatürde yer alan çalışmalarda kalp yetmezliği, astım, diyabetes mellitus, hipertansiyon gibi hastalıkların yanı sıra böbrek nakli, meme kanseri cerrahisi gibi cerrahi sonrası süreçlerde de uygulanabilmektedir (Yen ve Leasure, 2019). Kesänen ve ark (2016) çalışmasında bir cerrah ve hemşire ile yüz yüze görüşme, yazılı materyal ve bir "bilgi testi geribildirim müdahalesi" içeren rutin ameliyat öncesi eğitimin taburculuk ve ameliyattan altı ay sonraki değerlendirmelerde müdahale grubunun bilgilerinin daha iyi olduğu bildirilmektedir. Teach-Back yöntemi cerrahide sıklıkla aydınlatılmış onam alma sürecinde hasta bilgilendirilirken kullanılmış olup bu yöntemle yapılan hasta eğitiminde bilgilenme durumu ve hasta memnuniyetini arttırdığı bildirilmektedir (Prochazka ve ark, 2010 Prochazka ve ark, 2014).

Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre Teach-Back methodunun hastayı ve hasta ailesini öğrenme sürecine aktif olarak dahil etmede etkili bir araç olduğunu ve eğitim sırasında öğrenilenlerin daha kalıcı olduğu sonucunu ortaya koymaktadır (Green ve ark, 2015; Griffey ve ark, 2015; Haney ve Shepherd, 2014). Teach-Back methodunun kullanıldığı çalışmalarda

hasta memnuniyetinin arttığı, taburculuğa hazır oluşun arttığı, iyileşme sürecinin desteklendiği ve yaşam kalitesinin arttığı bildirilmektedir (Darcy ve ark, 2014; Green ve diğerleri, 2015; Haney ve Shepherd, 2014; Peter ve ark, 2015). Bununla birlikte, hasta eğitiminin kanıtlanmış faydalarına ve tıbbın birçok alanındaki sonuçlara rağmen, cerrahi hastasıyla yapılan çalışmalar literatürde sınırlıdır.

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelerin, hastaların kendi sağlık süreçlerine aktif katılımlarını destekleme ve özerkliğini destekleyerek perioperatif süreçte uygun karar vermesini sağlama konusunda yasal ve etik sorumluluğu bulunmaktadır. Bilgi gereksinimleri giderilen hastalar, iyileşme süreçlerinde planladığı hemşirelik girişimlerinde daha fazla iş birliği yapması ve ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların önlenmesi sağlanacaktır (Seely ve ark, 2022). Hasta eğitimi verme, hemşirelerin sağlık bakım sürecini yönetmesi sırasında zaman alan ve tekrarlanan bir hemşirelik girişimidir. Bu nedenle hastaların anlama sürecinde etkileşimi arttırma, anladıklarını kontrol etme ve doğru anlama gerçekleşene kadar süreci tekrarlama hemşirelerin verdiği eğitimin kalıcılığını arttıracak, iş yükünü azaltacak ve hemşireler ile hastaların eş zamanlı olarak memnuniyet süreçlerine olumlu yansıyacaktır. Bu nedenle hemşirelerin perioperatif süreçte verecekleri eğitimin öğretim yöntemlerinin zenginleştirilmesi ve Teach-Back gibi etkileşimi arttıran yöntemlerle desteklenmesi önemlidir. Çünkü hastaların perioperatif süreçte kullanılacak öğretim yöntemlerinin verimliliği arttıkça hastaların kazandıkları bilgilerin nitelik ve niceliği artacak ve bu durumda hastanın kendi sağlık sürecinde karar alma konusunda aktif bir rol almasını, hasta memnuniyetinin artmasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır. Perioperatif süreçte verilen eğitimlere Teach-Back methodu entegre edilerek daha fazla çalışma yapılmalı ve konuya yönelik kanıtlar arttırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Always Use Teach-back. (2015). Teachback training kit. Retrieved from <http://www.teachbacktraining.org/>
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). Health literacy: Taking action to improve safety and quality. Sydney, ACSQHC.
3. Begley S. (1994). Teaching minds to fly with discs and mice. Newsweek May 31, 1994. p. 47.
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 155(2):97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005> PMID: 21768583
5. Bethune A, Davila-Foyo M, Valli M, da Costa L. (2018). E-consent: approaching surgical consent with mobile technology. *Can J Surg*. 61:339–44. 71.
6. Caplin, M. & Saunders, T. (2015). Utilizing teach-back to reinforce patient education. *Orthopaedic Nursing*, 34(6), 365-368.
7. Cutilli , C. C. , & Schaefer , C. T. (2011). Case studies in geriatric health literacy . *Orthopaedic Nursing* , 30 (4) , 281 – 285 . doi:10.1097/NOR.0b013e3182247c8f.
8. Egekeze N, Dubin J, Williams K, Bernhardt M. (2016). The age of OrthoInfo: a randomized controlled trial evaluating patient comprehension of informed consent. *J Bone Joint Surg Am*.98:- 81. 70.
9. Farris, C. (2015). The teach back method. *Home healthcare now*, 33(6), 344-345.
10. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, et al. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. *Med Decis Mak*. 40:119–43.
11. Griffey, R. T., Shin, N., Jones, S., Aginam, N., Gross, M., Kinsella, Y., ... & Kaphingst, K. A. (2015). The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *Journal of communication in healthcare*, 8(1), 10-21.
12. Hasanpour Dehkordi, A., Ebrahimi-Dehkordi, S., Banitalebi-Dehkordi, F., Salehi Tali, S., Kheiri, S., & Soleimani Babadi, A. (2021). The effect of teach-back training intervention of breathing exercise on the level of dyspnea, six-minutes walking test and FEV1/FVC ratio in patients with chronic obstructive pulmonary disease; a randomized controlled trial. *Expert review of respiratory medicine*, 15(1), 161-169.
13. Health Literacy. (2014). Teaching aids: Teach-back method. Retrieved from <http://www.nchealthliteracy.org/teachingaids>. Html
14. Kesänen J, Leino-Kilpi H, Lund T, Montin L, Puukka P, Valkeapää K. (2016). The knowledge test feedback intervention (KTFI) increases knowledge level of spinal stenosis patients before operation-a randomized controlled follow-up trial. *Patient Educ Couns*. 99: 1984–91.

15. Kessels RP. (2003). Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 96(5):219–222.
16. Klingbeil C, Gibson C. (2018). The Teach Back Project: A System-wide Evidence Based Practice Implementation. *J Pediatr Nurs.* 42:81–5. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002> PMID: 30219303
17. Kostick KM, Bruce CR, Minard CG, Volk RJ, Civitello A, Krim SR, et al. (2018). A multisite randomized controlled trial of a patient-centered ventricular assist device decision aid (VADDA trial). *J Card Fail.* 24: 661–71.
18. Mohammadi, F., Jahromi, M. S., Bijani, M., Karimi, S., & Dehghan, A. (2021). Investigating the effect of multimedia education in combination with teach-back method on quality of life and cardiac anxiety in patients with heart failure: a randomized clinical trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 1-9.
19. Prochazka AV, Fink AS, Bartenfeld D, Henderson WG, Nyirenda C, Webb A, et al. (2014). Patient perceptions of surgical informed consent: is repeat back helpful or harmful? *J Patient Saf.* 10:140–5.
20. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Hess Fischl A, et al. (2015). Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care.* 38(7):1372–82. <https://doi.org/10.2337/dc15-0730> PMID: 26048904
21. Rasmusson K, Flattery M, Baas LS. (2015). American Association of Heart Failure Nurses Position Paper on Educating Patients with Heart Failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care.* 44 (2):173–7.
22. Schillinger, D. , Piette , J. , Grumbach , K. , Wang , F. , Wilson , C. , Daher , C. , ... Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163 (1), 83–90. doi:10.1001/archinte.163.1.83
23. Somers SA, Mahadevan R. (2010). Health Literacy Implications of the Affordable Care Act. https://www.chcs.org/media/Health_Literacy_Implications_of_the_Affordable_Care_Act.pdf
24. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. (2020). Teachback: a systematic review of implementation and impacts. *PLoS One* 15: 0231350.
25. World Health Organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. (2016). <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghaideclaration/en/> . Accessed May 2019.
26. Yen, P. H., & Leasure, A. R. (2019). Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes. *Federal practitioner*, 36(6), 284.
27. Oh, E. G., Lee, J. Y., Lee, H. J., & Oh, S. (2023). Effects of discharge education using teach-back methods in patients with heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 140, 104453.

28. Ye, Q., Yang, Y., Yao, M., Yang, Y., & Lin, T. (2022). Effects of teach-back health education (TBHE) based on WeChat mini-programs in preventing falls at home for urban older adults in China: a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-14.

Türkiye’de Hemşirelik Alanında Gebelerde Cinselliğe Yönelik Yapılan Tezlerin İçerik Açısından İncelenmesi

Serap KIRICI¹

Giriş

Cinsellik; fetal dönemden itibaren başlayıp insan hayatı boyunca süren, kişisel yaşamın sürdürülmesi için gerekli olmayan ancak neslin devamı için gereksinim duyulan bir ihtiyaç ve ve dürtüdür (Demirci, 2018). Gebelik, kadınlarda fiziksel ve psikolojik olarak birçok değişikliği beraberinde getiren bir dönemdir. Bu tür değişiklikler çiftlerin yaşamlarını birçok açıdan etkilemektedir. Fiziksel, hormonal ve sosyal farklılıklar genellikle kadınların fiziksel huzurunu, ilişkilerini, ruh halini ve cinselliğini etkilemektedir (Ninivaggio ve ark., 2017). Gebelik, cinselliğin etkilendiği önemli bir yaşamsal dönemi oluşturmaktadır. Gebelik cinsel ilişki sonucunda oluşmasına karşın, gebelik döneminde cinsellik unutulmuş bir konudur (Karabulutlu, 2018). Bu sebeple bu çalışmada gebe kadınlarda cinselliğe yönelik yapılan tezlerin içerik açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada hemşirelik alanında yapılmış olan lisansüstü tezler ‘gebelikte cinsel yaşam’ ve ‘gebelikte cinsel işlev’ anahtar kelimeleri kullanılarak YÖK veri tabanında taranmıştır. Herhangi bir tarih aralığı verilmeden tez taramasına sistemde yer alan hemşirelik alanında yapılan tüm yüksek lisans ve doktora tezleri çalışma kapsamına alınmıştır. Tarama sonucunda toplam 9 tez çalışmasına ulaşılmıştır. Çalışmaya alınan araştırmalar tez türü, çalışma yılı, araştırma türü, örneklem özellikleri, çalışmanın yapıldığı yer, veri toplama yöntemi ve veri analizi ve çalışmaların içerikleri açısından değerlendirilmiştir.

Çalışmaların Türü, Yılı Ve Tipi

Çalışmaların %77.7’sinin yüksek lisans tezi (n=7), %12.3’ünün de doktora tezi olduğu (n=2) belirlenmiştir. Çalışmaların yayın yıllarına bakıldığında (2012, 2014, 2019) yıllarına ait bir yayın, (2013, 2016, 2018) yıllarına ait iki yayın bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların tümünün nicel türde yürütüldüğü görülmüştür. Bu çalışmaların tanımlayıcı (n=4), kesitsel (=1), tanımlayıcı ve prospektif (=1), kesitsel tipte tanımlayıcı ve ilişki arayıcı (n=1), **triangülasyon (n=1)** ve **metodolojik (n=1)** türde olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 1).

¹ Öğretim Görevlisi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Tablo 1. Tezlere İlişkin Bilgiler

| Yazar/Yıl | Tezin adı | Türü | Çalışma tipi |
|--------------------------|---|---------------|--|
| Tosun Güleroglu F., 2012 | Gebelerin cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi | Yüksek lisans | Tanımlayıcı |
| Değerli Kodaz N., 2013 | Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler | Yüksek lisans | Tanımlayıcı |
| Dinç H., 2013 | Gebeliğin Cinsel Fonksiyon, Beden İmajı ve Pelvik Taban Fonksiyonları Üzerine Etkisi | Doktora | Tanımlayıcı ve prospektif |
| Bilen Sadi Z., 2014 | Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi | Yüksek lisans | Kesitsel |
| Gümüştay M., 2016 | Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonunun İncelenmesi | Yüksek lisans | Tanımlayıcı |
| Kara N., 2016 | Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde Olan Kadınların Koitus İlişkin Görüşleri ve Davranışları | Yüksek lisans | Tanımlayıcı |
| Aksoy A., 2018 | Baba Adaylarının Gebelik Sürecindeki Cinsel Yaşantılarının Belirlenmesi | Yüksek lisans | Triangülasyon (çeşitleme) |
| Yılmaz Sezer N., 2018 | Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi | Doktora | Metodolojik |
| Eriten H., 2019 | Gebelik Döneminde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi | Yüksek lisans | Kesitsel tipte tanımlayıcı ve ilişki arayıcı |

Çalışmaların Örneklem Özellikleri

Yürütülen lisansüstü çalışmaların 7'sinin örneklemine kadınlar, 1'ini baba adayları ve 1'ini ise çiftler oluşturmaktadır. Örneklem yöntemi olarak çalışmaların 6'ünde örneklem yöntemi kullanıldığı ve örneklem hesabının yapıldığı, 3'sinde ise örneklem hesabına gidilmediği belirlenmiştir. Örneklem yöntemi kullanılan çalışmaların çoğu (n=3) evrendeki birey sayısı bilinen örneklem formülü kullanılmıştır.

Çalışmaların Yapıldığı Yer

Çalışmaların yapıldığı yer incelendiğinde %33.3 oranında İç Anadolu bölgesinde (n=1 çalışma Ankara, n=1 çalışma Konya, n=1 çalışma Yozgat), %22.2 oranında Marmara bölgesinde (n=2 çalışma İstanbul) ve %22.2 oranında Akdeniz bölgesinde (n=1 çalışma Aydın, n=1 çalışma Mersin), %11.1 oranında Karadeniz bölgesinde (n=1 çalışma Ordu) ve %11.1 oranında Karadeniz bölgesinde (n=1 çalışma Ordu) yürütüldüğü görülmektedir.

Veri Toplama Yöntemi ve Veri Analizi

Çalışmalar kullanılan veri toplama araçları yönünden incelendiğinde 1 çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formu ile verilerin toplandığı, 8 çalışmada ise ölçek ve anket formunun birlikte kullanıldığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda ortalama, standart sapma, yüzde değerleri kullanılmıştır. Hesaplamalarda açımlayıcı faktör analizi (AFA), ANOVA , doğrulayıcı fakör analizi (DFA), Ki-Kare, Kruskal- Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Spearman Korelasyon Analizi ve t testleri kullanılmıştır.

Sonuç

Yapılan çalışmalarda cinselliğin hangi açıdan ele alındığı incelendiğinde; Tosun Güleroglu, (2012) çalışmasında gebelerin cinsel fonksiyonlarının değerlendirildiği, Değerli Kodaz, (2013) çalışmasında gebelikte cinsel yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin belirlendiği, Dinç, (2013) çalışmasında gebeliğin beden imajı, cinsel fonksiyon ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisinin belirlendiği, Bilen Sadi, (2014) çalışmasında gebelikte eşlerin

cinsel yaşamını ve etkileyen etmenlerin incelendiği, Gümüşay, (2016) alışmasında gebelikte kadının beden algısının ve eşlerin cinsel fonksiyonunun incelendiği, Kara, (2016) alışmasında üçüncü trimesterde yer alan gebelerin koitusa ilişkin görüşlerinin ve davranışlarının belirlendiği, Aksoy, (2018) alışmasında baba adaylarının gebelik sürecindeki cinsel yaşantılarının belirlendiği, Yılmaz Sezer, (2018) alışmasında gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeğinin geliştirildiği, Eriten, (2019) alışmasında gebelik döneminde beden imajı ve benlik saygısının cinsel fonksiyon üzerine etkisinin belirlendiği saptanmıştır.

KAYNAKLAR

Ghafouri, A., Alnaimi, A. R., Alhothi, H. M., Alroubi, I., Alrayashi, M., Molhim, N. A., & Shokeir, A. A. (2014). Urinary incontinence in Qatar: A study of the prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Arab journal of urology*, 12(4), 269-274.

Rüzgar, Ş., Özerdoğan, N., & Yalçın, Ö.T. (2020). Üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesi ve yaşamlarının spiritüel boyutuna etkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 50-58.

Ergöl, S., & Eroğlu, K. (2001). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları.[The practices and attitudes related to health care of women in the climacteric period]. *Sağlık ve Toplum*, 1, 49-57.

Acar, N.(2014). 49 yaş ve üzeri postmenopozal kadınların yaşam kalitesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Pakgozar, M., Sabetghadam, S., Rahimparvar, S. F. V., & Kazemnejad, A. (2014). Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 403-407.

Güvenç, G., Kocaöz, S., & Kök, G. (2016). Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *International journal of nursing practice*, 22(6), 649-659.

Akgün, G., Süt, N., & Kaplan, P.B. (2010). Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 20(6), 378-386.

Ozkan, S., Ogce, F., & Cakir, D. (2011). Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 11-19.

Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy, *IUJ* 2017, 28(6): 923–29.

Nine ve Dedelerin Torunlarına Bakım Verme Deneyimleri: Bir Fenomenolojik Araştırma

Mine BAHÇECİ¹

Giriş

Günümüzde Avustralya’da en çok tercih edilen bakım şekillerinden olan, ayrıca Çin’de nine ve dedelerin sıradan bir deneyimi olarak ifade edilen torunlara bakma deneyimi, Türkiye ve Kuzey Kıbrıs’ta da istatistiksel olarak net olmamasına karşın gün geçtikçe artmaktadır. Çocuk sahibi kadınların ücretli işlerde artan bir şekilde istihdam edilmeleri, uzun sürelerle çalışmak zorunda olmaları evlatlarının bakım gereksinimlerinin karşılanmasını ve bakım verebilecek güvenilir kişilerin bulunması gerekliliği sorunsalını ortaya koymaktadır (Çiftçi ve Tören, 2019; Uğur, 2019). Bu gibi durumlarda emekli olmuş, yakın mesafede evde yaşamını sürdüren, bakmakta sorun yaratmayacağı, güven verici, kuşaklararası dayanışma sembolü olarak kabul edilen, üstelik ücret istemeyen nine ve dedeler çözüm olarak düşünülebilmektedir (Çiftçi ve Tören, 2019).

Torunlarının bakımını üstlenen nineler ve dedeler, ebeveynlik fonksiyonunu yeniden yüklenmekte, günlük bakımı yerine getirmekle kalmayıp kendilerinin önemli gördüğü değerleri, bilgi ve becerileri de torunlarına aktarabilmektedirler (Altan ve Tarhan, 2018; Uğur, 2018). Torun bakım gereksinimlerini sağlamanın arkasında görülen temel dinamik, aile bütünlüğünün devamını sağlama gerekliliği olarak görülmektedir. Aile bütünlüğünün sağlanması, toplumsal açıdan da bütünlüğün sürdürülmesinin esas koşulunu oluşturması açısından önemlidir (Uğur, 2018)

Kuzey Kıbrıs’ta nine ve dedelerin torunlarına bakım verme ile ilgili deneyimleri, bu bakımları nasıl vermekte oldukları ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, torunlarına bakmakta olan nine ve dedelerin deneyimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaca ulaşmak için şu araştırma sorularından yararlanılmıştır;

1. Nine ve dedeler, torun bakımını nasıl anlamlandırmaktadırlar?
2. Torunlarına bakım vermelerine ilişkin günlük yaşam deneyimleri nelerdir?
3. Torunun sağlıklı büyüme ve gelişmesi için uygulamaları nasıldır?
4. Nine ve dedeler hangi koşul ve ortamlarda torun bakımını deneyimlemişlerdir?
5. Bakımda zorlanılan durumlar nelerdir?
6. Yeni nine ve dedelere, torun bakmaya ilişkin tavsiyeleri nelerdir?

Yöntem

Araştırma türü ve yeri; Nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik bir çalışma olarak yapılmıştır. Kuzey Kıbrıs’ın Lefkoşa baş şehrinde, devletin sosyal konut bölgesi olarak bilinen Taşkinköy semtindeki iki katlı yapıda ve her konutun kendine ait iç bahçesinin bulunduğu evlerde, 1.09.2023- 16.09.2023 tarihleri arasında görüşmeler tamamlanmıştır.

¹ Yrd. Doç. Dr. Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik, mbahceci@ciu.edu.tr
Orcid ID: [0000-0001-9566-8641](https://orcid.org/0000-0001-9566-8641)

Katılımcılar, araştırmanın amacına uygun olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme ile seçilmiştir. Çalışma; torunlarına, kendi evlerinde bakım veren, emekli olan, geçim ve konut durumu bakım yapabilmek için yeterli, çalışmaya gönüllü sözlü katılma onayı veren, evli, toplam 14 nine ve dedelerle yürütülmüştür. Katılımcılar ile ilgili tanımlayıcı özellikleri Tablo 1.'de görüldüğü gibidir.

Tablo 1. Katılımcının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=14)

| Özellikler | | Sayı | Yüzde |
|--|--|------|-------|
| Yaş | 50-59 | 01 | 07.14 |
| | 60-69 | 11 | 78.57 |
| | 70-79 | 02 | 14.28 |
| Torun Sayısı | 1 | 02 | 14.28 |
| | 2 | 02 | 14.28 |
| | 3 | 04 | 28.57 |
| | 4 | 00 | 00.00 |
| | 5 | 04 | 28.57 |
| | 6 ve üzeri | 02 | 14.28 |
| Bakım Verilen Torun Sayısı | 1 | 07 | 50.00 |
| | 2 | 05 | 35.71 |
| | 3 | 02 | 14.28 |
| Torun Yaşları* *N=50 Torun Sayısına Göre Yüzde Hesaplanmıştır. | 0-11 ay | 00 | 00.00 |
| | 1-3 yaş | 06 | 12.00 |
| | 4-6 yaş | 09 | 18.00 |
| | 7-12 yaş | 15 | 30.00 |
| | 13-18 yaş | 14 | 28.00 |
| | 19 yaş ve üzeri | 06 | 18.00 |
| Eğitim Düzeyi | Okur-yazar/ilkokul | 02 | 14.28 |
| | Ortaokul | 02 | 14.28 |
| | Lise | 09 | 64.28 |
| | Ön lisans | 01 | 07.14 |
| | Lisans/lisansüstü | 00 | 00.00 |
| Meslek | Memur | 08 | 57.14 |
| | Ev hanımı | 02 | 14.28 |
| | İşçi | 03 | 21.42 |
| | Tekniker | 01 | 07.14 |
| Kaç Yıldır Torun Bakılır? | 0-5 yıl | 06 | 42.86 |
| | 6-9 yıl | 04 | 28.57 |
| | 10 yıl ve üzeri | 04 | 28.57 |
| Torun'a Günlük Bakım Süresi | 0-2 saat | 04 | 28.57 |
| | 3-5 saat | 01 | 07.14 |
| | 6-8 saat | 05 | 35.71 |
| | 9-12 saat | 04 | 28.57 |
| Torun'a Haftalık Bakım Süresi * *N=16 Yanıt Sayısına Göre Yüzde Hesaplanmıştır. Çoklu Yanıt Verilmiştir. | Haftada bir | 03 | 18.75 |
| | Haftada birkaç | 03 | 18.75 |
| | Hafta içi her gün | 07 | 43.75 |
| | Hafta içi her gün yatılı | 00 | 00.00 |
| | Diğer (Gelişigüzel bazen yatılı) | 03 | 18.75 |
| Bakım İçin Katılımcıdan İzin Alınması | EVET | 07 | 43.75 |
| | HAYIR* | 06 | 42.86 |
| | BEN İSTEDİM | 01 | 07.14 |
| | *Hayır, yanıt verenlerin 5'i Dede, biri ninedir. | | |
| Bakım Verirken Yardım Alma | EVET* | 11 | 78.57 |
| | HAYIR | 03 | 21.43 |
| *Yardım alınan kişi EŞ denilmiştir. | | | |

Veri toplama; Araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış form aracılığıyla toplanmıştır. Formda yer alan soruların açıklığı, çalışma amacına uygunluğu gibi yönlerden incelenmesi ve geliştirilmesine yönelik uygulanmadannce iki eğitim bilimlari uzmanının görüşüne sunulurak son şekli verilmiştir.

Veriler, katılımcıların uygun zamanları sorgulanarak ve kendilerinin belirlediği gün ve saatte yüz yüze görüşme yöntemi ile 60- 70 dakika süre içerisinde toplanmıştır. Deneyimlerini detaylandırmalarına ilişkin sonda sorular da sorulmuştur. Katılımcılarla en az iki kez grşlmştir. Görüşme esnasında katılımcılar, toplanan verilerin kayıt cihazı ile kaydedilmesini istememişlerdir. Buna bağlı görüşme ile elde edilen veriler, katılımcıların görebilecekleri şekilde araştırmacı tarafından bir deftere kaydedilmiştir.

Veri analizi; Elde edilen veriler betimsel analiz ve sayısal olarak değerlendirilmiştir. Toplanan veriler, bilgi kayıplarına yer vermemek adına, her görüşme sonrası bilgisayardaki ‘Torun Bakım Deneyimi’ isimli bir Word dosyasına araştırmacı tarafından aktarılmıştır. Aktarım tamamlanması sonrası bu dosyadaki kayıtlı veriler, deşifre edilerek, bütüncül olarak okunmuştur.

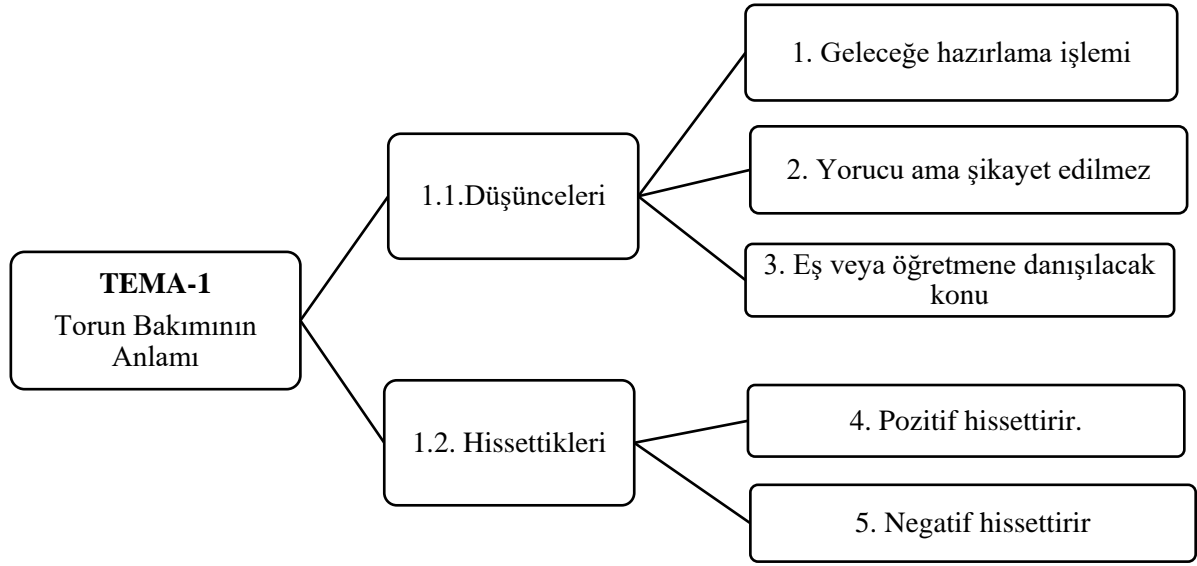
Her araştırma sorusunu temsil eden ‘Torun bakımı anlamı’, ‘Bakıma ilişkin günlük yaşam deneyimi’, ‘Sağlıklı Büyüme gelişme için uygulamalar’, ‘Bakım deneyiminin etkilenmesi ile ilgili koşul ve ortamlar’, ‘Bakımda Zorlanma ve çözümleri’ ve ‘Yeni nine dedelere tavsiyeler’ olarak altı tema altında incelenmiştir.

Ortak görüşlerin bulunmasına ilişkin elde edilenler, her tema için karşılaştırılıp benzer görüşlerin saptanması ve her tema altında benzerlik ve farklılıklara göre kategorilerin oluşturulması sağlanmıştır. Oluşturulan 21 kategori altında, Strauss ve Corbin’in c tür kodlama biçiminden biri olan genel bir ereve içerisinde yapılan kodlama biçimi kullanılarak ilgili kodlar belirlenip katılımcıların deneyimleri 71 kod cümlesi olarak sınıflanmıştır (Sözbilir, 2009). Sınıflamalarla ilişkili her katılımcıya K1, K2.....K14 olarak birer numara verilerek ifadeleri ilgili kategori ve ilişkili kodlar altında sunulmuştur.

Araştırmanın geçerliliğine ilişkin farklı veri kaynaklarından elde edilen ortak bulgular, alan yazındaki benzer araştırmalarla da karşılaştırılarak yorumlanmış ve ifade edilmiştir. Dış geçerliliğe yönelik bulguların genellemesinin yapılabileceği alan tanımlanıp açıklanmıştır. Güvenirliğe ilişkin ise alınan yanıtlar yeniden katılımcıya ifade edilerek onaylatılmıştır.

Bulgular

Bulgular, her temaya ait kategoriler ve bu kategoriler altındaki kodlar, tablo ya da şekil olarak sunulmuştur. İlişkili tema, kategori ve kodlarla birlikte ifade edilen katılımcıların görüşlerinin yer aldığı deneyimler ise devamında verilmiştir. Her temaya yönelik bulguların sunumu sonrası, ilgili temaya ait elde edilen ortak deneyimlerzet halinde sunulmuş alan yazın ile de karşılaştırılmıştır. şekil 1.’de Tema-1’e ilişkin kategoriler ve kodlar grlmektedir.



Şekil 1. Tema 1'e ilişkin kategori ve kodlar

Tema-1 'Bakımın anlamı' temasına ilişkin kategori, kodlar ve ifadeler;

Kategori 1.1. **Düşünceleri** kategorisine ait kodlar ve ifade örnekleri

KOD 1. Geleceğe Hazırlama İşlemi; (Yetiştirmedi)

- ✓ Yetiştirmedi, geleceğin onlardır. Geleceğe birey yetiştirmektir (K2, K6, K7, K11, K13).
- ✓ Her torunun karakteri değişiktir. Ona göre davranırsın, O çocuğun iyi yetişip çevreye saygılı milletine hayırlı olması için bakarsın (K2).
- ✓ Görev değildir. Koşulsuz bakırım. Bir annenin yapacağı büyütme ile ilgili bir şeydir (K1).

KOD 2. Yorucu Ama Şikâyet Edilmez

- ✓ Çok zor bir şey, çoğu kez yorulurum. Buna rağmen şikâyetim yok, yorulurum ama yine de bakırım (K1, K2, K3, K7, K8, K9, K11).
- ✓ Kardeşlerime baktım çocuklarıma baktım torunlarıma baktım hala bakırım şikâyet etmem (K11).
- ✓ Bakım için vakit ve keyif lazım (K13).

KOD 3. Eş ve Öğretmene Danışılacak Konu

- ✓ Bunları eşime sorun. Benim bir oğlan hiç durmazdı yerinde ve nineleri öğretmenlere sorardı ve onların tarif ettiklerini yapardı (K10).

Bakımın anlamına ilişkin nine ve dedelerin düşünceleri, torun bakımının bir geleceğe hazırlama yetiştirme işi olduğunu, bu süreçte torunun özelliklerine bakılması gerekliliğini, yorucu, koşulsuz olduğu buna rağmen şikâyet edilecek bir durum olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Bir torun bakımında ayrıca kadın eşe ya da öğretmene de danışılabileceğini belirtmişlerdir. Toru (2019)'nun çalışmasında da; büyük ya da küçük her insanın yaşamlarıyla ilgili farklı deneyimlerinin olduğu, bakıma ihtiyaç duyduğu zamanlarda da kendine özgü bireyselleştirilmiş bakım alması gerekliliği vurgulanmaktadır. Özellikle sağlık profesyonellerinden hemşirelik uygulamalarının odağının bu olduğu, insandaki değerlilik,

biriciklik ve teklik inancını gösterdiği belirtilmektedir (Gül, 2019; Toru, 2019). Bu saptamayla, araştırmada elde edilen deneyim benzerlik göstermektedir. Nine ve dedelerin bakımın niteliğini, bakım alanının memnuniyetini de artıran bir bakım anlayışına sahip oldukları düşünülmüştür.

Bununla birlikte bakımın yetiştirme işlemi ve öğretmene, kadın eşe danışılabilir bir konu olarak ifade edilmesi dikkate alındığında; bir çalışmada ebeveynlerin sağlıklı ebeveyn tutumları, iletişim becerileri, davranış yönetimi gibi konularda öğretmenlere danıştıkları bulgusu bu çalışmadaki deneyimi desteklemektedir (Koç, Koçtürk & Zencir, 2022). Bir diğer çalışmada da, toplumsal boyuttan kaynaklanan cinsiyet anlayışı ve etkisiyle toplum içinde bakım kavramının kadına yüklenen bir sorumluluk ve beklenti olduğu belirtilmesi ile elde edilen görüşle benzer olduğu saptanmıştır (Gül, 2019).

Kategori 1.2. **Hissettikleri** kategorisine ait kodlar ve ifade örnekleri;

KOD 4. Pozitif Hissettirir

(Güzel, mutluluk, huzur, sevinç, gurur verici, yeniden hayat bulmak, destek, başarma hissi, öğretici)

- ✓ Güzel bir duygu, çok güzel bir şey (bir histir), mutluluk, onlarsız olmaz, onlar olmazsa evim boştur, müthiş bir şey, büyük bir haz, huzurdur, sevinirim, onlar olunca gözlerimin parladığını söylerler (K1,K3, K4, K5, K6, K9, K11, K12, K13, K14).
- ✓ Yeniden doğmak gibidir, Gurur duyarım (K13, K11).
- ✓ Bakıma yardımcı olduğum için sevinirim ve evladına da yardımcı olmuş oluyorsun. Elimden geldiğince evlatlarımı maddi ve manevi desteklerim (K6, K8, K9, K10, K11).
- ✓ Onunla çok şey öğrenin. Torunla birlikte deli deli oradan oraya koşturuyorsun. Torun geldiğinde sadece onu düşünürsün (K13).
- ✓ Çocukla birleşirsin, bir olursun. Zaten sevdiğin için yapabilirsin. Ayrıca torununun sevgisini de kazanırsın (K9).

KOD 5. Negatif Hissettirir

(Tedirginlik, endişe verici, emanet oldukları düşüncesinin verdiği gerginlik, korkulur, hissedilen sorumluluk baskısı)

- ✓ Daha tedirginim çocuklarıma göre. Emanettirler bu yüzden daha da özen gösteririm. Sorumluluk işidir (K7, K11).
- ✓ Özenli davranırsın iyi bakılabilmesi için, bir şey olmasın diye korkarsın. Arkasında gezersin, derslerini yaptıracağını, yemeklerini yedireceksin yani eksik bırakmaktan endişe duyarım. Tamamlamak için de koştururum (K11).

Torun bakımın onlara, mutluluk, huzur, yeniden başarma hissi gibi pozitif duygular hissettirdiği buna karşın bakım sırası torunların emanet oldukları düşüncesinin verdiği tedirginlik, zarar verme korkusu, sorumluluk baskısı, iyi bakılabilmesi için özenli olma isteği gibi hislere de sebebiyet verdiğini söylemişlerdir. Nine ya da dede ile torun arasında gerçekleşen karşılıklı ve çift yönlü iletişim kültürel aktarımı sağlamakla kalmayıp diğer yandan taraftan da bakım verme ile emekli olmuş, işe yaramaz, üretmez hissini yaşayabilen nine ve dedelere manevi bir doyum kaynağı olabilmektedir (Altan & Tarhan, 2018).

Akgün (2021)'nün vurguladığı gibi, bazen bireysel inançlar, toplumsal norm, beklenti ve toplumun değer yargıları ile örtüşmekte veya çelişmektedir. Toplumun en küçük birimi olarak aileye ilişkin beklenti ve rollerin kişilerin kendi içlerinden gelen yeterince iyi anne ve baba

olma durumları üzerinde olumlu/ olumsuz etkisi yapabilmektedir. Elde edilen hissiyat ile ilgili duygu ifadeleri bunlarla ilişkili olabilir.

Tablo 2’de Tema-2 ‘Bakımın günlük uygulaması’ temasına ilişkin kategoriler ve kodlar görülmektedir.

Tablo 2. Tema-2 ‘Bakımın Günlük Uygulamasına’ ilişkin kategori ve kodlar

| Kategoriler | Kodlar |
|---|---|
| 2.1. Torunla İletişim kurma | 6. Sevgi ile iletişim kurulur 7. Dinleme ve konuşma ile iletişim sağlanır 8. Komutla iletişim kurulur 9. ÖFKE KONTROLÜYLE VE SABIRLA İLETİŞİM KURULUR. |
| 2.2. Torunu ve Bakım İhtiyacını Anlama | 10. Huzursuz davranışlardan anlaşılır. 11. Torunun kontrol edilmesi ile anlaşılır 12. Görerek, dinleyerek, sorarak anlaşılır 13. Torun ihtiyaçları anlaşılmaz. 14. Öğrenilmiş yöntem ile anlaşılır |
| 2.3. Bakım Yöntemlerin Kaynağı | 15. Bireysel yaşantılar ve zorlu yaşam koşullarıdır 16. İçgüdülerdir. 17. Kaynak, yakın aile ya da akrabalarıdır. 18. Komşulardır, öğretmendir, çevredir. |
| 2.4. Besleme | 19. Besleme nine işidir 20. Oyunla yedirilir 21. Saatle ve belirli düzen içinde yedirilir |
| 2.5. Vücut Isısını Koruma | 22. Vücut ısısını korumayı nine yapar. 23. Korumada uyulacak koşullar vardır. 24. Korumak için ısı durumunu anlamak gerekir. |
| 2.6. Günlük Hijyen, Vücut Temizliği | 25. Hijyenik uygulamalar ninenin işidir 26. Hijyen sağlamada uyulacak koşullar vardır 27. İhtiyaç kontrol edilmeli ve anlaşılmalıdır 28. Hijyen sağlanmazsa olabilecekler zararlıdır. 29. Hijyen ihtiyacı güvenli şartlarda sağlanmalıdır. |
| 2.7. Uykusunu Sağlama | 30. Uyku işlemini ninesi sağlar. 31. Uykunun sağlanmasında belli koşullar vardır. 32. Torun saati geldiğinde kendisi sağlar. 33. Uyku olduğu anlaşılmalıdır |
| 2.8. Oyun ve çevreyle iletişimi sağlama | 34. Oyun ihtiyacı anlaşılmalıdır. 35. Torunun nitelikleri dikkate alınarak sağlanır. 36. Nine ve dede nitelikleri dikkate alınarak sağlanır. 37. Torun oyununa nine/dede de katılarak sağlanır. 38. Oyun güvenli ortamda sağlanır. 39. Çevre ile ve sosyalleşmesi için sağlanır. |

Tema-2 ‘Bakımın Günlük Uygulamasına’ ilişkin kategori ve kodlara göre katılımcıların ifadeleri şu şekildedir;

Kategori 2.1. **Torunla İletişim Kurma** kategorisine ait kodlar ve ifadeler

KOD 6. Sevgi ile iletişim kurulur

- ✓ Sevecen davranarak iletişim kurarım. Sevgiyle iletişim kurarım (K1, K7, K13)
- ✓ Oyunlarla iletişim ve sevgiyle kurarım (K9).

KOD 7. *Dinleme ve Konuşma ile iletişim sağlanır*

- ✓ Konuşarak anlaşırdım (K1, K4).
- ✓ Onu dinlemek, anlamak ve konuşarak problemleri çözmekle sağlarım (K2).

- ✓ Dinleyerek ve konuşarak iletişim kurarım (K5, K6).
- ✓ Dinleyerek anlaşırım (K8).
- ✓ Bir şey istediklerinde söylerlerdi. Torunlarla aranızda bir yakınlık olur (K11).
- ✓ Her ihtiyacına yetişmektir. Maddi ve manevi olarak (K6).

KOD 8. Komutla iletişim kurulur

- ✓ Komut vererek iletişim kurardım. Annem aşağı koy! Bunu al! Gibi. Dinler, duyar ve yapar (K3).

KOD 9. Öfke kontrolüyle ve sabırla iletişim kurulur.

- ✓ Öfkelenmeden sabırlı davranırım (K7).

Nine ve dedeler torunları ile sevgiyle, dinleyerek, anlayarak, konuşarak, kendilerindeki olumsuz duyguların yönetimi ile ve küçük çocuklarda komut vererek iletişim kurmakta olduklarını ifade etmişlerdir. Öztürk & Fidan (2020) çalışmasında çocukların, sevgi ile ve çocukla ilgilenildiğinin hissiyat olarak fark ettirilen ortamlarda özgüvenli ve daha mutlu ve olduklarını belirtmektedir. Ebeveyn/büyük ebeveyn-çocuk arası en çok yaşanan sorunların çoğunluğunu etkili bir şekilde kurulamayan iletişimden kaynaklandığını, çocukla iletişim kurmada ve onun sorununu çözmeye önemli olan çocuğa uygun ortamı hazırlamakla birlikte onu dinlemek olduğunu vurgulamaktadır (Öztürk ve Fidan, 2020). Dinlenen ve anlaşıldığını hisseden, duygudaşlık kurulan çocuklarda davranış sorunlarının da azaldığı, bu yüzden yetişkin bireylerin çocuklarına karşı daha duyarlı olmaları gerekliliğini vurgulanması katılımcıların paylaştığı iletişimle ilgili deneyim ifadelerini desteklemektedir. Aday ve ark. (2021) ise, ebeveyn rolündekilerde bilinçli farkındalık diye bir kavramdan bahsetmektedirler. Bu farkındalık, bir çocuğun biricik olan doğası, hisleri ve ihtiyaçları konusunda daha fazla farkındalık; hazır oluş ve tüm dikkatle dinleme becerisini, kapsadığı vurgulanmaktadır.

Komut ile iletişim kurma ile ilgili deneyim dikkate alındığı zaman, Biricik (2022)'in çalışmasında belirttiği yeni iletişim teknolojileri ile sistem içerisindeki çocukluğun dijital çocukluğa dönüşümü sonucu komutlara bağlı iletişimden bahsetmiş olması ile elde edilen veri örtüşmektedir.

Kategori 2.2. Torunu ve Bakım İhtiyacını Anlama kategorisi kod ve ifadeleri

KOD 10. *Torunun huzursuz davranışlarından anlaşılır.*

(Ağlama, saklanma, çömelme, kıvrılma, yalancı memeyi hızlı hızlı çekme, oyunu bırakma)

- ✓ İhtiyaçlarını ağlamasından, huzursuzluğundan, kıvrılmasından, davranışlarından anlarım. (K7).
 - ✓ Davranışlarında huzursuzluk varsa tatlılıkla, üzmeden, bağırmadan, kızmadan, tehdit etmeden, hazır olduğunda söylemesine müsaade ederek, zorlama yapmadan sebebini öğrenirim (K2)
 - ✓ Yemek saati yaklaşmışsa huzursuzluğu, ağlaması bundandır derim. Yediririm susarsa tamamdır (K7).
 - ✓ Ayrıca halinden tavırlarından, uyuklayınca, yalancı memeyi hızlı hızlı çekince, oyunu bırakınca anlardım bakım ihtiyacı var. Kaka yaptıklarında da anlardım. Gider saklanır ve çömelirlerdi saklandıkları yerde (K9).
 - ✓ Huzursuz olur çocuk. Eşime derim ki bak bu çocuğa da bir şey ister (K14).
- KOD 11. *Torunun kontrol edilmesi ile anlaşılır*
- ✓ *(Bez kontrolü, saat kontrolü. Mimik kontrolü, koku kontrolü, ses tonu kontrolü)*

- ✓ Bakım ihtiyaçlarını bezini sık sık kontrol ederek, yemek, meyve saatleri var bu saatler geldiğinde anlar uygulamam. Oyun saati de var. Gelince oynamasına müsaade ederim (K3).
- ✓ Yüzünden anlardım. İhtiyaç giderme sürelerine göre ağlama nedeni yorumu yapardım. Bezi varken, yoklarım. Doluluğuna bakarım. Bezi ellerdim. Kaka kokusu varsa anlaşılırdı (K7).
- ✓ Saat kontrolü yapardım. Bebek iken saatleri zamanında meyvesi, yemeği verilmesi önemli (K11).
- ✓ Çıkardığı seslerden ve ses tonundan ne istediğini anlardım (K3).
- ✓ İhtiyaçlarını mimiklerinden, ağlamalarından sevinçlerinden anlardım. ‘Anlamaya Niyetin Varsa Anlarsın’. Analarından daha çok anlardım (K13).

KOD 12. Görerek, dinleyerek, sorarak anlaşılır

- ✓ Torunlarımı anlamak için ne istediğini ne yapmak istediğini öğrenirim. Niyeti nedir anlamaya çalışırım. Onlar konuşurken dinlerim (K2).
- ✓ Dinleyerek görerek anlarım ihtiyaçlarını (K4).
- ✓ Bakım ihtiyaçlarını torunlarım olunca bana söylerler. Dinleyerek anlarım (K8).
- ✓ Göz bakışıyla bakım ihtiyaçlarını anlardım (K9).
- ✓ Sorunlarına, eksikliklerine baktığımda anlardım. Sorardım. Gayet benimle sorununu açık paylaşırdı (K11).

KOD 13. *Torun ihtiyaçları anlaşılmaz.*

- ✓ Ben anlamam (K10).
- ✓ Eşim ilgilenir ve anlar. Ben yardımcı olurum (K12).

KOD 14. *Öğrenilmiş yöntem ile anlaşılır*

- ✓ Bebekliklerinde bebek nasıl anlaşılma yöntemi varsa öyle davranırdım ve anlardım (K1).

Katılımcılar, torunlarının bakım ihtiyaçlarını huzursuz davranışlarından, gözlemleyerek, dinleyerek ve öğrenilmiş yöntemler yoluyla anladıklarını iki dedenin ise torununun bu ihtiyaçlarını anlamadığını belirtmişlerdir. Torunların fiziksel bakım ihtiyaçlarının ninelerince karşılandığı, dedelerin de torunlarının araçsal ihtiyaçlarına cevap verme konusunda daha fazla sorumluluk aldıkları anlaşılabilir olduğu bulgusuyla örtüşmektedir (Uğur, 2019) .

Kategori 2.3. Bakım Yöntemlerin Kaynağı kategorisine ait kodlar ve ifadeler

KOD 15. Bireysel yaşantılar ve zorlu yaşam koşullarıdır.

- ✓ Kendim öğrendim. 3 evlat büyüten insan nasıl öğrenmez!. Ben 10 yaşında iken ablam doğum yaptı. Çok kardeşlik biz (8 kardeş). Ben 4. Sıradaydım. Fakirlik vardı. Annem çok yavaştı yani bir işi bir türlü bütün gün bitiremezdi. Tarlaya giderdik. Hayvanlarımız vardı. Onları izlerdim. Kim bakacaktı bize kendi kendimize baktık. Kardeşlerime de ben bakardım, yedirirdim. Ayaklarına çorap bulamazdık çok pahalıydı. Eski kazakların kollarını keserdim. Elimde bir tarafını dikerek kapatırdım. Giydirirdim ayaklarına. Ablamın çocuğuna da doğurunca annem gönderdi beni 10 yaşımıdaydım. Ben baktım yedirdim. Oynadım. Kendi kendime öğrendim bakmayı (K1).
- ✓ Bu yöntemleri bize hayat öğretti. Hayattan öğrendik derken kendi yaşantımızdan demek isterim. Ben kendi evlatlarıma da bakardım. Sütlerini hazırlayıp, altlarını bile değiştirdim, uyuturdum. Eşim ve ben çalışırdık. Evde kim ise o çocuklara bakması

gerekirdi. Kendi kendimize yaşamaya çalışırdık. Aile büyükleri köyde yaşardı. Şehirde kim bakacak çocuklara kendi kendimize öğrendik yani (K2).

- ✓ Bakım yöntemlerini kendi çocuklarımdan öğrendim (K3).
- ✓ Kendi bildiğim yöntemlerden ilerledim. Kendimce doğru olanı yapmaya çalıştım (K6).
- ✓ Kendi kendime öğrendim. Tek başıma çocuklarımı yetiştirdim. Onlarla büyüdüm (K7).
- ✓ Kendi çocuklarımdan öğrendim... Tarih ve coğrafyayı ezbere bilirim ben. Çocuk ve torunlarım öğrenemediklerinde ben de öğrettirdim. Hep ben yapardım (K9)
- ✓ Ben 18'imde çocuk doğurdum. Kendi çapımda kendi çabamla öğrendim (K11).
- ✓ Kendimden öğrendim (K13)

KOD 16. *İçgüdülerdir.*

- ✓ İçgüdüseldir bakım olayı. Anne korumacılığı buna sebep (K7).
- ✓ Bu içgüdüseldir sanırım. Bakım yöntemleri kaynağımız, kendimizdir (K5)
- ✓ Çocuk bakımı içgüdüseldir bence (K11).

KOD 17. *Kaynak, yakın aile ya da akrabalaradır.*

(Eş, anne baba, gelin, kız kardeş/ abla, kardeş)

- ✓ Eşim nöbette olduğunda da bakacak kimse yoktu. Bana eşimin tarif ettikleri ile ben bakardım. Oradan çocuk bakımını öğrendim (K2).
- ✓ Kendi çocuklarıma bakmayı ise kız kardeşim öğretti. Çok yardımı oldu (K3).
- ✓ Aileden öğrendim. Aile derken anam ve babamdan (K4, K8).
- ✓ Annemden de öğrendim (K9).
- ✓ Bir gen abla (gelin abla) vardı. Ondan çocuklarıma bakmayı öğrendim (K11).
- ✓ Benden önce kardeşlerim evlendi ve amcaları olarak çocuk yeğenlerimin bakımına yardım ederdim. Oradan öğrendim bakımı (K12)
- ✓ Ailemizden öğrendik. Onlar ne yapıyorsa onu uyguladık (K14).
- ✓ Anam, nenemden öğrendim (K13).

KOD 18. *Komşulardır, öğretmendir, çevredir.*

- ✓komşular da bazen yardım ederlerdi (K2).
- ✓ Çevreden gördüklerimi yaptım. İçgüdüseldir bakım olayı. Anne korumacılığı buna sebep. Bilmediklerimizi çevreden izleyerek gözleyerek kendim öğrendim (K7).
- ✓ Bir oğlum hiperaktif ve davranışları problemli. Öğretmenlerinden ev içi aktivite ve ödev yaptırma programları isterdim ve uygulardım. Bu oğlumun çocuğu da böyle. Ona da uygulamam (K9).
- ✓ Çocuklarıma bakarken eskiden komşunun kızı gelirdi bana öğretmeye ve yardıma. Çocuklarım ta ki büyüsün ve otursun bu şekilde (K9).
- ✓ Öğretmenlerimden, çevremden öğrendim bakmayı. Okulda bahçemiz vardı. Sebze yetiştirirdik. Okula, zor durumdaki arkadaşlarımıza yardımcı olması için satardık bu yetiştirdiğimiz sebzeleri. İlkokulda yemek yapmayı, pasta kurabiye yapmayı öğrendik. Dikiş dikmeyi öğrendim. Bak şimdiki okullara! Bunlarla ilgili ne öğretirler! Hiçbir şey! (K13).

Nine ve dedeler torunlarına bakım yöntemlerini, bireysel yaşantılarından, geçmişteki zorlu koşullarla baş etme durumlarından, içgüdüsel olarak ya da yakın aile, akrabalarından dahası komşu, öğretmen gibi çevreden kaynaklanarak öğrendiklerini belirtmişlerdir. Çoban (2021)'in

da araştırmasında belirttiği gibi, ihtiyaçlar hiyerarşisine göre ve içsel güdülenme, zor durumda kalındığında, mecbur olduğunda insanların gizil yeteneklerini kullanarak, öğrenmiş olduklarını da ekleyerek çözümler bulmakta, gereksinim duyulanı karşılamaktadır.

Kategori 2.4. **Besleme** kategorisine ait kodlar ve ifade örnekleri

KOD 19. *Besleme nine işidir*

- ✓ Bunlarla eşim ilgilenir ben de ona yardımcı olurum (K2, K4, K8, K12)
- ✓ Eşim yapıyor (K5, K10, K14)

KOD 20 *Oyunla yedirilir*

- ✓ Çocuğun anlayacağı şekilde direnç gösterirse muziplik yaparak oyuncaklar göstererek yedirir içirirdim (K1)
- ✓ Yedirmede hiperaktif oğluma kutu içine kutu koyup en içe boncuk ya da oyuncak koyardım. Çocuk açana kadar yedirirdim (K9)

KOD 21. *Saatle ve belirli düzen içinde yedirilir.*

- ✓ Ağzımı aç derim saati geldiğinde yediririm. Yedirmeyi kendi masası var orada yediririm. Tek benimle olduğunda önce torunumu yediririm sonra biz masaya oturup yemeğimizi yeriz. Ancak oğlum ve gelinim de geldiğinde torunum da birlikte masaya otururuz. Annesi onu yedirir hem kendisi de yer (K3).
- ✓ İhtiyacına göre düzenli ve saatinde. Düzenli derken üç ana üç ara öğün olacak şekilde ve mutfakta yemek yedirdik. Oturma odasında yemek yenmez. Torunumun kendi sandalyesi vardı hep beraber masaya oturulur. Yemeğe öyle başlanır. Bu hep böyle. Torunum bunu çok iyi öğrendi. Bir gün bir tek ben masaya oturmam ve torunum yemeğe başlayacak olanı uyardı. Daha nenem oturmadı diye. Öğrenmiş (K6)
- ✓ Büyüdüklerinde yemek saati masaya oturturum yemeklerini önlerine tabaklarına koyarım kendileri yerler. Yemek az kaldı ise tabaklarında ve mızırdanırlarsa dedeleri yedirir onları. Yemezse yine zorlama yapmayız. Zorlasak ne olacak? Sinir olacağız! Bunu mu yaşayalım! (K7)
- ✓ Ne yaparsam hepsi yedi. Mutfakta yerlerdi. Masada otururlardı ve her yemek masada olurdu. Düzene sokardım onları. Yemek yendikten sonra TV odasına gidebilirlerdi. Ders ödev varsa TV öncesi yapılırdı sonra TV (K11).
- ✓ Yiyeceklerine ben karar verirdim. Sebze çorbası hep vardı. Evdeki imkâna göre onu pişirirdim. Ben de onu yerdim. Beğenmediğim hiçbir şeyi onlara yedirmedim. Süt içirirdim (K13).
- ✓ Doyurmadan bırakmayacaksın. İki yumurta verirdim kahvaltıda gün boyu tutardı çocukları. Oyunla tabaklarını bitirene kadar tabağını sıyrana kadar yedirirdim. Tabağına tabi ki çocuğun yiyeceği kadar koyardım. İlk günün yemeğini denerdim. Yemezse zorlamazdım başka yemek yapardım. Bebek iken iki saatte bir sabah öğlen akşam ara öğünleri hiç atlanmazdı. Acıktıklarında huzursuzluk yaparlardı. Anlardım. Her şeylerini vermeye çalışırdım dondurmalarını, muhallebilerini de ihmal etmezdim. Yanlarında su termosu getirmezlerse oturdukları yere çarpıp dökmeyecekleri şekilde su dolu bardak konulur. Sularını ihmal etmezdim (K9).

Kategori 2.5. **Vücut Isısını Koruma** kategorisine ait kodlar ve ifadeler

KOD 22. *Vücut ısını korumayı nine yapar.*

- ✓ Bunlarla eşim ilgilenir ben de ona yardımcı olurum (K2).
- ✓ Eşim bilir ve yapar (K5, K8, K10, K14).
- ✓ Eşim ilgilenir (K12).

KOD 23. *Korumada uyulacak koşullar vardır.*

- ✓ Vücut ısısını kontrolünü her koşulda yapardım. Çok sıcaksa soyardım. Terlerse değiştirdim kıyafetlerini, üşürse giydirdim. Bazen görürüm soğuk hava ve çevredeki anneler bebeklerinin ayağına çorap giydirmezler. Olmaz soğukta çorap giydirmezsen olmaz (K1).
- ✓ Yaz ve kış aylarında giysilerine özen göstermek (K6).
- ✓ Vücut ısısını korumak için; üşümesin diye hemen sıcak tutarım. Sıcak havada ince giydirim. Çıplak gezdirmem. Edep yönünden uygun değil çıplak gezdirmek (K7).
- ✓ Kış ise soba, güneş var ise soba söner güneş almaları sağlanır. Güneşe çıkarırım çünkü güneş sobadan daha önemlidir. Hava durumuna göre giydirim. Yazda çok sıcak olduğunda portatif havuzları vardır. Benim kontrolümde ve gözetimimde bu havuzda yıkanır (K9).
- ✓ Vücut ısısını korumak için güzel giydirdim. Kışta kalın, elde işlediğim yün kıyafetleri giydirdim. Yazda atlet, şort giyerlerdi (K11).
- ✓ Mevsime göre yapardım (K13).

KOD 24. *Korumak için ısı durumunu anlamak gerekir*

- ✓ Vücut ısısını çocuk kucagındadır anlarsın. El yordamıyla kontrol edersin (K1).
- ✓ Elcikleri, ayacıkları, yanacıkları soğuk mu bakarım. Soğuksa daha çok giydirim. Alnına da bakarım soğuk mu? Soğuk olup olmamasını temas ederek dokunarak anlardım ellerimle. Terlediğinde saç dipleri saçları ıslanır. Sıcak aldı demektir. Üzerindeki giysilerini hafifletirim. Kalınsa inceltirim. Terden ıslanmışsa değişirim başka giydirim (K3).
- ✓ Giyim kontrol edilir (K4).
- ✓ Takip ederim. Kendim üşürsem o da üşür derim. Hatta o küçüktür benden daha çok üşür derim ve ona göre giydirim. Üşüdüğünde eli ayağı buz keser. Söyler de üşürüm diye. Terledi mi yüzü gözü arkası ıslanır. Çocuk bazen sıcak aldım der. Duyarım (K7).
- ✓ Kendi vücut ısılarını fark edip, anne (nine) sobayı yak, battaniye getir bize derlerdi (K11).
- ✓ Ben kendimi alırdım. Hasta olduğunda alnından öptüğümde sıcaklığını anlardım. Hemen dereceyi koyardım. Sıcak aldığında torunum huysuzlanırdı. Hareketi yavaşlardı ya da hareket etmezdi. Anlardım. Üşüdüğünde ise titrerdi, büzüşürdü, üşüdüm derdi (K13).

Kategori 2.6. **Günlük Hijyen ve Vücut Temizliği** kategorisine ait kodlar ve ifadeler

KOD 25. *Hijyenik uygulamalar ninenin işidir.*

- ✓ Bunlarla eşim ilgilenir ben de ona yardımcı olurum (K2).
- ✓ Ninesi yapar (K4, K5, K14).
- ✓ Alt değişmem. Eşim yapar (K8).
- ✓ Eşim bilir yazda portatif havuz kurardı torunlara. Yıkanırdı çocuklar (K10).

KOD. 26. *Hijyen sağlamada uyulacak koşullar vardır.*

- ✓ Eşim yıkamada bir kez yardım etti. O kadar. Oturduktan sonra çocuklarım hep ben yaptım (K9)
- ✓ Her zaman temiz tutardım. Kirlenmişse bekletilmeden temizlerdim. Banyo; Sıcak ortamda yapılır. Yazda kolay temizlik işi. Duş aldırılır. Kışta silme banyo ile temizlenir (K1).
- ✓ Temizlik için sürekli ıslak mendille temizlerim... Boydan yıkamayı daha yapmadım. Islak mendille silerim. Babası yani oğlum geldiğinde iki defa yıkadı ben de havlu tuttum yardım için (K3).
- ✓ Su ve sabunla her kirlendiğinde, banyosunu bebek şampuanıyla yaptırırım (K6).
- ✓ Kirlendiklerinde gidip lavaboya yıkarlar ellerini ağızlarını su ve sabunla. Kendileri yıkamazsa ben yıkarım onlara takip ederim yıkadılar mı diye!(K7).
- ✓ Günlük temizlikleri su ve sabunla yaptırırdım ya da ben yıkardım. Islak mendil sadece misafirlğe gittiğimizde kullanırdım. Vücut tam yıkamasını anneleri yapar. Torunlarını anneleri temiz getirirdi. Ben mecbur isem yıkadığım oldu. Bebek şampuanıyla tabi ki (K9).
- ✓ 13 yaşında torunum var artık o kendi yıkanır. Utanır ben yıkarsam. Okuldan hemen sonra eve geldiklerinde sabun ve su ile ellerini yıkayıp silip, üniformalarını çıkarırlardı. Yemek masasına otururlardı (K11).
- ✓ Benim torunlar kız. Saçları uzun. Yıkayıp tarayıp kuruturum sabırla. Uzun saç kız çocuklara yakışır (K12).
- ✓ Temizlik yedirdikten sonra, önce silinirdi. İlk tülbentle ıslatıp silme, kirlendiğinde sıvı sabunlu su ile silip, üstüne durulardım. Kaka sonrası popo yıkanırdı. Yaz ya da kış (K13).

KOD 27. *İhtiyaç kontrol edilmeli ve anlaşılmalıdır.*

- ✓ ...ayrıca kirli ise çocuk huzursuz olur (K1).
- ✓ Altını (bezini) kontrol ederim kirliyse, bez dıştan sarkmış görünürse, koku varsa değiştirim. Bez ağırlaşır kirli olduğunda ondan anlarım. Küçük olduğu için her yere dokunur. Duvarlara yerlere. Yerlere yatır oyun için nasıl temizlemeyim! (K3).
- ✓ Terlediklerinde top sonrası yıkardım onları. Ben yıkardım büyüyene kadar. Bebekken, bezini açıp bakardım. Açmadan da fark etmişsem temizlerdim. (K11).

KOD 28. *Hijyen sağlanmazsa olabilecekler zararlıdır.*

- ✓ Altı bekletilirse pişik olur, diğer kirler bekletilirse üzerine sinekler gelir ya da kurur yemek artıkları ve çocuktan çıkarılması zorlaşır. Temizlik yapmazsam çocuk biçilir (pişik olur). Elini yüzünü silmezsem mikrop kapabilir hasta olabilir (K3).
- ✓ Temizlemezsem kızaracaklar. Temizlikle ilgilenmezsem biçilirler (K11).
- ✓ Yıkamasaydım çocuk biçilirdi (pişik olurdu). Niye biçilmesine sebep olayım ki ya da kimyasal popo pişik kremlerini mi kullanmak zorunda olayım! Temizlemezsem bunlar olacak çünkü (K13).

KOD 29. *Hijyen ihtiyacı güvenli şartlarda sağlanmalıdır.*

- ✓ Banyo yapmalarına ben yardımcı olurum. Hatta banyonun içine iki tabure koyarım. Birine onu oturturum diğerine kendim kıyafetli otururum. Kayar düşer bir şey olur çocuk bırakmam tek başına (K7).
- ✓ Küçükken elciklerini tülbentle silerdim büyüyünce, lavaboda tokmağa (az basamaklı küçük merdiven) çıkarıp ellerini detaylı yıkardım (K13).

Kategori 2.7. **Uykusunu Sağlama** kategorisine ait kodlar ve ifadeler;

KOD 30. *Uyku işlemini ninesi sağlar.*

- ✓ Bunlarla eşim ilgilenir ben de ona yardımcı olurum. Eşim bunu tut, burayı böyle yap bu şekilde olacak der ben de uygularım. Asıl bakım veren eşimdir zaten. (K2).
- ✓ Eşim bilir ve yapıyor (K5, K8, K10, K14).

KOD 31. *Uykunun sağlanmasında belli koşullar vardır.*

- ✓ Bir torunum gezerek uyurdu. Onda biraz zorlandım. Sıcak havada çocuk arabasına koyup gezdirirdim ve anca uyurdu (K1).
- ✓ Sistemli bir şekilde uygulandığında hiç sıkıntı olmuyor. Çok rahat geçmiştir (K6)
- ✓ Gece kalacaklarsa en geç 9.30da uyurlar. Uyumaları da hep oturma odasında. Yukarıdaki yatak odalarına çıkarmam. Merdivenlere de kapı yaptırдыm. Yukarı çıkamamışlar oyun ederler çıkıp inme ile ve başlarına kaza gelir sonra (K7).
- ✓ Bir diğer torunum kucakta uyur. Öyle uyurdu başka şekilde uyumazdı (K9)
- ✓ Uyku uyumazlardı gündüz pek. Çok az. Yarım saat günde ancak (K13).

KOD 32. *Torun saati geldiğinde kendisi sağlar.*

- ✓ Uyku saati geldiğinde uyur (K3).
- ✓ Uyku vakti gelir uyur (K4).
- ✓ Kanepeye uzanıp uyurlar. Uykuları geldiği zaman (K7).
- ✓ Çocuklar (torunlarım) uyukladıklarında kendi bebek arabalarına yerleşirlerdi (K9).
- ✓ Kendileri çıkıp yukarıya yataklarına yatırlardı. Küçükken ben koyardım yatağa (K11)

KOD 33. *Uyku olduğu anlaşılmalıdır.*

- ✓ Uykusu geldiğinde huysuz olur. Yaramazlık yapar. Uykusu geldiğini anlarsın (K1).
- ✓ Benim anlayacağım uykum var mesajı verirdi. Bu mesaj şöyle bir şey. Komşumuz A.'ya bir keresinde çok huysuzluk yaptığında onun da torunu benimki ile yaşıt olduğundan, bebek arabasıyla oraya gitmiştik. Yolda giderken uyuya kalmıştı. Bu torunum her uyukladığında A'ya gidelim der. Uykusunun geldiğini böyle anlarım (K9).
- ✓ Uykuları geldiğinde huysuzluk yaparlardı (K11).

Nine ve dedeler torunlarının beslenme, uyuma, oynama gibi gereksinimlerinin karşılanmasında öncelikli çocuğun ihtiyacının izlemekle, gözlemekle, çocuğun verdiği sözel olmayan mesajları okumakla, anlaşılması gerektiğini, bir düzen içinde saati saatine, sistemli, uygun yapılmasının yani bir rutin olması gerekliliğini belirtmişlerdir. Her ihtiyacın karşılanması için de güvenli tehlikesiz çocuğun yaşına ve cinsiyetine uygun materyallerin de kullanılarak karşılanması gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu ifade edilen deneyimler ışığında bir çocuk bakımının anahtarının çocuğa odaklanıp, onu anlayıp gerek duyduğu ihtiyacı net olara fark edip o şekilde karşılanması gerektiğini düşündürmüştür.

Kategori 2.8. **Oyun ve Çevreyle İletişimi Sağlama** kategorisine ait kod ve ifadeler

KOD 34. *Oyun ihtiyacı anlaşılmalıdır.*

- ✓ Bebekken hareketlerinden mimiklerinden, ses tonundan anlardım. Büyüdük sonra oyuncak verir, konuşun (K1).

KOD 35. *Torunun nitelikleri dikkate alınarak sağlanır.*

- ✓ Yaşına göre her şey yapılırdı (K1)
- ✓ Yaşına uygun her şeyi uygulamaya çalışıyoruz. Küçükken bebekle, arabasıyla, büyükken arkadaşlarıyla oyun oynamasına dikkat ederiz (K2).
- ✓ Şarkı müzik çaldığında eşlik eder. Tam söyleyemez ama ses tonunu yapar. Dans eder müzikle. Eline değnek parçası alır. Davul çalar gibi bir yerlere vurup tempo yapar (K3).
- ✓ Kendi yaşına uygun hafıza oyunları oynuyoruz (K6).
- ✓ Kızla bebek oğlanla top oynama. Herkesin ilgi alanına göre oyunlar oynanırdı (K13).

KOD 36. *Nine ve dede nitelikleri dikkate alınarak sağlanır.*

- ✓ Oyun saati geldiğinde oyun gösteririm, birlikte oynarız, sonra kendi oynar (K5).
- ✓ Matematiğim iyidir. Torunlara ödevlerinde matematik konusunda ben yardımcı oldum. Anlamadıklarını oyunla öğrettim. Birlikte ders yaptık oturma odasında (K12).

KOD 37. *Torun oyununa nine/dede de katılarak sağlanır.*

- ✓ Başka çocuk yoksa ben saklambaç, top ya da bebek torunlarımla oynadım (K1)
- ✓ Evde nenesi ile oynar (K4).
- ✓ Ben oynarım onlarla. Zekâ oyunları aldım. Kendileri kurar. Dışarıda top oynarız. Salıncağa koyarım sallarım. Sohbet ederim onlarla. ‘Anlatın ne yaptınız köyde!’ Derim. Anlatırlar. Karşılıklı masallar anlatırız. Uydururlar masalları dinlerim (K7).
- ✓ Birlikte oynarız. Salıncak var bahçemizde sallarım. Top oynarız (K8).
- ✓ Arkadaş olarak bazen beni seçerler ve oyun oynarız. Erkek torunlarım var ve benden birlikte oynamayı isterler. Parkta beni kaydırdıktan kaydırmayı severler (K9).
- ✓ Torunlarla, oynarım. İp atlama, top, saklambaç gibi... Torunlarım kızdırlar. Oyuncak bebek misafircilik de oynadık (K11).
- ✓ Oyun evde oynardık. Ben de oynardım onlarla. Oyun kurardık. Komşu olurduk. Misafir olurdu. Beni ağırlarlardı. Ben seramik kursuna başladım ve haftanın belli günlerinde torunumla giderim. O da yapar. (K13)
- ✓ Eşim yemek yapana kadar oyalardım ve oynardım torunla. Bırakmaz nenesini sonra iş yaparım (K14).

KOD 38. *Oyun güvenli ortamda sağlanır.*

- ✓ Komşu çocuğuyla oynamasına müsaade eden ancak yanında olun. Kesinlikle yalnız ikisini bırakman bir aksilik olmasın diye. Ne de olsa ikisi de çocuk (K1).
- ✓ ...hatta portatif havuza ben de girdiğim oldu onları korumak adına. Çok beğendiler (K9).
- ✓ Arada sırada gözetirdim torunları oynarlarken (K10).
- ✓ Bisiklet sürdüklerinde yanlarında giderdim (K11).

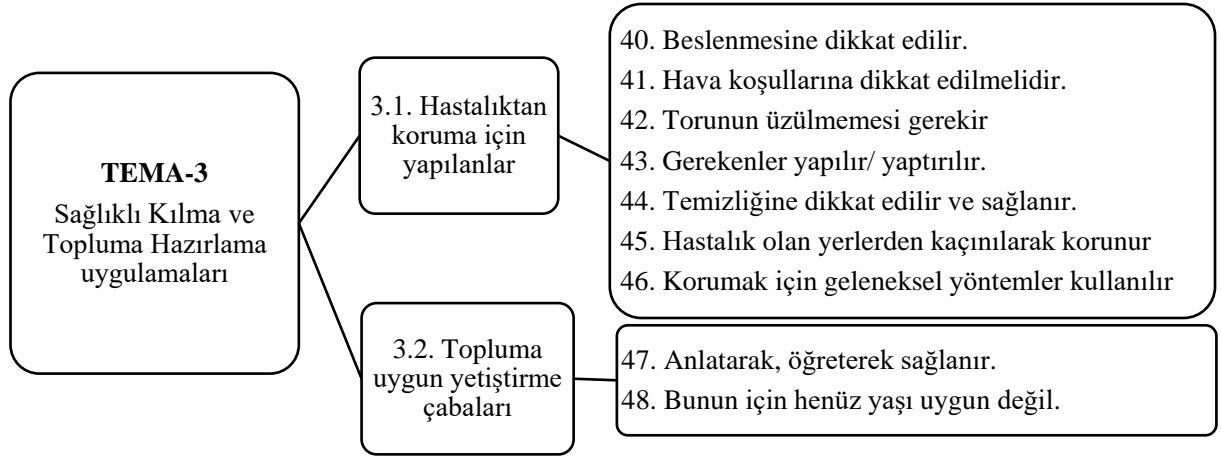
KOD 39. *Çevre ile ve sosyalleşmesi için sağlanır.*

- ✓ Komşulara gezmeye gideriz (K4).

- ✓ Oyun oynamasına özenle dikkat ederiz. Ancak sosyalleşsin ya da oynasın diye baskı yapmam, böyle sosyalleşme olmaz. Baskı yaparsan çocuk asi olur sonra (K2).
- ✓ Çocuk parkı yakındır oraya götürürüm. Komşu çocuklar var (K5).
- ✓ Belirli saatlerde oyun parklarına götürürüm (K6).
- ✓ Komşu çocuklarıyla oynarlar.. Oyun, sosyalleşme çok önemlidir. Diğer çocuklarla kavga etmezlerdi. Bir tanesi oyuncaklarını alan başka bir çocuğa hiç kendi oyuncağını almak için girişim yapmadı. Haklarına çıkmayı kibarca öğrettim. (K9).
- ✓ Mahalledeki bütün çocuklara giderdik. Aynı yaş grubuna. Yaşıt olanlara giderdik (K13).

Torunlarının oyun ve sosyalleşme ihtiyaçları konusunda, torunun gereksinimi çocuğun ilgisine, nine dedenin konutunun iç bahçeye sahip olmasına, tehlikesiz olmasına göre karşılandığı ifade edilmiştir. Özellikle sosyalleşmek ve çevre ile iletişimi güçlendirmek adına yaşıt olan komşu çocuklara gidildiğinde bile güvenli bir ortam ihmal edilmediği, hiç çevrede başka çocuk yoksa oyun ihtiyacını kendileri oyuna katılarak karşılanmasını sağladıklarını ifade edişleri dikkat çekicidir. Oyunun, bir çocuğun yaşamakta olduğu dünyayı ve çevresini tanımasını, öğrenmesini sağlayan bir araç olduğunu belirten Uskan ve Bozkuş (2019), oyunun çocuğun en ciddi uğraşısı olduğu ve gelişmesinde elzem bir önemliliğe sahip olduğu vurgulanmaktadır. Günümüzde çocukları ile birlikte etkileşim halinde oyun oynayan, oyunun çocuğun gelişiminde önemini kavrayıp uygulayan ebeveynlerin sayısının azaldığını düşündürmüştür.

Nine ve dedelerinin torunlarına ilişkin ‘Sağlıklı kılma ve topluma hazırlama uygulamaları’ temasına ilişkin kategori ve kodlar, Şekil 2.’de verilmiştir.



Şekil 2. Tema-3. Sağlıklı kılma ve topluma hazırlama uygulamalarına ilişkin kategori ve kodlar

Tema-3 ‘Sağlıklı kılma ve topluma uygun birey yetiştirme çabaları’ na ilişkin kategoriler, ilişkili kodlar ve nine ve dedelerin ifadeleri;

Kategori 3.1. **Hastalıktan Korumada Yapılanlar** kategorisi kod ve ifadeleri

KOD 40. *Beslenmesine dikkat edilir.*

- ✓ Yemesine meyvesine dikkat ederim (K1).
- ✓ Yiyecekleri, giyecekleri tamam olacak (K2).
- ✓ Yemeklerine dikkat ederim. Meyvelerini, yemişini yemesine özen gösteririm (K3).

- ✓ Gıdasına dikkat ederim. Mevsimine göre meyve, sebze... (K6).
- ✓ Beslenmelerine dikkat ederim. Polen, birer küçük kaşık bal veririm. Bunların torunlarımı güçlendireceğine inanırım. Kendimce yararlıları veririm (K7)
- ✓ Yemeklerini yiyecekler (K8).
- ✓ Gereken beslenmesini sağlama, pekmez, portakal suyu ile bağışıklık sistemini güçlendiririz. Güçlendirecek beslenmeyi. Kendi çocuklarımda da öyleydim (K9)
- ✓ Kahvaltı güzel olmalı. Meyve, yemekleri, yoğurduna kadar tam olmalı. Salataları da önemli. Sütlerini içirdim (K11)

KOD 41. *Hava koşullarına dikkat edilmelidir.*

- ✓ Kışta yazlık giydiremem ya! :) Ne gerekirse yapacağız (K2).
- ✓ Kış dönemi sıcak tutma ve temizliğe alıştırma gibi (K5)
- ✓ hava şartlarına göre giyinmesini sağlarım (K6).
- ✓ Terliklerini ayaklarından çıkarmayacaklar (K8).
- ✓ve dış koşullara uyumunu sağlama (K9).
- ✓ Dikkat ederim. Mevsimine göre giydirme. Hava berbat ise dışarı çıkarmazdım (K13).

KOD 42. *Torunun üzülmemesi gerekir.*

- ✓ Anneyi özlediği zamanlar olurdu. Ne kadar yardım edebilirsem yapardım. Konu değiştirirdim ortam değiştirirdim üzülmesin diye. Sonuncu ve tek erkek torunumda sorun yaşadım. Hep anneyi özlerdi (K1).

KOD 43. *Gerekenler yapılır/ yaptırılır.*

- ✓ Gereken her şeyi yaparım. Sihatli, sağlıklı yaşaması için her şey (K2).
- ✓ Aşıları ve genel doktor kontrolleri yaptırılmasına özen gösteririm. Oğluma söylerim. Uyarırım (K4).
- ✓ Serbest bırakırız. Tedbir abartılı almayız. Sadece gereğini yaparız. Aşırı koruma yok (K9).
- ✓ Sağlıklı büyümeleri önemli tabi. Eşim ve ana babaları baksın doğru düzgün (K10).
- ✓ Vakitlidir her şeyi. Gereğini yaparım (K3).
Eşim gereğini yapar. Görürüm (K12, K14).

KOD 44. *Temizliğine dikkat edilir ve sağlanır.*

- ✓ Temiz bırakırım çocuğu. Vakitlidir her şeyi. Yaparım. (K3)
.....temizliğe alıştırma gibi (K5)

KOD 45. *Hastalık olan yerlerden kaçınılarak korunur*

- ✓ Gripli birini çocuk varken eve almazdım. Hastalık olan yere gitmezdim. Okula başlayınca hastalıkları durduramadık. Koruyamazsın okulda. (K13).

KOD 46. *Korumak için geleneksel yöntemler kullanılır.*

- ✓ Polen, birer küçük kaşık bal veririm. Bunların torunlarımı güçlendireceğine inanırım. Kendimce yararlıları veririm (K7).
- ✓ Ayrıca bir şey olmasın diye ovardım onları. Ovmak için vicks ya da zivaniya (yerel bir içki) kullanırdım (K11).

Nine ve dedeler sağlıklı kılmada, torunlarının beslenmesine, hava koşullarına göre giyimlerine, çocukların üzüntü yaşamamalarına özen gösterdikleri ayrıca, gerektiği kadar

koruyucu olmaya özen gösterdikleri, temiz olmanın hastalıktan koruyucu bir yaklaşım olarak sergiledikleri görülmüştür. Toplumda uygun birey yetiştirmede ise sabırla, sevgiyle, tekrarlar anlatarak ve öğreterek sağladıklarını ifade etmişlerdir.

Kategori 3.2. Toplumda Uygun Birey Yetiştirme Çabaları kategorisine ait kod ve ifadeler;

KOD 47. *Anlatarak, öğreterek sağlanır.*

- ✓ Usulünce anlatırdım. Gelen misafire nasıl davranacağını anlatırdım. Gelene hoş geldin, gidene güle güle demesini söylerdim. Çevreye saygılı olmayı öğrettim (K1).
- ✓ Önce ailesine sonra çevreye saygılı olmasını öğretirim (K2).
- ✓ Büyüyünce önce insanları sevsin, saygılı efendi olsun, derslerine çalışsın. Bunları öğretirim (K3).
- ✓ Torunuma kendi bildiklerimi aktararak sağlarım (K5) Her zaman saygılı ve dürüst olmasını öneririm (K6).
- ✓ Dürüstlük, edepli olması, karakterinin iyi olması çok önemlidir benim için. Çalışkanlık iyidir ancak puan odaklı değilim ben. Kişiliği önemlidir. Toplumda karakter sahibi olmalı, bir duruşu olmalı insanın. Torunlarımda ve çocuklarımda bunu gözetirim. Torunum bu gözetiklerimi sergilemediyse dışlamam çocuğu. Sevgiyle toparlamaya çalışırım. Bunu yapmazsam eğer ve iteklersem çocuğu, çocuk yaptığı yanlışla koşacaktır. Bunu neden yapayım ki! Bu mu doğru Allah aşkına! (K7).
- ✓ Doğru şeyleri öğretiriz. Yanlış yapmalarını söyleriz. Büyüklere saygılı olsunlar (K8).
- ✓ Terbiyeli, saygılı, bağırması, büyüklere saygılı olsunlar, HATIR ELLİ olsunlar. Nasılsın diye misafirlere sorsunlar. Güler yüzlü olsunlar. İyi yetiştirdik böyle davranırlar (K11).
- ✓ Sorun yaşamadık. Bildiklerimizi öğretiriz hepsine. Saygılı olsunlar. İnsanları sevip sayınsınlar (K12).
- ✓ Anamdan öğrendiğimi öğrettim. Kıbrıslı olmaları için ne gerekirse yaparım. Ne konuşmamı bozarım ne değişirim ne de farklı bir uygulama yaparım. Kıbrıslı olmaları için Kıbrıslıca kelimelerimizi öğretirim. Managül (oje), ekşi (limon), potin (ayakkabı), piron (çatal), peşkir (havlu) ... gibi öğrensın (K13).
- ✓ Saygılı olsun, sevsin ve saysın isterik. Kıbrıslı olduğunu bilecek (K14).

KOD 48. *Bunun için henüz yaşı uygun değil.*

- ✓ Yaşı daha ufak (K2)



Şekil 3. Tema- 4 Bakım ortamı ve katılımcının bakımdan etkilenme durumlarına ait kategori ve kodlar

TEMA-4 ‘Bakım Ortamı ve Katılımcının Bakımdan Etkilenme Durumları temasına ilişkin kategoriler ve ilişkili kodlar (Şekil 3.) altında katılımcı ifadeleri

Kategori 4.1. **Ortam Koşulları** kategorisine ait kod ve ifadeler;

KOD 49 *Temiz, ferah ve tehlikesiz olmalı.*

- ✓ Rahat, temiz güvenli hiç engel yok (K1).
- ✓ Torunlarım temiz ve ferah ayrıca iç açıcı bir yerde bakım aldılar ve hala almaktadırlar (K2)
- ✓ Torunumun rahat bir ortamda vakit geçirebilmesini sağladım.(K5)
- ✓ Öncelikle hijyen, havalandırılmış bir yer olmalı (K6).
- ✓ Temiz olmalı, emniyetli olmalı (K 7, K13)
- ✓ Bakım yeri hijyenik, temiz ve tehlikesiz olmalıdır (K9)
- ✓ Bakım yeri olarak ayrı odaları olmalı, temizliği önemli, pislik olmayacak, havalı olacak (K11).

KOD 50 *Toruna uygun ve güvenlik önlemleri alınmış olmalı*

- ✓ Ortam konusunda deneyimim yok ancak toruna uygunluğu konusunda bilgim vardır (K4)
- ✓ Torunlar küçük iken ilaçlar, bıçaklar, yukarıya konulurdu. Hele masa üstünde BİÇAK bırakılmaz! (K7).
- ✓ Konutun zemin (müstakil) olması. İkinci kata çıkmalarına izin vermem. Yüksek yere çıkmamalıdır (K8).

Kategori 4.2. **Bakım Verilen Konut Bölümleri** kategorisine ait kod ve ifadeler

KOD 51. *Konut içi ve dışı bölümler*

- ✓ Hiç sorun yok. En çok bakım verdiğim yer evde salon (oturma odası), evin bahçesi, mutfak (K1).
- ✓ Ben daha çok salonda torunlarla oldum. (K2, K14).
- ✓ Ortamla ilgili hiç sorun yok. Torunuma en çok salon ve evin bahçesinde bakarım. Top oynar çocuk bahçede. Oynayınca beni de rahatlatır. (K3)

- ✓ Salon en çok bakım için kullandığım yerdir. Daha az olmak üzere mutfak ve bahçe de sık kullandığım yerlerdir (K6, K7, K9)
- ✓ Torunlar en çok salonda, bahçede ve mutfaktadırlar. (K11)
- ✓ Salonda ve bahçede olurdu torunlar en çok. (K8, (K12, K13)

KOD 52. *Konut odası içindeki özel bölümde verilir.*

- ✓ Oturma odasında özel bölgesi vardır. Orada oynar. Onun oyun alanına saygı gösteririz (K5)

KOD 53. *Ev ahalisi nerede ise orada bakım verilir.*

- ✓ Torunum biz nerede ise orada olurdu (K6).

Katılımcılar, torunlarına bakımı, toruna uygun, tehlikesiz, temiz, ferah bir ortamda, en çok oturma odası, mutfak ve konutun iç bahçesinde verdiklerini iletmişlerdir. Güvenlik açısından çocuk bakımının yol seviyesine paralel olan müstakil ortamda verilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır. Bahçesi olmayan evlerde verilen çocuk bakımının ihtiyaç karşılanması konusunda eksik bırakan bir bakım olduğunu düşündürmüştür. Evlerinin bahçeleri olmasına karşın bu nine ve dedeler, torunlarını ayrıca yakın mesafedeki parka da düzenli götürüp torunlarının gelişimini desteklemeleri dikkat çekicidir.

Kategori 4.3. **Kendi Yaşam Etkilenmeleri** kategorisine ait kod ve ifadeler

KOD 54. *Yaşamımı olumlu etkiledi.*

- ✓ Hiçbir şey. Çok mutluydum. Çok iyi etkiledi hayatımı. Hayat verdi, huzur verdi, hala daha öyle (K1).
- ✓ Torunlar sayesinde daha ağır başlı oluyoruz. Torunların konularını kavramayı öğreniyoruz. Torunlarımız önemlidir (K2)
- ✓ Gayet güzel etkiledi. Çocuklarımın, kendi çocuklarının olmasının güzellikleri içerisinde kendime bir sorun yaratmam (K5).
- ✓ Bakım çok sorumluluktur. Allah'ın sana verdiği bir hamuru şekillendirmektir yetiştirmek. Güzel yetiştirmişsen benim için güzel bir olay (K7).
- ✓ Canlılık olur. Yaşamımı etkilemedi. Severim çocukları (K8).
- ✓ Hiç değişmez. Çocukla gideceğim yere götürürüm. Komşuya, bankaya, markete nereye gideceksem hiç sorun olmaz. Kahve içmeye gideceksem kahve yapılan kadar gezdiririm çocuğu, Kahvemini içerken oyun oynar ve kalkarız. Kısa süreli komşuluk yaparım. Hiç tek başına bırakmam torunlarımı (K9).

KOD 55. *Yaşamımda olumsuz etkilenen durumlar var.*

- ✓ Kendimi unuttum. Aman iyi bakayım diye ben bazen yemek yemeyi unutturum (K3).
- ✓ Kendime daha az vakit bulurum (K4)
- ✓ Onun olmadığı zaman kendim için bir şeyler yaparım (K6).
- ✓ Torun habersiz getirilirse Bir yere gideceksem gidemem. Bir çocuğun gidemeyeceği yerler de vardır. Bir de kişisel yaşamda çocuğa odaklı olmak zorunluluğun olur (K7).
- ✓ Fedakârlık yaptık. Çok gezemedik. Arkadaş çevreme katılamadım. Mahaldekilerle kısa süreli ancak karışabildim (K11)
- ✓ İsteddiğini anında yapamazsın (K13).

Tablo 3. Tema-5 Bakımda zorlayıcı sebepler, bakım ve çözümlerinin kategori ve kodları

| | |
|--|---|
| 5.1. Zorlanılan durumlar | 57. Torunun hastalığı 58. Torunun söz dinlememesi 59. Bakım veren kaynaklı zorlanmalar 60. Zorlanılan bir durum yok |
| 5.2. Hastalık Durumunda Bakım ve çözümleri | 61. Hasta olma durumu anlaşılmalıdır. 62. Hasta olduklarında anne ya da nine bakım verir. 63. Sağlık profesyonelinin ilettikleri ve yaptıkları uygulanır. 64. Farmakolojik tedaviyi uygulama çözümleri 65. Hastalıkta farmakolojik olmayan iyileştirme uygulamaları |
| 5.3. Söz dinlememede baş etme yöntemleri | 66. Öfke, kızgınlık gibi olumsuz duygular yönetilir 65. Torunun rahatlaması sağlanır 68. Yanlış bildirilir, doğru davranış öğretilir. |

Tema-5. ‘Bakımda Zorlayıcı Sebepler ve Çözümler’ temasına ilişkin kategoriler ve kodlar (Tablo 3).

Katılımcı deneyimleri, kategori ve kodlarla ilişkili olarak şu şekildedir;

Kategori 5.1. **Zorlanılan Durumlar** kategorisine ilişkin kod ve ifadeler

KOD 57. *Hastalık durumlarında zorlanılır.*

- ✓ Hasta olduklarında zorlanırdım. Daha huysuz olurlardı. Üzülürdüm. Bakmaya devam ederdim (K1).
- ✓ Hasta olunca torunlarım rahatsız olurum. Doktora ben götürürüm. Huzursuzluğu hastalıktan değil ise gezmeye götürürüm. (K4)

KOD 58. *Torun söz dinlemediğinde zorlanılır.*

- ✓ Söz dinlemediğinde önce nedenini öğrenirim. Azıttıkları zaman olurdu. Bu durumlarda bizi zorlardı (K2).

KOD 59. *Bakım veren kaynaklı zorlanma olur*

- ✓ Gece bazen torun kaldığında beni yorar. Ben hastayım. Felç geçirdim hafif. Gece zorlanırım. Zorlandığım uykusuz kalmak (K3)
- ✓ Emekliyiz tahammülüm yok. Biz yaşıyoruz. Dinlenmek isteriz. Bazen zorlarlar (K8).
- ✓ Yorulurum ve bu yüzden bakarken zorlandığım olur. Uykumu alamazsam çok zorlanırım. Bir kişinin refleksleri azalınca torunu için tehlikeli demektir. İstese de tehlikesiz bakım yapamaz (K9)

KOD 60. *Zorlanılan bir durum yok.*

- ✓ Bakım yaparken zorluk çekmiyoruz. Çünkü eşim emekli hemşiredir. Deneyimleri çoktur (K2).
- ✓ Baktığım sürece zorlandığımı hatırlamam. Sistemli olduğu zaman her şey kolay (K6).
- ✓ Zorlanılan durum yoktur. Günümü onlara ayırırım. Bu yüzden zorlanmam. Yemeğim hazır ise hiç sorun yok zaten. Hazır olmasa bile bir yahni yemek ne kadar sürecektir ki soğanı soldur at yemekliğini içine bitti. Kendi pişer (K7).
- ✓ Hiç uğraşamam (K10).
- ✓ Yoktur. İyi ki torunlar var (K12).
- ✓ Zorlanmadım. (K13).

- ✓ Benim için zorluk yok. Aksine yaşam neşemdir (K14).

Katılımcılar, torun bakarken bireysel ihtiyaçlarını unutmama, kendilerine zaman ayıramama, arkadaş çevresinden uzak kalma, istediğini anında yapamama gibi durumlar olduğunu ancak bunların torun bakmalarına engel teşkil etmediğini aksine bu yolla torunlarıyla iletişim sağladıklarını, torunların konularına vakıf olmayı öğrendiklerini, onlarla birlikte yeniden doğmuş hissettiklerini belirtmişlerdir. Altan ve Tarhan (2018)'nin da belirttiği gibi, bilişim konuları ile ilgili yeni bilgileri nine ve dedeler torunları sayesinde öğrenmektedirler.

Kategori 5.2. **Hastalıkta Bakım ve Çözümleri** kategorisi kod ve ifadeleri;

KOD 61. *Hasta olma durumu anlaşılmalıdır.*

- ✓ Bir gün diğer torunum karnım ağrır derdi. Doktora başvursun annesi diye söyledim gelinime. Çocuğu götürdü doktora ve tahlil yaptı. İltihap çıktı. Dr. İlaç verdi (K9).
- ✓ Hasta olduğunda hareketleri yavaşlar, yorulur. Ateşi çıktığında kulakları kızarır. Kucağıma aldığımda fazla sıcak olurdu anlardım Her zaman torunlarımın idrarlarını ve kakalarını kontrol ederim. Hasta olup olmadıklarını bu şekilde anlarım. Kabız mı, kakası sümüklü mü, rengi nasıl kokar mı gibi (K9).
- ✓ Genelde annesi hastalıkta izin alır ve o bakar. Ben az baktım hasta olduğunda torunum. (K3)

KOD 62. *Hasta olduklarında anne ya da nine bakım verir.*

- ✓ Ateşi çıkarsa annesini ararım. Gelemeyecek ise izin alamazsa ben bakarım (K9).
- ✓ Hasta olduklarında buradaysalar bakarım. Anneleri hasta olduklarında ilgilenir. Doktora anneleri götürür (K7).
- ✓ Özelde öğretmendir kızım işten çıkamaz bazen. Hasta olsa bile çocuk. O zamanlar ben bakardım (K13).
- ✓ Nineleri ilgilenir (K5, K12, K14).
- ✓ Anaları, neneleri bakar (K8, K10).

KOD 63. *Sağlık profesyonelinin ilettikleri ve yaptıkları uygulanır.*

- ✓ Hasta olduğunu anladığımda eşimle hastaneye götürürdük. Ateşini ölçerdim hemşirelik yapardım (K1).
- ✓ Sağlık kurumunda doktorların verdiği reçete ve bilgileri uygularız (K2).
- ✓ Koltuk altına derece koyarım ölçerim ateşini. Doktor şurup verdiyse vaktinde içiririm (K3).
- ✓ Doktorun söylediklerine, talimatlarına uyarım (K4, K6).
- ✓ Hastalık durumunda annesinin doktor reçetesi ile verilecek ilaçları bana nasıl vereceğimi tarif etmesiyle verirdim (K9).
- ✓ İlaçlarını anneleri tarif ederdi. Buhar makinesi gerekirdi. Doktora götürdüğüm de oldu (K13).
- ✓ Hasta olduklarında çorbalarını yapardım. İlaçlarını verirdim. Annelerinin getirdiği doktor reçeteli ilaçları verirdim tabi ki (K11).
- ✓ Vücutlarında bazen kaşıntıları olur. Asit borik kullanırım sürerim eczacının söylediği şekilde kaşıntılarını geçiririm. Bir yerlerinde küçük yaraları varsa sıyrık

gibi biokadin, oksijenli su ile silerim. Yaralarını iyileştiririm. Geçiririm yaralarını (K9).

KOD 64. *Farmakolojik tedaviyi uygulama çözümleri*

- ✓ Şurupları içerirken zorlanırdım hasta olduklarında. Katardım şurubu bir yiyeceğe, içeceğe verirdim (K11).

KOD 65. *Hastalıkta farmakolojik olmayan iyileştirme uygulamaları*

- ✓ Hasta olduğunda dakika saniye bakarım (Çok sık kontrol ederim). Ateşi varsa elimi alınına koyarım (K3).
- ✓ Dinlenmelerini sağlardım (K9).
- ✓ İyi giydirdim. Evde geçirmelerini sağlardım (K11)

Katılımcılar torunları hasta olduğu zaman, anne ya da ninenin fiziksel olarak bakım verdiği, hastalık durumunda çocuğunun annesinin bakım vermesinin önemliliği, tamamının sağlık profesyonellerinden tedavi konusunda yararlandıklarını, ayrıca hastalık bakımında dinlenmeyi sağlama, beslenmede çorba tercih etme, derece ile vücut ısısı kontrol etme, giyimini kontrol etme gibi davranışlar sergilediklerini belirtmişlerdir. Gül (2019)'de hastalık anında verilen bakımlarda benzer yaklaşımları hemşirelerin icra ettiğine değinmiştir.

Kategori 5.3. **Söz Dinlememede Baş Etme Yöntemleri** kategorisi kod ve ifadeler;

KOD 66. *Öfke, kızgınlık gibi olumsuz duygular yönetilir.*

- ✓ Torunlarımın beni çok zorladığı durumlarda kendime hâkim olmaya çalıştım. Sakin olarak, kızmadan ve bağırıp çağırmadan anlamaya çalıştım. Söz dinlemediklerinde zor olur. Soğukkanlı ve mülayim olmak lazım (K2).
- ✓ Çok kızgınsam evden uzaklaşıyorum. Hayvanlarım var onlara bakmaya giderim (K8).
- ✓ İnat yaparlar. Suyuna gitmek ve inatlaşmamak gerek. Hiç bağırمام, bela vermem. Aksi halde kendin kaybedersin. Saygısı kalmaz sana! (K9).

KOD 67. *Torunun rahatlaması sağlanır.*

- ✓ Hastalık harici huysuzluklarda çözüm olarak bazen dedeye pas ederdim. Biraz parka götür arabayla gezdir derdim. Unuttururdum (K1).
- ✓ Eşim bu durumlarda öyle bir döndürürdü, kızgını sakinleştirirdi. Eşimin kızgını sakinleştirme kabiliyeti var. Bağırان çağırان çocuğu 2 dakikada sakinleştirir (K2).
- ✓ Yapmaması gerekenleri göz ardı etmem. Argo konuşmalarımız olur. Aile içinde kalır. Arabada yalnız iken saydırırız argoları. Biz bize deşarj oluruz. Yasağı yalnızken yani toplum önünde olmadan yaparız. Kimsenin yanında kötü söylemezler. Bundan ayrı enerjilerini öfkelerini boşaltmak yorulmalarını sağlamak için koltuk yastıklarını dağıtma yaparız. Sonra toplarız. Bir birimize küçük koltuk yastıklarını savururuz. Sonra toplarız (K9).
- ✓ Hasta olduklarında çok huysuzluk yaparlardı. Evde istirahat etmesi gerek dışarı çıkmak isterdi, bunun için bağırırdı bazen torunlarım. Oyun oynatırdım. Sevdiği oyunları verirdim evde istirahat etsin (K11).

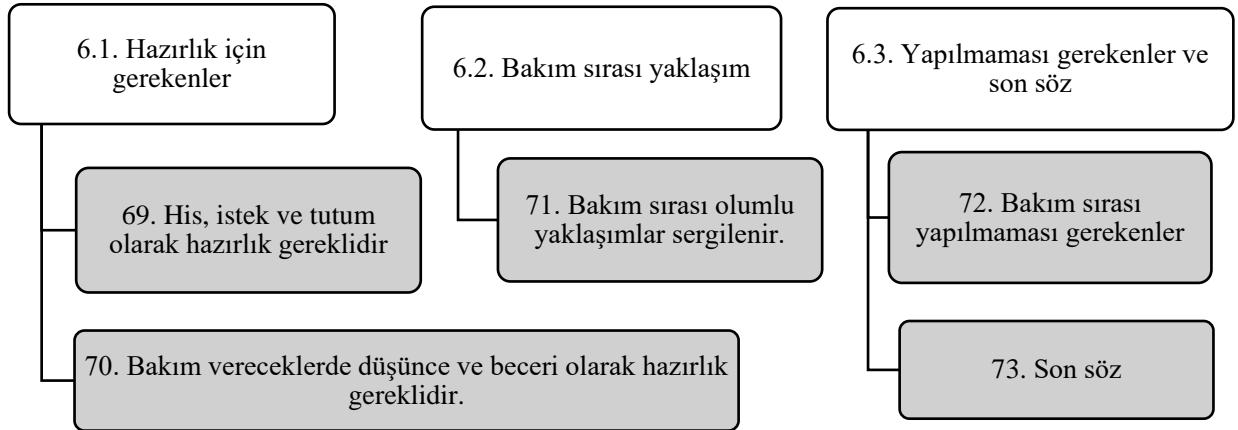
KOD 68. *Yanlış bildirilir, doğru davranış öğretilir.*

- ✓ Söz dinlemediğinde 2-3 kez tekrar söylerim. Yavaştır. Ben ona değil o bana sinirlenir (K3).
- ✓ Söz dinlemediğinde doğrusu gösterilir (K4).

- ✓ Söz dinlemediğinde usul hal ile anlatma ve sabır. Kendi tecrübelerimi kullanıp zorlukları aşıyoruz (K5).
- ✓ Yaptığımı bilir ve yanlış olduğunda söyler. Doğrusunu öğretirim (K6).
- ✓ Beni zorladıklarında kızarım onlara. Yani ikaz ederim. Bazen sonrası dinlerler, bazen dinlemezler (K8).
- ✓ Söz dinlemediğinde tavır koyarım. Yani yüzümdeki mimikle bu davranışı istemediğimi belli ederim. Olumsuz davranışa devam etti ikaz ederim. Hala daha devam etti sesimi biraz yükseltirim. En son hala daha devam ediyorsa eline bir kez sembolik, hafif vururum. Biter (K9).
- ✓ Bir sıkıntılar olduğunda ‘Pay Et Benimle Ne Oldu?’ derdim ve yardımcı olmaya çalışırdım (K11).

Torunlar söz dinlemediğinde, nine ve dedeler öfke, kızgınlık duygularını yönetip, olumsuz söz kullanmayı, toruna odaklanıp rahatlamasını sağlayıp, yanlış bildirilip, doğru davranışlar öğretmektedirler. Bu öğretim sırası, sabır göstererek, hoşgörülü davranarak sorunlarını, gerginliğini ifade etmesine ya da boşaltmasına yardımcı olarak yaklaşmakta olduklarını söylemişlerdir. Öztürk & Fidan (2020), çocukların sürekli eleştirilip suçlanarak gerçekleştirilen yetiştirme şekline psikologlar tarafından “zehirli terbiye” ismiyle adlandırıldığını vurgulamaktadır.

Bu yetiştirme tarzında, çocuğa yönelik kullanılan aşağılayıcı lakaplar, kabul edilmediğini, sevilmediğini düşündürerek özgüvenini zedelemekte, fiziksel olana göre daha fazla olumsuz etki yaratan, dahası ileriki yaşlarında, kendi dışındaki kişileri memnun etmek için yaşayan ve mutlulukla ilgili problemi olan bir insan haline getirdiği belirtilmektedir (Öztürk ve Fidan, 2020).



Şekil 4. Tema-6 ‘Yeni nine ve dedelere tavsiyeler’ temasına ilişkin kategoriler ve kodlar

Tema-6 ‘Yeni nine ve dedelere tavsiyelere ilişkin kategoriler ve kodlar (Şekil-4)

Bu bağlamda nine ve dede ifadeleri aşağıda olduğu gibidir;

Kategori 6.1. **Bakıma Hazırlık İçin Gerekenler** kategorisine ait kod ve ifadeler

KOD 69. *His, istek ve tutum olarak hazırlık gereklidir.*

- ✓ Önce torun bakmak için kendisini bu işe huzurlu, istekli, azimli hissedecek sonra bakmak isteyecek. Kendi çocuklarından hiç gocunmayacak/içerlemeyecek (K1).
- ✓ Önce kendilerini buna hazırlamalılar. Allah herkese torununu bağışlasın (K2)

- ✓ Sevgisiz hiçbir şey olmaz (K4)
 - ✓ En önemlisi sabırdır. Arkası güzelliklerle gelecek ve mutlu olacaksınız. Torun büyütmek meşakkatli ve güzel bir duygudur. Bir fidanın büyüüp yeşermesi ve sonrasında kendi meyvelerini vermesi gibi (K5)
 - ✓ Sabırlı ve hoşgörülü olmalıdırlar. Torun hayatta yaşanacak en güzel duygu. İnsan çocuğunu çok sever onun bir parçası çünkü. Torun ise çok sevdiğiniz çocuğunuzun yavrusu ve onu çocuğunuzu yetiştirdiğiniz gibi iyi bir şekilde büyütmek istersiniz (K6).
 - ✓ Çocuk bakmak çok güzeldir. Sevmezse bakım için torun almayacak. Sevgi varsa kolay gelir bakım. Ancak SEVERSE. Sevmezse her ikisine (Bakan, bakım alan) de eziyettir (K9).
 - ✓ Sevecekler ve düzgün bakacaklar. (K12)
 - ✓ Baksınlar torunlarına. Neden bakmazlar ki? Kendinden bir parçadır niye istemezler ki anlamam bu yaklaşımı (K14).
- KOD 70. *Bakım vereceklerde düşünce ve beceri olarak hazırlık gereklidir.*
- ✓ Torun bakmak için kendini hazırlayacaksın. Ben bakabilirim dedikten sonra bakacaksın (K2).
 - ✓ Onlara tavsiyem kendilerinden versinler. Bir tek kendilerini düşünmesinler, torunları düşünsünler, severek baksınlar. Yani torunlarına baksınlar (K3).
 - ✓ Çocuğu anlamalı. Çok önemlidir. Bir keresinde torunuyla birlikte aynı ortamda bankada olan bir nene gördüm. Yanımda olduğu için söylenmelerini duydum. Torun bakmaktan şikâyet ederdi. Torunu da onları yanlarında olduğu için duyardı benim duyduğum gibi. O çocuğun yüzünü görmemiz gerekirdi. Günahdır. Ömrü olsa insanın da çocuk baksa. Ömrü ve gücü (K9).
 - ✓ Kendilerinden fedakârlık yapacaklarını bilecekler. Bu iyidir... (K11)
 - ✓ve şikâyet etmeyecekse baksın derim (K13).

Kategori 6.2. **Bakım Sırası Yaklaşımlar** kategorisine ait kod ve ifadeler

KOD 71. *Bakım sırası olumlu yaklaşımlar sergilenir.*

- ✓ Torunlarda ayırım yapmayacaksın hepsini bir tutacaksın (K2).
- ✓ Onun büyüdüğünü görmek sizin için en büyük hazinedir. Bu nedenle onlara iyiyi, kötüyü, saygı ve sevgiyi iyi aşılamanız gerek. Bunları yaparken sabır, sabır ve sabır (K6).
- ✓ Çabalayıp da kazanmayı elde etmeyi de öğrenmeli bir çocuk (K7).
- ✓ İyi bir şeydir. Ben memnunum. Arkadaş olarak torunlarıyla olsunlar. Yakın olsunlar. Torunlar bize düşkündürler. Severek, azimle baksınlar. İletişim kurmak çocukla, torunla çok değerlidir (K11).
- ✓ Önce sevgi, bakmaya karar verdiyse her şeyi ile ilgilenecek. Sınırsız sevgi gerek. Tahammül edeceksin, sabırlı olacaksın, hoşgörülü olacaksın (K13).

Kategori 6.3. **Bakımda Yapılmaması Gerekenler ve Son Söz**'e ait kod ve ifadeler

KOD 72. *Bakım sırası yapılmaması gerekenler*

- ✓ Bir gün bakarım diğer gün bakamayacağım olmaz (K2).
- ✓ Yeni bakacak nene dedelere şımartmamayı öneririm. Her istediğine evet dememek lazım. Sevgi var ama her şeyi vermek isteyebilirler. İşte bu yanlıştır bence. Hayır'ı bilmek yokluğu bilmektir. Torunlar bunu öğrenmelidir. Bazı nene dedeler torunun

her istediğini alırlar. Günün sonunda o çocuk hep ister ve istediğinin olmasını bekler. Herkes mutsuz olur (K7).

- ✓ Bakıma başladı birkaç hafta sonra vazgeçecek ise bakmasın. Özellikle 2,5-3 yaşa kadar düzgün bakacak. Çocuk bakmak maskaralık değildir. Çocuğu ruh hastası edeceksen bakma! Dağınıklığa tahammül edeceksin torunun için (K13).

KOD 73. *Son söz*

- ✓ Bakmayan biri için, bakmayı kabul etmeyenler için çok gaddar olduklarını düşünürüm (K3).
- ✓ Son söz olarak, çocuklar güzeldir. Ne kadar sinirlensen de! (K7)
- ✓ Çocuklara bakmak işi zor. Dikkat etmek lazım (K8).
- ✓ Teşekkür ederim (K11).

Torun bakımını gerçekleştirmede yeni olan nine ve dedelere katılımcılar, hissiyat, istek, tutum olarak önce buna hazırlanılması gerektiğini, bakım sırası olumlu yaklaşımlar haricinde bir yaklaşımda bulunulmaması gerekliliği, ciddi bir tercih olduğu, torun bakmanın sabır, sevgi, şefkat ve ilgi gerektirdiği, bir başlanıp bir bırakılan oyuncak gibi olmadığını ifade etmişlerdir.

Çoğu yetişkinde, çocukların kendileri dışındaki ortamda olup biteni ve yapılan yaklaşımların farkında bile olmadıkları ya da unuttukları düşüncesi vardır. Aksine bir çocuğun yanında olumsuz davranışların gerçekleşmesi hatta çocuk bakımı ile ilgili bakım verenin çocuğun bulunduğu ortamda yabancı birilerine olumsuz ifadelerle konuşulması, aslında o çocukların duygusal ve ruhsal gelişimlerine önemli düzeyde zarar vermektedir (Öztürk & Fidan, 2020). Bu duruma sebebiyet vermemek adına bu araştırmadaki nine ve dedelerin bilinçlilik düzeyi paha biçilmez bir tecrübedir.

Sonuç

Torunlarına bakım vermekte olan nine ve dedelerin çocuk bakımı deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş bu çalışmada, torun bakımının pozitif duygular hissettiren, iyi bakılabilmesi için özenli olma isteği gibi hislere de sebebiyet veren bir yetiştirme işidir. Bu işlemi gerçekleştirirken sevgiyle, dinleyerek, anlayarak ve bakım verenin kendi olumsuz duygularını yöneterek yapabilir. Bir çocuğun sadece yeme, içirme, uyutma, temizleme gibi fizyolojik ihtiyaçları bulunmamakta, gelişiminin önemli bir parçasını oluşturan oyun ve sosyalleşme ihtiyaçlarının da bu ihtiyaçlar kadar giderilmesi gerekmektedir.

Bakım fizyolojik, oyun ve sosyalleşme ihtiyaçlarının karşılanması yanında sağlığı korumayı da gerektirmektedir. Bu durumda torunun beslenmesi, hava koşullarına uygun giyiminin sağlanması, temiz tutulması ve sadece gerektiği kadar korunması gerekliliği bu çalışmada belirlenmiştir. Topluma uyum sağlamada da nine dedelerin öğretici fonksiyonları da vurgulanmıştır.

Sonuç olarak torun bakımı ile ilgili deneyimlerin paylaşıldığı bu çalışmanın bulguları ebeveyn ya da büyük ebeveynlere yönelik yol gösterici olması ve çocuk bakımının elzem detayları ile ilgili gerekli bilgilerin farkında olup, bu konudaki kişisel donanımlarını güçlendirmeleri önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Aday, B. & Ark. (2021). Ebeveynlikte Bilinçli Farkındalık ve Çocuk Gelişimi, Özyeğin Üniversitesi Çocuk Gelişim ve Öğrenme Çalışmaları Laboratuvarı, (18.10.23 tarihinde https://labs.ozyegin.edu.tr/cdll/files/2021/06/tr_mindfulparenting.pdf adresinden ulaşılmıştır).

Akgün, E. (2021). Toplumsal ve Kuramsal Açısından Ebeveyn Tutumlarının Yeterince İyi Ebeveyn Olma Açısından Değerlendirilmesi, 5. Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresi, (10.10.23 tarihinde https://2021kongre.psikoterapi.com/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.25_2021_kongre_ozet_YG.pdf#page=50 adresinden ulaşılmıştır).

Altan, S., Tarhan, S. (2018). Büyükanneden Toruna: Yaşam boyu Öğrenme Sürecinde Değer ve Beceri Aktarımı. *Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2 (1), 26-42

Biricik, Z. (2022). Yeni İletişim Teknolojileri İle Değişen Çocukluk Kültürü: Dijital Çocukluk. *Neşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 12(Dijitalleşme), 108-124. <https://doi.org/10.30783/nevsosbilen.1125228>

Çoban, G. S. (2021). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi kendini gerçekleştirme basamağında gizli yetenekler. *European Journal of Educational and Social Sciences*, 6(1), 111-118.

Gökçearsan Ç.E. ve Tören, Z. (2019). Torun Bakımı Veren Büyük Ebeveynleri Yeniden Düşünmek: Sosyal Hizmet Alanına Bir Katkı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 988-1004

Gül, Ş. (2019). Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(2), 129-134. <https://doi.org/10.31067/0.2019.134>

Koç, M., Koçtürk, N. & Zencir, T. (2022). Anne-Baba Eğitimi: Ebeveynlerin Eğitim Deneyimleri ve Gereksinimleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 32(1), 111-120. <https://doi.org/10.18069/firatsbed.946663>

Öztürk, R., & Fidan, M. (2020). Aile içi iletişimin, çocuğun etkili iletişim kurma becerisi üzerine etkileri. *Recent Advances in Education and Sport Researches*. 8, 123-135.

Sözbilir, M. (2009). (10.09.2023 tarihinde <https://fenitay.files.wordpress.com/2009/02/1112-nitel-arac59ftc4b1rmada-veri-analizi.pdf> adresinden ulaşılmıştır).

Toru, F. (2020). Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 46-59.

Uğur, S.B. (2018). Torun Bakım Faaliyetinin Bakım Sağlayıcı Büyükannelerin Sağlık Durumları Üzerindeki Etkisi, *Mediterranean Journal of Humanities*, 8 (1), 399-415, DOI: 10.13114/MJH.2018.404

Uğur, S.B. (2019). Çocuk Bakımında Büyükannelik ve Büyükbabalık: Toplumsal Cinsiyet Tartışmaları Bağlamında Nitel Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Dergisi*, 3(1), 122-154. <https://doi.org/10.31200/makuubd.532016>

Uskan, S. B., & Bozkuş, T. (2019). Eğitimde oyunun yeri. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 123-131.

Menopozal Kadınlarda Üriner İnkontinans Tipi ve Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi: Sistemik Derleme

Serap KIRICI¹

Giriş

Sağlık hizmetlerinde kalitesinin yükselmesi, tedavi ve tanı yöntemlerinde, teknoloji ve bilim alanındaki gelişmeler ve sosyal yapıdaki değişimler bireylerin yaşam sürelerinin artmasına pozitif yönde etki etmiştir (Ergöl ve ark., 2001). Kadınların yaklaşık yaşamlarının üçte birinden fazlasının yaşamlarını menopoz döneminde geçireceği öngörülmektedir. DSÖ'nün tahminleri 2030 yılında 1,2 milyar kadın 50 yaşın üzerinde yani menopoza girmiş olacaktır. Bu bağlamda menopozu iyi bir şekilde tanıyarak, onun neden olacağı sorunlarla baş edebilmek, 50 yaş üstündeki kadınların yaşam kalitesini yükseltmenin başlıca koşuludur. Bu dönemde pelvik destek yapılarının bozulmaya başlaması ile genito-üriner sistemde ve diğer sistemlerde meydana gelen değişimler kadınların sosyal ve cinsel yaşamında olumsuzlara sebep olabilmektedir (Acar, 2014). Üriner inkontinans, kadınlarda sosyal ve dini yaşam üzerine çok boyutlu etkileri olan çok bir sorundur. Yaşamı tehdit etmese de devamlı ıslaklık duygusu yaşama ve irritasyon sebebiyle kişide sıkıntı yaratan, yetersizlik duygusu hissettiren, anksiyeteyi artıran, özgüveni düşüren ve depresyona kadar uzanan emosyonel problemlere yol açabilmektedir. Üriner inkontinansa bağlı şikâyetler; kişinin günlük ilişkilerden kaçınması, istemli olarak kendisini sosyal hayattan men etmesi, fizik aktivitede kısıtlanmalar yapması hatta günlük aldığı sıvı miktarını azaltması gibi problemlerle yaşam kalitesinde bozulmalara neden olabilmektedir (Ghafouri ve ark., 2014; Rüzgar ve ark., 2020). Bu nedenle bu çalışmada menopozal kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini tespit etmek amaçlanmıştır.

Yöntem

Literatür taraması, 2009-2019 yılları arsanda yıl sınırlaması yapılarak, "Ulakbim Türk Tıp Dizini, Türk Medline, Scholar Google", "Türkiye Atıf Dizini" , "YÖK Tez" veri tabanlarında yapılmıştır. Tarama 10 Mart -17 Haziran 2020 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Taramada, "klimakterik dönem", "hemşirelik", "yaşam kalitesi" ve "üriner inkontinans" anahtar sözcükleri kullanılmıştır. Bu çalışmaya, menopozal kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlendiği makale çalışmaları dâhil edilmiştir. Derleme, vaka çalışmaları, olgu sunumları, ölçeği üriner inkontinansla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmeyen, yayın dili İngilizce ve Türkçe dilleri dışında yayımlanmış makaleler ve kanıt düzeyi düşük makaleler hariç tutulmuştur. Tarama sonucunda toplam 7050 çalışmaya ulaşılmıştır. Dâhil edilme ve dışlanma kriterleri neticesinde araştırma kapsamına dört çalışma alınmıştır.

Bulgular

Çalışmalardan elde edilen bulgular "Çalışmaların özellikleri", "Çalışmaların amaçları", "Ölçüm araçları" ve "Üriner inkontinansla ilişkili yaşam kalitesi" başlıkları altında gruplandırılarak sunulmuştur.

¹ Öğretim Görevlisi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Çalışmaların Özellikleri

Bu sistematik derlemeye menopozal kadınlarda üriner inkontinansla ilişkili yaşam kalitesini belirlemeye yönelik toplam 4 makale alınmıştır. Makalelerin yayın yıllarına bakıldığında (2010, 2014, 2016) yıllarına ait olduğu görülmüştür. Çalışmalarda örneklem sayısının en az 117 (Güvenç ve ark., 2016), en fazla 310 (Pakgozar ve ark., 2014) olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. İncelemeye Alınan Araştırmaların Özellikleri

| Yazar, yıl, ülke ve çalışma türü | Amaç | Çalışma özellikleri ve Ölçüm araçları | Prevelans ve Şiddet | Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi |
|--|---|--|--|--|
| Güvenç ve ark., 2016 Betimsel ve kesitsel | Menopozal dönemde Türk kadınlarında üriner inkontinans prevelansını, risk faktörlerini ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek | 40-64 yaş arası (49.65±6.70) 117 Menopozal kadın ICIQ-SF I-QOL | UI: %45,3 SUI: %54,7 UUI: % 10,3 MUI: %22,2 | Üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Yaşam kalitesinin üriner inkontinansın şiddeti, tipi ve idrar kaçırma miktarı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Urge inkontinansı bulguları olan kadınlarda yaşam kalitesinin en yüksek olduğu saptanmıştır. En fazla olumsuz etkilenen yaşam kalitesinin alanının davranışların sınırlandırılması olduğu görülmüştür. |
| Pakgozar ve ark., 2014 İran Kesitsel ve korelasyon | Postmenopozal kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve tıbbi yardım arama üzerindeki etkisini belirlemek. | 45-60 yaş arası (ort.52,9) 310 Postmenopozal kadın QUID ISI I-QOL | IU:27.3 SUI: %24,3 UUI: % 27,2 MUI: %48,6 Hafif:%46,3 Orta: %37,1 Şiddetli: % 16,3 | Üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Yaşam kalitesinin üriner inkontinansın şiddeti, süresi ve tipi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Karma tip Üİ ve şiddetli Üİ bulguları olan kadınlarda yaşam kalitelerinin en düşük olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinansın süresi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. En fazla olumsuz etkilenen yaşam kalitesinin alanının davranışları sınırlama, en az olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanının psikososyal etkiler olduğu görülmüştür. |
| Akgün ve ark., 2010 Türkiye Kesitsel | Kadınlarda ileri yaşlarda ortaya çıkan üriner inkontinans görülme sıklığını ve yaşam kalitelerinin hangi düzeyde etkilendiğini belirlemek. | 55.7 ± 11.96 210 I-QOL | UI: %48.3 | Üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Yaşam kalitesinin yaş, parite ve BKİ ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yaştaki, doğum sayısındaki ve vücut kitlesindeki artışla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. |
| Özkan ve ark., 2010 Tanımlayıcı | Menopozal dönemde kadınlarda üriner inkontinansın cinsel işlevi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek | Yaş ortalaması (44.76 ± 6.87) 122 Menopozal kadın I-QOL ISI | SUI: % 50 UUI: % 31,1 MUI: %18,9 Hafif: %50 Orta: %38,5 Şiddetli: % 11,5 | Üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. En olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanının davranışları sınırlama olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesinin üriner inkontinansın tipi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Karma tip Üİ bulguları olan kadınlarda yaşam kalitelerinin en düşük olduğu saptanmıştır. |

İnkontinans Anketi Kısa Formu ICIQ-SF: Incontinence Questionnaire-Short Form-ICIQ-SF (İnkontinans Anketi Kısa Formu), QUID: Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnose (Üriner İnkontinans Tanı Anketi), ISI: Incontinence Severity Index (İnkontinans Şiddet İndeksi)

Çalışmaların Amaçları

Bu sistematik incelemeye dâhil edilen çalışmaların hepsinde üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Değerlendirilen çalışmalar her ne kadar aynı amaçlara hizmet etse de bazı farklı konular etrafında da toplandıkları görülmüştür. Tıbbi yardım arama (Pakgohar ve ark., 2014), cinsel işlev (Özkan ve ark.,2010), üriner inkontinans sıklık ve risk faktörleri (Güvenç ve ark.,2016) belirlenmesi amaçlanmıştır.

Ölçüm Araçları

Sistematik derleme kapsamına aldığımız çalışmalarda üriner inkontinansın tipi, şiddeti ve üriner inkontinansla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde çeşitli ölçüm araçları kullanılmıştır. Üriner inkontinans tanısının belirlenmesinde, 3 çalışmada İnkontinans Anketi Kısa Formu (ICIQ-SF), üriner inkontinans tipinin belirlenmesinde, 1 çalışmada Üriner İnkontinans Tanı Anketi (QUID), üriner inkontinansın şiddetinin belirlenmesinde 2 çalışmada İnkontinans Şiddet İndeksi (ISI) kullanılmıştır. Çalışmalarda üriner inkontinansla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde ise İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanılmıştır.

Üriner İnkontinansla İlişkili Yaşam Kalitesi

Pakgohar ve ark., 2014 çalışmasında UI olgularının %24.3'ü stres inkontinans, %27.2'si urge inkontinans, %48.6'sı ise mikst tip UI olduğu görülmüştür. Olguların %46.6'sında hafif şiddette, %29'unda orta şiddette, %25,1'inde ise ağır şiddette IU saptanmıştır. Kadınların I-QOL alt boyut puan ortalamalarının sırası ile; davranışları sınırlama (37.47), psikolojik etki (55.00), sosyal yaşamı sınırlama (44.23) ve I-QOL toplam puan ortalaması 46.18±19.91 olduğu saptanmıştır. En fazla olumsuz etkilenen yaşam kalitesinin alanının davranışları sınırlama, en az olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanının psikososyal etkiler olduğu görülmüştür. UI tipi, şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir (P<0.001). En düşük yaşam kalitesi skorunun Mikst tip UI ve Şiddetli UI olan kadınlarda olduğu görülmüştür. UI süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir (P<0.026). UI süresi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. UI tipi, şiddeti ve süresinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Güvenç ve ark., (2016) çalışmasında UI olgularının %45.3'ü stres inkontinans, %10.3'ü urge inkontinans, %22.2'si ise mikst tip UI olduğu görülmüş ve UI prevelansının %45.3 olduğu saptanmıştır. Kadınların I-QOL alt boyut puan ortalaması sırası ile; davranışları sınırlama (69.98), psikolojik etki (78.45), sosyal yaşamı sınırlama (73.50) ve I-QOL toplam puan ortalamasının 74.28 ± 20.73 olduğu saptanmıştır. En olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanının davranışları sınırlama olduğu görülmüştür. UI tipi, şiddeti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (P<0.026). UI miktar ve şiddetinde ki artış yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Urge UI sahip kadınların yaşam kalitesinin en düşük olduğu görülmüştür. Akgün ve ark., 2010 çalışmasında UI prevelansının % 48.3 olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinanslı kadınlarda, yaş, parite ve BKİ ile ölçeğin total skor ve alt skala skorları arasında ayrı ayrı negatif korelasyonlar saptanmıştır (P<0.005). Özkan ve ark., 2010 çalışmasında UI olgularının %50'si stres inkontinans, %31.1'i urge inkontinans, %18.9'u ise mikst tip UI olduğu görülmüştür. Olguların %50'sinde hafif şiddette, %38.5'inde orta şiddette, %11.5'inde ise ağır şiddette IU olduğu saptanmıştır. Kadınların I-QOL toplam puan ortalamasının 70.70 ± 20.63 olduğu saptanmıştır. UI tipi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı

farkın olduğu tespit edilmiştir (P<0.05). Karma tip Üİ bulguları olan kadınlarda yaşam kalitelerinin en düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç

Çalışmalarda üriner inkontinans genel prevalansının %27.3 ile 50 arasında deđiştđđi görölmektedir. Üriner inkontinans çeşitlerine baktığımızda, stres üriner inkontinansının % 7.0 ile % 73.9. arasında deđiştđđi, urge üriner inkontinansının %3.1 ile %47.4 arasında deđiştđđi, miks tip üriner inkontinansının %2.6 ile %72.6 arasında deđiştđđi saptanmıştır. UI yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görölmüştür. Yaşam kalitesinin UI tipi, şiddeti, miktarı ile ilişkili olduğu görölmüştür.

KAYNAKLAR

Ghafouri, A., Alnaimi, A. R., Alhothi, H. M., Alroubi, I., Alrayashi, M., Molhim, N. A., & Shokeir, A. A. (2014). Urinary incontinence in Qatar: A study of the prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Arab journal of urology*, 12(4), 269-274.

Rüzgar, Ş., Özerdoğan, N., & Yalçın, Ö.T.(2020). Üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesi ve yaşamlarının spiritüel boyutuna etkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 50-58.

Ergöl, S., & Eroğlu, K. (2001). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları.[The practices and attitudes related to health care of women in the climacteric period]. *Sağlık ve Toplum*, 1, 49-57.

Acar, N. (2014). 49 yaş ve üzeri postmenopozal kadınların yaşam kalitesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Pakgozar, M., Sabetghadam, S., Rahimparvar, S. F. V., & Kazemnejad, A. (2014). Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 403-407.

Güvenç, G., Kocaöz, S., & Kök, G. (2016). Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *International journal of nursing practice*, 22(6), 649-659.

Akgün, G., Süt, N., & Kaplan, P.B. (2010). Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 20(6), 378-386.

Ozkan, S., Ogce, F., & Cakir, D. (2011). Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 11-19.

Ağrı Üzerine Yapılan Online-Web Tabanlı Psikososyal Müdahaleler Ve Etkileri

Fatma BOĞAN
Birgöl ÖZKAN

Giriş

Ağrı; doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanan, hoş gitmeyen duyuşal ve duygusal deneyimlerdir (1). Ağrı deneyimini veya hoş gitmeyen hissi her insan farklı şekillerde tarif edebilmektedir. Önemli bir stres etkeni olan ağrı insanları sağlık hizmeti almaya yönelten başlıca semptomdur. Kontrolsüz ağrı hastaların yaşam kalitesinde oluşturduğu olumsuz etkiler nedeniyle oldukça önemlidir (2). Hasta haklarından biri olan ağrı tedavisinde hemşire vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrının yönetiminde hemşirenin hastalarla birebir iletişimde olması, hastanın geçmiş ağrı deneyimlerini ve baş etme yollarını bilmesi hemşireyi diğer sağlık çalışanlarından farklı ve önemli kılan unsurlardandır. Bu nedenle, ağrı kontrolünde büyük sorumlulukları olan hemşirelerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir (3). Yapılan çalışmalarda hemşirenin ağrı yönetiminde çoğunlukla ilaç uygulama yönetimini seçtikleri ve bağımsız rollerini rahatlıkla sergileyebilecekleri bir alan olan non-farmakolojik uygulamaları yeterince kullanmadıkları bu yöntemler hakkında bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu yetersizlikler etkisiz ağrı yönetiminin bir nedeni olarak gösterilmiştir (4). “Pain, web-based psychosocial interventions, nursing” anahtar kelimeleri İngilizce ve Türkçe (Google scholar’da İngilizceye ek olarak Türkçe olarak ‘Ağrı, online web tabanlı psikososyal müdahaleler, hemşirelik’) olarak taratılmıştır.

Bilişsel davranışçı terapiye dayalı psikososyal müdahaleler kronik ağrı tedavisinde yer almakta ve ağrıyla ilişkili sakatlığı ve depresyonu azaltabileceği bilinmektedir (5). Web tabanlı psikososyal müdahalelerin ağrı tedavisi üzerindeki etkileri araştırılmıştır (6). Bu müdahalelerle ağrının süresi, sıklığı, yoğunluğu, ağrının aktivite üzerindeki etkileri, ağrıya bağlı kaygıların azaltılabileceği gösterilmiştir (6).

Bu çalışmanın amacı ağrı üzerine online-web tabanlı psikososyal müdahalelerin etkinliğini araştıran çalışmaları incelemektir.

Yöntem

Araştırma verileri, 06.12.2022- 10.12.2022 tarihleri arasında internet üzerinden Pubmed, Cochrane ve Google scholar veri tabanları üzerinde yapılan tarama ile elde edilmiştir. “Pain, web-based psychosocial interventions, nursing” anahtar kelimeleri İngilizce ve Türkçe (Google scholar’da İngilizceye ek olarak Türkçe olarak ‘Ağrı, online web tabanlı psikososyal müdahaleler, hemşirelik’) olarak taratılmıştır.

Ağrı üzerine yapılan online-web tabanlı psikososyal müdahalelerin etkinliğini incelemek amacıyla yapılan taramada son 5 yıl (2017-2022) içerisinde yapılan, anahtar kelimelerle taratılarak konuyla ilgisi tespit edilen, ağrı ve online web tabanlı psikososyal müdahaleleri içeren tam metnine ulaşılan ve hepsi İngilizce olan makaleler çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmada 9 araştırma makalesi incelenmiştir. Makalelerin 9’u da İngilizce olarak yazılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulgular “Çalışmayı Yapan Araştırmacı, Amaç, Örneklem, Ölçme Araçları, Müdahale, Müdahale Sonucu” başlıkları altında gruplandırılarak sunulmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya Dahil Edilen Makalelere Ait Tanımlayıcı Veriler

| Çalışmayı Yapan Araştırmacı | Amaç | Örneklem | Ölçüm Araçları | Müdahale | Müdahale Sonucu |
|-----------------------------|---|----------|--|--|---|
| Boström ve ark. | Kronik ağrı ile yaşayan hastalar için uygulama tabanlı bir bilişsel-davranışsal ağrı kendi kendine yönetim müdahale programı olan EPIO'nun sistem kullanımını, algılanan kullanılabilirliğini, kullanım kolaylığını ve ön etkilerini keşfetmek. | n: 50 | EPIO programının kullanımı, algılanan faydası ve kullanım kolaylığı, sistem kullanım verilerinin yanı sıra çalışmaya özel kullanım/kullanılabilirlik anketi ve Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği (SUS) aracılığıyla incelenmiştir. Kullanım fizibilitesini test etmek ve ön etkileri tahmin etmek için sonuç ölçütleri arasında Kısa Ağrı Envanteri, | EPIO müdahalesi, (1) bir yüz yüze tanıtım seansı, (2) akıllı telefonlar veya tabletler için uygulama tabanlı bir formatta sunulan dokuz bilişsel davranışa dayalı kendi kendine ağrı yönetimi modülü içeren karma bir bakım modelinde sunuldu ve (3) tanıtım seansından 2 ila 3 hafta sonra bir takip telefon görüşmesi. | Dijital kendi kendine yönetim müdahale programları, kronik ağrı ile yaşayan hastalar için kullanım ve destek olabilir. Bu fizibilite çalışmasında, EPIO kabul edilebilir bir program tamamlama oranı gösterdi ve mükemmel bir kullanıcı memnuniyeti ile faydalı ve kullanımı kolay olarak derecelendirildi. |
| Jibb ve ark. | Birincil amacı, bir deri altı girişimi sırasında çocuklarla bilişsel-davranışsal ağrı ve sıkıntı yönetimi stratejilerini kullanmak üzere programlanmış MEDiPORT robotunun aktif bir dikkat dağıtma | n =40 | Çocuklar, önceki iğne girişlerinde ve mevcut iğne girişinden sonra ağrılarını Yüz Ağrısı Ölçeği-Gözden Geçirilmiş (FPS-R) kullanarak kendileri bildirdiler. FPS-R'nin yapı geçerliliği, hem görsel analog skala (r = 0.93) hem de renkli analog skala (r = 0.84) üzerindeki ağrı derecelendirmeleri ile yüksek korelasyonlarla gösterilmiştir. 19 | Bilişsel-davranışsal kolun amacı doğrultusunda, MEDiPORT robotu, prosedür ağrısını hafifletmek için kanıt dayalı birleşik psikolojik müdahalelerle uyumlu bir | MEDiPORT robotunu ve açıklanan protokolü uygulamak mümkün görünmektedir. Ancak bu pilot deneme, robot teknik zorluklarının ve protokolümüzün diğer alanlarının değişiklik gerektirdiğini vurguladı. |

| | | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--|---|--|
| | müdahalesine (örn. dans eden ve şarkı söyleyen robot). İkincil amaç, deri altı girişimi sırasında MEDiPORT'un çocuk ağrısı ve sıkıntısı üzerindeki ön etkinliğini hesaplamaktı. | | Ölçek, 4 yaş ve üzeri çocuklar tarafından kişisel bildirim için kullanılabilir. 20 Ebeveynler, çocuğun son iğne girişindeki ağrısını derecelendirdiler ve hem ebeveynler hem de hemşireler, yaygın olarak geçerliliği olan 11 puanlık sayısal derecelendirme ölçeğini (NRS) kullanarak çocuğun mevcut iğne girişinden önceki mevcut ağrısını derecelendirdiler ; hepsi" 0'da ve "bu çocuğun sahip olduğunu hayal edebileceğim en acı" 10'da. | dizi seslendirme ve hareket yürütmek üzere programlandı. | |
| Nieto ve ark | İşlevsel karın ağrısı olan çocuklar için çevrimiçi psikososyal müdahale sonrası etkinliğini, randomize bir klinik araştırma tasarımı kullanarak ve nicel ve nitel verileri birleştirerek değerlendirmek. | Çalışma grubu:25 Kontrol grubu:36 | Çocuklar depresyon, işlevsel yetersizlik, felaketleştirme ve başa çıkma stratejileri ölçümlerini tamamladılar. Ebeveynler, çocuklarının acısına ebeveyn tepkileri ile ilgili ölçümleri tamamladı. Aileler ayrıca açık uçlu soruları yanıtladı ve görüşmeler yapıldı. | Bilişsel-davranışçı modele dayanan yenilikçi bir Web tabanlı müdahale olan DARWeb (Çalışma grubuna uygulandı) | Web tabanlı müdahaleyi takiben, Fonksiyonel karın ağrısı olan çocuklar, ailelerin nitel olarak açıkladığı ve kısmen nicel sonuçlarda bulunduğu gibi, algılanan ağrı şiddetini iyileştirmiştir. Aileler ayrıca ağrıyla baş etmelerine yardımcı olan önemli başa çıkma stratejilerini öğrenmişlerdir ve ebeveynler de kendilerini güçlenmiş hissetmişlerdir ve acıya nasıl tepki vereceklerini öğrenmişlerdir. |
| Xie ve ark. | Anormal ilaca bağlı davranışı olan kronik ağrılı hastalar için web tabanlı bir bilişsel davranışçı terapi müdahalesinin | Çalışma grubu: 55 Kontrol grubu: 55 | Değerlendirmeler 4, 8 ve 12. haftalarda ve müdahaleden 1 ve 3 ay sonra yapılmıştır. (12 haftalık web tabanlı bilişsel davranışçı terapi) | Çalışma grubu: Olağan (tıbbi) tedavi +web tabanlı bir bilişsel davranışçı terapi | Web tabanlı bilişsel davranışçı terapi, ağrıyı katastrofikleştirme yi önemli ölçüde azaltmıştır bu da, ağrı girişimini ve ağrı şiddetini |

| | | | | | |
|---------------|---|-------|---|--|--|
| | aracı yollarını, düzenleyici faktörleri ve aracılık etkilerini araştırmak | | | Kontrol grubu: Olağan (tıbbi) tedavi | azaltmıştır. Web tabanlı bilişsel davranışçı terapi ağrıyla katastrofikleştirme yi azaltarak anormal ilaca bağlı davranışı hem doğrudan hem de dolaylı olarak önemli ölçüde azaltmıştır. |
| Chung ve ark. | Pediyatrik kanser hastalarının ebeveynleri için özel olarak hazırlanmış, web tabanlı bir ağrı yönetimi programı oluşturmayı ve ikinci olarak, kullanılabilirliği ni test etmek için programın biçimlendirici bir değerlendirmesi ni yapmak amaçlanmıştır. | n =30 | Katılımcılar, stres ve rahatlama derecelerini ve Ağrı ve Semptomlar için Kansere Özel Müdahale (C-TIPS) ile memnuniyetlerini değerlendiren nicel ölçümleri tamamlamışlardır. Biçimlendirici değerlendirme ve nitel veriler, bireysel ve grup görüşmeleri kullanılarak toplanmıştır. | Ağrı ve Semptomlar için Kansere Özel Müdahale (C-TIPS), çocukların tedavi süreci boyunca ağrı yönetimini iyileştirmeye odaklanan ampirik temelli farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı yönetimi bilgi ve beceri eğitimini ebeveynlere sağlar. Ek olarak, bu müdahale ebeveynlere kendi başa çıkma yöntemlerini desteklemek için diyafragmatik nefes almayı öğreten bir stres yönetimi modülü içerir. | Ebeveynler, Ağrı ve Semptomlar için Kansere Özel Müdahale yararlı, erişilebilir, yardımcı olduğunu ve ilgili bilgiler sağladığını bildirdi |
| Rini ve ark. | | n =7 | Hastalar evde web tabanlı eğitimi tamamlamasının ardından nitel görüşme yapılmıştır. Niteliksel analizleri, hasta ve sağlayıcı verilerindeki temaları belirlemiştir. | Web tabanlı Ağrıyla başa çıkma becerileri eğitimi | Hastalar, web tabanlı web tabanlı ağrıyla başa çıkma becerileri eğitimiyle ilgili son derece olumlu yanıtlar bildirmişlerdir, duygusal ve fiziksel faydalarını açıklamışlardır. |

| | | | | | |
|-----------------|---|------------------------------------|---|---|--|
| Palermo ve ark. | Pediyatrik kronik ağrı için dijital sağlık tarafından sunulan bir psikolojik müdahalenin etkililiğini ve uygulamasını değerlendirmek | n: 143 hasta ve katılan bir bakıcı | WebMAP Mobile Tedavi koluna randomize edilen gençler, WebMAP Mobile'a erişim elde ederken, ebeveynleri, ağrı öz-yönetim becerilerini öğrenmek için WebMAP ebeveyn web sitesine erişim elde etti | Müdahale, ağrı öz-yönetim becerilerini öğrenmek için Web tabanlı Ergen Ağrı Yönetimi (WebMAP) Mobil uygulamasına ve WebMAP ebeveyn web sitesine erişimi içermektedir. | Her iki tedavi koşulundaki (WebMAP ve Olağan Bakım) gençlerin zaman içinde ağrı ve sakatlıkta benzer değişikliklere sahip olduğunu gösterdi. |
| Stinson ve ark. | Jüvenil idiyopatik artritli ergenlerde semptomları azaltmada ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmede Web tabanlı kendi kendine yönetim müdahalesinin etkililiğini Web tabanlı bir eğitim kontrol durumuyla karşılaştırarak değerlendirmek | n: 333 ergen ve 306 bakıcı | Ergen öz bildirimleri Ebeveyn-vekalet raporları | Jüvenil idiyopatik artrite özgü eğitim, öz-yönetim stratejileri ve sosyal destekten oluşan 12 modüllük bir ergen web sitesi, yalnızca ergenler için telefonla sağlık koçları, Jüvenil idiyopatik artrit hakkında eğitim ve kendi kendini yönetmede ergenlerini desteklemek için stratejiler içeren modül bakıcı web sitesi. | Teens Take Charge Web tabanlı müdahalenin hem ağrı yoğunluğunu hem de ağrı girişimini azaltmada ve ayrıca eğitim kontrolüne kıyasla Jüvenil idiyopatik artritli ergenlerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir |
| Rini ve ark. | Katılımcıların varsayımsal ağrıyla ilgili durumlarda kullanım için belirlediği başa çıkma stratejilerini değiştirip değiştirmediğini incelemek | n =107 | Varsayımsal zorlu durum görevi Web tabanlı ağrıyla baş etme becerileri pekiştirme ödevi Lorig'in öz-yeterlik ölçümüne dayalı iki madde ile değerlendirilmiştir. | Web tabanlı ağrıyla baş etme becerileri eğitimi | Kontrol koluyla karşılaştırıldığında, Web tabanlı ağrıyla baş etme becerileri eğitimi, üretilen uyumsuz davranış stratejilerinin sayısını azaltırken, üretilen uyarlanabilir davranış stratejilerinin |

sayısını arttırmıştır. Ayrıca durumlarda ağrı için algılanan riski azaltmıştır ve benzer durumlarda ağrıdan kaçınma öz yeterliliğini arttırmıştır.

Çalışmaların Örneklem Özellikleri

Bu çalışmaya dahil edilen çalışmalardaki örneklem sayıları değişkenlik göstermektedir. En düşük 7 (Rini ve ark.), en yüksek 639 (Stinson ve ark.) örneklem sayısı ile çalışmalar yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmaya dahil edilen makalelerdeki ölçüm araçları değişkenlik göstermektedir. Boström ve ark. EPIO programının kullanımı, algılanan faydası ve kullanım kolaylığı, sistem kullanım verilerinin yanı sıra çalışmaya özel kullanım/kullanılabilirlik anketi ve Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği (SUS) aracılığıyla incelenmiştir. Kullanım fizibilitesini test etmek ve ön etkileri tahmin etmek için sonuç ölçütleri arasında Kısa Ağrı Envanteri kullanılmıştır. Jibb ve ark. Yüz Ağrısı Ölçeği-Gözden Geçirilmiş (FPS-R) kullanarak çalışmalarını yürütmüştür. Nieto ve ark çocuklarda depresyon, işlevsel yetersizlik, felakletleştirme ve başa çıkma stratejileri ölçümlerini tamamlamışlardır. Xie ve ark. web tabanlı bilişsel davranışçı terapiyi kullanmıştır. Chung ve ark.'nın çalışmasında katılımcılar, stres ve rahatlama derecelerini ve Ağrı ve Semptomlar için Kansere Özel Müdahale (C-TIPS) ile memnuniyetlerini değerlendiren nicel ölçümleri tamamlamışlardır. Rini ve ark., katılımcılar ile evde web tabanlı eğitimi tamamlamasının ardından nitel görüşme yapılmıştır, diğer çalışmada ise katılımcılar Web tabanlı ağrıyla baş etme becerileri pekiştirme ödevi Lorig'in öz-yeterlik ölçümüne dayalı iki madde ile değerlendirilmiştir. Palermo ve ark. WebMAP Mobile ile çalışmalarını yürütmüştür. Stinson ve ark. ergen öz bildirimleri ve Ebeveyn-vekalet raporlarını kullanmıştır.

Müdahale

Bu çalışmaya dahil edilen makalelerdeki müdahaleler değişkenlik göstermektedir. Boström ve ark. EPIO müdahalesi, (1) bir yüz yüze tanıtım seansı, (2) akıllı telefonlar veya tabletler için uygulama tabanlı bir formatta sunulan dokuz bilişsel davranışa dayalı kendi kendine ağrı yönetimi modülü içeren karma bir bakım modelinde sunulmuştur ve (3) tanıtım seansından 2 ila 3 hafta sonra bir takip telefon görüşmesi yapılmıştır. Jibb ve ark. bilişsel-davranışsal kolun amacı doğrultusunda, MEDiPORT robotu, prosedür ağrısını hafifletmek için kanıta dayalı birleşik psikolojik müdahalelerle uyumlu bir dizi seslendirme ve hareket yürütmek üzere programlamıştır. Nieto ve ark. Bilişsel-davranışçı modele dayanan yenilikçi bir Web tabanlı müdahale olan DARWeb (Çalışma grubuna uygulanmıştır) uygulamıştır. Xie ve ark. Çalışma grubuna olağan (tıbbi) tedaviye ek olarak web tabanlı bir bilişsel davranışçı terapi uygulamıştır. Chung ve ark. ağrı ve semptomlar için Kansere Özel Müdahale (C-TIPS), çocukların tedavi süreci boyunca ağrı yönetimini iyileştirmeye odaklanan ampirik temelli farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı yönetimi bilgi ve beceri eğitimini ebeveynlere sağlamıştır. Ek olarak, bu müdahale ebeveynlere kendi kendine başa çıkmalarını desteklemek için diyafragmatik nefes almayı öğreten bir stres yönetimi modülü içerir. Rini ve ark. web tabanlı ağrıyla başa çıkma becerileri eğitimi kullanmıştır. Palermo ve ark. müdahale, ağrı öz-

yönetim becerilerini öğrenmek için Web tabanlı Ergen Ağrı Yönetimi (WebMAP) Mobil uygulamasına ve WebMAP ebeveyn web sitesine erişimi ile çalışmalarını yürütmüştür. Stinson ve ark. juvenil idiyopatik artrite özgü eğitim, öz-yönetim stratejileri ve sosyal destekten oluşan 12 modüllük bir ergen web sitesi, yalnızca ergenler için telefonla sağlık koçları, Juvenil idiyopatik artritin etkisi hakkında eğitim ve kendi kendini yönetmede ergenlerini desteklemek için stratejiler içeren modül, bakıcı web sitesi üzerinden çalışmalarını yürütmüştür.

Çalışmaların Bulgu ve Sonuçları

Boström ve ark. dijital kendi kendine yönetim müdahale programları, kronik ağrı ile yaşayan hastalar için kullanım ve destek olabileceğini vurgulamıştır. Bu fizibilite çalışmasında, EPIO kabul edilebilir bir program tamamlama oranı gösterilmiştir ve mükemmel bir kullanıcı memnuniyeti ile faydalı ve kullanımı kolay olarak derecelendirilmiştir. Jibb ve ark. MEDiPORT robotunu ve açıklanan protokolü uygulamanın uygun olacağını bildirmiştir. Ancak bu pilot deneme, robot teknik zorluklarının ve protokolümüzün diğer alanlarının değişiklik gerektirdiğini vurgulanmıştır. Nieto ve ark. çalışmasında web tabanlı müdahaleyi takiben, Fonksiyonel karın ağrısı olan çocuklar, ailelerin nitel olarak açıkladığı ve kısmen nicel sonuçlarda bulunduğu gibi, algılanan ağrı şiddetini iyileştirmiştir. Aileler ayrıca ağrıyla baş etmelerine yardımcı olan önemli başa çıkma stratejilerini öğrenmişlerdir ve ebeveynler de kendilerini güçlenmiş hissetmişlerdir ve acıya nasıl tepki vereceklerini öğrenmişlerdir. Xie ve ark. çalışmasında Web tabanlı bilişsel davranışçı terapi, ağrıyı katastrofikleştirmeyi önemli ölçüde azaltmıştır bu da, ağrı girişimini ve ağrı şiddetini azaltmıştır. Web tabanlı bilişsel davranışçı terapi ağrıyı katastrofikleştirmeyi azaltarak anormal ilaca bağlı davranışı hem doğrudan hem de dolaylı olarak önemli ölçüde azaltmıştır. Chung ve ark. Çalışmasında ebeveynler, Ağrı ve Semptomlar için Kansere Özel Müdahale yararlı, erişilebilir, yardımcı olduğunu ve ilgili bilgiler sağladığını bildirmiştir. Rini ve ark. çalışmasında hastalar, web tabanlı ağrıyla başa çıkma becerileri eğitimiyle ilgili son derece olumlu yanıtlar bildirmişlerdir, duygusal ve fiziksel faydalarını açıklamışlardır. Diğer çalışmada ise kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, web tabanlı ağrıyla başetme becerileri eğitimi, üretilen uyumsuz davranış stratejilerinin sayısını azaltırken, üretilen uyarlanabilir davranış stratejilerinin sayısını arttırmıştır. Ayrıca durumlarda ağrı için algılanan riski azaltmıştır ve benzer durumlarda ağrıdan kaçınma öz yeterliliğini arttırmıştır. Palermo ve ark. her iki grupta da (WebMAP ve Olağan Bakım) gençlerin zaman içinde ağrı ve sakatlıkta benzer değişikliklere sahip olduğunu göstermiştir. Stinson ve ark. Teens Take Charge Web tabanlı müdahalenin hem ağrı yoğunluğunu hem de ağrı girişimini azaltmada ve ayrıca eğitim kontrolüne kıyasla Juvenil idiyopatik artritle ergenlerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu belirtmiştir.

Tartışma & Sonuç

Web tabanlı sağlık uygulamaları son yıllarda tüm dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır. Dijitalleşmenin artması, internete ulaşımın kolaylaşması, olası salgın hastalıklar nedeniyle topluluk halinde kapalı sosyal ortamlarda buluşmanın riskler barındırması, daha uzak ve daha fazla sayıda insana ulaşma imkânı vermesi nedeniyle web tabanlı uygulamalar hayatın her alanında ve her sektörde yer edinmiştir. İletişim sadece günlük hayattaki aktivitelerimizin önemli kısmını oluşturmakla kalmaz aynı zamanda tanı ve tedavi süreçlerinin de önemli bir kısmını oluşturur. Bu çalışmanın amacı web tabanlı psikososyal müdahalelerin ağrı ve ağrı tedavisine etkilerini araştırmaktır.

Psikososyal müdahalelerin ağrı kontrolünde etkili olabileceği bilinmektedir (13). Psikososyal müdahalelerin web tabanlı uygulamalar üzerinde kullanılabilir olduğu Miao ve ark. yaptığı bir sistematik derlemede vurgulanmıştır (14). Ancak literatürde web tabanlı psikososyal

müdahalelerin ağrı üzerindeki etkilerini inceleyen bir sistematik derlemeye rastlanmamıştır. Teo ve ark. kanser hastalarına uygulanan psikososyal müdahaleleri incelediği sistematik derlemede web tabanlı uygulamalar kullanan çalışmalar da yer bulmuştur (15). Bu derlemede hastaların yaşam kaliteleri, kognitif fonksiyonları, eğitim ve el iş faaliyetlerinin olumlu etkilendiği sonucunun yanında kansere bağlı anksiyete ve ağrı üzerinde de olumlu etkiler tespit edildiği vurgulanmıştır (15). Lau ve ark. Yaptıkları derlemede, kronik hastalığı olan hastaların yaşam konforunu artırma ve ağrı kontrolünde web tabanlı psikososyal müdahalelerin uygulanabilirliğini kanıtlama ve anlayabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (16).

Bu çalışmaya dahil edilen araştırma bulgularında web tabanlı uygulamalarla gerektirilen psikososyal müdahalelerin kullanılabilir olduğu kanaati oluşmuştur. Bu uygulamaların genel olarak ağrıya olumlu etkilerinin olduğu ve yaşam konforunu artırdığını söylememiz mümkündür. Ancak yaptığımız taramalar neticesinde, uygulamaların yeni olması, olası olumsuz etkilerinin henüz bilinmiyor olması nedeniyle daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.

KAYNAKÇA

YAĞCI, Ü., & SAYGİN, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 26(2), 209-220.

Bartoszczyk DA, Gilbertson WS. Interventions for nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncol Nurs Forum*. 2015; 42: 634-41.

Öztunç G, Kılıç M. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012;7(21):35-51.

Çelik, S., Baş, B. K., Korkmaz, Z. N., Kardeşahin, H., & Yıldırım, S. (2018). Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(1), 17-23.

Martorella, G., Hanley, A. W., Pickett, S. M., & Gelinas, C. (2021). Web-and mindfulness-based intervention to prevent chronic pain after cardiac surgery: Protocol for a pilot randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 10(8), e30951.

Nieto, R., Boixadós, M., Ruiz, G., Hernández, E., & Huguet, A. (2019). Effects and experiences of families following a web-based psychosocial intervention for children with functional abdominal pain and their parents: A mixed-methods pilot randomized controlled trial. *Journal of Pain Research*, 12, 3395.

Bostrom, K., Børøsd, E., Varsi, C., Eide, H., Nordang, E. F., Schreurs, K. M., ... & Nes, L. S. (2020). Digital self-management in support of patients living with chronic pain: feasibility pilot study. *JMIR formative research*, 4(10), e23893.

Rini, C., Katz, A. W., Nwadugbo, A., Porter, L. S., Somers, T. J., & Keefe, F. J. (2021). Changes in identification of possible pain coping strategies by people with osteoarthritis who complete web-based pain coping skills training. *International journal of behavioral medicine*, 28(4), 488-498.

Jibb, L. A., Birnie, K. A., Nathan, P. C., Beran, T. N., Hum, V., Victor, J. C., & Stinson, J. N. (2018). Using the MEDiPORT humanoid robot to reduce procedural pain and distress in children with cancer: a pilot randomized controlled trial. *Pediatric blood & cancer*, 65(9), e27242.

Xie, H., Guarino, H., Moore, SK, Acosta, M., Budney, AJ, Rosenblum, A., ... & Fong, C. (2021). Uyuşturucuya bağlı anormal davranışları olan kronik ağrı hastaları için web tabanlı bilişsel davranış terapisi: Nasıl ve kimin için çalıştı? *Davranış tıbbi dergisi*, 44 (5), 704-714.

Stinson, J. N., Laloo, C., Hundert, A. S., Campillo, S., Cellucci, T., Dancey, P., ... & Victor, J. C. (2020). Teens taking charge: a randomized controlled trial of a web-based self-management program with telephone support for adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Journal of medical Internet research*, 22(7), e16234.

Chung, W. W., Agbayani, C. J. G., Martinez, A., Le, V., Cortes, H., Har, K., ... & Fortier, M. A. (2018). Improving Children's cancer pain management in the home setting: Development and formative evaluation of a web-based program for parents. *Computers in Biology and Medicine*, 101, 146-152.

Rini, C., Vu, M. B., Lerner, H., Bloom, C., Carda-Auten, J., Wood, W. A., ... & Keefe, F. J. (2018). A qualitative study of patient and provider perspectives on using web-based pain coping skills training to treat persistent cancer pain. *Palliative & supportive care*, 16(2), 155-169.

Palermo, T. M., de la Vega, R., Murray, C., Law, E., & Zhou, C. (2020). A digital health psychological intervention (WebMAP Mobile) for children and adolescents with chronic pain: results of a hybrid effectiveness-implementation stepped-wedge cluster randomized trial. *Pain*, 161(12), 2763.

Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HS, Spring B, Mohr DC, Berendsen MA, Jacobsen PB. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Feb 10;30(5):539-47. doi: 10.1200/JCO.2011.37.0437. Epub 2012 Jan 17. PMID: 22253460; PMCID: PMC6815997.

Miao M, Rietdijk R, Brunner M, Debono D, Togher L, Power E. Implementation of Web-Based Psychosocial Interventions for Adults With Acquired Brain Injury and Their Caregivers: Systematic Review *J Med Internet Res* 2022;24(7):e38100

Teo, I., Krishnan, A., & Lee, G. L. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: a systematic review. *Psycho-oncology*, 28(7), 1394-1407.

Lau N, Waldbaum S, Parigoris R, O'Daffer A, Walsh C, Colt SF, Yi-Frazier JP, Palermo TM, McCauley E, Rosenberg AR eHealth and mHealth Psychosocial Interventions for Youths With Chronic Illnesses: Systematic Review *JMIR Pediatr Parent* 2020;3(2):e22329

Afet Sonrası Erken Psikososyal Müdahale: Psikolojik İlk Yardım ve Hemşirelik

Elif Güzide EMİRZA¹
Kübra GÜLİRMAK GÜLER²

Giriş

Dünya genelinde son dönemlerde yaşanan afet durumları psikososyal destek uygulamalarına olan gereksinimi arttırmıştır. Afet sonrası mağdur bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını karşılayan, kanıt temelli bir yaklaşım olan psikolojik ilk yardım, afetlerin hemen ardından yapılması gereken ilk ve en acil psikososyal müdahale olarak belirtilmektedir (Kılıç & Şimşek, 2018). Sphere (2011) ve Kurumlar Arası Daimi Komite (IASC, 2007), psikolojik ilk yardımı (PİY-PFA), yardıma ve desteğe ihtiyaç duyan, acı çeken bireylere verilen destekleyici ve insani müdahaleler olarak açıklamıştır. Bu müdahalelere afetten hemen sonra yaş ve kültür fark etmeksizin tüm bireyler için ihtiyaç duyulmaktadır. PİY, çeşidine ve zamanına bağlı olarak ihtiyaç durumuna göre günlerce veya haftalarca uygulanabilmektedir (Sphere, 2011; Kılıç & Şimşek, 2018). Afetin nasıl gerçekleştiği ve bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması için ne kadar süreye ihtiyaç duyulduğuna da bağlı olarak zamanlama farklılık gösterebilmektedir. Psikolojik ilk yardım da amaç, travmatik olaylardan (tehlike/afet) kaynaklanan stresi azaltmak ve bireylerin uzun/kısa vadeli olaylarla baş etme becerilerini arttırmaktır. PİY uygulayan kişi, mümkün olan en kısa sürede ulaşabildiği ölçüde bireyler ile kısa süreli görüşmeler yapmakta, bireylerin ihtiyaçlarını belirlemekte, onlara rehberlik etmekte ve etkilenen bireylerin ilk şok etkisinden kurtulmalarını sağlamaktadır (Shannon, 2015).

Birleşmiş Milletler (2020), afet olayları sonrasında, acil ruh sağlığı veya krize müdahale hizmetlerinin yalnızca ruh sağlığı çalışanları için değil, aynı zamanda geniş bir alanda yaygın olarak kullanılabilirliğinin sağlanmasını önermektedir. Bu nedenle akıl sağlığı ve psikososyal desteğin acil durumlarda mevcut olması gerektiğini ve destek sağlayabilmeleri için toplum çalışanları arasında psikososyal bakım sağlamak için insan kaynağı kapasitesinin geliştirilmesini tavsiye etmektedir. Bu doğrultuda afetler nedeniyle oluşabilecek psikolojik sorunların önlenmesi ya da en aza indirilmesinde erken psikososyal müdahale olan psikolojik ilk yardım büyük önem taşımaktadır (Azzollini & ark., 2018).

Afet Sonrası Yaygın Görülen Stres Tepkileri

Travma algısı kişiye göre değişebilmekle birlikte tehlikede olduğuna inanan herkes travmatik strese maruz kalabilmektedir. Travma yaşanacağına yönelik inanç ne kadar büyük olursa travmatik stres de o kadar yüksek görülebilmektedir. Yaygın tepkiler ve yetişkin davranışları genel olarak şunları içermektedir:

- Travma yaşayan bireye yaklaşıldığında oryantasyon bozukluğu ve tepkisizlik
- Olaya karşı güçlü duygusal ve fiziksel tepkiler

¹ Arş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

² Arş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

- Endişeden dolayı aciz kalma hissi
- Ailevi zorluklar
- Madde bağımlılığı
- Aileye karşı aşırı korumacı olmak
- Aşırı derecede bir şeylerle meşgul olmak
- Kendini toplumdan izole etmek
- Bazen çok tetikte olmak, kolayca ürkmek
- Anıları canlandıran yerlerden, etkinliklerden veya kişilerden kaçınmaktır (Shannon, 2015; Solon, 2016).

Bir durumu ya da herhangi bir şeyi yoğun olarak arama davranışı, kişinin psikolojik, duygusal, zihinsel ve fiziksel güvenliğini bulma ve yeniden kurma ihtiyacını iletme. İsmi ifade edemediği ya da tanımlayamadığı bir şeyi sürekli arayan bir bireyde bu durum görülmektedir. Kişinin asıl aradığı şey ya da durum kendini yeniden güvende hissetmek ve güvende olmaktır. Bu nedenle afet/felaket gibi travma yaşayan bireylere psikolojik ilk yardımda bulunmak büyük önem taşımaktadır (Kılıç & Şimşek, 2019).

Psikolojik İlk Yardım (PİY)

Stres ve travma yaşayan bireylere yönelik uygulanan psikolojik ilk yardım pratik ve destekleyici bir yaklaşımdır. Bu uygulama, olayların ayrıntılı olarak tartışıldığı, psikoterapinin klinik ortamlarda yapıldığı ve profesyoneller tarafından terapilerin verildiği psikolojik yorumlamalardan farklılık göstermektedir. PİY, herkes tarafından güvenli bir yerde sunulabilen, saygı ve mahremiyet sağlayan, etkilenenlerin kişisel itibarını koruyan bir müdahale türüdür (Birkhead & Vermeulen, 2018). PİY’ de felaket/afetten etkilenen bireylerin ruhsal sorunları ve iyileşme güçlüklerine odaklanılmamaktadır. Afet yaşayan ve bundan etkilenen bireylerin tepkilerini anlamaya odaklanılmaktadır. Psikolojik ilk yardım, her insanın kendi temel insani ihtiyaçlarını karşıladığı ve gerekli desteğe ulaşabildiğinde stresli olaylarla baş edebildiği varsayımına dayanmaktadır. Dolayısıyla empatik ve pragmatik yaklaşımlara göre PİY, bireylerin kendi baş etme becerilerini geri kazanmalarına yardımcı olarak iyileşebilmelerini sağlamaktadır (Brymer & ark., 2006).

PİY, bir felaket, terör eylemi ve hatta kişisel bir kriz sonrasında çocuklardan yetişkinlere tüm insanlara yardım etmek için insanın dayanıklılığı kavramı üzerine inşa edilmiş kanıt temelli bir yaklaşımdır. Bu travmatik olayların sebep olduğu stres semptomlarını azaltmak ve kısa ya da uzun vadeli işlevsellik ve başa çıkmayı teşvik etmek için uygulanmaktadır. Ayrıca afet sonrası hayatta kalanlara ek hizmetlerden faydalanmasına da aracılık etmektedir. PİY, bilgilendirme ve danışmanlıkla ilgili birçok konuyu ele alsa da, yalnızca bilgilendirme ve danışmanlık amaçlı değildir (Everly & ark., 2014). PİY, profesyonel bir ruh sağlığı sağlayıcısının becerilerine dayanmamakla birlikte herkesin halihazırda sahip olduğu becerileri kullanmaktadır. Travmanın tanı ve tedavisinden ziyade, travmatik olayın neden olduğu strese bağlı tepki ve davranışları tanıyan bir yaklaşım olması nedeniyle travmanın bulunduğu ortamlarda uygulanmaktadır. PİY, tek bir müdahale yerine, etkilenen bireylerle çoklu temas noktası süreci olacağı ve ek yardıma ihtiyaç duyanlara yardım etmek için dışarıdan hizmetlerin alınmasını da kapsayacağı anlayışına dayanmaktadır. PİY ile bireylere hayatlarını yeniden inşa etmeleri için ihtiyaç duydukları psikososyal gereksinimleri kazandırılmaya çalışılmaktadır (Brymer & ark., 2006; Everly & ark., 2014; Kılıç & Şimşek, 2019).

Psikolojik İlk Yardımın Gelişimi

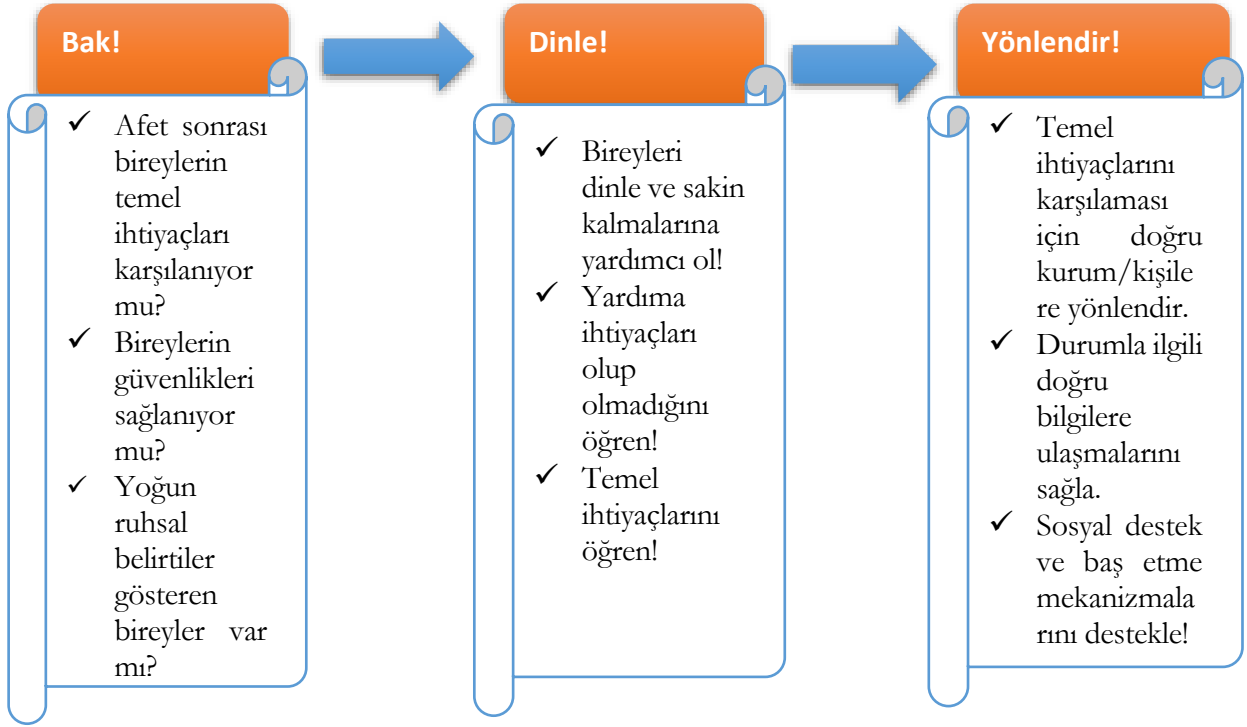
Psikolojik ilk yardımın ortaya çıkışı II. Dünya Savaşı'nın sonunda başlamıştır. 1970'li ve 1980'li yıllarda yaşanan çeşitli kritik ve travmatik olaylar sonrasında farklı yöntemler kullanılmıştır. 1990'lı yıllarda uygulanan müdahaleler üzerine çalışmalar yapılmış ve bazı uygulamaların bireyleri tekrar travmatize ettiği, daha sonraki yaşamda travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresyon gibi çeşitli psikolojik sorunların gelişmesine neden olduğu sonucuna varılmıştır (Kılıç & Şimşek, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) MH GAP (Ruh Sağlığı Gap Eylem Programı) kılavuz geliştirme grubu, PİY ve psikolojik yorumlama yaklaşımlarını değerlendirmiş ve yakın zamanda travma oluşturabilecek bir olay yaşamış kişilere uygulanan psikolojik ilk yardım müdahalesinin daha faydalı olduğunu belirtmiştir. Bu bulgulara yanıt olarak, IASC ve Sphere Projesi'nden çok sayıda ulusal ve uluslararası uzman grubunun da aralarında bulunduğu travmatik stres araştırma merkezi profesyonelleri, travmaya etkili müdahaleleri standart ve açıklayıcı hale getirmek için yerel ihtiyaçlar ve kültürlerden her yaşa uygun bir kılavuz oluşturmuştur. DSÖ bu kılavuzu 2011 yılında birçok dile tercüme etmiştir. Bu kılavuz 2014 yılında Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Esnek bir yapıda hazırlanan PİY uygulaması kılavuzu 4 temel ilkeyi açıklamaktadır:

1. Uygulanacak teknikler travma sonrası strese yönelik yapılan araştırmaların sonuçlarına bağlıdır.
2. Uygulama alanlarında kullanılabilir ve pratiktir.
3. Yaşamın her aşamasına ve gelişim düzeyine uygundur.
4. Esnektir ve tüm kültürlerde uygulanabilir (Kılıç & Şimşek, 2018).

Bu ilkeler doğrultusunda DSÖ 2011 yılında, psikolojik ilk yardım temel uygulama prensiplerini 3 adımda açıklamıştır. Bu adımlar: Bak, dinle ve yönlendirmektir.

1. **“Bak”**; afetin gerçekleştiği ortamı gözlemlemeyi, etkilenen bireylerin güvenliğini sağlamayı ve ciddi stres reaksiyonları gösteren bireylerin temel ihtiyaçlarına yönelmeyi içermektedir.
2. **“Dinle”**; belirtilen ihtiyaçları dinlemeyi içermektedir. Desteğe ihtiyaç duyan bireylerin endişelerini gidererek sakinleştirmelerine yardımcı olmaktadır.
3. **“Yönlendir”** ise; bireylerin temel hizmetlere ve yardım edebilecek kişi ve kuruluşlara erişiminin sağlanmasını içermektedir (Wang & ark., 2021).

Tüm bu ilkeler, psikolojik yardım sağlayıcılara, afetin nasıl değerlendirileceği, mağdurlara nasıl yaklaşılacağı, onlara pratik destek ve bilgi sağlanması konusunda yol göstermektedir.



Şekil 1. Psikolojik ilk yardımın uygulama adımları

Hobfoll ve ark. (2007) PİY uygulama tekniklerini afet sonrasında mağdurların olumlu adaptasyonunu kolaylaştıran beş temel prensipte tanımlamıştır. Bunlar:

1. Güvenlik duygusunu,
2. Sakinleşmeyi,
3. Benlik duygusunu ve bütüncül yeterliliği,
4. Bağlılığı ve
5. Umudu teşvik etmektir.

Bu ilkeler rehberliğinde, PİY uygulayıcıları bireylerin acil gereksinimlerini ele almakta ve yeniden travma oluşturan düşünce ve durumlardan kaçınmalarına yardımcı olmaya çalışmaktadır. Bu durum bireylerin güvenlik duygusunu geliştirmelerini sağlayıp stresi azaltmaktadır. Bazı bireyler afet sonrasında çok yoğun stres yaşayabilirler. Kaygılarını azaltmak ve sakinleşmeye yardımcı olmak için bu kişilere öncelik verilmelidir. Bireyler stresli durumlarda duygu ve düşüncelerini yönetebilme konusunda kendi yeteneklerine inandıklarında öz yeterlilikleri artmaktadır (Hobfoll & ark., 2007). Sosyal destek sağlamak bireylerin travmalarda pratik çözümler bulmasına yardımcı olmakta ve kolektif yeterliliklerini de arttırmaktadır. Bu nedenle kişilerarası bağlantıların kolaylaştırılması travma açısından önem taşımaktadır. Bir felaket/afet sonrasında umutlu olmak, bireylerin duygusal tepkilerini normalleştirmelerine, çabuk iyileşmelerine ve olumsuz düşüncelerin azalmasına olanak sağlamaktadır (Kılıç & Şimşek, 2019).

PİY uygulaması Brymer ve ark. (2006) tarafından 8 temel adımda açıklanmıştır. Bunlar:

1. Temas ve katılım,
2. Güvenlik ve rahatlık,

3. Stabilizasyon,
4. Bilgi toplama,
5. Pratik yardım,
6. Sosyal desteklerle bağlantı,
7. Başa çıkma konusunda bilgi ve
8. İşbirlikçi hizmetlerle bağlantıdır.

Afet Sonrası Psikolojik İlk Yardım Müdahale İlkeleri

Psikolojik ilk yardım uygulamalarında birincil müdahale, ekip üyelerinin olay yerine gelmesiyle başlamaktadır. PİY uygulayıcıları felaket olayının ciddiyeti, uygun güvenlik önlemleri, destek hizmetleri, bunlara nasıl erişileceği ve düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Ekibin her bir üyesinin olay yerine varmadan önce kendi rollerinin farkında olması gerekmektedir. Bu durum, felaket olaylarının neden olduğu stres düzeyini azaltarak, uygulayıcıların net ve sakin düşünmesine ve PİY uygulamalarını etkili yürütmesine olanak tanımaktadır (Kılıç & Şimşek, 2018). PİY uygulayıcıları afet mahallindeyken etkilenen insanların tepkilerini ve etkileşimlerini gözlemlemeli ve yardıma en çok ihtiyacı olanları belirlemeye başlamalıdır. Özellikle öfkeli ve panik halindeki bireylerin ve saldırgan ve dürtüsel davranışlara sahip görünen kişilerin tanımlanması son derece önemlidir. PİY uygulayıcıları, triyaj ilkeleri rehberliğinde yüksek risk grubu belirlemeli ve yüksek riskli gruba öncelikli olarak gerekli yardımı sağlamalıdır (Kim & Han, 2021). Brymer ve arkadaşları (2006) tarafından PİY müdahaleleri 8 temel ilkedен oluşmaktadır. Bu ilkeler ve açıklamaları aşağıda yer almaktadır:

- 1. Temas ve katılım:** Bu yaklaşım afet sonrası bireylerle şefkatli ve saygılı bir şekilde iletişim kurulmasını gerektirir. Hayatta kalan bireyle konuşmak için izin istemek ve acil ihtiyaçları sormak gibi eylemleri içermektedir. İletişim kurarken kültürel normlar dikkate alınarak yaklaşımda bulunulmalıdır. PİY uygulayıcısı bu adımda kendisine “Birey ile temasta fiziksel temas kullanılabilir mi?, Aile sözcüsü var mı?, Ölen kişinin adı gibi bazı kelimelerden kaçınılması mı gerekiyor?” gibi sorular yöneltmelidir (Kılıç & Şimşek, 2018). Bu eylem, afetten etkilenen bireylerle müdahaleci olmayan, yardımsever, nazik ve şefkatli bir tutumla iletişim kurmayı amaçlamaktadır. Stresli kişilerle iletişim yöntemi çok önemlidir. Kriz durumlarındaki kişiler aşırı derecede karamsar, endişeli veya kafası karışmış, kendini suçlayıcı olabilirler. Sakin ve hoşgörülü olmak, stresli kişilerin kendilerini daha güvende hissetmelerine, anlaşıldıklarını, saygı duyulduklarını ve değer verildiğini hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Mağdur bireyler yaşamış oldukları travma durumlarını anlatmak isteyebilir. Bu nedenle travma yaşantılarını dinlemek büyük bir destek mekanizması oluşturabilir. Ancak bu noktada olanları anlatmaya zorlamamak önemlidir (Said, Molassiotis & Chiang, 2022). Bazı bireyler başlarına gelen travmatik durumlar hakkında konuşmak istemeyebilir. Bu durumda onlarla birlikteyken susmak, bir süre konuşmamak gerekir. Bir süre sessiz kalmak, isterlerse hikayelerini sizinle paylaşabilmeleri için onlara zaman, alan ve cesaret verebilecektir. Aynı zamanda onların yardımı daha kolay kabul etmelerini de sağlayabilmektedir. Afet ortamları hakkında maruz kalan bireyler dışında bilinen çok fazla bilgi yoktur. Bu nedenle PİY uygulayıcılarının afetten etkilenen bireylerle hızlı bir şekilde iletişim ve olumlu işbirliği kurması gerekmektedir. Olumlu olabilmek için iletişimi kuranların cinsiyet, yaş, gelenek ve kültür gibi farklı bireysel özellikleri dikkate alması da son derece önemlidir. PİY uygulayıcıları, etkilenen bireylerin hazır oluşlarını dikkate alarak afetle teması nasıl ve ne

zaman başlatacakları konusunda iyi bilgilendirilmelidir. İlk teması kurarken konuşmak ve kendilerini tanıtmak için izin istemelidirler (Kılıç & Şimşek, 2018; Said, Molassiotis & Chiang, 2022).

- 2. Güvenlik ve rahatlık:** Bu eylem, bireylerin afet ortamında güvenliklerini sağlayarak fiziksel ve duygusal rahatlamayı desteklemeye yönelik stratejileri içermektedir. Bu bağlamda mağdurlar için duygusal rahatlık ve destek oluşturmada kritik öneme sahiptir. Bu yaklaşım, kayıp yakınlarını arama konusunda yardımcı olabilir, sevdiklerinin ölmesi durumunda onlara destek sağlayabilir, ölen yakınlarını tespit etme sürecinde yardımcı olabilir ve ölüm duyurularının yazılmasına yardımcı olabilmektedir (Kılıç & Şimşek, 2019). Mağdurlara fiziksel rahatlık sağlamak, onları sosyal ilişkileri sürdürmeye veya yenilemeye teşvik etmek, oluşabilecek travmalardan korumak, travmadan sonra görülen acı ve üzüntüye uygun tepkiler vermek, bireylerin hem fiziksel hem de duygusal olarak kendilerini güvende hissetmelerinde önem taşıyan yaklaşımlardır. Uygun yaklaşımların kullanılması onların duygusal ve fiziksel rahatlıklarının sağlanmasına yardımcı olur. Burada amaç, acil ve sürekli güvenliğin, fiziksel ve duygusal rahatlığın sağlanmasıdır. Bu eylemde, pratik ve rahatlatıcı uygulamalar yapılmalıdır. Bireylerin depremden kaynaklanan artçı sarsıntılar veya yangın sırasında değişen rüzgarın yangının yönünü değiştirmesi gibi devam eden güvenlik endişeleriyle nasıl başa çıkacaklarını da bilmelerinin desteklenmesi bu yaklaşım için bir örnektir (Everly & Lating, 2021).
- 3. Stabilizasyon:** Bu eylem, duygularını yönetme yeteneğini kaybetmiş bireylerin stresli durumlarını dengelemeyi amaçlamaktadır. Afetzedeler duygusal olarak bunaldıklarında, sakinleşmelerine yardımcı olmak ve sıkıntılarını azaltmak için yardımcı olmak gerekmektedir. Afetzedelerin çoğu bir felaketten sonra stabilizasyona ihtiyaç duyduğunu fark etmeyebilir. Çünkü afet sonrası görülen çoğu tepki normal olarak değerlendirilmektedir. Ancak normal olarak değerlendirilen tepkiler kontrolden çıkan fiziksel ve duygusal tepkilere dönüştüğünde etkilenen bireyler günlük yaşam aktivitelerini yönetemezler. Bu durumda psikolojik ilk yardım uygulayıcısı, mağdurların en temel endişe ve sorunlarına değinerek onları stabilize etmeye yardımcı olmaya çalışmaktadır (Uhernik & Husson, 2009). Basit stabilizasyon teknikleri, bireyleri sakin bir yere alıp rahatlatmak, dikkatle dinlemek, yardım için başvurdukları kişilere ulaşmalarının sağlanması ve konuşmalarında ısrar edilmemesi gibi yaklaşımları içermektedir. Bu yöntemler duygusal ve fiziksel rahatlama sağlamıyorsa bireylerin uygun kurumlara sevk edilebilmesi için acil yönlendirmeler yapılmalıdır. Stabilizasyon yaklaşımı, duygusal açıdan aşırı yüklenmiş kişilere baş etmeyi öğretmektedir. Topraklama ve nefes alma teknikleri gibi yöntemler kullanılabilir. Topraklama, son derece tedirgin, gerçeklikle bağını kaybetmiş gibi görünen veya çok güçlü duygulara sahip kişiler için kullanılan bir tekniktir. Nefes almayı gevşeme ve seçici konsantrasyonla birleştirmektedir. Bu eylemler bireylerin afet sonrası stabil kalmalarına yardımcı olmaktadır (Uhernik & Husson, 2009; Everly & Lating, 2021).
- 4. Bilgi toplama:** Psikolojik ilk yardımda bilgi toplama süreci, ilk temasla başlamakta ve tüm süreç boyunca devam etmektedir. PİY' de bilgi toplama süreci, etkilenen bireylerin en acil ihtiyaçlarının ve endişelerinin belirlenmesine yoğunlaşmaktadır. Bu sebeple PİY uygulayıcıları, acil fiziksel ve zihinsel bakım gereksinimleri, yaşanan olayların niteliği ve ciddiyeti, afet sırasında devam eden acil ve tehlikeli durumlar, gözlemlenen ruhsal veya fiziksel rahatsızlıklar ve kullanılması gereken ilaçlar hakkında bilgi toplamalıdır. Ayrıca bireylerin kendilerine veya başkalarına zarar verme düşünceleri ve madde kullanım geçmişi hakkında da bilgi toplanması önemlidir (Solon, 2016). Bireylerin travma ve kayıp

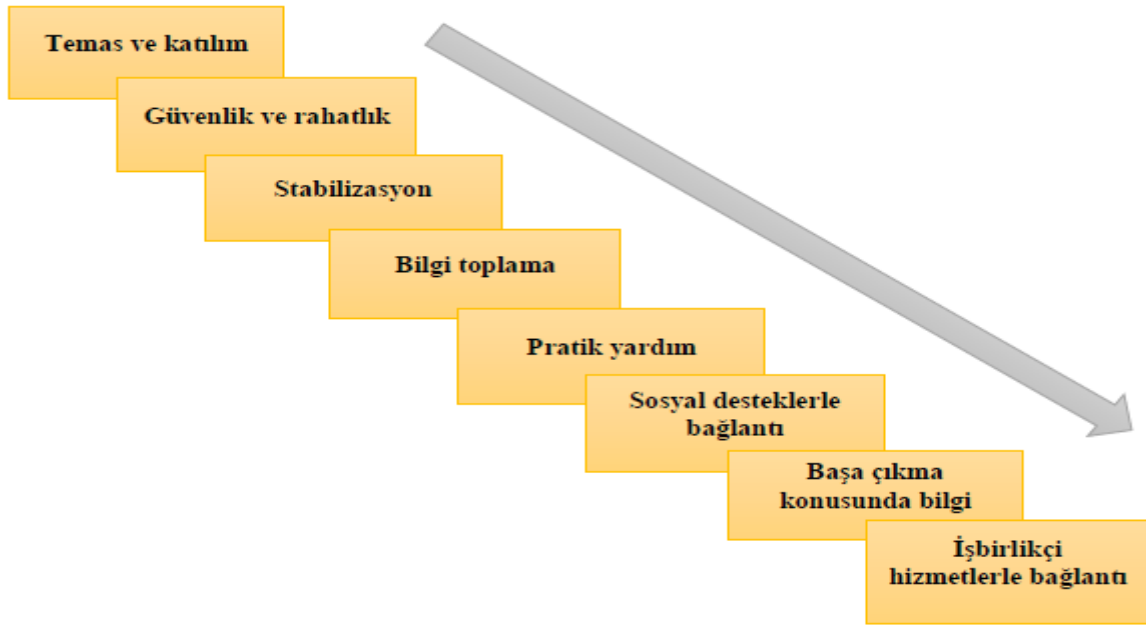
hikayelerinin dinlenmesi, ihtiyaçlarının hassas bir şekilde belirlenmesi ve etkili destek hizmetlerinin sağlanması açısından ne kadar bilgi toplayacakları ve ne ölçüde soru sormaları gerektiği de önemli ve hassas bir durumdur. Mağdurlarda daha fazla stres oluşturabilecek travmatik olayın ayrıntılarına ilişkin sorular sorulmamalıdır. Buradaki amaç, bireylerin acil ihtiyaçlarını ve endişelerini keşfetmeye yetecek kadar bilgi toplamaktır. En acil ihtiyacı belirlemek için minimum bilgiye ihtiyaç vardır. Hayatta kalanlar olayla ilgili hikayelerinin tamamını anlatmaya teşvik edilmemelidir; çünkü, bu hikaye kişiyi yeniden travmatize edebilir ve zarar verebilir. “Yaralandın mı?” veya “Sevdiğin birini mi kaybettin?” gibi sorular yöneltmek mağdurların en acil ihtiyaçlarına karar verilmesine yardımcı olacaktır (Uhernik & Husson, 2009; Kılıç & Şimşek, 2018; Everly & Lating, 2021).

- 5. Pratik yardım:** Bu basamakta mağdur bireylerin acil ihtiyaç ve kaygılarına öncelik verilerek pratik çözümler geliştirmek amaçlanmaktadır. Afetlerin neden olduğu acil ve devam eden sorunlar, mağdurların distres düzeylerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bireylerin sorunlarını çözmelerine yardımcı olmak, ihtiyaçlarını belirlemek ve ihtiyaçlarına göre yardım sunmak, onların güven geliştirmelerine ve umutlarını yeniden oluşturmalarına imkan sunmaktadır. Bu durum aynı zamanda onların günlük yaşamla başa çıkmalarında güçlenmelerini sağlamak ve olumlu davranışlar sergilemelerini desteklemektedir (Wang & ark., 2021). Ayrıca başa çıkma konusunda yeni fikirlere sahip olmak, kendilerini mağlup hissetmelerini engelleyebilmekte ve yeniden başarılı olma konusunda özgüven geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle psikolojik ilk yardım sağlamada mağdurların ihtiyaçlarının kısa vadede hemen tespit edilmesi ve bu ihtiyaçların karşılanmasına yönelik pratik çözümlerin bulunması büyük önem taşır. Pratik yardım, bireylere gereksinimlerinin karşılanması için çabalama gücü ve yaşamın yeniden normalleşebileceğine dair umut verebilecek bir yaklaşımdır (Kılıç & Şimşek, 2019). Yiyecek, barınma, kıyafet ve telefon erişiminin sağlanması PİY uygulayıcılarının hayatta kalan bireylerin öncelikli ihtiyaçlarını netleştirmelerine, bir eylem planı hazırlamalarına ve ihtiyacı gidermek için harekete geçmelerine yardımcı olabilmektedir. PİY uygulayıcıları tüm ihtiyaçları karşılamaya çalışmak yerine mağdurların aktif olabileceği ve yaşamlarının kontrolünü yeniden ele alabileceği bir ortam sağlar (Choi, 2020; Wang & ark., 2021).
- 6. Sosyal desteklerle bağlantı:** Bu eylem, mağdurların hızlı bir şekilde sosyal destek sağlayabilecek bireylere ve gruplara erişmelerini sağlamayı amaçlar. Birincil destek kişileriyle veya farklı kaynaklarla (örneğin aile bireyleri, arkadaşlar ve sosyal yardım kuruluşları) iletişim kurma konusunda yardım, psikolojik ilk yardım müdahaleleri için önemlidir. Travma durumlarında sosyal destek alan bireylerin daha hızlı iyileştikleri ve travmanın olumsuz etkilerini daha kolay atlattıkları bilinmektedir. Bireylerin çeşitli sosyal destek faaliyetlerine olanak sağlayacak sosyal bağlantılar kurmaları teşvik edilmelidir. Bu faaliyetler, pratik problem çözme, duygularını anlama, kabullenme, hikayelerini paylaşma, normal hissetmeye dönme ve travmatik deneyimlerle başa çıkmak için gereken baş etme becerilerini geliştirme konusunda yardımcı olabilmektedir (Uhernik & Husson, 2009; Kılıç & Şimşek, 2018). Afet sonrası mağdur bireyler için acil ihtiyaç anne, baba, kardeş, eş, çocuk gibi birincil desteklerle bağlantı kurmaktır. Mağdurların bu aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ev telefonu, cep telefonu, e-posta vb. yoluyla iletişime geçmesi gerekir. Mağdurların birincil sosyal destek personeli veya destek sistemi yoksa, en yakın ve en kolay ulaşabilecekleri destekleri kullanmaları teşvik edilmelidir. Ayrıca destek kişileri yanında olmayan mağdurların stres düzeylerini azaltmak için kitap, dergi gibi okumalar

yapılabilir. Mağdur yaşlı bir kişi ise, bakıcının yeterli bakımı sağlayacak kadar genç olması gerekir. Mağdur birey adölesan dönemindeyse oyun veya spor gibi grup etkinliklerine katılmaları desteklenmelidir. Mağdur bireyleri sosyal desteklere yeniden bağlamak, afet sonrası refah ve iyileşmeyle en olumlu şekilde bağlantılı eylemlerden biridir. Eylemler, aileleri yeniden bir araya getirmek, destek sistemleri oluşturmak, izolasyondan kaçınmak ve bireyleri birbirine ve ihtiyaç duyulan kaynaklara bağlamak için sosyal medyayı kullanmak gibi yönlendirmeleri içermektedir (Shannon, 2015; Kılıç & Şimşek, 2018).

- 7. Başa çıkma konusunda bilgi:** Bu eylemin amacı bireylere stres tepkileri hakkında bilgi vermek, stresten kurtulma yöntemlerini anlatmak ve afet öncesi yaşamına dönüşlerini hızlandırmaktır. Bu hedefe ulaşmak için, PİY uygulayıcıları afetlerden etkilenen bireylere stres reaksiyonları, travma sonrası psikolojik reaksiyonlar ve başa çıkmanın faydalı ve zararlı yolları hakkında bilgi sunmalıdır. Bu bilgi, bireylerin stres ve sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak açısından önemlidir. Başa çıkma becerileri gelişmiş bireyler, şiddeti ne olursa olsun, stresli olayları yönetebileceklerine giderek daha fazla inanmaktadır. Bu onların öz yeterliliğini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Öz yeterliliği yüksek olan bireyler aynı zamanda stresli olaylar üzerinde de kontrol duygusuna sahiptirler (Minihan & ark., 2020). Olumsuz olaylar karşısında ulaşılabilir hedefler koyabilir ve daha hızlı iyileşebilirler. Bireylerdeki stres tepkileri günlük işleyişini bozabilmektedir. Bu durumda uygun hizmetlerin acil olarak sunulması çok önemlidir. Bireylerin her türlü başa çıkma becerilerini ayırt edebilmelerini sağlayarak, olumsuz tepkileri azaltmalarına ve durumlarını iyileştirmelerine yardımcı olur. Bazı durumlarda PİY uygulayan kişilerin afetzede bireyin başa çıkma yöntemlerini ayrıntılı olarak tartışması gerekebilir (Birkhead & Vermeulen, 2018). Bu gibi durumlarda mağdurlara ailevi sorunlarla baş etme, gelişebilecek sorunlarla baş etme, öfke sorunları, uyku bozuklukları, alkol ve madde kullanımı ve kötüye kullanımı konusunda eğitim verilebilmektedir. Afet sonrası maruz kalan bireyler zayıf olduklarını düşünebilir, manevi inançlarını sorgulayabilir ve gelişim süreçlerinde aksaklıklar yaşayabilirler. Hatta suçluluk, öfke kontrolü, uyku problemleriyle baş etme, çocuklarının davranış değişiklikleri ve alkol sorunları gibi konularla baş etme konusunda bilgiye ihtiyaç duyabilirler. PİY uygulayıcılarının reaksiyonları tanımlamak için mağdur bireylere "normal" kelimesini kullanmamaları gerekmektedir. PİY uygulayıcılarının "normal" kelimesi yerine "ortak" veya "beklenen" gibi kelimeler kullanmaları empatik yaklaşım açısından önemlidir (Birkhead & Vermeulen, 2018; Kılıç & Şimşek, 2019; Minihan & ark., 2020).
- 8. İşbirlikçi hizmetlerle bağlantı:** Bu eylem, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilecek hizmetlere bağlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Pek çok birey, afet sonrasında ek yardıma ihtiyaç duyabilir ancak yaşadıkları stres ve kaygı nedeniyle yardım arayışları olumsuz etkilenebilir. Bu gibi durumlarda, PİY uygulayıcıları mağdurların ilgili hizmetlerle ve destek personeliyle bağlantı kurmasına yardımcı olmalıdır. Mağdurların acil ihtiyaçlarını karşılayabilecek yardım kuruluşlarıyla bağlantıya geçmek ve mağdurları uygun yardım merkezlerine yönlendirmek bu bireylerde umut duygusunun gelişmesine yardımcı olabilir (Everly & ark., 2014). Zamanında sağlanan kişisel yardım ve doğru iletişimin kurulması mağdurların ruh sağlığına yardımcı olabilmektedir. PİY uygulayıcıları mağdurları yardım kuruluşlarına yönlendirirken mağdurların ihtiyaçlarını ve sorunlarını kendileriyle yapılan görüşmeler doğrultusunda net bir şekilde özetlemelidirler. Bu, yardım kuruluşundaki uzmanların işini kolaylaştırmakta ve

bireylerin ihtiyaç duydukları yardımı alamadıklarında yeni bir travma yaşamalarının önüne geçmektedir (Corcoran, 2020). 18 yaş altı çocuk ve ergenlerin ailelerinin izni ve bilgisi dışında herhangi bir yere yönlendirilmemeleri gerekmektedir. Yaşlı bireylerin sevki yazılı olarak yapılmalı ve yaşının ihtiyacını karşılayabilecek kişi ve kuruluşların isim ve adresleri de yer almalıdır. Gerekğinde sevk edilecek kişiye ve yakınlarına yazılı olarak sevk bilgisi verilmelidir. Bireyler bir kuruma yerleştirildiğinde, yardım sağlayacak, terk edilme ve reddedilme duygularından kurtulmalarına yardımcı olacak kişilerle tanıştırılmalıdır. Ayrıca yardım süreci hakkında da bilgi verilmelidir. PİY uygulayıcıları, bakımın sürekliliğini sağlamak için bireylerin iletişim bilgilerini ve takibini sürdürmelidir. Bu eylemin amacı insanları anında ve gelecekte ihtiyaç duydukları hizmetlerle buluşturmak. Hayatta kalanların, bir profesyonel tarafından sürekli olarak tıbbi bakıma veya ruh sağlığı müdahalesine yönlendirilmesi gerekebilmektedir (Everly & ark., 2014; Corcoran, 2020).



Şekil 2. Psikolojik Yardım Uygulama İlkeleri

Psikolojik İlk Yardım Müdahalelerinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Afet durumlarında sağlık hizmetleri en sık talep edilen ve hayati hizmetler arasında yer almaktadır. Afetlere hazır olmak son derece kritik bir durumdur. Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının uygun girişimleri bilmeleri ve afetler konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları büyük önem taşımaktadır (Basnet, Songwathana & Sae-Sia, 2016). Ancak sağlık personelinin çoğu ilk yardım, kardiyopulmoner resüsitasyon ve temel yaşam desteği gibi müdahaleler konusunda yeterli deneyim ve eğitime sahip olmasına rağmen, afetzedelere yönelik psikolojik tepkileri tanımlayacak ve uygun müdahaleleri yapabilecek eğitim ve deneyime sahip değildir. Ancak psikolojik tepkilerin belirlenmesinin mağdurların psikolojisi üzerinde olumlu etkisi vardır (Chapman & Arbon, 2008; Basnet, Songwathana & Sae-Sia, 2016).

Afetlerin odak noktası mağdurların ihtiyaçlarının acil olduğu durumlarda fiziksel ve psikolojik yardım sağlamaktır. Hemşireler bu etkili acil müdahalelerin vazgeçilmez bir parçasıdır. Hemşireler her gün stresli, travmatik ya da zor durumlarla karşı karşıya kalmakta ve

bu durumlara uyum sağlamak durumunda kalmaktadırlar. İş tecrübeleri ve eğitimleri sayesinde büyük felaketler sonrası yardımda öncü rol oynayabilmektedir (Corcoran, 2020). PİY uygulamalarında:

- Hemşireler afetlerde risk faktörlerini tespit ederek sağlığı tehdit eden riskleri minimum seviyeye indirebilmektedir (Corcoran, 2020).
- Afetlerin birey, aile ve toplum üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerini belirleyebilmektedir (Kılıç & Şimşek, 2019).
- Yoğun stres yaşayan bireylerin acil ve temel ihtiyaçlarını destekleyici ve şefkatli bir yaklaşımla tespit edebilmektedir. Böylece etkilenen bireylerin en acil ihtiyaç duyduğu uygun fiziksel ve psikolojik desteği sağlayabilirler (Movahed & ark., 2023).
- Hemşireler iletişim bilgi ve becerileri sayesinde bireylerin zor durumlarda akılcı başa çıkma davranışlarını kullanmalarına ve güçlü yönlerini toparlamalarına yardımcı olabilmektedir (Kılıç & Şimşek, 2019).
- Yaşanan felaket sonrası bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerini sağlayarak, bireylerin kendi yaşamlarını yeniden yapılandırmalarına ve özgüvenlerini yeniden kazanmalarına destek olabilmektedir. Tüm bu faktörler dikkate alındığında hemşirelerin afet döngüsünün her aşamasında rol sahibi olduğu kaçınılmaz olarak kabul edilmektedir. Bu durum hemşirelerin afetlerde uygun müdahaleleri sağlamaya hazırlıklı olmalarını önemli kılmaktadır (Özyer & Dinçer, 2020).

Hemşireler hastalarla doğrudan iletişim kurmaktadır. Daha da önemlisi hemşirelik uygulamasının temel ilkeleri afet yönetimi aşamalarıyla paralellik göstermektedir. Ayrıca afetler problem çözme yaklaşımını gerektirir. Hemşireler teorik ve pratik sağlık bilgisi, iletişim, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisine sahip profesyonellerdir ve sağlık çalışanları arasında en büyük grubu hemşireler oluşturmaktadır. Psikolojik ilk yardım konusunda eğitim almış hemşireler, herhangi bir travmatik olayın psikolojik etkisinin azaltılmasına ve etkilenen bireylerin iyileşmesinin hızlandırılmasına yardımcı olabilmektedir. Ayrıca, afetlerden sonraki günlerde hayatta kalanların psikolojik değerlendirmelerini erkenden ve sürekli olarak gerçekleştirerek bireylerin ve toplulukların dayanıklılığının doğrulanmasına ve onarılmasına yardımcı olabilmektedir (Kalanlar & Kubilay, 2015). Hemşireler psikolojik ilk yardım uygulayarak afet mağdurlarının psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilir, sağlık bakımını iyileştirebilir ve mağdurları doğru öz bakımı benimsemeye yönlendirebilirler. Afetler, destek hizmetleri sağlayan müdahale ekipleri üzerinde fiziksel ve psikolojik stres oluşturabilmektedir. Bu durumlarda PİY uygulayıcılarının performansı büyük ölçüde etkilenebilir. Afetlerde deneyimli hemşireler bile bazen basit bir görevi yerine getirmekte zorluk yaşayabilirler. Hemşirelerin afetlerin kaotik ortamında sınırlı kaynaklarla çalışmak zorunda kalabilecekleri, yüksek düzeyde zihinsel ve psikolojik stres yaşayabilecekleri bilinmektedir. Afetlerde hemşirelerde stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin azaltılması gerektiği, ayrıca hemşirelerin afetlerde kendi stres düzeylerini nasıl azaltabilecekleri konusunda eğitilmesi gerektiği pek çok araştırmada açıklanmıştır (Kalanlar & Kubilay, 2015; Kılıç & Şimşek, 2019). Chapman ve ark. (2008) yardım sağlayanların afetlerde stres yönetimini bilmesi ve bu konuda eğitim alması gerektiğini savunmuştur. Bu noktada psikolojik ilk yardım bilgisi, afetlerde aktif olarak bakım veren hemşirelerin stres ve kaygı düzeylerini azaltmaktadır. Hemşireler, strese karşı kişisel dirençlerini geliştirmek ve dayanıklılıklarını artırmak için PİY aracılığıyla stres düzeylerini azaltabilmekte ve güç kazanabilmektedir (Kılıç & Şimşek, 2018).

Hemşireler arasında PİY uygulamalarına ilişkin ampirik verilerin kullanımı yaygınlaştığında bakım ve yardım hizmetleri gelişebilmektedir. Bu doğrultuda iyi uygulamalar ve etkili sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Gebbie ve Turnock (2006), klinisyenler için zorunlu olan halk sağlığı sertifikasyonu almak için gerekli olan temel yaşam desteği derslerinin, PİY uygulamasına ilişkin eğitim şartını da içermesi gerektiğini belirlemişlerdir.

Afetlere hazırlıklı olmak, afetlerin olası olumsuz etkilerine müdahale etmek ve afet sonrası dönemde rehabilitasyonu sağlamak, özellikle son yıllarda afet olaylarının arttığı göz önüne alındığında, tüm sağlık profesyonelleri için son derece önemlidir. Hemşireler teknik bilgi ve becerilerini kullanarak afet yardımlarında aktif rol alan vazgeçilmez sağlık profesyonelleridir. Bu noktada hemşirelerin afetlerde fiziksel bakım ve psikolojik ilk yardım yapabilmeleri beklenmektedir (Basnet, Songwathana & Sae-Sia; 2016). Bu, travma sonrası stres bozukluğunun gelişme riskinin azaltılmasına ve toplumsal direncin güçlendirilmesine önemli bir katkı sağlayacaktır. Bu bakımdan PİY uygulaması konusunda eğitim almış hemşirelerin afetlere müdahale etmesi gerekmektedir. Gerektiğinde simülasyon teknolojisi kullanılarak hem hemşirelere hem de öğrencilere PİY konusunda eğitim verilmesi ve sertifikalandırılması da oldukça faydalı olacaktır (Chapman & Arbon, 2008; Basnet, Songwathana & Sae-Sia; 2016; Choi, 2020).

KAYNAKÇA

Azzollini, S. C., Depaula, P. D., Cosentino, A. C., & Bail Pupko, V. (2018). Applications of psychological first aid in disaster and emergency situations: Its relationship with decision-making.

Basnet, P., Songwathana, P., Sae-Sia, W. (2016). Disaster nursing knowledge in earthquake response and relief among Nepalese nurses working in government and non-government sector. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6, 111–118.

Birkhead, G. S., & Vermeulen, K. (2018). Sustainability of psychological first aid training for the disaster response workforce. *American journal of public health*, 108(5), 381-382. Doi: 10.3390/ijerph18094594

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos R, et al. (2006). *Psychological First Aid: Field operations guide* (Second edit). Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

Chapman, K., Arbon, P. (2008) Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting. *Australas Emerg Nurs J*, 11, 135–44.

Choi, Y.J. (2020). Psychological first-aid experiences of disaster health care workers: a qualitative analysis. *Disaster medicine and public health preparedness*, 14(4), 433-436. Doi: 10.1017/dmp.2019.87

Corcoran, C. M. (2020). Use of Psychological First Aid for Nurses. *Nursing Economic*, 38(1).

Everly G.S. Jr, McCabe, O.L., Semon, N., Thompson, C.B., et al. (2014). The development of a model of psychological first aid (PFA) for non-mental health trained public health personnel: The Johns Hopkins' RAPID-PFA. *J Public Health Man*, 20, 24–9.

Everly Jr, G.S., & Lating, J.M. (2021). Psychological first aid (PFA) and disasters. *International review of psychiatry*, 33(8), 718-727.

Gebbie, K.M., Turnock, B.J. (2006). The public health workforce, 2006: new challenges. *Health Aff (Millwood)*, 25, 923–33.

Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A. et al. (2017). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 2 83–315.

Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007. Available at: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf. Erişim tarihi: 22 Ekim 2023.

Kalanlar, B. & Kubilay, G. (2015). Afet hemşireliği eğitimi ve afet öncesinde afet hemşiresinin görevleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8(2), 77-85

Kılıç, N., & Şimşek, N. (2018). Psychological first aid and nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 212-218. Doi: 10.14744/phd.2017.76376

Kılıç, N., & Şimşek, N. (2019). The effects of psychological first aid training on disaster preparedness perception and self-efficacy. *Nurse education today*, 83, 104203. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.104203

Kim, E. Y., & Han, S. W. (2021). Development of psychological first aid guidelines for people who have experienced disasters. *International journal of environmental research and public health*, 18(20), 10752. Doi: 10.3390/ijerph182010752

Minihan, E., Gavin, B., Kelly, B. D., & McNicholas, F. (2020). COVID-19, mental health and psychological first aid. *Irish journal of psychological medicine*, 37(4), 259-263. Doi: 10.1017/ipm.2020.41

Movahed, M., Khaleghi-Nekou, M., Alvani, E., & Sharif-Alhoseini, M. (2023). The impact of psychological first aid training on the providers: a systematic review. *Disaster medicine and public health preparedness*, 17, e120. Doi: 10.1017/dmp.2022.27

Özyer, Y., & Dinçer, S. (2020). Afetlerde hemşirelerin psikolojik ilk yardım rolleri. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (7), 198-206. Doi: 10.21733/ibad.650795

Said, N. B., Molassiotis, A., & Chiang, V. C. (2022). Psychological first aid training in disaster preparedness for nurses working with emergencies and traumas. *International Nursing Review*, 69(4), 548-558. Doi: 10.3390/ijerph18094594

Shannon, M.E.R. (2015). Early psychosocial intervention after disaster: Psychological first aid. *Health Emergency and Disaster Nursing*, 2(1), 3-6.

Solon, R. (2016). Providing psychological first aid following a disaster. *Occup Health Saf*, 85(5), 40.

Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Geneva: The Sphere Project; 2011.

Uhernik, J. A., & Husson, M. A. (2009). Psychological first aid: An evidence informed approach for acute disaster behavioral health response. *Compelling counseling interventions: VISTAS*, 200(9), 271-280.

United Nations. (2020). Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf

Wang, L., Norman, I., Xiao, T., Li, Y., & Leamy, M. (2021). Psychological first aid training: a scoping review of its application, outcomes and implementation. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4594. Doi: 10.3390/ijerph18094594

Psikiyatri Hemşireliğinde Dijital Teknolojilerin Rolü

Kübra GÜLİRMAK GÜLER¹
Elif Güzide EMİRZA²

Giriş

Dijitalleşme Kavramı

Dijitalleşme, çeşitli alanlarda bilgi teknolojisinin kullanımını artıran yeni bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de bu uygulamaya olan talep oldukça yüksektir. Yeni teknolojik gelişmeler, sağlık kuruluşlarının değişen çalışma koşullarına uyum sağlamasına ve böylece çalışanların zihinsel sağlığını desteklemesine olanak tanımıştır (Sood & ark., 2007). Teknoloji tarafından sağlanan bu gerçek zamanlı erişim, hastane endüstrisine iş ve veri akışını düzenleme konusunda yardımcı olmuştur. Ayrıca, sağlık sektöründe hızla ilerleyen teknoloji çalışanların refahına büyük bir destek sağlamıştır. Son yıllarda dijitalleşmenin önemi giderek fark edilmeye başlasa da, kanıta dayalı uygulamalarla desteklenen araştırma sayısı oldukça azdır. Hem çalışanlar hem de hastalar açısından teknoloji odaklı bir bakımın zihinsel sağlık açısından yararlı olduğunu savunan araştırmacı sayısı giderek artmaktadır.

Sağlık Sektöründe Bir Dijitalleşme Adımı: Teletıp Kavramı

Günümüzde, tıbbi uygulamalar köklü bir dönüşüm süreciyle karşı karşıyadır. Geçmişte tıbbi yaklaşımlar geleneksel olarak çoğunlukla yüz yüze ve önceden belirlenmiş fiziksel bir ortamda uygulanmaktaydı. Bugün ise, tıp sanal/online bir arka plana da yayılmaktadır. Zamanla, hastaneler ve kliniklerde gerçekleştirilen sağlık hizmetleri, mobil cihazlar aracılığıyla hastaların evlerinde gerçekleşeceği bir hizmete dönüşme eğilimine girmektedir (Dorsey & Topol, 2020). Bu paradigma değişimini daha önce hiç görülmemiş iletişim teknolojileri desteklemektedir. Aynı zamanda, bu değişiklik, izole bölgelerden gelen hastalara yüksek kaliteli tıbbi hizmetlere daha güvenli, verimli ve düşük maliyetli bir etkileşim sağlama ihtiyacının hızlandırılmasıyla da sağlanmaktadır.

Teletıp, 21. yüzyılın başında hızlı bir gelişim gösteren bilişim teknolojileri ve telekomünikasyon aracılığı ile uzak mesafeden tıbbi hizmet sunumudur. Teletıp kavramı (tele= Yunanca'da uzaklık anlamına gelir) yeni bir kavram değildir. Bu kavram, eski bir uygulamaya dayanmaktadır. Araştırmacılar (Hurst, 2016), uzaktan iletişim araçlarının geliştirilmesi ile bazı temel teletıp hizmetlerinin sunulmaya başladığını belirtmektedir. Teletıp araçları arasında, telefon, fotoğraf ve radyoloji gibi unsurlar vardır. Bu unsurların dışında günümüz yeni teknolojilerin ilerlemesiyle çevrimiçi bağlantılara dayalı uzaktan web tabanlı teknolojiler yerini almıştır. Günümüzde, teletıp alanında kaydedilen ilerlemelere rağmen, teletıp kavramının genel olarak kabul gören bir tanımı henüz bulunmamaktadır (Shower, 2022). WHO 2021'de, teletıp hizmetlerinin sağlandığı mesafeyi "bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla geçerli bilgilerin teşhisi, tedavisi ve hastalık ve yaralanmaların önlenmesi için değiş tokuşu, araştırma ve değerlendirme, sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi, bireylerin ve toplumların sağlığını

¹ Arş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

² Arş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ilerletmesi" olarak değerlendirmektedir. Teletıp kavramını daha iyi anlamak ve uygulamak, farklı kaynaklardan, farklı otoritelerden ve organizmalardan gelen bilgileri birleştirmek için standartlar ile rehberler arasında kesin bir ayrım yapılması gereklidir. Standardize edilmiş bir uygulama, karar verme süreçlerini destekleyen en iyi uygulamaları ifade eden, sunulan bakımın en yüksek seviyesi olarak görülmektedir (Jansson & Gunnarsson, 2018). Bununla birlikte, dijitalleşmenin getirdiği bir diğer avantaj da veri analizi ve yapay zekâ kullanımınıdır. Bu teknolojiler, büyük veri setlerini analiz ederek tedavi planlarını optimize etme potansiyeline sahiptir. Ayrıca, yapay zekâ algoritmaları, hastaların ihtiyaçlarına daha iyi yanıt veren tedavi yöntemlerinin belirlenmesine yardımcı olabilir (Pricop ve Chiriță, 2022).

COVID-19 Pandemisinin Sağlık Sektörünün Dijitalleşme Sürecine Olan Etkileri

COVID-19 pandemisinin oluşturduğu karmaşık durum (Partney & ark., 2020), karantina, kısıtlamalar, izolasyon ve fiziksel mesafeler, sağlık biriminden kısa veya uzak mesafelerde yaşayan hastaları güvence altına alabilen ve destekleyebilen dijitalleştirilmiş bir tıbbi sistem geliştirilmesini zorunlu hale getirmiştir. Bu bağlamda, bazı araştırmacılar (Vidal- Alaball & ark., 2020), pandemi sırasında uygulanan teletıp uygulamaları, sağlık çalışanlarının koronavirüsün yayılmasını yavaşlatmak için basamak olarak görmekte; sosyal mesafeyi koruyarak sağlık hizmetini telefon veya video konferans aracılığıyla sağlamaktadır (Shaver, 2022). Ancak teknolojinin sağlık sektöründe kullanımı COVID-19 pandemisi öncesi de hem yüksek gelirli hem de orta veya düşük gelirli ülkelerde uygulanmaktaydı (Portnoy, Waller & Elliott, 2020). Romanya gibi bazı yüksek gelirli ülkeler bunu belirli prosedürler ve mesleki standartlar çerçevesinde yürütürken, orta veya düşük gelirli ülkeler standardize edilmemiş bir şekilde yürütmekteydi (Singh & ark., 2021). Ancak günümüzde gittikçe değişen ve gelişen teknoloji ile, son iki yılda teletıp kavramı ivme kazanmıştır (Galiero, & ark., 2020). Bu ivmenin bazı gereksinimleri bulunmaktadır. Bunlar; disiplinler arası araştırmalar ve iş birliği, tıbbi uzmanların felsefe, etik, iletişim bilimleri ve iletişim teknolojileri gibi alanlardaki araştırmacılarla işbirliği yapması, politika yapımcılarla işbirliği yapması gibi gereksinimlerdir (Farsen, Costa, & Silva, 2018).

Teletıbbın Avantajları ve Dezavantajları

Avantajları

1. Uzaktan Erişim ve Danışmanlık: Teletıp, hastaların uzaktan sağlık hizmetlerine erişmesini sağlamaktadır. Coğrafi konumları ne olursa olsun, hastalar sağlık profesyonelleriyle iletişim kurabilme ve danışabilme imkânı sunmaktadır. Ayrıca teletıpın diğer bir özelliği, mevzuatına göre, farklı bölgelerden, ülkelerden veya uzmanlık alanlarından sağlık çalışanları arasında artan iş birliğini de sağlamaktadır. Ayrıca, hastaların tıbbi dosyalarının diğer uzmanlara, ulusal veya uluslararası düzeyde, elektronik olarak iletilmesini kolaylaştırmaktadır.

2.Acil Durumlarda Hızlı Müdahale: Acil durumlar veya hızlı müdahale gerektiren durumlarda, teletıp hızlı bir iletişim kanalı sağlamaktadır. Bu, kritik durumlarda zamanın kritik öneme sahip olduğu durumlarda hayati olabilmektedir.

3.Hasta Memnuniyeti: Teletıp, hastaların kendi konforlarında sağlık hizmeti almasını sağlamaktadır. Bu, hastaların seyahat etmelerine veya beklemelerine gerek kalmadan sağlık hizmeti almasına yardımcı olmaktadır.

4.Sağlık Hizmetlerine Erişimde Kolaylık: Uzak bölgelerde veya kırsal alanlarda yaşayan hastalar için, sağlık hizmetlerine erişim genellikle zor olmaktadır. Teletıp, bu bölgelerde yaşayan hastaların da kaliteli sağlık hizmetlerine erişmesini sağlamaktadır.

5.Hasta Takibi ve İzleme: Kronik hastalıkları olan bireylerin takibi ve izlenmesi teletıpın önemli faydalarından biridir. Hasta verileri uzaktan izlenebilmekte ve sağlık profesyonelleri gerektiğinde müdahale edebilmektedir.

6.Maliyet ve Zaman Tasarrufu: Teletıp, seyahat ve bekleme sürelerini ortadan kaldırarak hastaların zaman ve maliyet tasarrufu yapmasını sağlamaktadır.

7.Çok Disiplinli İş birliği: Teletıp, farklı sağlık profesyonelleri arasında işbirliğini kolaylaştırmaktadır. Uzmanlar ve sağlık çalışanları, uzaktan iletişim araçlarıyla bir araya gelerek hasta bakımını koordine edebilmektedir.

8.Eğitim ve Danışmanlık: Teletıp, hastalara tıbbi eğitimler sağlama ve sağlık konularında danışmanlık yapma imkânı sunmaktadır.

9.Pandemi veya Salgın Durumlarında Önemi: Salgın veya pandemi dönemlerinde, teletıp fiziksel teması en aza indirerek hastaların sağlık hizmetlerine erişmesini sağlamaktadır.

10.Veri Saklama ve Analizi: Teletıpteki toplanan veriler elektronik ortamda saklanabilmekte ve analiz edilebilmektedir. Bu, hastaların sağlık durumları hakkında değerli bilgiler sunmaktadır.

Dezavantajları

1.Fizik Muayene Eksikliği: Uzaktan iletişimde, fiziksel muayene yapılamaz. Bazı durumlarda, fiziksel muayene olmadan doğru bir teşhis koymak zor olabilmektedir.

2.Teknolojik Altyapı Gereksinimi: Teletıp için uygun teknolojik altyapının olması gereklidir. Bu, bazı bölgelerde veya topluluklarda sınırlı olabilmektedir.

3.Teknik Sorunlar: İnternet bağlantı sorunları, donanım arızaları veya diğer teknik zorluklar, teletıp seanslarını aksatabilir.

4.Mahremiyet ve Güvenlik Endişeleri: Elektronik iletişimde, hastaların sağlık bilgilerinin mahremiyeti ve güvenliği endişe konusu olabilmektedir. Veri sızıntıları ve güvenlik ihlalleri riski vardır.

5.Dijital Uyumsuzluk: Bazı yaşlı hastalar veya dijital teknolojiye aşina olmayan hastalar, teletıp uygulamalarını kullanmakta zorlanabilmektedir.

6.Acil Durumlar için Sınırlı Kullanım: Acil tıbbi durumlarda, hızlı müdahale gerektiren durumlarda, teletıp fiziksel temasın yerini alamamaktadır.

7.Sınırlı Tedavi Seçenekleri: Bazı durumlar için tedavi seçenekleri sınırlı olabilmektedir. Örneğin, cerrahi müdahale gerektiren durumlar teletıpla yönetilemez.

8.Yetersiz İletişim: Teletıpla, yüz yüze iletişimdeki kadar doğal bir iletişim kurma imkanı olmayabilir. Sözel olmayan ipuçları ve vücut dilinin sınırları vardır.

9.Hasta Memnuniyetsizliği: Bazı hastalar, fiziksel temasın eksikliğinden dolayı memnuniyetsizlik yaşayabilmektedir.

10. Hukuki ve Düzenleyici Zorluklar: Teletıp uygulamaları, belirli yasal ve düzenleyici gerekliliklere tabidir. Bu gerekliliklere uymak zor olabilmektedir.

Bu dezavantajlar, teletıbbın bazı durumlarda sınırlı olabileceği anlamına gelmektedir. Her hasta ve durum farklı olduğundan, teletıbbın uygunluğu dikkatlice değerlendirilmelidir.

Telepsikiyatrinin Ruhsal Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Kullanımı

Telepsikiyatri, teletıbbın psikiyatri alanına uyarlanmış biçimi olup, psikiyatrik değerlendirme ve tedavinin videokonferans gibi haberleşme teknolojileri aracılığıyla sunulmasıdır. Dijitalleşme günümüzde birçok farklı hastalık tanısında kullanılmaya başlamıştır. Özellikle COVID-19 pandemisi itibarı ile bu teknolojilerin kullanımına ilişkin ilgi artmıştır. Depresyon, yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları gibi hastalıkların tedavisinde son zamanlarda sıklıkla dijital teknolojilerden yararlanıldığı görülmüştür. Pandemi esnasında travmaya maruz kalan sağlık personelinin travma belirtilerini azaltmaya yönelik yapılan bir müdahale araştırması, katılımcıların semptomlarında azalma ve algılanan işlevselliğin (örneğin, konsantrasyon) iyileştiği gözlemlenmiştir. Katılımcıların, bu dijital müdahaleye iş yaşamına kolayca entegre edilebilecek ve sürekli veya tekrarlayan travma maruziyetiyle karşılaşıldığında tekrarlanabilecek kullanışlı bir araç olarak ifade ettikleri vurgulanmıştır (Sing & ark., 2021). Dijitalleşme kapsamında özellikle web ve akıllı telefon tabanlı yöntemlerin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Sun, 2022). Bilişsel davranışçı terapide sıklıkla bu yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bununla birlikte çeşitli araştırmalarda psikiyatri hemşireliği alanında farklı eğitimlerde bu teknolojilerden yararlanılmaktadır. Tüm bunlara rağmen klinik alanda telepsikiyatrinin kullanıldığı kanıta dayalı çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır (Borghouts & ark., 2021; Çetinkaya & Uslu, 2020).

Telepsikiyatrik hizmetler psikotik hastalıklar dahil birçok farklı hastalığın bakımında kullanılabilir. Örneğin psikotik bozukluk tanılı kişilere uygulanan bir akıllı telefon uygulaması ile negatif semptomlar, psikotik semptomlar ve duygudurum üzerinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir (Bucci & ark., 2018). Psikotik hastalarda telepsikiyatri hizmetlerinin yararları bilinmesine rağmen, genel olarak bu teknolojileri kullanımına yönelik katılım azdır. Ayrıca genelde batı kültürünün yaygın olduğu ülkelerde yapıldığından dolayı bu teknolojilerin kullanımının kültürel farklılıklar açısından değişiklik gösterip göstermeyeceği belirsizdir. Web tabanlı terapilerin depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımı gibi birçok ruh sağlığı sorununun tedavisinde etkin olduğu iyi bilinmektedir (Kim & ark., 2022). Web tabanlı tedavi programları, yüz yüze psikoterapiye kıyasla benzer etkinliğe sahiptir. Ayrıca, akıllı telefon tabanlı ruh sağlığı müdahalelerinin depresyon için etkili bir öz yönetim aracı olduğu görülmüş, yüz yüze müdahalelerle benzer sonuçlar alınmıştır. Telepsikiyatri yaklaşımlarını kolaylaştıran faktörler bulunmaktadır. Bunlar; sosyal bağımlıklar, bireyin kendi sağlığına ilişkin içgörü ve özkontrol hissinin varlığıdır (Bora, 2023). Ayrıca bu hizmetlerin zaman ve maliyet harcamalarını azalttığı ve daha geniş kitlelere uygulandığını göstermiştir. Ancak ileri düzey bozukluğu olan veya maddi durumu kötü olan, teknolojilere ulaşımı kısıtlı olan hastalar için bu müdahalelerin uygunluğuna yönelik araştırmalar yapılmamıştır (Kılıç, Mızrak & Ünver, 2017). Telepsikiyatri yaklaşımlarını zorlaştıran faktörler ise; ileri yaş, düşük eğitim seviyesi, teknolojilere ulaşımı kısıtlı olunması, ileri psikotik bozukluk durumları, sanrılar, içgörü eksikliği, işsizlik, yoksulluk veya gelir azlığı (Borghouts & ark., 2021). Ayrıca hizmet maaliyeti, teknolojiyi kullanıp kullanamama durumu, ses ve görüntünün kalitesi, uygun ortam sağlanması, özel hayatın gizliliğinin sağlanmasına ilişkin endişeler gibi birçok kaygı bulunmaktadır (Deluca & ark., 2020).

Telepsikiyatrinin Hemşirelikte Kullanım Alanları

Dijital teknoloji kavramı, bilgileri dijital biçimde depolama, kaydetme ve işleme yapabilen elektronik cihazlara işaret etmektedir. Bu teknolojilerin ruh sağlığı alanında kullanımı ise telepsikiyatri olarak adlandırılmaktadır (Bell, Lim & Thomas, 2020). Kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik mesleğinde giderek daha fazla önem kazanması, psikiyatri hemşirelerinin rollerinde ve sorumluluklarında önemli değişikliklere yol açmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, ruhsal sağlık sorunları olan bireylere dijital müdahalelerle yaklaşarak, ruhsal bakımı yeni perspektiflere taşımaktadır. Bu, hastaların değişimlerini izlemeyi, yerinde müdahaleleri artırmayı ve ruh sağlığı anlayışını değiştirmeyi içermektedir. Ayrıca, hastane

dışında, hastaların ruh sağlığı hizmetlerine erişimini kolaylaştırmayı, hasta ve aileyi bakım sürecine dahil etmeyi ve idari iş yükünü azaltmayı hedeflemektedir (Foley & Woollard, 2019).

Psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığını koruma ve geliştirmedeki kritik rolüne dijital teknolojileri entegre ederek, bakımın yanı sıra kendi mesleki gelişimlerini de desteklemeye katkıda bulunabilmektedirler. Psikiyatri hemşireleri, bakım verirken kullandıkları yeteneklerin benzerlerine, dijital müdahalelerin kullanımında da ihtiyaç duymaktadır. Ancak bu becerilerin niteliği ve uygulaması bazı değişiklikler gerektirmektedir. İletişim kabiliyetleri, mesleki etik, öğretim, sürekli öğrenme, liderlik ve yönetim çevrimiçi ortamlarda daha da önem kazanmaktadır. Bunun yanı sıra çevrimiçi güvenlik riskleri, siber güvenlik, bilgi yönetimi, etik konuları ve gerçek zamanlı takip gibi konular da kritik hale gelmektedir. Hizmetlerin giderek daha dijital hale gelmesiyle birlikte, hemşirelerin bu sistemleri etkili bir şekilde kullanma yeteneklerini kazanmaları ve teknolojik müdahalelerin temelini oluşturan teorik çerçeveleri anlamaları gerekmektedir (Foley & Woollard, 2019). Dijitalleşmenin psikiyatri hemşireliğinde kullanım alanlarından bazıları şunlardır;

Elektronik Sağlık Kayıt Sistemleri: Elektronik sağlık kayıt sistemleri (ESKS) psikiyatri hemşireliğinde önemli bir rol oynamaktadır. ESKS, hasta bilgilerinin dijital olarak saklanmasını, erişilmesini ve paylaşılmasını sağlamaktadır. Bu, sağlık ekibi arasında veri paylaşımını kolaylaştırmakta ve tedavi süreçlerini daha etkili hale getirmektedir. Ayrıca, ESKS sayesinde hasta bilgileri daha güvenli bir şekilde korunabilmektedir.

Telepsikiyatri: Telepsikiyatri, hasta ve sağlık profesyoneli arasında uzaktan iletişimi sağlayan bir uygulamadır. Video konferans, sesli arama veya yazılı mesajlaşma yoluyla gerçekleştirilmektedir. Bu, hastaların coğrafi olarak uzak bölgelerde olmaları veya seyahat edememeleri durumunda psikiyatrik destek alabilmesini sağlamaktadır. Özellikle pandemi döneminde, Telepsikiyatri uygulamalarının önemi daha da artmıştır. Bu uygulamalar, hastaların uzaktan değerlendirilmesi ve tedavi edilmesini mümkün kılmaktadır. Acil durumlar veya hastaların seyahat etme zorluğu olduğunda, Telepsikiyatri önemli bir çözüm sunmaktadır. Bu sayede, hastaların tedavi süreci kesintiye uğramadan devam etmektedir. Telepsikiyatri ayrıca, kriz durumları için hızlı ve etkili bir müdahale sağlamaktadır.

Mobil Uygulamalar ve Hasta Eğitimi: Psikiyatrik hastalar için tasarlanmış mobil uygulamalar, duygudurum takibi, stres yönetimi, meditasyon ve uyku düzenlemesi gibi alanlarda yardımcı olabilmektedir. Bu uygulamalar, hastaların kendi sağlık durumlarına daha aktif bir şekilde katılımını teşvik etmektedir. Mobil uygulamalar ve dijital eğitim materyalleri, hastaların kendi sağlık durumlarını daha iyi anlamalarını ve yönetmelerini sağlamaya yardımcı olmaktadır. Bu uygulamalar, semptomları takip etmelerini, ilaç hatırlatıcıları kullanmalarını ve tedavi planlarına uygun hareket etmelerini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, mobil uygulamalar aracılığıyla hastaların semptomları takip etmeleri ve verileri sağlık ekibiyle paylaşmaları da mümkündür.

Dijital Sağlık Kayıtları: Elektronik sağlık kayıtları, hastaların tıbbi geçmişlerini daha hızlı ve kolay bir şekilde erişilebilir kılmaktadır. Bu, tedavi sürecinin daha iyi planlanmasına ve hasta bakımının daha etkili bir şekilde yürütülmesine yardımcı olabilmektedir. Ancak, dijitalleşmenin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için bilgi güvenliği ve mahremiyetin sağlanması kritik bir öneme sahiptir. Elektronik verilerin güvenliği, hastaların mahremiyetinin korunması ve yasal düzenlemelere uygunluk, psikiyatri hemşireliğinde dijitalleşmenin temel prensiplerindedir.

Veri Analizi ve Tahmini: Dijital teknolojiler, büyük veri analizi ve yapay zekâ algoritmaları aracılığıyla, hastaların tedaviye yanıtları ve olası komplikasyonlar hakkında değerli bilgiler sunabilmektedir. Bu, tedavi planlarının kişiselleştirilmesi ve daha etkili bir şekilde uygulanması için önemli bir araç olabilir.

Eğitim ve Eğitim Materyalleri: Dijital platformlar, psikiyatrik hastalar ve aileleri için eğitim materyalleri sunabilir. Bu materyaller, hastaların kendi sağlıkları hakkında daha fazla bilgi edinmelerine ve tedavi süreçlerine daha aktif bir şekilde katılmalarına yardımcı olabilmektedir.

Acil Durum Hizmetleri ve Kriz Müdahalesi: Dijital teknolojiler, acil durum hizmetlerinin daha hızlı ve etkili bir şekilde erişilebilir olmasını sağlamaktadır. Kriz anında hızlı iletişim ve yönlendirme, hastanın güvende olmasını sağlayabilir.

Gözetim ve Takip: Dijital teknolojiler, ruhsal bozukluğa sahip hastaların evde veya toplumda kendi başlarına yaşamalarını desteklemek için kullanılabilir. Bu durum, hastaların daha bağımsız bir şekilde yaşamalarını sağlayabilirken, aynı zamanda bir gözetim ağı oluşturarak güvenliklerini de sağlamasına yardımcı olmaktadır.

Sürekli Mesleki Gelişim: Dijital platformlar, psikiyatri hemşirelerinin sürekli olarak mesleki gelişimlerini sürdürmelerine olanak tanımaktadır. Online eğitim kaynakları ve diğer dijital materyaller, hemşirelerin bilgi ve becerilerini güncel tutmalarına yardımcı olabilmektedir.

Bilgi Güvenliği ve Mahremiyet: Dijital veri güvenliği, hastaların bilgilerinin korunmasını sağlamaktadır. Elektronik sağlık kayıt sistemlerinin güvenliği ve mahremiyet konusundaki standartlara uygun olması kritik bir öneme sahiptir.

Uyarlanabilirlik: Dijital uygulamalar, kullanıcıya özgü içerik ve rehberlik sağlayabilmektedir. Algoritmalar, bireylerin ihtiyaçlarına ve ilgi alanlarına göre içerik sunarak, tedavinin etkisini artırabilmektedir.

Erişilebilirlik: Dijitalleşme, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırmıştır. Çevrimiçi terapi platformları, uzaktan danışmanlık seçenekleri ve Telepsikiyatri gibi dijital sağlık uygulamaları, bireylerin daha kolay ve hızlı bir şekilde uzmanlardan yardım almasını sağlamaktadır.

Stigma Azaltma: Dijital platformlar, geleneksel ofis ortamlarındaki sosyal sigmayı azaltabilmektedir. Bir ekranda danışmanlık yapmak, bireylerin daha rahat hissetmelerine ve ruh sağlığı sorunlarını paylaşmalarına olanak tanımaktadır.

Eğitim ve Farkındalık: Dijitalleşme, ruh sağlığı hakkında bilgi edinmeyi kolaylaştırmaktadır. Dijital platformlar aracılığıyla, bireyler ruh sağlığı hakkında daha fazla bilgi edinebilmekte ve farkındalık kazanabilme imkânı sunmaktadır.

Kriz Durumlarında Hızlı Müdahale: Dijital platformlar, kriz durumlarında hızlı müdahale sağlayabilmektedir. Acil durum hatları, evrimii kriz sohbetleri ve uygulamalar, bireylerin hızlı bir şekilde yardım almasını sağlamaya yardımcı olmaktadır.

Takip ve İzleme: Dijital uygulamalar, bireylerin ruh sağlığını izlemelerine yardımcı olabilmektedir. Günlük duygu takibi, uyku düzeni izleme gibi özellikler, bireylerin kendilerini daha iyi anlamalarına yardımcı olabilmektedir.

Ancak, dijitalleşmenin ruh sağlığı alanında bazı potansiyel riskleri de beraberinde getirdiğini belirtmek önemlidir:

Mahremiyet ve Güvenlik Endişeleri: Dijital platformlar üzerinden paylaşılan hassas bilgilerin güvenliği ve mahremiyeti önemlidir. Verilerin korunması konusunda güçlü önlemler alınmalıdır.

Bilgi Kalitesi: İnternet üzerinden elde edilen ruh sağlığı bilgilerinin kalitesi değişken olabilmektedir. Yanlış veya yanılıcı bilgilere karşı dikkatli olunmalıdır.

Teknolojik Eşitsizlik: Herkesin dijital teknolojilere eşit erişimi olmayabilir. Bu durum, bazı bireylerin dijital ruh sağlığı hizmetlerine erişimini sınırlandırabilir.

Bu alanlar, dijital teknolojilerin psikiyatri hemşireliği alanında sağladığı önemli faydalardan sadece birkaçıdır. Bu teknolojiler, psikiyatri hemşirelerinin hastalarına daha etkili bir şekilde hizmet vermesini ve hastaların yaşam kalitesini artırmasını destekleyebilir. Tüm bu uygulamalar bakımın niteliğine, sürekliliğine, birey merkezli bakımın artmasına, verilerin daha doğru depolanmasına ve kullanılmasına, verilerin doğru ve tutarlı bir şekilde analiz edilerek sağlık bakım kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak, psikiyatri hemşireliğinde dijitalleşme, hastaların daha iyi bakım almasını ve sağlık profesyonellerinin daha etkin bir şekilde çalışmasını sağlamaktadır. Elektronik sağlık kayıt sistemleri, Telepsikiyatri uygulamaları, mobil uygulamalar ve yapay zekâ gibi teknolojiler, psikiyatri hemşirelerinin pratiklerini dönüştürebilmektedir. Teknolojilerin etik ve yasal standartlara uygun bir şekilde kullanılması kritik bir öneme sahiptir. Bu sayede, psikiyatri hemşireliği alanında dijitalleşme, daha iyi hasta bakımı ve tedavi sonuçlarına ulaşmayı mümkün kılmaktadır. Bununla birlikte, dijitalleşme beraberinde bazı önemli etik ve güvenlik meselelerini de gündeme getirmektedir. Hassas hastane verilerinin korunması ve gizliliğinin sağlanması, bu dönüşümün başarılı bir şekilde yönetilmesi için kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca, teknolojinin sunduğu olanakların tüm hastalar için eşit şekilde erişilebilir olması da sağlanmalıdır. Bu nedenle, dijitalleşme sürecinin planlanması ve uygulanmasında hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin eğitimi büyük bir öneme sahiptir. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, psikiyatri hemşireliğinde dijitalleşmenin gelecekteki sağlık hizmetlerinin temel bir parçası olacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

KAYNAKÇA

Bell, I.H, Lim, M.H, & Thomas, N. (2020). The therapeutic use of digital technologies in psychosis. In: Badcock, J.C, & Paulik, G. (Eds.), *A clinical introduction to psychosis* (2nd ed., pp. 637–662). Academic Press: Cambridge.

Bora, S. (2023). Psikozda dijital ruh sağlığı müdahalelerinin kullanımı: yararlar veriskler. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 55-64. Doi: <https://doi.org/10.59398/ahd.1279686>.

Borghouts, J., Eikey, E., Mark, G., De Leon, C., Schueller, S. M., Schneider, M., ... & Sorkin, D. H. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), e24387. Doi: 10.1080/10.2196/24387.

Bucci, S., Barrowclough, C., Ainsworth, J., Machin, M., Morris, R., Berry, K., et al. (2018). Actissist: proof-of-concept trial of a theory-driven digital intervention for psychosis. *Schizophr Bull.* 44(5): 1070–1080. Doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sby055>.

Çetinkaya, B., & Uslu, E. (2020). Parmak ucundaki bakım: mobil uygulama ve şizofreni hastalarının bakımında kullanımı. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 11(4):574-581. Doi: 574-581. <https://doi.org/10.31067/0.2020.309>.

DeLuca, J.S, Andorko, N.D, Chibani, D., Jay, S.Y, Rakhshan, Rouhakhtar P.J, Petti, E, et al. (2020). Telepsychotherapy with youth at clinical high risk for psychosis: Clinical issues and best practices during the COVID-19 pandemic. *J Psychother Integr.*; 30(2): 304–331. Doi: <https://doi.org/10.1037/int0000211>.

Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2020). Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet*, 395(10227), 859. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30424-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30424-4).

Farsen, T.C, Costa, A.B, & Silva, N. (2018). Resiliência no trabalho no campo da Psicologia: um estudo bibliométrico. *Psicologia desde el Caribe*. 35:81–103.

Foley, T., & Woollard, J. (2019). The digital future of mental healthcare and its workforce: A report on a mental health stakeholder engagement to inform the Topol Review. NHS Health Education England.

Galiero, R., Pafundi, P. C., Nevola, R., Rinaldi, L., Acierno, C., Caturano, A., ... & Sasso, F. C. (2020). The importance of telemedicine during COVID-19 pandemic: a focus on diabetic retinopathy. *Journal of diabetes research*, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1155/2020/9036847>.

Hurst, J.E. (2016). Evolutions in telemedicine: from smoke signals to mobile health solutions. *Journal of Hospital Librarianship*, 16 (2): 174-185. Doi: <https://doi.org/10.1080/15323269.2016.1150750>.

Jansson, I., & Gunnarsson, AB. (2018). Employers' views of the impact of mental health problems on the ability to work. *Work*. 59:585–98. doi: <https://doi.org/10.3233/WOR-182700>.

Kılıç, T., Mızrak, S., & Ünver, G. (2017). e-Mental sağlık, iyi uygulama örneği, Hollanda. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(3): 1006-1012.

Kim, S.K, Lee, M., Jeong, H., & Jang, Y.M. (2022). Effectiveness of mobile applications for patients with severe mental illness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Jpn J Nurs Sci*.19(3): e12476. Doi: <https://doi.org/10.1111/jjns.12476>.

Portnoy, J., Waller, M., & Elliott, T. (2020). Telemedicine in the era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(5), 1489-1491.

Pricop, L., & Chiriță, R. (2022). Digitization of medical practice through telemedicine. *Bulletin of Integrative Psychiatry*, (4)95.

Sasso, C.F. (2020). The Importance of Telemedicine During COVID-19 Pandemic: A Focus on Diabetic Retinopathy. Doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>.

Shaver, J. (2022). The state of telehealth before and after the covid-19 pandemic. *Prim Care*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.04.002>.

Singh, L., Kanstrup, M., Depa, K., Falk, A. C., Lindström, V., Dahl, O., ... & Holmes, E. A. (2021). Digitalizing a brief intervention to reduce intrusive memories of psychological trauma for health care staff working during COVID-19: exploratory pilot study with nurses. *JMIR Formative Research*, 5(5), e27473. Doi: <https://doi.org/10.2196/27473>.

Sun, J., Shen, H., Ibn-ul-Hassan, S., Riaz, A., & Domil, A. E. (2022). The association between digitalization and mental health: The mediating role of wellbeing at work. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 934357. Doi: <https://doi.org/10.59398/ahd.1279686>.

Vidal-Alaball, J., Acosta-Roja, R., Hernández, P.N., Luque, S.U., Morisson, D., Perez, N.S., Perez-Llano, J., Verges, S.A., & Segui, L.F. (2020). Telemedicine in the face of COVID-19 pandemic. *Atencion Primaria*, 52(6):418-422. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>.

WHO (2021). Global strategy on digital health 2020-2025. 2021. (24/10/2023 tarihinde (<https://www.who.int/docs/defaultsource/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf> adresinden ulaşılmıştır).

Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar

11

