

156282

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TOPLUM SAĞLIK YOĞUNLUĞU DERECELENDİRME
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRK TOPLUMU İÇİN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

Araş. Gör. Aysun ÇELEBİOĞLU

TEZ DANIŞMANI


Doç. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY

İZMİR -2004

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

İMZA

Başkan (Danışman): Doç. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY.....

Üye: Prof. Dr. Ayla BAYIK.....

Üye: Prof. Dr. Aynur ESEN.....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 23- 01- 2004

ÖNSÖZ

Yapılan bu çalışmanın Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine ve koruyucu sağlık hizmetleri alanındaki uygulamalara ışık tutabilmesini diliyorum.

Araştırmamda yönlendirici bilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Süheyla Altuğ ÖZSOY'a, görüşleriyle bana yol gösteren uzmanlara, sahada veri toplama aşamasında yardımcı olan Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığı'na ve Sağlık Ocaklarının tüm personeline, Ödemiş Sağlık Yüksekokulu'ndaki çalışma arkadaşlarıma ve Yüksekokul Müdürü Sayın Prof. Dr. Fethi DOĞAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca bu çalışmamı, ani olarak aramızdan ayrılan babam Mehmet ÇELEBİOĞLU ve aileme adıyorum.

Aysun ÇELEBİOĞLU

Ocak - 2004

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar DİZİNİ.....	VII
GRAFİKLER DİZİNİ.....	XVII

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Hipotezler.....	3
1.4. Varsayımlar.....	3
1.5. Araştırmanın Önemi.....	3
1.5. Sınırlamalar.....	4
1.6. Tanımlar.....	5
1.7. Genel Bilgiler.....	5
1.7.1. Ailenin ve Toplumun Tanımı.....	5
1.7.2. Aile ve Topluma Sunulan Hizmetler.....	6
1.7.3. Aile ve Toplumun Gereksinimleri.....	6
1.7.4. Aile/ Toplumun Sağlık Bakım Gereksiniminin Ölçülmesi.....	7
1.7.5. Hizmet Sunmada Önceliklerin Belirlenmesi.....	7
1.7.6. Aile Hemşireliği.....	8
1.7.6.1. Aile Hemşireliği Süreci.....	9
1.7.6.2. Aile Merkezli Hemşirelik Sürecinin Aşamaları.....	11
1.7.6.2.1. Tanılama.....	11
1.7.6.2.2. Analiz Etme.....	15
1.7.6.2.3. Planlama.....	17
1.7.6.2.4. Uygulama.....	18
1.7.6.2.5. Değerlendirme.....	19
1.7.6.2.6. Sonlandırma.....	20

1.7.7. TSYDÖ'nin Geliştirilmesi ve Yapılan Araştırmalar.....	20
--	----

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	25
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	25
2.3. Araştırmada Kullanılan Yöntem.....	27
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
2.5. Araştırmanın Evreni.....	28
2.6. Araştırmada Örneklem.....	29
2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	31
2.8. Verilerin Analizi.....	31
2.9. Süre ve Olanaklar.....	32
2.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	32

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.1. Araştırma Örneklemine Alınan Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	34
3.1.2. TSYDÖ Geçerlik ve Güvenirlik Analizi ile İlgili Bulgular.....	37
3.1.2.1. TSYDÖ'nin Geçerlik Analizleri.....	37
3.1.2.2. TSYDÖ'nin Güvenirlik Analizleri.....	44

BÖLÜM IV**TARTIŞMA**

4.1. Dil Uyarlaması	55
4.2. TSYDÖ'nin Geçerlik Analizleri	55
4.3. TSYDÖ'nin Güvenirlik Analizleri.....	58
4.4. Yapılmış Olan Araştırma Sonuçları ile Karşılaştırma	62

BÖLÜM V**SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

5.1.1. Sonuçlar.....	64
5.1.2. Öneriler.....	65

BÖLÜM VI

ÖZET	66
ABSTRACT	68

BÖLÜM VII

KAYNAKÇA	70
-----------------------	----

EKLER

EK 1 Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği (TSYDÖ).....	76
EK 2 Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği Puanlama Çizelgesi	113
EK 3 Uzman Görüşü Formu.....	120
EK 4 Görüşü Alınan Uzmanlar Listesi.....	121
EK 5 Yazarın Ölçeğin Kullanılabileceğine Dair İzni.....	122
EK 6 Araştırma İçin Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığı İzin Yazısı.....	123

ÖZGEÇMİŞ	124
-----------------------	-----

Tablo 1: Ödemiş İlçesinin Sağlık Ocaklarına Göre Nüfus Dağılımı	29
Tablo 2: Örneklemeye Alınan Bireylerin Yaş, Cins ve Sağlık Ocağına Göre Dağılımı ..	30
Tablo 3: Araştırma Takvimi.....	33
Tablo 4: Bireylerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 5: Toplam Ölçek Puanları ve Toplam Hane Halkı Sayısı Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler	38
Tablo 6: Toplam Ölçek Puanları ve Toplam Hane Halkı Sayısı Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması	38
Tablo 7: Toplam Ölçek Puanı ve Evdeki Toplam Çocuk Sayısı Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler	39
Tablo 8: Toplam Ölçek Puanı ve Evdeki Toplam Çocuk Sayısı Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması.....	39
Tablo 9: Toplam Ölçek Puanları ve ‘Ebelerin Yaptığı Toplam Ziyaret Sayısı’ Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler	40
Tablo 10: Toplam Ölçek Puanı ve ‘Ebelerin Yaptığı Toplam Ziyaret Sayısı’ Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması	40
Tablo 11: Toplam Ölçek Puanları ve ‘Sağlık Kurumlarına Toplam Başvuru Sayısı’ Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler	41
Tablo 12: Toplam Ölçek Puanı ve ‘Sağlık Kuruluşuna Toplam Başvuru Sayısı’ Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması	41
Tablo 13: Toplam Ölçek Puanları ve Bireylerin Kendi Sağlık Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Puanları Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler	42
Tablo 14: TSYDÖ Toplam Puanları ve Bireylerin Kendi Sağlık Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması	42

Tablo 15: Bireylerin Kendi Sağlık Gereksinimini Değerlendirme Puanları İle Alan Puanlarının Korelasyon Analizi	43
Tablo 16: TSYDÖ'nin Parametre Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	45
Tablo 17: TSYDÖ'nden Alınan Toplam Puanın ve Alan Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	52
Tablo 18: TSYDÖ'nin ve Alanlarının Cronbach Alpha Katsayıları	53
Tablo 19: TSYDÖ'ne İlişkin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları	53
Tablo 20: TSYDÖ'ne İlişkin Madde Analizi Sonuçları	54

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Toplam Ölçek Puanları ile Bireylerin Kendilerini Değerlendirme Puanları Arasındaki Bağını	43
Grafik 2: TSYDÖ'den Alınan Toplam Puanlar Histogramı	46
Grafik 3: TSYDÖ'nin Çevresel Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı	47
Grafik 4: TSYDÖ'nin Psikososyal Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı	48
Grafik 5: TSYDÖ'nin Fizyolojik Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı	49
Grafik 6: TSYDÖ'nin Sağlık Davranışları Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı	50
Grafik 7: TSYDÖ Alanlarından Alınan Puanların Dağılımı	51

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Tüm dünyada hemşirelikle ilgili gelişmeler, hemşirelik bilgilerinin ve hastaları sınıflandırma modellerinin geliştirilmesi ve kullanılması çalışmalarını hızlandırmıştır. Bu doğrultuda, 1970'li yıllardan sonra geliştirilen uluslararası sınıflandırma modelleri; hemşireliği ve hastaları tanımlayan, etkili ve kaliteli hizmeti sağlığa yansıtan ve hemşirelik mesleğini topluma en iyi tanıtan araçlar olarak, mesleki gelişmelerin temelini oluşturmuşlardır (27).

Hastanedeki hemşirelik bakımından farklı olarak, aile ve topluma odaklı Toplum Sağlığı Hemşireliği, genellikle kontrol edilmemiş veya bozulmuş bir çevrede yaşayan aileler ve topluma müdahale eder. Bu ortamın karmaşıklığı nedeniyle de girişimler bilinçli olarak yapılmak zorundadır. Bu sırada, çevresel etkileri, birey ve ailenin psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışı özelliklerini de göz önüne almak gerekir. Burada, önemli iki anahtar kavram; gereksinimlere bütüncül yaklaşım ve aile sağlık sorunlarının uygun sınıflandırılmasıdır. Hemşirelik alanlarında bakım gereksiniminin analizine ve problem düzeyinin önemini saptamaya yardım eden, Toplum Sağlığı Hemşirelik bakımını planlamada, uygulamada ve değerlendirmede hemşirelere rehberlik edecek olan uygun ölçme araçlarının bulunması Toplum Sağlığı Hemşireliği'nin ilerlemesi için önemlidir (11, 43, 59).

Hemşirelik eğitimi ve girişimlerinde, aile veya topluma odaklı çok boyutlu bakımdaki uygulamaları destekleyen kanıtların uygun ve yeterli olmadığı belirtilmiştir (43, 81). Bu nedenle, Toplum Sağlığı Hemşireliği uygulamalarında kanıta dayalı ilerlemede kullanılacak olan önemli sağlık göstergelerini test etmek gereksinimi vardır (6). Bu sağlık göstergelerinin en önemlisi; sağlık bakım gereksinimi ve bu gereksinimin yoğunluğudur. Bunlar, aile veya toplum sağlık sorunları düzeyini ve bakım için duyulan gereksinim yoğunluğunu içermektedir (43).

Yaşam kalitesi ve iyilik hali üzerine odaklanan sübjektif sağlık göstergelerinin oluşturulması, gelişmiş dünya ülkeleriyle sınırlı kalmıştır. Ülkemizde, ayaktan primer bakım hastalarında en çok görülen aile sağlık sorunlarını belirlemede, bu hastaların

hemşirelik bakımı için gereksinim yoğunluklarını tanımlamada ve sağlık politikalarını incelemelerde rehberlik edebilecek araçların eksikliği gözlenmektedir (27, 28). Hemşirelik uygulamalarında, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık gereksinimi ve bunun düzeyinin belirlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılabilir ölçüm araçlarına yer verilmediği gözlenmektedir. Ayrıca, Türkiye’de kaynak ayrılmasında önceliklerin yeterince belirlenmediği de göze çarpmaktadır (69, 77, 78).

Son yıllarda ülkemizde de yaygınlaşan özel sağlık sigortalarının hızla büyümesi, ev sağlık bakımı hizmetlerinin verilmeye başlaması, bu sektörler için yararlılık ile kazancın maliyetini hesaplayan ve kontrol eden sistemlerin gerekliliğini de ortaya çıkarmıştır. Hastaları, tanıyla ilgili ödeme grupları içine sınıflamak adaletli olmayabilir, çünkü tıbbi tanıları, geçerli ve güvenilir bir hasta sınıflandırma sistemi sağlamada yetersizdir (43). Bir hasta sınıflandırma sistemi geliştirme, dikkatli bir düşünme sürecini içermelidir. Toplum hizmetleri (çevre, finans, sosyal ve psikososyal alanlardaki), hastaya ait faktörler (motivasyon ve sosyal destek sistemi gibi) ve hemşirelik aktivitelerinin tüm yönlerini birleştirmelidir. Hemşirelik bakımı için hem hastaların gereksinimleri arasındaki farklılıkları tanımlayan, hem de hemşirelik kaynakları tüketimini ölçebilen bir sınıflandırma sistemi gereklidir. Bundan başka, hizmet sunumunda ekipman, personel ve finanssal planların değişmesi gereğini ortaya çıkaran nedenleri önceden tahmin edilebilecek gelişmiş ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır (43, 80).

Tüm bu sözü edilen temel hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesinde kullanılabilir ölçme araçlarının yetersizliği veya yok denecek kadar az olması, var olanların da yukarıda sözü edilen özellikleri ölçmeye yönelik olmayışı nedeniyle, 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde D. A. Peters tarafından, çeşitli popülasyonlarda kullanılmak üzere ‘**Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS)** yani **Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği (TSYDÖ)**’ oluşturulmuş ve o zamandan beri kullanılarak geliştirilmiştir. Aracın sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunu ölçmede geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (43, 59, 60). Ülkemize için de, bu ölçek kazandırılarak, toplum sağlık yoğunluğunun saptamak, sağlık bakım gereksiniminin yoğun olduğu alanlarda öncelikli hizmetleri planlayıp, sunabilmek, evde sağlık bakım hizmetleri için bir maliyet- yarar hesaplanması yapabilmek ve hemşirelik bakımını tüm yönleriyle ele alabilmek mümkün olacaktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı, aile ve toplum sağlık bakım gereksinimlerinin yoğunluğunu ölçmede, problem düzeyini belirlemede ve hemşirelik kaynaklarının tüketimini derecelendirmede kullanılmak üzere ABD’de Dr. Donna A. Peters tarafından geliştirilmiş bir araç olan ‘*Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği*’ (TSYDÖ)’nin (EK 1) Türk toplumunda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemektir.

1.3. HİPOTEZLER

1. TSYDÖ Türk toplumunda aile sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunu belirlemede geçerlidir.
2. TSYDÖ Türk toplumunda aile sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunu ölçmede güvenilirdir.

1.4. VARSAYIMLAR

Bu çalışmada, ülkemizde Toplum Sağlığı Hemşireliği alanında kullanılmak üzere hemşirelere bütüncül bir bakış açısı sunabilen geçerli ve güvenilir bir hasta sınıflandırma aracının olmadığı varsayımından yola çıkmıştır.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında, bakım gereksinimlerinin analizine ve problem düzeyinin önemini saptamaya yardım eden, bakımı planlamada, uygulamada ve değerlendirmede hemşirelere rehberlik edecek olan uygun ölçme araçlarının bulunması Toplum Sağlığı Hemşireliği’nin ilerlemesi için önemlidir (11, 43, 59).

Sağlık bakım gereksinimi ve bu gereksinimin yoğunluğunu ölçen araçlarının Toplum Sağlığı Hemşireliği alanında kullanılması ile farklı bir çok etken tarafından etkilenen aile veya topluma odaklı bakımının karmaşıklığı tanımlanabilecektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu tür ölçme araçları kullanılarak ayaktan primer bakım hastalarının sağlık problemleri ile sağlık bakım gereksinimleri arasındaki ilişki açıklanabilecektir. Böylece topluma sunulan hemşirelik hizmetinden sonraki değişimlerin de ölçülebilmesi mümkün olacaktır (43).

Ülkemizde sağlık bakım gereksinimi ve yoğunluğunu ölçen araçların kullanımı ile farklı coğrafi bölgelerin sağlık düzeyleri ve sağlık riskleri belirlenerek, eşit ihtiyaca eşit hizmetin sunulduğu kaynak tahsisi kararları geliştirilebilir. Kaynak ayrılmasında olası değişiklerin saptanması ve zaman içindeki sağlık değişimlerinin de izlenmesi mümkün olacaktır. Ayrıca, sağlık girişimlerinin sonuçları ile birey veya toplumun yaşam kalitesinin değerlendirilmesine olanak sağlayan araçların, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde gerçek sağlık düzeyinin ve gereksinimlerin belirlenmesinde yararı kaçınılmazdır. Bu tür araçların kullanılmasıyla, hemşirelik kaynaklarının ekonomik kullanımını da desteklenebilecektir (43, 59).

Hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerine göre sınıflandırılması, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocaklarının vaka yükünün izlenmesi için bir veri tabanı oluşturulmasında, bütçe planlaması ve personel gereksinimlerinin belirlenmesinde, ekipman ve kaynak ayrılmasında yol gösterici olabilir. Şöyle ki; bir sağlık ocağına bağlı ailelerin sağlık bakım gereksinimi bir çok farklı etmen nedeniyle değişebilir ve o birim için gereken hemşirelik iş gücü, mali ve teknik destek ihtiyacı da doğal olarak değişerek, ekipman, personel ve finanssal planların değişmesi gereği ortaya çıkar. Bunların önceden tahmini için sağlık bakımı gereksinimini tam olarak ölçebilecek gelişmiş araçların bulunması önemlidir (43, 59, 69).

Bu çalışma ile toplum sağlık gereksinimlerinin yoğunluğunu belirlemeye yönelik bir ölçek olan TSYDÖ Türk toplumuna uyarlanarak literatüre kazandırılmaya çalışılmıştır.

1.6. SINIRLAMALAR

Bu çalışma, İzmir ili Ödemiş ilçesinde yaşayan, Sağlık Ocaklarında kayıtlı 372 hane ile sınırlıdır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin daha yüksek olması için daha geniş (500-1000 kişilik) bir örneklem sayısı olması öngörülmüş olsa da, bir ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için 300- 500 arası katılımcı sayısının iyi bir sayı olduğu belirtilmiştir (70).

1.7. TANIMLAR

TOPLUM SAĞLIK HİZMETİNİ ALANLAR: Sağlık hizmetinin sunulmasında hizmeti talep eden/ alanlar; birey, aile, gruplar veya toplumun tümü olabilir (9).

HASTA SINIFLANDIRMA SİSTEMİ: Hemşirelik bakımı için hastaların saptanan gereksinimlerine göre sınıflanması ve gruplandırılması için kullanılan çeşitli yöntemlerdir (21, 59).

SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMİ YOĞUNLUĞU: Hemşirelik hizmetlerinden yararlanması olası, sağlık gereksinimlerine sahip bir hastanın, derecesi ve miktarı belirtilmiş bakım ihtiyaçlarının şiddetidir (43, 59).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. AİLENİN VE TOPLUMUN TANIMI

Aile; aynı çatı altında yaşayan, aynı ekonomik koşulları ve aynı kültürü paylaşan, kan ve akrabalık bağları ile birleşmiş en küçük insan topluluğudur. Aynı zamanda toplumu oluşturan temel ünedir ve Toplum Sağlığı Hemşireliği hizmetlerinin sunulduğu başlıca odaktır. Çünkü toplumdaki bireylerin hastalık öykülerinin gerisinde çoğunlukla aile uyumsuzlukları yatmaktadır ve aile bireyleri birbirleriyle etkileşerek sağlık olgusunda değişim yaratabilirler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de belirttiği gibi, aile, hemşirelik hizmetleri için temel birimdir (3, 32, 52, 58).

Toplum; sağlık hizmetlerinin sunulmasında sorumlu olduğumuz insanlar bütünüdür. Çoğu kez yalnızca belirli coğrafik sınırlar içinde kalan insan topluluğundan söz edilir ve Toplum Sağlığı Hemşireliğinde sağlık hizmetini alacak olan hedef kitledir. Toplumun sağlık sorunlarını ve bunların kaynaklarını değerlendirebilmek için bir toplumsal tanılama süreci gerekir. Toplumsal tanı, toplum düzeyinde hizmetlerin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi için bir temel oluşturur. Toplumun sağlık düzeyini saptamak, sağlığı etkileyen faktörleri ortaya koymak, durumunu iyileştirmek için sağlık sistemi ve toplumun neler yaptığını saptamak, uygun ölçütleri belirlemek ve öncelikleri saptamak toplumsal tanı sürecinde ele alınması gereken konulardır. Toplumun sağlık düzeyini saptarken, nüfusun büyüklüğü, yapısı ve çeşitli sağlık göstergeleri bilinmelidir (3, 9, 25, 32).

1.8.2. AİLE VE TOPLUMA SUNULAN HİZMETLER

Çeşitli ülkelerde aile ve topluma verilen hizmetler, bazı farklılıklarla birlikte çok geniş kapsamlı olarak sunulmaktadır. Başlıca hizmet alanları şunlardır; hükümet hizmetleri, iletişim hizmetleri, kamu hizmetleri (su, yol, altyapı, vs.), eğlence ve boş zaman aktiviteleri, dini hizmetler, taşıma ve ulaşım hizmetleri, eğitim (anaokulu, kreş, yaygın ve örgün eğitim), sağlık hizmetleri (toplum sağlığı, dental sağlık, psikiyatri ve rehabilitasyon hizmetleri, ilk yardım, çocuk gelişimi, ana- çocuk sağlığı hizmetleri, vs.), sosyal hizmetler (yaşlı bakım hizmetleri, gönüllü destek kuruluşları, iş bulma ve işe yerleştirme hizmetleri, sigorta hizmetleri: işsizlik ve sağlık vb.), toplum gelişimi ve yetişkin hizmetleri, toplumda şiddetin ve madde kullanımının azaltılmasına yönelik hizmetler, gençlere yönelik rehberlik ve danışmanlık hizmetleri, yasal hizmetler, kültürel hizmetler (kütüphane, müzik, vs.), sosyal destek (parasal veya manevi) hizmetleri gibi. Bu hizmetlerin en önemlilerinden birisi; sağlık hizmetleridir ve sağlık hizmetinin de önemli bir boyutu olan hemşirelik hizmetleridir (18, 22, 23, 48).

1.8.3. AİLE VE TOPLUMUN GEREKSİNİMLERİ

Aile ve toplumun bir çok gereksinimi vardır. Güvenlik/ korunma, sevmeye ve ait olma, beslenme, boşaltım gibi bir çok fizyolojik gereksinimin yanı sıra birey/ aile veya toplumun karşılanmamış her türlü ihtiyacı bir sağlık bakım gereksinimi haline gelir. Ancak bunlardan en önemlisi ve temel olanı sağlıkla ilgili olan gereksinimleridir. Hemşirelik hizmetleri ise bireyin, ailenin veya toplumun vazgeçilmez gereksinimlerinden birisidir. Sağlık gereksinimleri; özel gereksinimler, hissedilen, dile getirilen ve karşılaştırmalı gereksinimler olarak sıralanabilir. Toplumun veya ailenin dile getirilen/ talep edilen gereksinimleri dışında kalan önemli sağlık gereksinimlerini saptamak daha önemlidir. Bunların saptanmasında birçok yöntem kullanılabilir. Bunlardan başlıcaları; mevcut rapor, kayıt ve istatistikleri incelemek, kişisel görüşmeler, ev ziyaretleri, gözlemler ve grup görüşmeleridir. Aile sağlık gereksinimlerinin analiz edilmesinde, Toplum Sağlığı Hemşiresi ev ziyareti öncesi, ziyaret sırası ve sonrasında olmak üzere üç değerlendirme yapar. Sonuçta belirlediği gereksinimleri bir plan içerisinde düzene koyar. Bu düzen, sunulacak olan hemşirelik hizmetinin sırasını ve şeklini belirtir. Öncelikli olarak ele alınması gereken sorunlar planda saptanmış olur (22, 67).

1.8.4. AİLE VE TOPLUMUN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMİNİN ÖLÇÜLMESİ

Aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini saptamak için ilk yapılacak iş hizmet verilecek olan hedef kitlenin net olarak belirlenmesi ve tanımlayıcı karakteristiklerinin ortaya konulmasıdır. Hedef kitlenin sağlık durumunu tanımlamak ve sağlık bakım gereksinimlerini belirlemek, topluma sağlık hizmeti götüren kişilere, politika belirleyicilere ve yöneticilere stratejik plan yapmada yardım eder (26). Bu açıdan toplumun sağlık düzeyini gösteren sağlık göstergelerinden de yararlanır. Sağlık göstergeleri, toplumun sağlığını gösterdiği kadar, hizmet sunulduktan sonra amaçlara ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmede de yardımcı olur Sosyo demografik ve sosyo ekonomik veriler bilinmelidir. Sağlık hizmetinin durumu ve kullanımı, toplum katılımı ortaya konmalı, hastalık ve sağlık durumları belirlenmelidir. Başlıca ölüm nedenleri, ölüm hızları, hastalık ve sakatlık insidans ve prevalansları saptanmalı, beslenme, büyüme-gelişme durumları ile hastalık ve sağlık durumlarının zaman içindeki değişimleri ortaya konmalıdır. Aile ve toplumdaki sağlık riskleri saptanmalı, sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış biçimleri bilinmelidir (64). Yine de bu tür göstergeler, bazı eksiklikler taşıdıkları için sağlığı yaşam kalitesi boyutuyla ölçen genel sağlık durumu indeksleri ve profilleri daha uygun araçlardır (69). Kısacası birey, aile ya da toplum bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp tüm parametrelerde değerlendirilmelidir. Halen Toplum Sağlığı Hemşireliğinde kullanılmakta olan bu tür ölçme araçlarının olmaması, geliştirilmesi gerekliliğini de ortaya çıkarmıştır (16, 32, 74).

1.8.5. HİZMET SUNMADA ÖNCELİKLERİN BELİRLENMESİ

Hızmette etkin olmanın birinci koşulu, öncelik sırasına konmuş hizmet anlayışı ile hareket etmektir. Bütün sağlık sistemlerinde mevcut talepler arasından kaynakların öncelikle hangi hizmetlere dağıtılacağına ilişkin tercihlerde bulunma ihtiyacı vardır. Bir çok ülkede sağlık talebindeki artışa rağmen sağlık kaynaklarındaki sınırlılıklar, öncelik belirlemeyi zorunlu ve sürekli kılmıştır. Bunun sonucu olarak tüm dünyada çeşitli öncelik belirleme yöntemleri araştırılmaktadır (36, 62, 69).

Öncelik belirlemede bir çok ülkede ortak olan noktalar; kamu/ toplum ihtiyacına göre öncelikleri belirlemede bireysel sağlık durumunun önemi, ortaya çıkan önceliklerdeki düzey/derece farklılıkları, önceliklerin toplumu kapsamaması ve topluma

dayalı bir öncelik belirlemesi yapmaktır. Öncelik belirleme zor bir süreçtir ve bireysel durumlar önemlidir. Önceliklerin belirlenmesinde karar verme ve kanıtlara dayalı olarak öncelikleri saptamak önemlidir. Asıl sorun doğru ve etkili karara nasıl ulaşılabileceğidir. Bütün sağlık sistemleri toplum veya bireyi öncelik belirleme sürecinin içine alan yöntemler geliştirme çabasındalardır. Bu da sürekli araştırma ve inceleme yapmayı gerektirir. Önceliklerin belirlenmesinde, farklı birey ve grupların değerleri, sağlık gereksinimleri, algıları ve hayat görüşleri bilinmelidir. Burada da sağlık çalışanlarının ve toplumun görüşleri temel alınmalıdır. Fakat, günümüzde henüz etkin bir öncelik belirleme yöntemi veya yaklaşımı geliştirilememiştir. Bu eksiklik, sağlık sistemlerinin kıt olan zaman, para, insan gücü ve diğer kaynaklarının verimsiz kullanılmasına neden olmaktadır (36, 62, 78).

Ayrıca sağlık düzeyi, kişi ya da toplumun sağlık durumunu yansıtan göstergelerle ifade edilmelidir. Sağlık hizmetinin çıktıları, sağlık düzeyi göstergeleri olarak kullanılmamalıdır. Çünkü, bir sağlık hizmetinin sunumundan sonra ortaya çıkan sonuç sadece sağlık hizmetlerinin iyileşmesine veya kötüleşmesine atfedilemez, diğer sektörlerdeki değişiklikler de buna az çok etki eder (62, 78). Sağlık hizmeti, bireyin ve toplumun gereksinimleri gözlenerek, 'eşit' sunulmalıdır. 'Herkes biraz, gereksinimi olana daha çok' ilkesi uygulanmalıdır. Buradan hareketle bir toplumda en sık görülen, en çok hastalık yapan, en çok sakat bırakan ve en çok işgücü kaybına neden olan sağlık sorunları önemli, yani öncelikli olarak ele alınması gereken sorunlar olmalıdır (3, 36).

1.8.6. AİLE HEMŞİRELİĞİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün '21. yüzyılda herkese sağlık' hedefleri çerçevesinde, aile ve toplumun sağlık sorunlarını saptamak, ailenin kendi sağlık sorunlarını anlayıp kabullenmesini sağlamak, sorunların üstesinden gelmesinde ona gerek fiziksel, gerekse duygusal destek olmak, aile ve üyelerini kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almaya cesaretlendirmek, ailenin gereksindiği sağlık bakım hizmetlerini sunmak ve tıbbi bakım olanaklarından en üst düzeyde yararlanmasını sağlamak gibi bir çok amaca yönelik olarak, Toplum Sağlığı Hemşireliği çalışmaları kapsamında sürdürülen sistematik hemşirelik yaklaşımlarının tümüdür. Başka bir deyişle; var olan ve olası aile sağlık problemlerine karşı ortaya çıkan insan tepkilerinin tanı ve tedavisidir (3, 22, 32, 57).

1.8.6.1. AİLE HEMŞİRELİĞİ SÜRECİ

Aile odaklı hemşirelik süreci; optimum bireysel fonksiyonları kolaylaştırmak için, veri toplama, analiz etme, planlama, uygulama, değerlendirme ve sonuç olarak bir dizi dinamik eylemleri gerektiren bilimsel problem çözme yaklaşımıdır. Aile hemşireliği süreci yardımı ile hemşireler, ailedeki bireylere kişisel hemşirelik bakımı verebilirler (16, 22, 57, 74).

Hemşirelik süreci, Toplum Sağlığı Hemşiresinin birey, aile veya toplum hedeflerini planlamayı kolaylaştırır, tedavi edici bir yaklaşımdır ve hemşirelikle ilgili tüm durumlarda kullanılmaktadır. Ancak, toplum sağlığı ortamında bu sürece aile merkezli hemşirelik süreci denir. Çünkü, Toplum Sağlığı Hemşireleri onu aile fonksiyonlarının analizi ve bir bütün olarak aileye hizmet sunmak için kullanırlar (3, 7, 13, 22, 75).

Toplumdaki bireylerin çoğu için 'aile' önemli bir destek sistemidir. Bireyler, aile ünitesi içinde büyüyüp gelişebilir. Ancak, genellikle aileler, aile gelişimini destekleyen davranışların tanımlanmasında rehberliğe gereksinim duyarlar ve Toplum Sağlığı Hemşireleri bu gelişim süreciyle sık sık karşılaşır. Toplum Sağlığı Hemşireleri gerektiğinde birey yardımı kolayca ulaşabilsin diye, destekleyici ilişkiler ve güven geliştirmek zorundadırlar. Bu nedenle de hemşireler aile odaklı toplumda kanıta dayalı bir ilerleme sağlamakla yükümlüdürler. Hemşirelerin, aileleri kendi yaşam seçenekleri hakkında karar vermeye cesaretlendirmesi, hemşirenin kendi inandıklarını yaptırmasından daha çok sorumluluk isteyen bir yaklaşımdır. Eğer sağlık bakım profesyonelleri, birey veya aile ile birlikte çalışmak yerine, onlar için bir şeyler yaparsa, ailenin sağlık davranışlarında sınırlama ve bağımlılıkla sonuçlanabilir. Sağlık bakım profesyonelleri ailenin değişimini etkileyebilir, ancak sadece 'aile' kendi davranışlarını değiştirebilir. Sağlık davranışları için bireyler, kendi davranışlarını değiştirmeden önce, kendinde değişim için bir ihtiyaç duymalıdır. Hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri bu değişim gerekliliğinin hissettirilmesi aşamasında önemli sorumluluklar taşırlar. Birey veya aile hemşirenin seçmediği bir eylem planını seçmiş olsa bile hemşire kabul etmek zorundadır. Çünkü, onlar için hemşireler tarafından planlanmış hedefler nadiren başarılı olur (22, 29).

Doğru ve aileyi tüm yönleriyle ele alan hemşirelik tanıları koymada Toplum Sağlığı Hemirelerinin Şu standartlara uyması gerekir;

- 1) Uygun ve geçerli veri toplama araçları ile veri toplaması,
- 2) Topladığı verileri uygun olarak gruplaması ve analiz etmesi,
- 3) Hemşirelik tanılarını ortaya koyup, olası komplikasyonlardan ayırt edebilmesi,
- 4) nceliği olan tanıları seçebilmesi,
- 5) Uygun hemşirelik giriŐimlerini planlayıp, uygulayabilmesi,
- 6) Toplanan verilere paralel bir değerlendirme yapabilmesi,
- 7) Uygun Şekilde hemşirelik bakımını sonlandırması gerekir (20, 22, 37).

Grldği gibi sürecin her aşamasında uygun ve geçerli veri toplama üzerine kurulmuŐ bir hemşirelik çabası vardır, bu nedenle hemşirelik sürecinin her aşamasında uygun verilerin toplanması ve bu verilerin yeniden düzenlenmesi çok önemlidir. Aile hemşireliği sürecinde veriler; bütün olarak aileye odaklanmış, uygun Şekilde sürecin her aşamasında gözden geçirilmiŐ ve deđerlendirilmiŐ olmalıdır. Kullanılan tanılama veya veri toplama formu, bireyin derisi, üriner fonksiyonları, tinsel sağlık ve zbakım yeteneklerine kadar, çeşitli insan tepkileri hakkında verilerin toplanmasını sağlamalıdır. Diğer bir deyişle, hemşirenin var olan tanıları gösteren belirti ve bulgular ile risk tanılarını gösteren risk faktörleri ve olası fizyolojik komplikasyonlar hakkındaki bilgisi, veri toplamayı yönlendirir ve tanının doğru konulmasında da önemlidir (22, 39).

nemli verileri tanımak için hemşire öncelikle neyin normal neyin anormal olduğunu bilmeli, daha sonra, bir sağlık sorunu için risk faktörlerini sayabilmelidir. Ayrıca toplanan verilerin uygun Şekilde değerlendirilmesi de gerekir (22).

Aileye odaklanmış sürecin dört anahtar elementi; sistematik bir yaklaşım sürdürmesi, bilimsel problem çözme yöntemine dayanması, dinamik eylemler serisi olması ve optimum aile fonksiyonlarını kolaylaştırmak amacının olmasıdır (22, 65).

Hemireliğin kavramsallaŐma süreçleri, dört temel noktaya odaklanmıŐtır; kişi, evre, sağlık ve hemşirelik. Hemşirelik sürecinde, kişinin çevresi, sağlığının durumu ve buna ilişkin hemşirelik aktiviteleri incelenir, hemşirelik bakımının bütüncül bir bakış açısı sunulur. Son zamanlarda, toplumun ve ailenin hedef kitle olarak kabul edildiği kavramsal hemşirelik modelleri geliştirilmiştir. Toplum sağlığı hemşireliği, koruyucu önlemlerin  düzeyine (birincil, ikincil, üçüncül) , insan oluŐun bütüncül doğasının

değerine ve bağımsızlığını ilerletmek için bireylerin kendi kendine bakım kapasitesinin artırılmasına odaklanır (22).

1.8.6.2. AİLE MERKEZLİ HEMŞİRELİK SÜRECİNİN AŞAMALARI

Aile merkezli hemşirelik sürecinin altı aşaması vardır; tanılama, analiz etme, planlama, uygulama, değerlendirme ve sonlandırma. Kapsamlı bir aile tanılması, aile sağlığının bir çok faktörünü değerlendirir. Hemşirelik süreci ve tanılama verileri arasında merkezi odak olan aile, devamlı olarak aile üyeleri ile birlikte ele alınır. Planlama, uygulama ve girişimleri değerlendirmede, aile aktif katılımcı olmalıdır. Aile hemşirelik süreci, hemşireye yönelmiş değil, aileye yönelmiş bir süreçtir. Bu süreç, ailenin kendi kendine bakım kapasitesini güçlendirmeye çalışır (3, 22, 65).

1.8.6.2.1. TANILAMA

Aile merkezli hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında hemşireler, bir aile sağlık risk tahmini yaparlar. Bir sağlık risk tahmini; bireyleri sağlıksız durumlar, prematüre doğumlar, ölümler ve hastalıklar için savunmasız yapan karakteristikleri tanımlama sürecidir. Eğer bir sağlık riski tanımlanırsa, toplum sağlığı hemşiresi, bu riski azaltmaya yönelik girişimler yapabilir (22).

Bu aşama, hemşirelik tanıları oluşturmak için temel sağlayan sistematik verilerin toplanmasıyla başlar ve hemşirelik sürecinin ilk aşamasıdır. Bu aşamada, toplum sağlığı hemşiresi, sağlık durumları ile ilgili objektif bilgiler elde etmek amacıyla aile fonksiyonları hakkında özel veriler toplar. Bir ailenin iş görme düzeyi ile ilgili bilgiler, sadece uygun bir veri dağılımı ile elde edilebilir (22, 50, 71).

Tanılama aşaması sırasında, toplum sağlığı hemşiresinin birincil sorumluluğu üç kat artar. Çünkü; 1) Tedavi edici, güvene dayalı bir ilişki geliştirmek, 2) Tüm kullanılabilir kaynaklardan hedef kitleye ait bilgileri elde etmek için veri toplama metodlarının bir çok çeşidini kullanmak, 3) Aile dinamikleri, aile kaynakları, aile üyelerinin kişisel sağlık durumları ve aile sağlığını etkileyen çevresel faktörleri içeren tüm parametreleri tanılamak durumundadır. Bu üç aktivitenin tümüne dikkat etmek, toplum sağlığı hemşiresine, birey/ aile gelişimini güçlendiren gereksinimler, hedefler ve girişimleri açıkça tarif etmede yardım eder. Tanılama sürekli ve birey/ aile- hemşire ilişkisi boyunca sürdürülmelidir (3, 14, 22).

Hem tanılama, hem de hemşirelik bakımı sırasında yapılan ev ziyaretleri, toplum sağlığı hemşireliğinin önemli bir parçasıdır. Topluma hemşirelik hizmetlerinin sunulmasında bir yöntem olarak yararlanılan ev ziyaretlerinin özel prensipleri vardır. Bazen, aile üyeleri, dışarıdan birilerinden sağlık bakım gereksinimi için yardım almayı reddedebilir. Toplum sağlığı hemşireleri bu karara saygı duymalıdır. Aileyle ilgili verileri topladıktan sonra hemşire, ailedeki öncelikli sağlık konularına odaklanmalıdır. Ailelerle çalışmak, toplum sağlığı hemşireleri için özel görüşmeleri gerekli kılar. Çünkü, aileler, ihtiyaçları, kaygıları ve iletişim stilleri farklı bireylerden meydana gelmiştir. Dikkatlice planlanmış ev ziyaretleri sayesinde, uygun ilişkiler kurulabilir, ailenin var olan sağlık ihtiyaçları ile baş etmelerinde onlara yardım edilebilir, temel veriler elde edilebilir ve ailenin acil kaygıları giderilebilir (22, 57).

Veri Toplama Kaynakları ve Yöntemleri: Toplum Sağlığı Hemşiresi, aile veya toplumla ilgili verileri, primer ve sekonder veri toplama aşaması olarak iki aşamada toplar. Hem primer, hem de sekonder verilerin toplanması aşamasında, tüm kaynaklar kullanılmalıdır. Primer veriler, toplum sağlığı hemşiresinin bireyi çevresinde direkt gözlemesi, dinlemesi, hissetmesi ve koklaması gibi yöntemlerle toplanır. Toplum sağlığı hemşiresi dikkatlice elde ettiği verileri ve birey/ aileden aldığı sözlü bilgileri not eder. Aynı zamanda bir bireyin iş yapma düzeyi ile ilgili önemli ipuçları, çevresini nasıl etkilediği gözlenerek kaydedilir. Bunlar primer veri kaynaklarıdır (13, 14, 22). Toplum sağlığı ortamında sekonder veriler, farklı birçok kaynaktan toplanır. Örneğin; önemli başka kişiler, sağlık ve sosyal ajanslarda çalışanlar, aile doktoru, ruhani liderler ve sağlık kayıtları olabilir. Ayrıca toplumun her alanıyla ilgili tüm veriler de kullanılabilir (9, 22, 32).

Primer ve sekonder verileri toplamada, çeşitli tanılama metodolojileri kullanılmalıdır. Görüşme, gözlem yapma, direkt muayene (oskültasyon, perküsyon, palpasyon, inspeksiyon ve ölçümler), verilerin ikincil kaynakları ile temas ve ilgili kayıtların incelenmesi metotları bunlardan bazılarıdır. Bu metotlar, bireyin ihtiyaçları kadar, onun güçlü yanlarını tanımlamada da kullanılır. Ancak bu yöntemler abartılmamalıdır. Toplum sağlığı hemşiresine hiçbir veri toplama yöntemi, tek başına var olan hemşirelik tanımlarını formüle etmede gereken tüm bilgileri sağlamaz (22, 67).

Aile Sağlığını Tüm Parametrelerle Değerlendirmek: Hemşirelik bakımında aile merkezli yaklaşım, aile üyelerinin toplamından daha çok bir bütün olarak aileye odaklanır. Tüm parametrelerde veriler toplanmadan, var olan sağlık streslerini çözmek için uygun seçimler yapmada aile/ bireye yardımcı olabilmek mümkün değildir. Aile üyelerinin eylemleri ve sağlık durumları, tüm diğer aile üyelerinin sağlık durumlarını direkt olarak etkiler. Yakın geçmiş zamanda toplum sağlığı hemşireliğinde çeşitli aile tanılama ve ölçüm araçları geliştirilmiş ve oldukça geniş şekilde tartışılmıştır (22).

Toplumda ailelerle çalışan hemşirelerin en büyük amacı, aile ünitesinin iyilik halini güçlendirmek ve geliştirmektir. Aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılarken, ailenin bütünlüğünü sürdürmek önemlidir. Eğer aile ünitesinin sağlık durumu ihmal edilirse, özellikle stresli durumlarda aileye yardım etmek daha da zor olacaktır (3, 22, 49, 58).

Aile sağlığı, bütüncül bir bakış açısıyla, ailenin yaşam kalitesidir. Dinsel uygulamalar, beslenme, stres, çevre, eğlence ve egzersiz, uyku ve cinsellik gibi farklı faktörler tarafından etkilenir. Sağlıklı aileler; esnek rol örüntülerine sahiptirler, yani değişen koşullara ayak uydurabilirler, aile ünitesi içinde gelişimi sürdürebilirler, aile ve daha geniş toplum içinde aktif problem çözme mekanizmalarını kullanabilirler, yardımları kabul ederek aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılayabilirler. Aynı zamanda etkili iletişim örüntülerine de sahiptir. Dahası, iyi fonksiyon gören aile; rollerin değişimi, sorumlulukların düzeyi ve etkileşim örüntüleri konularında esnektir, özellikle de stresli yaşam değişiklikleri ortaya çıktığı zamanlarda bu daha belirgin olarak gözlenebilir (22, 58).

Toplum sağlığı hemşireleri, farklı sağlık sorunları olan ailelerle karşılaşır. Toplumda hemşirelerin ziyaret ettiği bir çok aile, bir çocuğun doğumu, yeni tanılanmış bir sağlık sorunu ve ailenin temel gereksinimlerini karşılamada uygun olmayan kaynaklar gibi çeşitli stresörlerle uğraşır. Kültürel tanılamalar, toplum sağlığı hemşiresine, her bir aile için hemşirelik bakım planını özel gereksinimlere uydurmada yardım eder (22).

Aile Üyelerinin Sağlık Statüleri: Bir aile sağlık tanılmasının amacı, ailenin genel yapısı kadar, aile üyelerinin fonksiyonlarıyla ilgili uygun veriler de toplamaktır. Aile üyelerine, birleştirilmiş, bütüncül ve bireysel bir bakış açısından bakılır. Bireyin kendi sağlık algılamasını incelerken, fonksiyon görmenin biyolojik, fizyolojik, sosyo-kültürel, ruhsal, gelişimsel ve çevresel parametreleri değerlendirilir. Bir bireysel sağlık

tanılaması tamamlandığında hemşirenin en büyük rolü, sağlıklı fonksiyon görmesini etkileyen tüm faktörleri bireyin fark etmesini sağlamaktır. Bir sağlık tanılaması; amaçlı, anlamlı, hedeflere yönelmiş olmalıdır. Koruyucu sağlık uygulamaları ve sağlıklı baş etme yolları hakkındaki veriler de ortaya konmalıdır. Bireysel tanılamamanın organize edilmesi için kullanılan araçlar; sağlık geçmişi ve fiziksel muayenedir (22, 74).

Ailenin Sağlık Geçmişi: Sağlık geçmişi, bütüncül bir bakış açısından aile üyelerinin sağlık durumlarını değerlendirmede önemli bir araçtır. Hemşirelikte yapılan bir sağlık tanılaması, diğer disiplinler tarafından yapılan tanılamalardan farklıdır. Bireyin sağlık geçmişini öğrenmenin temel amacı, bireyin sağlık gereksinimlerini nasıl karşıladığı ve bu ihtiyaçları karşılarken hangi günlük yaşam aktivitelerini değiştirdiğini saptamaktır. Bireyin sağlık fonksiyonlarının tam ve doğru bir tanımını oluşturma sırasında, geçmişinde ve şu anda var olan sağlık durumunun geniş bir görünümü ortaya çıkarılır. Bu bilgi ile birey ve hemşire, kendi kendine bakım kapasitesini arttırmak için gereken yolları keşfedebilir (22).

Sağlık durumu tanılamasını organize etmek için yaygın olarak kullanılan bir model, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Modelleri Tipolojisi'dir. Bu modelde, Gordon, tüm insanların kendi sağlıklarına, yaşam kalitelerine ve maksimum potansiyele ulaşmalarına katkıda bulunan yaygın fonksiyonel örüntülere sahip olduklarını ve bu örüntülerin, hemşirelik tanılamasının odağı olduğunu savunur (9, 22).

Sağlık çalışanları, birey veya ailenin sağlık durumuna bütüncül bir yaklaşımla, onların buldukları sosyal çevrede varolan informel sağlık inanışları ve uygulamalarını inceleyerek tahmin edilmemiş sağlık gereksinimlerini elde edebilirler (55). Aile üyelerinin sağlık durumları hakkında bilgi toplamak için dizayn edilmiş olan tanılama araçları, hedef kitlenin fonksiyonlarının farklı bir çok cephesini incelemeyi kolaylaştırır. Tanılama araçlarının sınırlılıkları vardır ve sadece sağlık görüşmeleri ile fiziksel muayene sırasında önemli verileri değerlendirirken dikkati odaklamada rehber olarak kullanılabilirler. Bireyin tam olarak ihtiyaçlarını açıklayabilmesi için hemşire ile arasında olan etkileşim kolay ve sürekli olmalıdır. Ancak, tanılama sırasındaki soru yağmuru iletişimi tıkayabilir (22, 74).

1.8.6.2.2. ANALİZ ETME

Aile ve bireyle ilgili veriler toplandıktan sonra analiz aşaması başlar. Bu aşama, hemşirelik tanıların biçimlenmesiyle sonuçlanan eleştirel bir düşünme sürecidir. Bir hemşirelik tanısı; var olan veya olası sağlık sorunları ile yaşam süreçlerine birey, aile veya toplumun yanıtı hakkındaki klinik bir yargıdır. Hemşirelik tanıları, hemşirenin sorumlu olduğu sonuçları başarabilmek için yapılacak girişimlerinin seçiminde bir temel sağlar (13, 20, 22) .

Hemşirelik Tanılarını Belirtmek: Hemşirelik tanıları, var olan veya olası hasta problemleri ile tanılama verilerinde yansıtılan örüntülere dayanır ve girişimleri yönlendirirler. Toplum sağlığı hemşiresi, hemşirelik tanılarını formüle edebilmek, tanılama kategorileri arasındaki ilişkileri analiz edilebilmek ve davranışların modellerini tanımlayabilmek için verileri gruplar. Tanılama verilerinden hemşirelik tanıları türetilir. Veriler arasındaki ilişkileri açıklamadan hemşirelik tanılarını belirtmek, geçersiz tanımlara, uygun olmayan hedeflere ve hemşirelik girişimlerine yol açar (21, 22).

Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisi, büyüme/gelişme ve aile teorileri, stres ve kriz kavramları gibi bilimsel bilgileri kullanma, hemşirenin verilerin sentezi ve uygun hemşirelik tanısı formüle edilmesindeki yeteneğini yükseltir (22, 33).

Toplum sağlığı hemşireliği ortamında, ortaya çıkan durumlar ve rehberlik yapılacağına garanti edilen potansiyel problemlerle ilgili hemşirelik tanılarını belirtmeye özel bir önem verilmiştir. Bu önem, toplum sağlığı hemşirelik uygulamasında majör odağın, birincil koruma olduğu inancına dayanır (22, 74).

Hemşirelikte Kullanılan Sınıflandırma Sistemleri: Bir hemşirelik sınıflandırma sistemi kullanmak, uygulayıcılara tanısal becerilerini rafine etmede ve hemşirelik girişimlerinin etkililiğini belgelemede yardımcı olabilir. Ayrıca, bu sistemler, tanılayıcı verilerin toplanması ve bu verilerin organize edilmesini kolaylaştırır. Hasta sınıflandırma sistemleri, kullanılabilir olası kaynaklar ile sağlığı geri kazanmada ve sürdürmede gereken kaynaklara göre bakım alanlarını tanımlarlar. Aynı zamanda, hangi bakım gereksiniminde hangi hemşirelik hizmetinin yapıldığını, öncelikleri ve verilen hizmetin yeterliliğini göstermede de kullanılmaktadırlar (6, 27). Bunun için geliştirilmiş olan üç sınıflandırma sistemi vardır; ilki Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (NANDA) tarafından geliştirilen hemşirelik tanıları sınıflandırma sistemi, ikincisi ise, Omaha'nın Ziyaretçi Hemşire Derneği (Nebraska) tarafından

geliştirilmiş olan Omaha Sistemi ve son olarak da Dr. Peters tarafından geliştirilen TSYDÖ'dür (13, 22).

1) NANDA'nın Hemşirelik Tanıları Sınıflandırması: NANDA, hemşireler tarafından tedavisi yönetilebilir sağlık problemlerini tanımlamak için 1973'de St. Louis-Missouri'de kuruldu. Gordon'un 11 fonksiyonel sağlık örüntüsü altında bu tanımlar gruplandı. Her geçen gün bu tanımlara yenileri eklenmekle birlikte aile odaklı gereksinimlerde sadece yedi NANDA hemşirelik tanısı vardır. Bu yedi tanıdan sadece biri aile sağlığını yükseltme bakış açısıyla söylenmiştir. NANDA'nın geliştirmiş olduğu sistemde beklenen hemşirelik sonuçlarının sınıflanması (NOC) ve beklenen sonuçlara göre verilen hemşirelik girişimlerinin sınıflanması (NIC)'ni yapan kriterler de belirlenmiştir (7, 13, 21, 22, 53).

2) OMAHA Sınıflandırma Sistemi: Toplum sağlığı alanında hemşireler tarafından tanımlanmış olan birey ve aile sorunlarını organize etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu sınıflandırma sistemi, Toplum Sağlığı Hemşireliği'nin Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) tarafından yapılmış tanımına dayanır. Bireyler kadar ailelerin de ihtiyaçlarını söylemek için geliştirilmiştir. Bu sistem üç majör elementten oluşmuştur; Problem Sınıflama Listesi (PSL), Hemşirelik Girişim Şeması (HGŞ) ve Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ). Problem Sınıflama Listesi; dört düzeyde yapılandırılmış hemşirelik tanımlarının bir taksonomisidir. Kırk tane hasta problemi, dört majör alan içinde gruplandırılmıştır; çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları. Bu tanımlar, sağlığı yükseltme, olası veya şu anda var olan sorun olarak belirtilir. Bu sistemin bir Likert tipi PDÖ bulunmaktadır. Böylece hemşireler, düzenli aralarla sonuçları değerlendirebilirler. Omaha Sistem, Toplum Sağlığı Hemşireliği için paket bir programdır. Bu sistem, birey/ aile gereksinimleriyle hemşirelik girişimlerinin nasıl birleştirileceğini, problemlerin nasıl derecelendirileceğini ve hemşirelik tanımlarının nasıl konulacağını gösterir (6, 27, 28, 59, 61, 79).

3) TSYDÖ: Bu araç, birey/ aile ve toplumun hemşirelik bakım gereksinimlerine göre sınıflanmasını mümkün kılan bir hasta sınıflandırma yöntemidir. TSYDÖ, hemşirelik teorileri ile uygulamayı birleştirerek geliştirilmiştir. Aracın geliştirilmesinde, tıbbi tanımların geçerli ve güvenilir bir hasta sınıflandırması sağlamada yetersiz oluşundan yola çıkılarak, hemşirelik bakımı için hissedilen gereksinimlerin derecesi arasındaki farklılıkların tanımlamaya çalışılmıştır. Toplum sağlığında uzman

hemşireler, aracın parametreleri için hasta karakteristiklerini ve hemşirelik bakım ihtiyaçlarını tanımlayan geçerli ve güvenilir bir prototip geliştirmişlerdir. Hemşirelik kaynaklarının ölçüsü olarak hemşirelik ev ziyaretleri kullanılmıştır (43, 59).

Aracın üstünlükleri; aile problem düzeylerini ve sağlık bakımı için duyulan gereksinimin yoğunluğunu ölçerek, Toplum Sağlığı Hemşireliği uygulamalarında yarar sağlar. Toplum Sağlığı Hemşireliği'nin aileye odaklanmış uygulamalarında kanıta dayalı bir ilerleme olanağı sunar. TSYDÖ, hemşirelik girişiminden sonraki değişime de duyarlıdır. Bir bütün olarak aile hemşireliğinin karmaşıklığını tanımlamak için gereklidir. Ayrıca TSYDÖ, en çok gereksinim duyulan girişim alanını da gösterir. Ailedeki sorunların tipini, derecesini ve etkisini açıklamada kullanışlıdır ve Okul Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği gibi başka ölçme araçlarının geliştirilmesinde de yararlanılmıştır (43, 59, 80).

1.8.6.2.3. PLANLAMA

Hemşirelik tanıları kurulduktan sonra, hemşire, hemşirelik sürecinin planlama aşamasına doğru yönelir. Bu aşamada şu üç majör aktivite gerçekleştirilir;

1. Birey/ aile merkezli hedefler ve hedefleri değerlendirmede kullanılacak olan beklenen sonuçlar formüle edilir,
2. Girişimler ve değerlendirme kriterleri tanımlanır ,
3. Hedefler, sonuçlar ve girişimlere öncelik verilir.

Hedef: davranışa doğru yöneltilmiş, geniş olarak beklenen sonuçtur. Beklenen sonuç/ davranışsal amaç: bir hedefe ulaşıldığında yansıyan hasta davranışlarını tarif eder. Girişimler: arzu edilen hedeflere ulaşmak için hastaya yardım etmede hasta, hemşire veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından yapılan aktivitelerdir (13, 22).

Iowa Üniversitesi'nden bir araştırma grubu Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasını geliştirmiştir. Bu sayede hemşirelerin yapacağı tedavileri tanımlamada ilk geniş standardize edilmiş dil kullanımının altı çizilmiştir. Bu sınıflama, 433 hemşirelik girişimini ve her bir girişimin aktivitelerinin bir sırasını belirtir. Her bir girişim, bir etiket adına, bir tanımlamaya, girişimi sürdürmede hemşirenin yapacağı aktivitelerin listesine ve gerekli bilgilerin kısa bir kaydına sahiptir (22, 53, 65).

Tedavi Edici Sürecin Rehber Prensipleri: Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında birçok anahtar prensip dikkate alınmalıdır. Bunlar; 1) hemşirelik bakımını

bireyselleştirme, 2) farklı değerlere saygı, 3) aktif aile katılımı, 4) ailenin kendi kendine karar verme hakkı, 5) mahremiyet, 6) tedavi edici noktanın bakımındır. Bu prensiplere bağlılık, güvene dayalı bir profesyonel ilişki sürecinin oluşturulmasının ve insanlık haysiyeti ile değerlerine duyulan saygının da temelidir (22).

Profesyonel sözleşme; karar vermede aktif birey katılımını arttırmak için dizayn edilmiş bir girişimdir. Yani bilimsel bir amaç için iki veya daha fazla kişi arasında karşılıklı bir anlaşmadır. Planlama aşamasında, hemşire ile aile arasında tedavi edici prensipler üzerinde bir sözleşmeye varılmalıdır (22, 50).

1.8.6.2.4. UYGULAMA

Hemşirelik sürecinin uygulama aşaması, özellikle birey/ aile hedeflerine ulaşmak için hangi aktivitelerin sürdürüleceği ile uğraşır. Aile ile hemşire, girişim stratejilerinin uygunluğunu seçer ve test ederler. Aile ya da birey kendi ihtiyaçlarını yönetebilsin diye öncelikler belirlenir. Bireyin değişim sürecine ayak uydurabilmesi için gerektiğinde diğer kaynaklar da kullanılabilir (22, 57).

Toplum Sağlığı Hemşiresi bireyde arzu edilen sonuçlara ulaşmak için, girişim stratejilerinin bir çok çeşidini kullanır. Bunlar; destekleme, eğitim, rehberlik, uygun şekilde sevk etme ve sorun çözmeye yönelik stratejiler olabilir. Hemşirelik uygulamaları, bilimsel bilgi ve prensiplere dayalı olmalıdır (22, 66).

Hemşirelik sürecinin diğer tüm aşamaları, uygulama aşamasında da sürdürülür. Bireyler girişim sürecine aktif olarak katıldıklarında, sözel veya sözsüz olarak girişimi alıp almadıklarını ifade ederler. Hemşire, bakım planının yeniden gözden geçirilmeye ihtiyacı olup olmadığını anlamak için bu verileri dikkatlice analiz etmelidir. Hemşirelik bakım planı asla durağan bir süreç olmamalıdır, hemşire, orijinal hemşirelik tanıları ve hedefler değiştiğinde, aktiviteleri uygulamada esnek olabilmelidir (13, 22, 32).

Dokümantasyon: Kayıt tutma işlemidir. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında hemşire, ilgili verileri açıkça kayıtlarda belirtmelidir. Doğru ve tam kayıt tutmak, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için bir yön sağlar. Hedef kitleye verilen sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda ve verilen bakımın kalitesini saptamada yardım eder (22, 74).

1.8.6.2.5. DEĞERLENDİRME

Değerlendirme, hemşirelik sürecinin her bir beklentisinin sürekli bir eleştirisidir. Bu aşama ayrı bir aşama olarak tartışılmış olsa da, sürecin her aşamasında yer almalıdır. Amaçlar, planlar ve girişimlerin uygun olarak yerleştirilip yerleştirilmediğini inceleyebilmek için birey/ aileden sürekli geri bildirim elde edilmelidir. Beklenen sonuçlar oluşturulurken onların nasıl değerlendirileceğini de tanımlamak bir zorunluluktur. İyi yazılmış bir beklenen sonuç kriteri; içinde değerlendirme için bir potansiyel de taşır (17, 22, 32).

Değerlendirme kriterleri, hemşire-aile ilişki sürecinin çok erken bir safhasında kurulmalıdır. Bu kriterlerin erken oluşturulması hemşire ve aileye girişimler için bir yön sağlar. Ailedeki sağlık sorunları birer kanıttır. Sağlık bakımında eksik kalmış veya gözden kaçırılmış olayların sonuçlarıdır. Değerlendirme aşaması, sıklıkla ihmal edilir veya gelişi güzel şekilde yapılır. Hemşirelik bakım planı geliştirilirken, hemşirelik sürecinin tüm beklentilerinin sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi için belirli aralar saptanmalıdır. Toplum sağlığı alanında, belli ziyaret sayısından sonra veya aile başka bir hemşireye geçtiğinde analiz edilen ve özetlenen kayıtlar bir üst makama gönderilmelidir. İyi tutulmuş kayıtlar toplum sağlığı hemşiresine, belli bir zaman aralığında nelerin başarılı olduğu veya başarısız olduğunu görmede (değerlendirmede) yol gösterir. Değerlendirmenin olmayışı genellikle tedavi edici sürecini uzatır (22, 65).

Değerlendirme Sonuçları: Yapılan girişimlerin etkinliğini değerlendirmede, sadece hemşire veya diğer sağlık bakım profesyonellerinin ailenin tedavi edici sürece katılıp katılmadığının analiz edilmesi yeterli değildir. Aynı zamanda, aile tarafından alınan bakımın sonucu ile sağlık bakım profesyonelleri de incelenmelidir. Toplum Sağlığı Hemşiresi'nin, sevklerin sonucunu değerlendirme ve ailede hemşirelik girişimleri gerektiren diğer gereksinimlerini inceleme sorumluluğu da vardır. Sevk süreci tamamlandıktan sonra, aile hizmetleri sonlandırılır ve uygun şekilde vaka kapatılır (21, 22, 80).

Klinik sonuçların başarısını değerlendirmede, bazı toplum sağlığı ajansları, klinik yolları (Klinik Patways) kullanır. Bir klinik yol; belirtilmiş hedefleri başarmada, belli bir zaman aralığında yapılması zorunlu olan anahtar aktiviteleri tanımlar. Hemşirelik bakım planının tek bir versiyonudur. Klinik yollar, planlanan ile ortaya çıkan arasındaki farkı tanımlayarak, süreci değerlendirmeye yardım eder (7, 22, 74).

1.8.6.2.6. SONLANDIRMA

Sonlandırma, nadiren hemşirelik sürecinde ayrı bir aşama olarak tanımlanır. Genellikle, ayrılma süreci ile ilgili duygular, hemşire ve aile tarafından ele alınmadığı için bu aşamaya gereken dikkat verilmemektedir. Aile uygun şekilde sonlandırma aşamasına hazırlanmalıdır. Tedavi edici sürecin sonlandırılması için ailenin istekli olup olmadığı araştırılmalıdır. Tedavi edici bu ilişkinin nasıl ve ne zaman bitirileceği konusunda ailenin karar verme seçeneği vardır. Bu süreç bittiğinde hemşire, nelerin üstesinden geldiğini anlamasında ve sağlık bakım gereksinimlerinin elde edilmesindeki güçlü yanlarını görmesinde bireye/ aileye yardım etmelidir. Ayrıca, gelecekte hemşirelik hizmetleri veya diğer toplum kaynaklarına nasıl ulaşabileceği de öğretilmelidir (22).

1.8.7. TSYDÖ'NİN GELİŞTİRİLMESİ VE YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Sağlık bakım gereksinimi kavramının ortaya atılmasından beri bu konuyla ilgili bir çok araştırma yapılmıştır. Bunlardan ilki bu araştırmada kaynak olarak alınmış olan Peters (1988)'in yapmış olduğu çalışmadır. Burada, ilk kez sağlık bakım gereksiniminin ölçülmesi kavramı ele alınmış ve Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS)'ın geçerlik ve güvenilirliği sağlanmıştır. Bu orijinal çalışma, daha sonra yapılan bir çok çalışmaya önderlik etmiş ve Toplum Sağlığı Hemşireliği için bir bilgi temeli oluşturulmasına büyük katkıda bulunmuştur (43, 59).

1988 yılında ilk olarak Dr. Donna A. Peters, Omaha Sistemden yola çıkarak bakılanları hemşirelik bakım gereksinimlerine göre sınıflayan, bireyi tüm parametrelerde değerlendirebilecek ve sağlık bakımına duyulan ihtiyacı derecelendirebilecek bir sınıflandırma yöntemi geliştirmiştir. Burada, çevresel, psikososyal, fiziksel ve sağlık davranışları alanlarında bireyin sağlık gereksinimlerinin yoğunluğunu ölçmek üzere, uzman Toplum Sağlığı Hemşireleri tarafından ölçeğin kavramsal çatısı oluşturulmuş ve 15 toplum sağlığı parametresi için hem hasta karakteristikleri, hem de hemşirelik bakım gereksinimlerinin tanımlayıcıları olarak bakımın kritik göstergeleri olan prototip tanımlamalar geliştirilmiştir. İlk olarak üç ev sağlığı ajansından üçer hemşire kullanılarak pilot çalışma yapılmıştır. Burada her bir ajans içinde 15 kart bağımsız olarak 3'er defa oranlanmıştır. Tüm oranlayıcılar arası anlaşma % 78 olarak saptanmış ve pilot çalışma sonuçlarına göre ölçekte gerekli

değişiklikler yapılmıştır. Daha sonra, ABD’de iki ev sağlık ajansı hizmetinden taburcu edilmiş olan 560 vakanın kayıtları incelenmiştir. Bu iki ajanstan taburculuk kartlarını gözden geçirmek için birer oranlayıcı (primer olarak bakım veren Toplum Sağlığı Hemşirelerinden) seçilmiştir. Oranlayıcılar arası güvenilirliği incelemek için anlaşma yüzdesi incelenmiştir. Ayrıca her bir vakanın toplam TSYDÖ puanları, hemşirelik ziyaretlerinin sayısı ve Sağlık Durumu Ölçeği fonksiyonel sınırlama puanları ile Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılarak ilişkilendirilmiştir. Hemşirelik ziyaretleri sayısı ile TSYDÖ puanları arasındaki tam korelasyon .39 bulunmuştur. Ayrıca, TSYDÖ puanının her bir artış derecesi için hemşirelik kaynakları tüketiminin arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda TSYDÖ benzer bir ölçek olan Sağlık Durum Ölçeği arasındaki korelasyon .38 bulunmuştur. Oranlayıcılar arası güvenilirlik incelemesi için 56 kart orijinal oranlamayı görmemiş olan bir araştırmacı tarafından tekrar oranlanmış ve % 77’lik bir anlaşma sağlanmıştır. Neticede, TSYDÖ’nin toplum sağlığı hastalarının çeşitli ihtiyaçlarını anlamada değerli bir adım olduğu, hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin alt gruplarını tanımlamada başarılı olduğu, toplum sağlığı hemşirelik bakımı için ileriye dönük bir fiyatlandırma sistemi için temel olabileceği, yönetsel ve klinik kullanımlara sahip olduğu, ajans vaka yüklerinin ve eğilimlerinin karşılaştırılmasında ve bütçe planlanırken personel ihtiyacının doğrulanmasında kullanılabileceği ve ekipman ile kaynak ayırımında bir sistem sağlayabileceği belirtilmiştir (59).

Hays 1992 yılında, 237 ev sağlık bakım hastasından oluşan bir örnekleme TSYDÖ puanlarının hemşirelerin verdiği bakım saatinin sayısı ile ilişkisini araştırmış ve anlamlı olarak ilişkili bulmuştur ($R^2=0.10$, $p<0.001$) (41).

Peters ve Hays (1995), TSYDÖ’nin içinde açık tanımlamalar sunduğunu, hangi aktivitelerin yapılacağı konusunda kararlar vermeye yardımcı olabildiğini ve uygun mali kaynaklar tahsis edilmesine rehberlik edebildiğini, bütüncül bir hemşirelik bakış açısı ile toplum sağlığı hastalarının gereksinimlerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir hasta sınıflandırma aracı olduğunu belirtmişlerdir (60).

Zink (1994), ev sağlık bakımında uygun hemşirelik tanıları denetim aracı geliştirme sürecinde TSYDÖ ve diğer bazı hemşirelik ölçeklerinden faydalanarak bir hemşirelik tanılarını denetleme aracı geliştirmiştir (80).

Hays, 1995 yılında, 133 Toplum Sağlığı Hemşireliği hastası ile tahmin edilen kaynak tüketiminde TSYDÖ'nin kullanılabilirliğini değerlendirmiştir. Bu örneklem 47 adet düşükün yaşlı, 44 yüksek riskli prenatal bakım hastası ve 42 de yüksek riskli yeni doğandan oluşmuştur. TSYDÖ puanlarının hemşirelik çabasıyla ilişkisi incelenmiş ve prenatal bakım hastaları ile yüksek riskli yeni doğanlar için anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (38, 41). Daha sonra Hays ve arkadaşları TSYDÖ'nin maliyet- yarar oranı yüksek ve multidisipliner bakım için bireyin temel ihtiyaçlarını ölçebilen ve uygun bir dile sahip bir ölçek olduğu belirtmişlerdir (40).

Başka bir çalışmada, geriye dönük olarak, 68 ev sağlık bakımı hastası ve 58 Toplum Sağlığı Hemşirelik hastalarından oluşan bir örneklem için hasta giriş ve taburculuk kartlarının aynı anda uygulayıcı hemşireler oranlamış ve TSYDÖ puanları hemşirelik çabasının miktarı ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Böylece TSYDÖ'nin giriş ve taburculuk arasındaki sağlık bakım ihtiyacının yoğunluğundaki değişimleri keşfetmede duyarlı olduğu saptanmıştır (41, 43).

Ayrıca Burt, Beetem, Iverson, Hertel ve Peters Iowa Eğitim Bölümünde öğrencilerin sağlık durumunu sınıflamada bir ölçek gerektiğini saptamışlar ve TSYDÖ'nden yola çıkarak, Dr. D.A. Peters ile birlikte Okul Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeğini geliştirmişlerdir (19). Bundan sonra, 1998 yılında Klahn, Okul Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği üzerinde çalışmış ve bu ölçeği TSYDÖ ile kıyaslamıştır. Kırsal ve kentsel ortamda dört uygulayıcı okul hemşiresi 20 adet hayali olarak geliştirilmiş olan karma öğrenci sağlık kartını puanlamış ve oranlayıcılar arası anlaşma yüzdelerinde orta düzeyde anlaşma sağlanmıştır. Ancak bu ölçeğin halen geliştirilme evresinin devam ettiğini belirtilmiştir (46).

Nebraska Tıp Merkezinde bir ev bakım programı tarafından hizmet verilen 208 yaşlı ve Toplum Sağlığı Hemşirelik programı tarafından hizmet verilen 47 düşükün yaşlı arasındaki temel benzerlik ve farklılıkların kavranmasında TSYDÖ kullanılmış ve Toplum Sağlığı Hemşireliği hastalarının ihtiyacı farklı alanlarda odaklanmış, fakat ev sağlık bakım hastalarının ihtiyacı daha dar alanlara odaklanmış olarak bulunmuştur. Sonuçta, TSYDÖ gibi araçların daha odaklanmış ziyaret planlaması, planlamada kadrolaşmaya yardım etme, özel sonuçların değerlendirilmesi ve hizmet içi eğitimde yaşlıların bakımına odaklanma gibi konularda teşvik edici olabileceği vurgulanmıştır (42).

Ölçeğin daha da geliştirilmesi için yapılan çalışmalardan biri de Hays ve arkadaşlarının 1999'da yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada, TSYDÖ'nin orijinalinden yola çıkarak daha artırılmış bir ölçek geliştirilmiştir. Toplum Sağlığı Hemşireliği vaka kayıtlarında bulunan 25 vaka alınmış ve beş kişilik Toplum Sağlığı Uzman Hemşirelerinden oluşan bir grup vakaları oranlamıştır. Bu grup ölçek üzerinde tartışmış ve sonuç olarak aracın tekrar gözden geçirilmesine karar vermişlerdir. Yeni bir uzmanlar grubu toplamaya karar verilmiş ve dört uzmandan oluşan ikinci grup da vakaları oranlamıştır. Bu iki grup uzmanların oranlamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin geçerliği için iki Toplum Sağlığı Hemşireliği uzman grubunun araç hakkındaki yargıları test edilmiş ve tanılama sorularının popülasyona özel olduğu, tüm parametrelerde bilgi sağladığı, uygulamayı yansıttığı, hasta bakımını organize etmeye ve öncelik vermeye yardım ettiği ifade edilmiştir. Her iki uzman grubu da aracın içerik geçerliliğini doğrulamışlardır. Güvenirlilik için iki uzman hemşire grubunun ve gösterge derecelendirmelerinin puanları arasında yapılan ağırlıklı kappa değerleri analizinde parametrelerin çoğunda Kappa değeri 0.40'ın üstünde bulunmuştur. Sadece toplum ağı ve sağlık yönetimi parametrelerinde kappa değeri düşük çıkmıştır. Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan ölçek formunun daha pratik, kullanışlı, zaman kazandırıcı ve bilgisayara dökümünün daha kolay olduğu belirtilmiştir (41).

Hays ve arkadaşları 2000 yılında yüksek riskli prenatal hastalar için sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunu ileriye dönük bir pilot çalışma olarak incelemişlerdir. Bu çalışmada 38. gestasyon haftasında olan yüksek riskli prenatal hastaların (20 hasta) klinik kayıtları beş uzman Toplum Sağlığı Hemşiresi tarafından incelenmiş ve bakım puanları ile gereksinim yoğunluğu arasında bir uyuma saptanmıştır (39).

Aile odaklı toplumda bakım için gereksinim yoğunluğu ve sağlık problemlerini incelemek için 2002 yılında Kaiser ve Hays TSYDÖ'ni kullanmışlardır. Bu çalışmada hemşirelik bilimi erkek öğrencilerinin klinik vaka yönetimi kayıtlarından yararlanılmış ve 205 vakanın tüm klinik kayıtları gözden geçirilmiştir. TSYDÖ yardımıyla saptanan aile problemleri ile Omaha Sistem aile sağlık problemleri iki bağımsız araştırmacı tarafından % 90 uyuma ile tutarlı bulunmuştur. Omaha Sistem; Toplum Sağlığı Hemşireliği'nde ortak bir dil kullanımını sağlamada, uygun hemşirelik problemi etiketleri sunmada ve elde edilen verilerle öğrenciler, politika yapıcılar ve hastalar için aile odaklı uygulamaları tanımlamada uygun bulunmuştur. Ancak aile içi bakım

gereksinimlerini incelerken hemşireye yön vermede uygun olmadığı ve standardizasyonunun güç olduğu belirtilmiştir. Toplum Sağlığı Hemşireliği'nde hasta gereksinimlerinin sınıflanmasında TSYDÖ, daha iyi hedeflenmiş hizmetlerin sunulmasında Omaha Sistem gibi araçların birlikte kullanılmasının yararlı olacağı vurgulanmıştır. Kaiser'in araştırmasında, Omaha Sistem sağlık problemlerinin tümü çevresel, psikososyal ve sağlık davranışları alanlarında gözlenmiştir. En yaygın görülen aile sağlık problemleri ve bunların yoğunlaştığı alan, çevresel alan olarak saptanmıştır. TSYDÖ toplam puanları $\bar{X}=33.9\pm 6.34$ bulunmuştur ve aile sağlık problemleri sayısı ile bakım için gereksinim yoğunluğu arasındaki korelasyon 0.586 olarak belirtilmiştir. Çok sayıda aile sağlık problemine sahip olan ailelerin TSYDÖ toplam puanı da yüksek bulunmuştur (43).

Aracın yazarı tarafından ilk olarak 1988 yılında oluşturulan ölçeğin halen geliştirilmesi çalışmalarının sürdüğü kendisiyle yapılan elektronik haberleşmelerde belirtilmiştir. Ayrıca, yapılan bu araştırma ile ölçeğin ilk kez yabancı bir dile çevrilip yabancı bir ülkede uygulanacağı vurgulanmıştır.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, İzmir ili Ödemiş ilçesinde toplam altı sağlık ocağına bağlı ailelerin sağlık bakım gereksinimlerinin saptanmasında, TSYDÖ'nin kullanılabilir olduğunu test etmek amacıyla planlanmış metodolojik bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma verilerinin toplanmasında yararlanılan veri toplama aracı; TSYDÖ (EK 1) ve '*TSYDÖ Puanlama Çizelgesi (EK 2)*' den oluşmuştur.

TSYDÖ; ilk bölümde sosyo demografik özellikleri sorgulayan 18 soru yer almaktadır. Bu kapsamda; bireylerin sosyo demografik özelliklerini, adres ve telefon bilgilerini, bağlı bulunan sağlık ocağı ve daha önce hastaneye yatma ve bir hastalık tanısı alma durumu, taburcu olma tarihi ve hemşirenin yapmış olduğu toplam ev ziyareti sayısı gibi bilgileri ortaya koyan sorulardan oluşmaktadır. *Hemşirelik Tanılaması* bölümünde ise; sağlık bakımına duyulan gereksinimin yoğunluğunu derecelendirmeye yönelik dört alan (çevresel, psikososyal, fiziksel ve sağlık davranışları) da 15 parametre, 91 madde ve 974 alt madde bulunmaktadır. Ölçekte yer alan;

- **Alt maddeler;** 974 adettir ve sıfır ile dört puan arasında derecelendirilmiştir.
- **Maddeler;** 91 tanedir ve içerisinde bulunan alt maddelerden alınmış olan en yüksek puan o maddenin puanı olarak değerlendirilir.
- **Parametreler;** 15 tanedir, içerisinde bulunan maddelerden alınmış olan en yüksek puan o parametrenin oranı olarak verilmektedir.
- **Alanlar;** Ölçek dört alandan oluşmuştur. Çevresel alan; iki parametreden (mali durum, fiziksel çevre ve güvenlik) oluşmakta ve bu iki parametrenin puanlarının toplanmasıyla, sıfır ile sekiz arasında bir puanı olabilmektedir. Psikososyal alan ise, dört parametreyi (toplum ağı, aile sistemi, duygusal/ zihinsel yanıt, bireysel büyüme ve gelişme) kapsamakta ve 0 ile 16 puan arasında alınabilmektedir. Fizyolojik alan; altı parametreden (duyusal fonksiyonlar, solunum/ dolaşım, sinir- kas- iskelet fonksiyonları, üreme, sindirim/ boşaltım, yapısal bütünlük) oluşmakta ve 0 ile 24 puan arasında bir

puan alınabilmektedir. Sağlık davranışları alanında ise, üç parametre (beslenme, kişisel alışkanlıklar, sağlık yönetimi) yer almakta ve 0 ile 12 puan alınabilmektedir.

TSYDÖ'nin parametrelerinden alınan puanların anlamı;

0 puan; sağlık bakım gereksinimi olmadığını,

1 puan; sağlık bakım gereksiniminin minimum olduğunu,

2 puan; sağlık bakım gereksiniminin orta düzeyde olduğunu,

3 puan; sağlık bakım gereksiniminin majör düzeyde olduğunu,

4 puan; aşırı düzeyde sağlık bakım gereksinimi olduğunu göstermektedir (43).

• **Toplam Ölçek Puanı;** Ölçekte yer alan 15 parametrenin puanları toplamından oluşmaktadır. En az 0 (ancak bu teorikte mümkün olsa da pratikte mümkün değildir) ve en yüksek 60 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan tüm parametrelerin puanları toplamı ile tüm alanların puanları toplamı birbirine eşittir ve toplam ölçek puanını verir.

TSYDÖ'nin avantajları; Toplum Sağlığı Hemşireliği'nde gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin daha odaklanmış olarak planlanmasını sağlama, daha özel bir sonuç değerlendirmesi yapmada, kadroların planlanmasına yardım etmede ve uygun hizmet içi eğitimlere odaklanmada teşvik edici olmasıdır. Bunun yanı sıra, çok uzun olması ve kullanım güçlüğü en önemli dezavantajlarıdır.

TSYDÖ Puanlama Çizelgesi' ise, ölçeğin çok uzun olması nedeniyle araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan puanlama çizelgesidir. Burada sadece alan, parametre ve madde adları yer almakta, ancak ölçeğin tam metni yer almamaktadır. Her bir madde ve onun karşısında alt maddelerinin numaralandırılmış kutucuğu bulunmaktadır. Böylece ölçeğin kaplayacağı yer kısaltılmış, puanlama daha kolay hale getirilmiş ve alan puanları ile toplam ölçek puanları daha kolay hesaplanabilmektedir. TSYDÖ Puanlama Çizelgesi'nin sonunda ölçek yordama geçerliliği için konmuş olan, bireylerin sağlık bakımına duydukları gereksinimlerini kendilerinin değerlendirmesini isteyen bir soru yer almaktadır. Burada bireylere kendi sağlık bakım gereksinimlerini bir ile on arasında derecelendirmeleri istenmiş, bir en düşük sağlık bakım gereksinimi ve on en yoğun sağlık bakım gereksinimi olarak kabul edilmiştir.

2.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEM

Öncelikle araştırmada kullanılmak üzere, ölçeğin yazarı olan Dr. D.A. Peters ile iletişime girilerek aracın orijinal formu elde edilmiştir. Daha sonra Türk toplumuna uyarlamak için, dil uyarlaması ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması yürütülmüştür.

2.3.1. Dil uyarlaması:

Bir ölçme aracının geçerli kabul edilmesi için öncelikle dil geçerliliği sağlanmalıdır. başka bir dilde geliştirilmiş bir ölçme aracının bir dile çevrilirken kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarını en aza indirerek ölçeğin doğasını değiştirmeden veya en az düzeyde değişiklik yaparak, çevrilen dilde anlamlı olması, o dilin normlarına göre standardize edilmesidir (5, 34). Aracın dil uyarlaması için, biri E.Ü. İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümünden bir uzman olmak üzere, üç kişi tarafından Türkçe'ye çevirisini yapmıştır. Sonuçta çıkan formlar tekrar gözden geçirilip aracın deneysel şekli oluşturulmuştur. Dil uygunluğu açısından kendi alanında uzman altı kişinin (EK 4) görüşüne başvurulmuştur. Ölçeğin bir tutum ölçeği olmaması ve ölçekte yer alan ifadelerin açık, kısa, anlaşılır olması nedeniyle anlam kaybı olmayacağı ve 35 sayfadan oluşan ölçeğin re-çevirisinin maliyeti düşünülerek tekrar çevirisine gerek duyulmamıştır (63).

2.3.2. Geçerlik:

TSYDÖ için kullanılan geçerlik yöntemleri ve yapılan işlemler aşağıda sıralanmıştır. **Kapsam geçerliği:** Bu araştırmada kendi alanında uzman altı kişiye (EK 4) ölçeğin kapsamının Türk toplumuna dil uygunluğu, açıklığı, anlaşılabilirliği ve anlamlılığı yönünden değerlendirmeleri istenmiş (EK 3) ve önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Uzmanlar, ölçeğin oldukça kapsamlı olduğu konusunda hemfikir olmalarına rağmen, orijinalitesi açısından kapsamının daraltılıp genişletilemeyeceğine ilişkin görüş bildirmişlerdir.

Yordama geçerliği: TSYDÖ'nin yordama geçerliği için, Toplam Ölçek Puanları ile toplam hane halkı sayısı, evdeki toplam çocuk sayısı, bireylerin son bir ay içinde sağlık kuruluşlarına yaptığı toplam başvuru sayısı, ebelerin yaptığı toplam ziyaret sayısı ve bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimini değerlendirme puanları arasındaki korelasyona bakılmıştır. Ayrıca ölçüte bağlı geçerlik için diğer bir sınama yöntemi olan eşzaman (benzer ölçekler) geçerliği araştırmanın yapıldığı evrede aynı kavramı ölçecek benzer bir araç olmadığı için yapılamamıştır.

Ayrıca, TSYDÖ'nin yapı kavram geçerliği de, ilk geliştirilme sürecinde tamamlanmıştır, alt ölçek (alan) boyutlarının kesin sınırları çizilmiştir. Parametrelerin başka alanlarda yer alması söz konusu olmadığı için faktör analizine gerek görülmemiştir.

2.3.3. Güvenirlilik:

TSYDÖ'nin güvenilir olup olmadığını saptamak için aşağıdaki işlemler ve istatistiksel analizler yapılmıştır. **Ölçmenin Standart Hatası:** Ölçekten elde edilen puanların arasındaki farkların güvenirliliği konusunda yapılan yargılar için standart hata değerleri hesaplanmıştır.

İç Tutarlık: Ölçeğin iç tutarlık güvenirliliği için ilk önce ölçek bütününe, alanlarının ve tüm parametrelerin Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Bundan başka; yarı test (split- half) güvenirliliğini test etmede; ölçeğin tümü için iki yarı korelasyonu, eşit olmayan iki yarı için Spearman- Brown katsayısı, Guttman Split- half katsayısı ve birinci ile ikinci yarı için Alpha değerleri saptanmıştır. Ayrıca, madde analizi yapılmış, madde- toplam korelasyon katsayısı için Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu araştırmada, aracın güvenirliliği için test- tekrar test güvenirliliği yapılamamıştır, çünkü sağlık bakım gereksinimi; zamana, yere ve kişiye göre değişen dinamik bir kavramdır (59).

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma, Mart 2003- Ocak 2004 döneminde, İzmir ili Ödemiş ilçesinde, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti veren toplam altı sağlık ocağının tümünde yürütülmüştür. Ödemiş ilçesi, 83617 nüfuslu ve 24961 haneli, İzmir'in güneyinde bir ovaya yerleşmiş, geçim kaynaklarının başında tarım ve hayvancılık gelen, genelde orta gelir düzeyine sahip ailelerin bulunduğu bir yerdir. Aynı zamanda hem kırsal, hem de kentsel yerleşim özellikleri vardır.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Bu araştırmanın evrenini, İzmir ili Ödemiş ilçesinde altı sağlık ocağında kayıtlı bulunan ailelerin tümü oluşturmuştur. Sağlık ocağı kayıtlarında var olan Ev Halkı Tespit Fişleri (ETF)'nde verileri bulunan aileler (24961) evren kabul edilmiştir. Ödemiş İlçesi Sağlık Ocaklarının nüfusları ve toplam hane sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Ödemiş İlçesinin Sağlık Ocaklarına Göre Nüfus Dağılımı

	SAĞLIK OCAKLARI						Toplam
	I No'lu Sağlık Ocağı	II No'lu Sağlık Ocağı	III No'lu Sağlık Ocağı	IV No'lu Sağlık Ocağı	V No'lu Sağlık Ocağı	Atatürk Sağlık Ocağı	
Nüfus	21849	13831	15919	12797	14905	4316	83617
Yüzde	% 26.5	% 16.5	% 19	% 15	% 18	% 5	% 100
Hane Sayısı	6748	3970	5080	3820	4170	1173	24961
Yüzde	% 27	% 16	% 20	% 15	% 17	% 5	% 100

2.6. ARAŞTIRMADA ÖRNEKLEM

Ödemiş ilçesinde yaşayan aileler, I No'lu, II No'lu, III No'lu, IV No'lu, V No'lu ve Atatürk Sağlık Ocaklarından, cinsiyete, yaşa ve bağlı bulunan sağlık ocağına göre 372 aile tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenmiştir (Tablo 2). Bu tabloya göre, her sağlık ocaklarındaki ETF'ler yaşa ve cinsiyete göre gruplandırılmıştır. Gruplanan ETF'lerden (örneğin 0-1 yaş kız bebeği olan ailelerden), örnekleme alınacak olan aile sistematik olarak seçilmiş ve seçilen bu ailelerden yaşa ve cinsiyete uygun olan ilk sıradaki birey örnekleme alınmıştır (4). Örnekleme giren birey görüşme yapılabilecek durumda ise kendisiyle, görüşme yapılacak durumda değilse (bebek, çocuk, vs) birinci derecede yakınıyla görüşme yapılarak bilgiler elde edilmiştir. Örneklemede 188 kadın, 184 erkek vardır.

Evrende yaşayan birey sayısının 83617 ve toplam hane sayısının 24961 olduğu bilindiği için, örnekleme alınan birey sayısı 'olayın ortalaması incelenecek ise evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan formül' ile hesaplanmıştır (4, 68).

$$n = \frac{Nt^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(24961) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.565) \cdot (0.435)}{(0.05)^2 \cdot (24960) + (1.96)^2 \cdot (0.565) \cdot (0.435)} = 372.05 = 372$$

Olayın ortalaması incelenecek ise evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan formül (4, 68).

Tablo 2: Örnekleme Alınan Bireylerin Yaş, Cins ve Sağlık Ocağına Göre Dağılımı

SAĞLIK OCAĞI	YAŞ GRUPLARI										TOP. HANE SAY.
	0-1 YAŞ GRUBU		1- 19 YAŞ GRUBU		20- 49 YAŞ GRUBU		50- 69 YAŞ GRUBU		70 YAŞ VE ÜSTÜ		
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	
I No'lu	1	0	14	14	23	23	10	10	3	4	102
II No'lu	1	0	8	8	14	13	6	5	2	2	59
III No'lu	0	1	11	10	17	17	7	8	3	2	76
IV No'lu	0	0	8	8	13	13	5	6	2	2	57
V No'lu	0	1	8	9	14	14	6	6	2	2	62
ATATÜRK	0	0	2	2	4	4	2	1	1	0	16
TOPLAM	2	2	51	51	85	84	36	36	13	12	372

Tablo 2'de araştırma örnekleme alınan bireylerin bağlı oldukları sağlık ocaklarına, yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmacı, sağlık ocağındaki kayıtlardan seçilen Ev Halkı Tespit Fişi'ni alarak, bireylerden kendi ev ortamında, ev ziyareti yöntemi ile veriler toplamıştır. Bireyin, TSYDÖ ile fiziksel, psikososyal, çevresel ve sağlık davranışları ile bunlara ait 15 parametrede verileri elde edilmiştir. Bu sırada karşılıklı görüşme, fiziksel muayene, gözlem ve soru cevap yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırma verileri, ev ziyareti sırasında, her hanede örnekleme belirlenen birey ile görüşme yapılarak toplanmıştır. Araştırmacı, E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde, fiziksel muayenede akciğer sesleri dinleme becerisini geliştirmek için bir aylık eğitim almıştır. Verilerin toplanması sırasında ortamın sessiz, sakin, rahat ve bireyle yalnız olunacak şekilde düzenlenmesine dikkat edilmiştir. Veri toplama aracının doldurulması; 30-45 dk. zaman almıştır. Veri toplama süreci, 20 Mayıs-18 Ağustos 2003 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.8. VERİLERİN ANALİZİ

Bu araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows paket programı versiyon 10.0 kullanılmıştır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda, araştırmaya katılan bireylerin sosyo demografik değişkenlere göre dağılımını gösteren sayı ve yüzde dağılımları bulunmuştur. Toplum sağlık yoğunluğunu derecelendirmek amacıyla, Türk toplumu için uyarlanmış olan TSYDÖ'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri için;

a) Bireylerin almış olduğu toplam ölçek puanları ile ebelerin o aileye yapmış olduğu toplam ev ziyaretleri sayısı, bireyin son bir ay içerisinde bir sağlık kuruluşuna yaptığı toplam başvuru sayısı ve evdeki toplam çocuk sayısı arasındaki ilişki incelenerek ölçeğin yordama geçerliliği Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) ile karşılaştırılarak test edilmiştir Ölçek toplam puanları ile bireylerin kendilerini değerlendirme puanları arasındaki farkın nereden geldiğini belirlemek amacıyla Tukey-HSD Post Hoc ileri analizi (70) yapılmıştır.

b) Ölçeğin güvenirlik düzeyinin saptanmasında, toplam ölçek puanlarının ve alt boyutlarının örneklem grubu için ortalama, standart sapma, standart hata, minimum ve maksimum puanlar gibi betimleyici istatistiksel değerleri elde edilmiştir.

c) Ölçeğin iç tutarlılığını inceleyebilmek için madde analizi yapılmış, maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach Alpha, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri hesaplanmıştır (1, 2, 31, 73).

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR









Araştırma konusuna Temmuz 2002 tarihinde karar verilmiş olup, mart 2003'e kadar araştırmanın planlanması ve ön çalışmalar yapılmıştır, ancak Ocak 2004'te bitirilmiştir. Araştırma takvimi Tablo 3'te verilmiştir.

2.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması çalışması olduğu için ilk önce yazarı olan Dr. D.A. Peters'tan izin alınmış ve ölçeğin bu araştırma dışında başka bir amaçla basılıp çoğaltılmayacağına dair yazılı anlaşma yapılmıştır (EK 5).

Araştırmada, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan ve verilerin toplandığı Ödemiş ilçesi Sağlık Grup Başkanlığından (EK 6) yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, veri toplarken her katılımcıdan da sözlü izin alınmıştır.

Tablo 3. Araştırma Takvimi

Yapılan Çalışmalar	TARİHLER									
	Ocak-Haziran 2002	Tem-Eylül 2002	Ekim-Ara. 2002	Ocak-Mart 2003	Nisan-May. 2003	Mayıs-Ağu. 2003	Ağu-Aralık 2003	Ocak 2004		
Literatür Tarama ve Konunun Seçimi										
Yazarla Görüşme ve Ölçeğin Elde Edilmesi										
Türkçe'ye Çeviri ve Türkçe Formu Oluşturmak										
Tez Önerisi Çalışması										
Araştırmacının Eğitimi, Uzman Görüş. Alınması										
Verilerin Toplanması										
Verilerin Analizi										
Rapor Yazımı										

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNE ALINAN BİREYLERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

3.1.1. Bireylerin Sosyo- Demografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin sosyo- demografik özellikleri incelenmiştir.

Tablo 4'e bakıldığında; örnekleme alınan bireylerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Bireylerin % 50.5'i kadın ve % 49.5'i erkektir, % 27.4'ü 1- 19 yaş grubunda, % 46'sı 20- 49 yaş grubunda, % 18.8'i 50- 69 yaş grubunda yer almıştır ve çoğu (% 47.8) ilkokul mezunudur.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin % 58.1'inin evlidir ve mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde; % 32.3'ünün ev hanımı, % 20.7'sinin öğrenci, % 17.7'sinin serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır.

Bireylerin toplam hane halkı sayılarına bakıldığında; % 39.5'inin 4 kişilik, % 24.2'sinin 3 kişilik ailelerde yaşadığı gözlenmiştir. Ailedeki çocuk sayıları ise; hiç çocuğu olmayan aileler % 41.9, tek çocuklu aileler % 25.5, iki çocuklu aileler % 25.5 oranındadır.

Ayrıca, bireylerin % 55.4'ünün geliri giderine denk, % 44.1'inin geliri giderinden az olduğu saptanmıştır ve bağlı buldukları sağlık ocaklarına göre dağılımları incelendiğinde; % 27.4'ü I No'lu Sağlık Ocağı'na, % 20.2'si III No'lu Sağlık Ocağı'na ve % 16.7'si V No'lu Sağlık Ocağı'na bağlıdır.

Son 1 yıl içinde ebelerin örneklemdaki ailelere yaptıkları ev ziyareti toplam sayısına göre; % 61.6'sına hiç ziyaret yapılmadığı, % 27.7'sine 1 ziyaret yapıldığı belirtilmiştir. Ayrıca, son 1 ay içinde herhangi bir sağlık kurumuna yapılan başvuru sayıları incelendiğinde; % 44.9'unun bir sağlık kurumuna hiç gitmediği ve % 25.3'ünün bir kez gittiği saptanmıştır.

Tablo 4: Bireylerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	188	50.5
	Erkek	184	49.5
Yaş Grubu $\bar{X} = 35,01 \pm 20,67$	0 Yaş Grubu	4	1.1
	1- 19 Yaş Grubu	102	27.4
	20- 49 Yaş Grubu	171	46.0
	50- 69 Yaş Grubu	70	18.8
	70 ve Üstü Yaşlar	25	6.7
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	50	13.4
	Okur Yazar	44	11.8
	İlkokul Mezunu	178	47.9
	Ortaokul Mezunu	39	10.5
	Lise ve Dengi Okul	45	12.1
	Yüksekokul ve Üstü	16	4.3
Medeni Durum	Bekar	133	35.8
	Evli	216	58.1
	Boşanmış / Dul	23	6.1
Meslek	Yok / Çalışmıyor	30	8.1
	Ev Hanımı	120	32.3
	Öğrenci	77	20.7
	Emekli	27	7.3
	İşçi	22	5.9
	Serbest Meslek	66	17.7
	Devlet Memuru	15	4.0
	Çiftçi	12	3.2
	Diğer	3	0.8
Toplam Hane Halkı Sayısı $\bar{X} = 3,58 \pm 1,25$	1	10	2.7
	2	65	17.5
	3	90	24.2
	4	147	39.5
	5	41	11.0

	6	11	3.0
	7	5	1.3
	8 ve Üzeri	3	0.8
Evdeki Toplam Çocuk Sayısı $\bar{X} = 1,01 \pm 1,1$	0	156	41.9
	1	95	25.5
	2	95	25.5
	3	21	5.6
	4 ve Daha Çok	5	1.5
Gelir Durumu	Gelir Giderden Çok	2	0.5
	Gelir Gidere Denk	206	55.4
	Gelir Giderden Az	164	44.1
Sağlık Ocağı	I No'lu	102	27.4
	II No'lu	59	15.9
	III No'lu	75	20.1
	IV No'lu	58	15.6
	V No'lu	62	16.7
	Atatürk	16	4.3
Son 1 Yıl İçinde Ebelerin Eve Yaptığı Toplam Ziyaret Sayısı $\bar{X} = 0,57 \pm 0,97$	0	229	61.5
	1	103	27.7
	2	24	6.5
	3	10	2.7
	4	3	0.8
	5 ve Üzeri	3	0.8
Bireylerin Son 1 Ayda Sağlık Kurumlarına Yaptığı Top. Başvuru Sayısı $\bar{X} = 1,17 \pm 1,77$	0	167	44.9
	1	94	25.3
	2	59	15.9
	3	30	8.1
	4	9	2.4
	5	6	1.6
	6 ve Üzeri	7	1.8
	TOPLAM	372	100.0

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $\bar{X}=35,01\pm 20,67$, toplam hane halkı sayısı ortalaması; $\bar{X}=3,58\pm 1,25$, ailedeki toplam çocuk sayısı ortalaması $\bar{X}=1,01\pm 1,1$, ebelerin aileye yaptıkları toplam ziyaret sayısı ortalaması $\bar{X}=0,57\pm 0,97$, sağlık kurumuna toplam başvuru sayısı ortalaması $\bar{X}=1,17\pm 1,77$ ve bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puan ortalamaları ise $\bar{X}=4,28 \pm 2,84$ olarak bulunmuştur.

3.2. TSYDÖ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

3.2.1. Geçerlik ile İlgili Analizler

Bu bölümde TSYDÖ'nin geçerlik analizine yönelik yapılan çalışmalar yer almaktadır.

3.2.1.1. Kapsam Geçerliği; Bu araştırmada kendi alanında uzman 6 kişiden (EK 4) ölçeğin kapsamının dil uygunluğunu, açıklığını, anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiş (EK 3) ve önerileri doğrultusunda bazı ifadelerde değişiklikler yapılarak kullanılabilir hale getirilmiştir. Uzmanlar ölçeği oldukça kapsamlı bulmuşlardır.

3.2.1.1.2. Yordama Geçerliği Analizleri İle İlgili Bulgular

Bu bölümde, TSYDÖ'nin 'Ölçüte Bağlı Geçerliği'ni değerlendirmek için yapılan 'Yordama Geçerliği' ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. TSYDÖ Toplam Puanları ile toplam hane halkı sayısı, evdeki toplam çocuk sayısı, ebelerin eve son bir yıl içinde yaptıkları toplam ziyaret sayısı, bireylerin son bir ay içinde herhangi bir sağlık kurumuna yaptıkları toplam başvuru sayıları ve bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları arasında bir ilişki olabileceği düşünülerek yordama geçerliğine başvurulmuştur.

Tablo 5: Toplam Ölçek Puanları ve Toplam Hane Halkı Sayısı Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Top. Hane Halkı Say.	N	Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata
1	10	30,10	7,87	2,49
2	65	27,88	5,25	,65
3	90	26,51	5,04	,53
4	147	25,71	5,02	,41
5	41	27,46	5,88	,92
6	11	25,64	4,43	1,34
7	5	28,00	4,42	1,97
8	1	36,00	,	,
9	1	36,00	,	,
10	1	31,00	,	,
Toplam	372	26,69	5,32	,28

Tablo 6: Toplam Ölçek Puanları ve Toplam Hane Halkı Sayısı Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	P
Gruplar Arası	589,882	9	65,542	2,392	,012
Gruplar İçi	9919,567	362	27,402		
Toplam	10509,449	371			

p<0.05

Tablo 6’da yapılan analiz sonucunda, toplam hane halkı sayısı açısından toplam ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yalnız yaşayan ve kalabalık (8 ve üzeri) ailede yaşayanların toplam ölçek puanlarının da yükseldiği gözlenmiştir.

Tablo 7: Toplam Ölçek Puanları ve Evdeki Toplam Çocuk Sayısı Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Evdeki Toplam Çocuk Sayısı	N	Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata
0	156	27,51	5,39	,43
1	95	25,56	5,18	,53
2	95	25,75	4,67	,48
3	21	28,62	6,04	1,32
4	3	31,67	8,39	4,84
7	1	36,00	,	,
8	1	31,00	,	,
Toplam	372	26,69	5,32	,28

Tablo 8: Toplam Ölçek Puanı ve Evdeki Toplam Çocuk Sayısı Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	P
Gruplar Arası	569,487	6	94,915	3,485	,002
Gruplar İçi	9939,962	365	27,233		
Toplam	10509,449	371			

$p < 0.005$

Tablo 8’de toplam ölçek puanları açısından evdeki toplam çocuk sayıları arasında yapılan istatistiksel test sonuçları yer almaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Çocuk sayısı 4 ve daha fazla olan ailelerde yaşayan bireylerin toplam ölçek puanları da yüksek bulunmuştur. Toplam ölçek puanları ile çocuk sayıları pozitif ilişkilidir.

Tablo 9: Toplam Ölçek Puanları ve 'Ebelerin Yaptığı Toplam Ziyaret Sayısı' Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Ziyaret Sayısı	N	Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata
0	229	26,75	5,59	,37
1	103	26,57	4,88	,48
2	24	26,46	4,22	,86
3	10	28,70	5,56	1,76
4	3	21,67	4,16	2,40
5	2	25,00	9,90	7,00
9	1	29,00	,	,
Toplam	372	26,69	5,32	,28

Tablo 10: Toplam Ölçek Puanı ve 'Ebelerin Yaptığı Toplam Ziyaret Sayısı' Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	P
Gruplar Arası	130,708	6	21,785	,766	,597
Gruplar İçi	10378,741	365	28,435		
Toplam	10509,449	371			

$p > 0.05$

Tablo 10'da ebelerin aileye yaptıkları toplam ziyaret sayıları arasında toplam ölçek puanları açısından fark olup olmadığı incelenmiştir. Ebelerin yaptıkları toplam ziyaret sayıları arasında toplam ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 11: Toplam Ölçek Puanları ve ‘Sağlık Kurumlarına Toplam Başvuru Sayısı’ Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Başvuru Sayısı	N	Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata
0	167	25,76	5,39	,42
1	94	26,63	4,75	,49
2	59	27,02	5,07	,66
3	30	29,40	4,83	,88
4	9	25,89	7,15	2,38
5	6	30,83	5,04	2,06
6	2	32,50	,71	,50
7	2	28,50	,71	,50
10	2	36,50	7,78	5,50
20	1	35,00	,	,
Toplam	372	26,69	5,32	,28

Tablo 12: Toplam Ölçek Puanları ve ‘Sağlık Kuruluşuna Toplam Başvuru Sayısı’ Değişkenlerinin Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	P
Gruplar Arası	815,656	9	90,628	3,384	,001
Gruplar İçi	9693,793	362	26,778		
Toplam	10509,449	371			

p<0.001

Tablo 12’de toplam ölçek puanları açısından başvuru sayıları arasındaki farklılık incelenmiştir. Son bir ay içinde yapılan toplam başvuru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Sağlık kurumlarına başvuru sayısı arttıkça toplam ölçek puanlarının da yükseldiği gözlenmiştir.

Tablo 13: Toplam Ölçek Puanları ve Bireylerin Kendi Sağlık Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Puanı Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Betimleyici İstatistikler

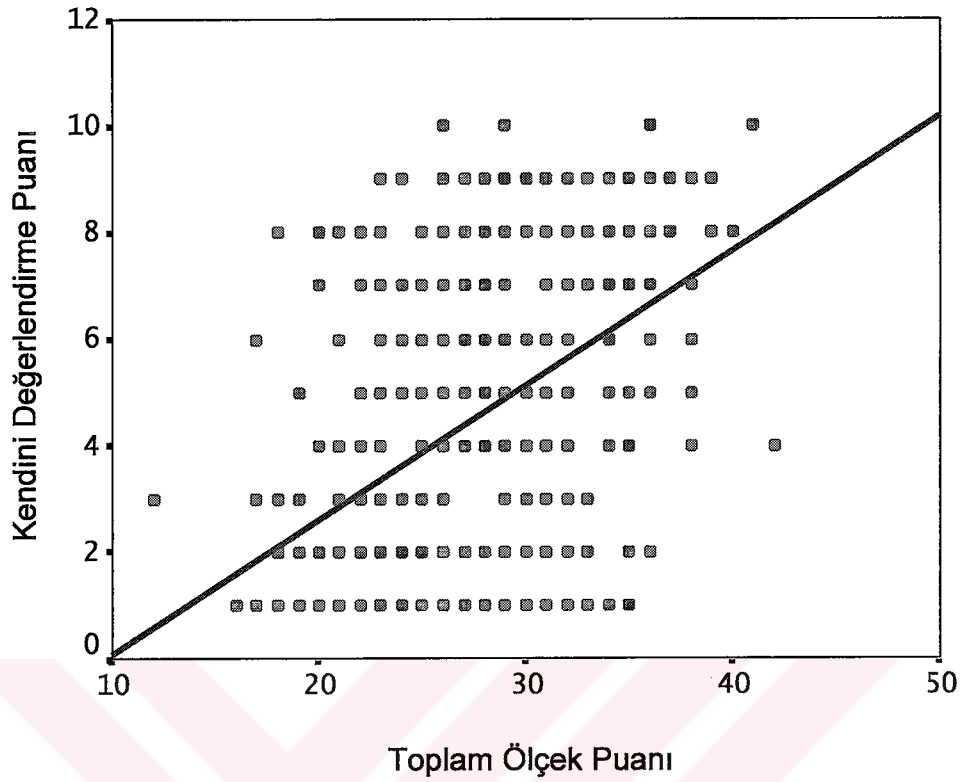
Kendini Değerlen. Puanı	N	Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata
1	83	23,35	4,38	,48
2	70	25,03	4,04	,48
3	25	24,96	5,70	1,14
4	26	27,85	5,70	1,12
5	37	28,30	4,51	,74
6	22	28,00	5,10	1,09
7	33	28,42	4,46	,78
8	45	28,91	5,04	,75
9	26	31,58	4,46	,88
10	5	33,60	6,02	2,69
Toplam	372	26,69	5,32	,28

Tablo 14: TSYDÖ Toplam Puanları ve Bireylerin Kendi Sağlık Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Gruplar Arası	2543,313	9	282,590	12,842	,000
Gruplar İçi	7966,136	362	22,006		
Toplam	10509,449	371			

p<0.001

Tablo 14'te toplam ölçek puanları açısından bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları arasındaki farklılık incelenmiştir. Yapılan varyans analizi sonucunda toplam ölçek puanları açısından katılımcıların kendi sağlık bakım gereksinimini değerlendirme puanları arasında Tukey-HSD Post Hoc Testi ile 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bireylerin kendi sağlık bakım gereksinim puanları yükseldikçe toplam ölçek puanları da artmıştır.



Grafik 1: Toplam Ölçek Puanları ile Bireylerin Kendi Sağlık Gereksinimini Değerlendirme Puanları Arasındaki Bağntı

Grafik 1'de bireylerin toplam ölçek puanları ile kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanlarının ilişkisi görülmektedir. Birbirleriyle pozitif ilişkili olarak değişim gösterdikleri gözlenmektedir.

Tablo 15: Bireylerin Kendi Sağlık Gereksinimini Değerlendirme Puanları İle Alan Puanlarının Korelasyon Analizi

Kendi sağlık gereksinimini değerlendirme	Korelasyon katsayıları
Çevresel Alan Puanı	,214*
Psikososyal Alan Puanı	,274*
Fizyolojik Alan Puanı	,442*
Sağlık Davranışları Alan Puanı	,259*
TSYDÖ'nin Tümü İçin	,471*

• $p < 0.05$

Tablo 15'te bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerine verdikleri puanlar ile alan puanları ve ölçeğin tümü arasındaki korelasyon incelenmiş ve her bir alan ile

pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani alan puanları arttıkça, bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları da yükselmektedir. Çevresel alan ile zayıf diğer alanlar ile orta derecede, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.2.2. TSYDÖ'nin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Bu bölümde, TSYDÖ Türk toplumuna uygunluğu için incelenmiş olan güvenirlik analizlerine yönelik yapılan çalışmalar yer almaktadır.

3.2.2.1. TSYDÖ'nin Parametrelerinden ve Alanlarından Alınan Puanların Standart Hata Sonuçları

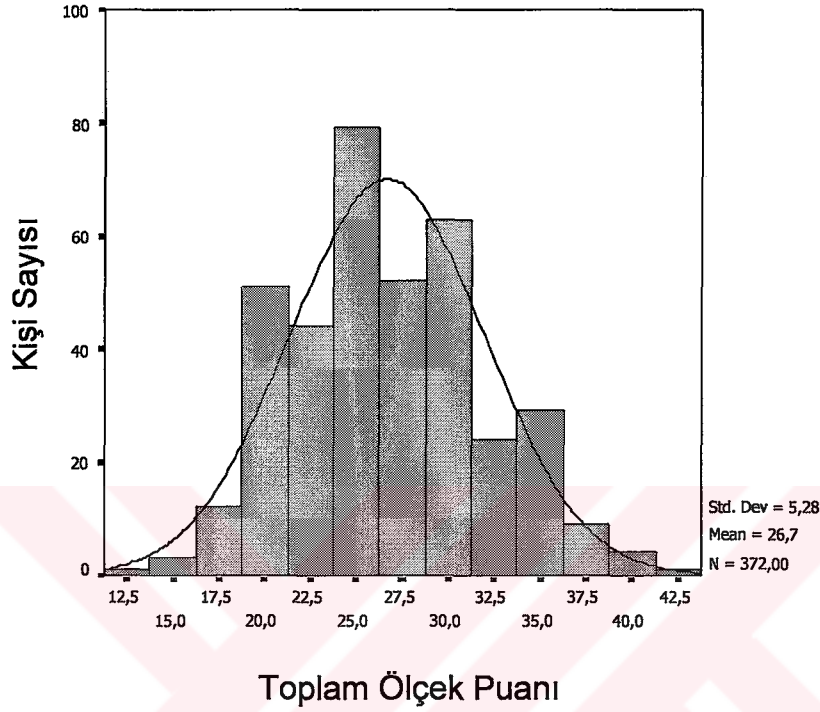
Bu bölümde, TSYDÖ'nin parametre puan ortalamaları, standart hataları ve standart sapmaları incelenmiştir.

Tablo 16'da araştırmaya katılan bireylerin TSYDÖ parametrelerinden aldıkları puanların ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri, standart hata ve standart sapma değerleri görülmektedir. Ölçeğin parametrelerinin puan ortalamaları, 0,33 ile 3,00 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sinir- kas- iskelet fonksiyonları ($\bar{X}=0,33\pm 0,88$) ve üreme ($\bar{X}=1,16\pm 1,18$), en yüksek ortalamaya fiziksel çevre ve güvenlik ($\bar{X}=3,00\pm 0,16$) ile duygusal/ zihinsel yanıt ($\bar{X}=2,56\pm 0,97$) parametreleri sahiptir.

Tablo 16: TSYDÖ'nin Parametre Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

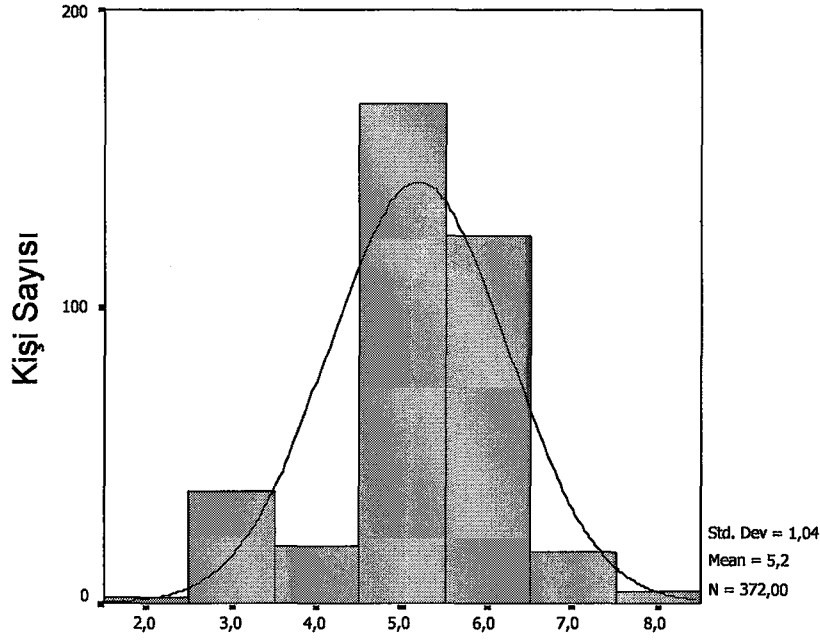
PARAMETRE ADI	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata
1. Mali durum	372	0	4	2,19	1,00	5.17
2. Fiziksel çevre ve güvenlik	372	2	4	3,00	,16	8.07
3. Toplum ağı	372	0	4	1,66	1,36	7.04
4. Aile sistemi	372	0	10	1,20	1,12	5.28
5. Duygusal/ zihinsel yanıt	372	0	4	2,56	,92	4.80
6. Bireysel büyüme ve gelişme	372	0	5	1,39	,86	4.35
7. Duyusal fonksiyonlar	372	0	5	1,90	,97	4.96
8. Solunum ve dolaşım	372	0	4	1,56	1,14	5.89
9. Sinir-kas-iskelet fonksiyonları	372	0	4	,33	,88	4.57
10. Üreme	372	0	3	1,16	1,18	6.09
11. Sindirim ve boşaltım	372	0	4	1,85	,73	3.76
12. Yapısal bütünlük	372	2	4	2,22	,44	2.29
13. Beslenme	372	0	4	1,80	1,06	5.48
14. Kişisel alışkanlıklar	372	0	4	1,49	,79	4.11
15. Sağlık yönetimi	372	1	4	2,38	,53	2.76

TSYDÖ'nin tümünden ve alanlarından alınan puanlar üzerinden elde edilen histogram eğrileri Grafik 2, 3, 4, 5 ve 6'da görülmektedir.



Grafik 2: TSYDÖ'den Alınan Toplam Puanlar Histogramı

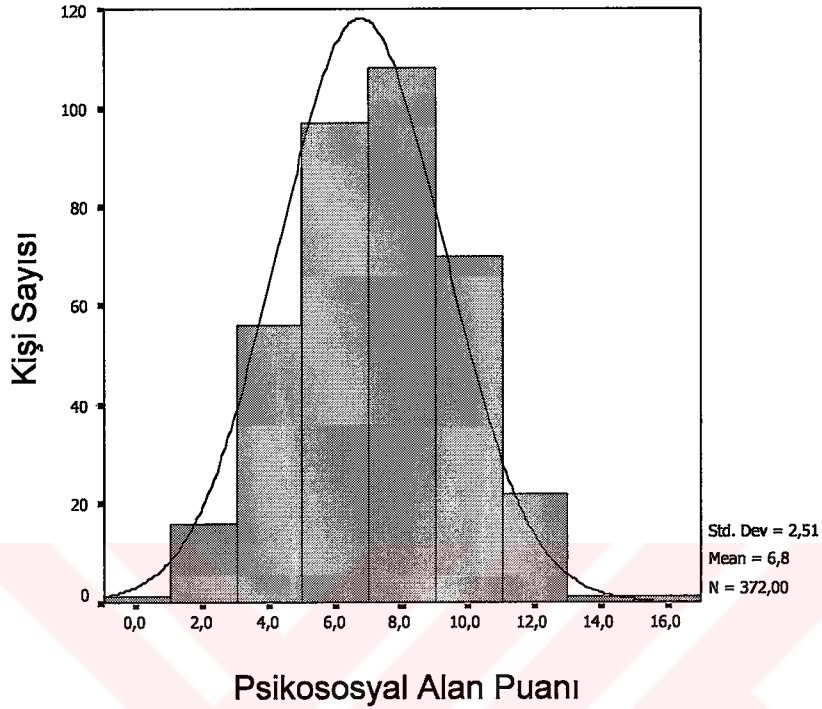
Grafik 2'de ölçekten alınan toplam puanların histogramı yer almaktadır. TSYDÖ'nin Toplam Puanlarının ortalaması ve standart hatası: $26,66 \pm 5,28$, minimum toplam Ölçek Puanı 12 ve maksimum 42'dir ve standart sapması: 5,284 bulunmuştur. Skewness çarpıklık değeri: 0,288, skewness standart hatası: 0,126'dır. Kurtosis diklik değeri: -0,299 ve kurtosis standart hatası: 0,252'dir.



Çevresel Alan Puanı

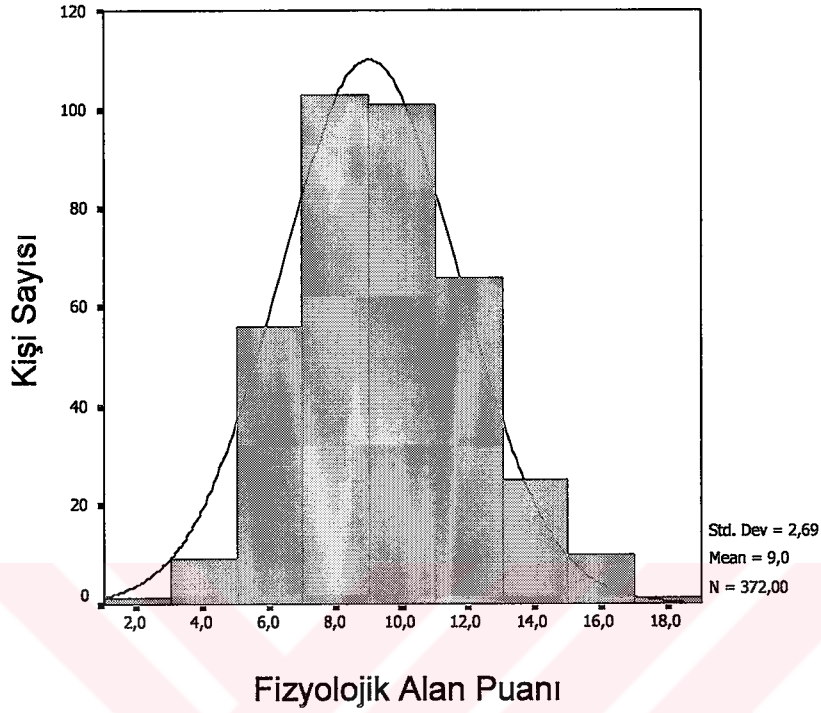
Grafik 3: TSYDÖ'nin Çevresel Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı

Grafik 3'te çevresel alan puanlarının histogramı görülmektedir. TSYDÖ'nin çevresel alan puan ortalaması ve standart hatası: $5,19 \pm 5,41$ bulunmuştur. Çevresel alanın minimum puanı 2 ve maksimum puanı 8'dir ve standart sapması 1.04'dir. Skewness çarpıklık değeri: 0,563 ve skewness standart hatası: 0,126'dır. Kurtosis diklik değeri: 0,669 ve kurtosis standart hatası: 0,252'dir.



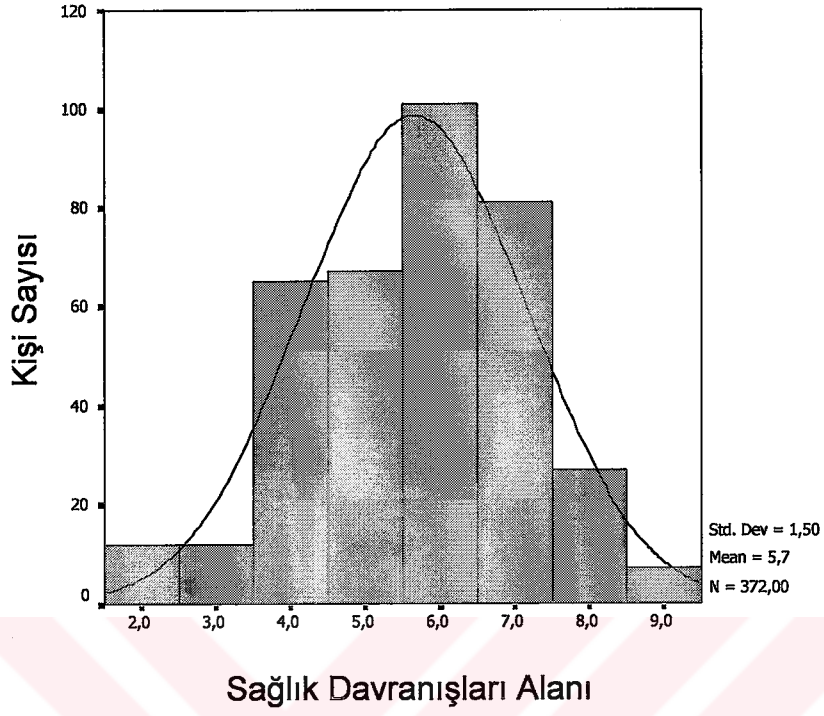
Grafik 4: TSYDÖ'nin Psikososyal Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı

Grafik 4'te psikososyal alan puanları histogramı görülmektedir. TSYDÖ'nin psikososyal alan puan ortalaması ve standart hatası: $6,81 \pm 0,13$ bulunmuştur. Psikososyal alanın minimum puanı 0 ve maksimum puanı 15'tir ve standart sapması 2,57'dir. Skewness çarpıklık değeri: 0,051, skewness standart hatası: 0,126'dır. Kurtosis diklik değeri: -0,279 ve kurtosis standart hatası: 0,252'dir.



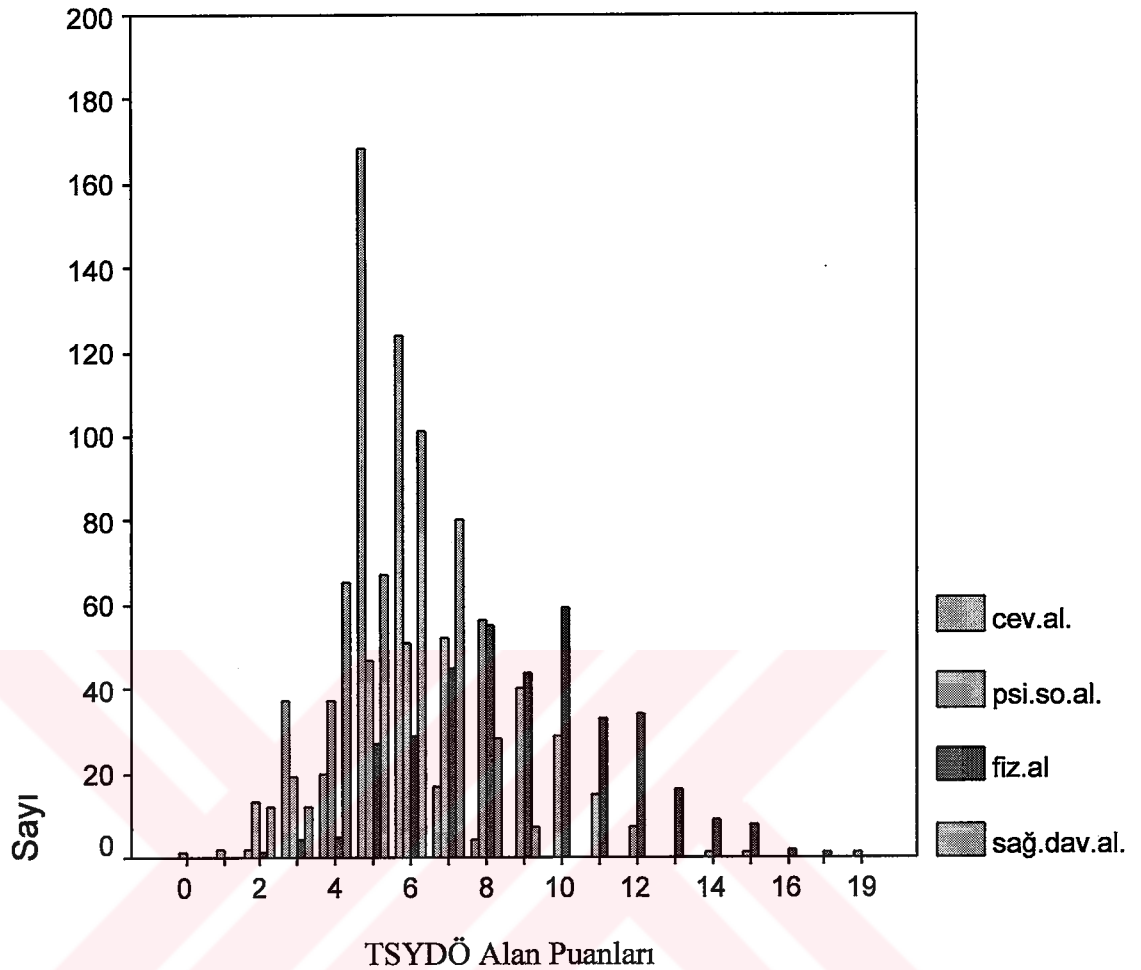
Grafik 5: TSYDÖ'nin Fizyolojik Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı

Grafik 5'te fizyolojik alandan alınan puanların histogramı yer almaktadır. TSYDÖ'nin fizyolojik alan puan ortalaması ve standart hatası: $9,03 \pm 0,14$ 'tür. Fizyolojik alanın minimum puanı 2, maksimum puanı 17 ve standart sapması 2,69 bulunmuştur. Skewness çarpıklık değeri: 0,207, skewness standart hatası: 0,126'dır. Kurtosis diklik değeri: -0,241, kurtosis standart hatası: 0,252'dir.



Grafik 6: TSYDÖ'nin Sağlık Davranışları Alanından Alınan Toplam Puanlar Histogramı

Grafik 6'da sağlık davranışları alan puanlarının histogramı görülmektedir. TSYDÖ'nin sağlık davranışları alan puanı ortalaması ve standart hatası: $5,67 \pm 7,79$ bulunmuştur. Sağlık davranışları alanının minimum puanı 2, maksimum puanı 9'dur ve standart sapması 1,51'dir. Skewness çarpıklık değeri: -0,268, skewness standart hatası: 0,126'dır. Kurtosis diklik değeri: -0,221 ve kurtosis standart hatası: 0,252 bulunmuştur.



Grafik 7: TSYDÖ Alanlarından Alınan Puanların Dağılımı

Grafik 7’de TSYDÖ alanları puanlarının dağılımı görülmektedir. Çevresel alan; Minimum; 0 ile maksimum; 8 puan olabilmektedir. Bu araştırmada ise en çok 5 ve 6 puan alınmıştır. Psikososyal alandan 0 ile 16 arasında puan alınabilmektedir. Örneklemdaki bireyler en çok 8 ve 6 puanlar almışlardır. Fizyolojik alandan 0 ile 24 puan arasında bir puan alınabilmektedir, ancak bu araştırmada, fizyolojik alandan en çok 8 ve 10 puanlar alınmıştır. Sağlık davranışları alanında ise, 0 ile 12 puan alınabilmektedir. Bu alandan ise en çok 6 ve 7 puanlar alınmıştır.

Tablo 17: TSYDÖ'nden Alınan Toplam Puanın ve Alan Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

	N	Min.	Max.	\bar{X}	S_x	SD
Ölçeğin Toplam Puanı Tanımlayıcı Özellikleri	372	12	42	26,66	0,274	5,32
Çevresel Alanın Tanımlayıcı Özellikleri	372	2	8	5,19	5,41	1,04
Psikososyal Alanın Tanımlayıcı Özellikleri	372	0	19	6,81	0,129	2,57
Fizyolojik Alanın Tanımlayıcı Özellikleri	372	2	17	9,03	0,14	2,68
Sağlık Davranışları Alanının Tanımlayıcı Özellikleri	372	2	9	5,67	7,79	1,51

Tablo 17'de TSYDÖ'nden alınan toplam puanın ve alan puanlarının tanımlayıcı özellikleri görülmektedir. Ölçeğin tümünden minimum 12 ve maksimum 42 puan alınmıştır. Ölçek puan ortalaması; $\bar{X}=26,66\pm 5,32$ 'dir. Çevresel alan ortalaması; $\bar{X}=5,19\pm 1,04$, psikososyal alan ortalaması; $\bar{X}=6,81\pm 2,57$, fizyolojik alan ortalaması; $\bar{X}=9,03\pm 2,68$ ve sağlık davranışları alanı ortalaması; $\bar{X}=5,67\pm 1,51$ bulunmuştur.

3.2.1.2.2. TSYDÖ'nin İç Tutarlık Değerlendirmesi

Bu bölümde iç tutarlık analizi sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin tümü ve alanları için Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmış, yarı test güvenilirlik testi sonuçları elde edilmiş ve korelasyona dayalı madde analizi yapılmıştır. Bununla ilgili sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 18: TSYDÖ'nin ve Alanlarının Cronbach Alpha Katsayıları

	Cronbach Alpha Katsayıları
Ölçeğin Tümü	,5248
Çevresel alan	,5033
Psikososyal alan	,4037
Fizyolojik alan	,4165
Sağlık Davranışları alanı	,4532

Tablo 18'de ölçeğin tümünün ve alan puanlarının Cronbach Alpha Katsayıları görülmektedir. Buna göre ölçeğin tümünün Cronbach Alphası; 0,5248, çevresel alanın Cronbach Alphası; 0,5033, psikososyal alanın; 0,4037, fizyolojik alanın; 0,4165 ve Sağlık Davranışları alanının; 0,4532 bulunmuştur.

Tablo 19: 'TSYDÖ'ne İlişkin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları

N	372
Parametre sayısı	15
İki yarı arası korelasyon	0,5294
Eşit olmayan iki yarı için Spearman-Brown katsayısı	0,5689
Guttman Split-half katsayısı	0,6289
Birinci Yarı İçin Alpha	0,5621
İkinci Yarı İçin Alpha	0,3896

Tablo 19'da TSYDÖ'nin tek ve çift numaralı parametrelerinden oluşan iki yarım test güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.53'tür ve sekiz parametrelilik tek numaralı parametrelerden oluşan birinci yarının Cronbach Alphası 0.56 ve yedi tane çift numaralı parametreden oluşan ikinci yarının Alphası 0.39'dur. Ölçeğin, Spearman-Brown (0.57) ve Guttman Split-half (0.63) katsayıları bu tür ölçekler için yeterli düzeyde yüksek çıkmıştır.

Tablo 20: TSYDÖ'ne İlişkin Madde Analizi Sonuçları

Parametreler (maddeler)	Madde Çıktığında Ölçek \bar{X}	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alphası
1.Mali durum	24,5054	24,4285	,2951	,5553
2.Fiziksel çevre ve güvenlik	23,6882	28,0588	,1481	,5856
3.Toplum ağı	25,0323	22,9370	,2728	,5613
4.Aile sistemi	25,4866	23,5173	,3291	,5467
5.Duygusal/ zihinsel yanıt	24,1317	25,5486	,2092	,5718
6.Bireysel büyüme ve gelişme	25,3038	25,4627	,2449	,5658
7.Duyusal fonksiyonlar	24,7876	23,8173	,3774	,5395
8.Solunum ve dolaşım	25,1290	22,7219	,3979	,5304
9.Sinir-kas-iskelet fonksiyonları	26,3629	27,5634	-,0013	,6062
10.Üreme	25,5296	26,1905	,0628	,6064
11.Sindirim ve boşaltım	24,8414	26,1230	,2260	,5700
12.Yapısal bütünlük	24,4677	26,9289	,2623	,5719
13.Beslenme	24,8925	24,7863	,2306	,5682
14.Kişisel alışkanlıklar	25,1989	26,5587	,1397	,5824
15.Sağlık yönetimi	24,3145	26,4372	,2932	,5661

Tablo 20'de ölçeğin madde- toplam korelasyon katsayısı ve Cronbach Alpha katsayısı değerleri görülmektedir. TSYDÖ'nin madde analizi için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; bu ölçeğin Toplam Cronbach Alpha değeri 0.5248 ile bu tür ölçekler için beklenebileceği düzeyde elde edilmiştir (4). Ancak bu ölçeğin bütünü içerisinde **sinir- kas- iskelet fonksiyonları, fiziksel çevre, üreme ve kişisel alışkanlıklar** parametrelerinin ölçek toplam puanı ile düşük düzeyde madde-toplam korelasyonu gösterdikleri saptanmıştır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde, TSYDÖ'nin Türk toplumuna uyarlanması için yapılmış olan çalışmalar tartışılacaktır. Bu kapsamda öncelikle ölçeğin dil uyarlaması, daha sonra geçerlik ve güvenirlikle ilgili yapılan tartışmalar yer alacaktır.

4.1. TSYDÖ'nin Dil Uyarlaması

Bu çalışmada TSYDÖ'nin Türk toplumunda kullanılabilmesi için öncelikle Türk diline uyarlaması yapılmıştır. Dil uyarlaması: başka bir dilde geliştirilmiş bir ölçme aracının bir dile çevrilirken kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarını en aza indirerek, ölçeğin doğasını değiştirmeden veya en az düzeyde değişiklik yaparak, çevrilen dilde anlamlı olması, o dilin normlarına göre standardize edilmesidir (5, 34). Aracın dil uyarlaması için, biri E.Ü. İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümünden bir uzman olmak üzere, üç kişi tarafından Türkçe'ye çevirisini yapmıştır. Sonuçta çıkan formlar tekrar gözden geçirilip aracın deneysel şekli oluşturulmuştur. Ortaya çıkan şekliyle ölçeğin dil uygunluğu için kendi alanında uzman altı kişinin (EK 4) görüşü alınmıştır. Uzmanların aracı dil uygunluğu, anlaşılabilirliği ve açık olması yönleriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Onların önerileri doğrultusunda ölçekteki bazı ifadeler değiştirilerek Türkçe'de kullanışlılığı sağlanmıştır. Ölçeğin bir tutum ölçeği olmaması, ölçekte yer alan ifadelerin açık, kısa, anlaşılır olması nedeniyle anlam kaybı olmayacağı düşünüldük ve 35 sayfadan oluşan ölçeğin re-çevirisinin tutacağı maliyet nedeniyle re-çevirisine gerek duyulmamıştır (63).

4.2. TSYDÖ'nin Geçerlik Analizleri

Bir ölçme aracında olması gereken başlıca özellikler; geçerlik, güvenirlik ve duyarlıktır. Bir testin 'neyi', ne denli 'isabetli/ doğru' olarak ölçtüğü ile ilgili kavram; geçerlik (validity)'tir. Geçerlik, araştırmacının ölçtüğünü düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğidir. Geçerlik derecesi, korelasyon (ilişki) katsayısı ile ifade edilir. Katsayının bire yaklaşması geçerliğin yüksek olduğunu gösterir. Geçerlik, bir

ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan, ancak, ölçümün her zaman ve her durumda geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir (4, 54, 56, 72).

Toplumun sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunu ölçmek amacıyla Türk toplumun uyarlanan ölçeğin geçerlik analizine yönelik yapılan çalışmalar aşağıda yer almaktadır.

Kapsam Geçerliği; Ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek isteneni temsil edip etmediğinin incelenerek, anlamlı maddelerden oluşan bir bütün oluşturulmasıdır (12, 35). TSYDÖ'nin ilk geliştirilme aşamasında (USA'de), üç uzman Toplum Sağlığı Hemşiresi grubu ayrı alanlarda çalışmış ve ölçeğin kapsam geçerliğini sağlamışlardır. Aracın son hali kapsam açısından değişiklik gerektirmemektedir. Ancak, ölçek Türk toplumuna uyarlanırken toplumumuzda farklı olarak yapılandırılmış olan sağlık sigorta sistemi göz önüne alınmış ve Emekli Sandığına bağlı bireyler sıfır puan, özel sağlık sigortası olanlar sıfır puan, Bağ-kur'a bağlı olanlar sıfır puan, SSK'ya bağlı bireyler bir puan ve Yeşil Kart sahibi olanlar iki puan olarak derecelendirilmiştir. Ayrıca, ikametgah maddesinde yer alan yaşlı barınağı (senior housing) alt maddesi, huzurevi/ yaşlı dinlenme evi olarak ve hemşirelik evi/ sertifikalı misafirhane (nursing home/ certified hospice) yaşlı bakım evi/ sertifikalı bakım programı olarak değiştirilmiştir. Bu araştırmada TSYDÖ'nin uzman görüşü açısından değerlendirilmesi için ölçek çevirisi, konusunda uzman altı kişinin görüşü alınmıştır. Uzmanlar ölçeğin maddelerinin dil uygunluğunu, açıklığını ve anlamlılığını ve amaca uygunluğunu değerlendirmişlerdir. Uzmanlar ölçeğin amaca uygun, anlamlı ve açık olduğunu, ancak kapsamının çok geniş olduğunu belirtmişlerdir.

Yordama geçerliği ise; yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan değişkenin gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumu gösteren uygulama geçerliğidir (4, 35, 72). Yordama geçerliği için, Toplam Ölçek Puanları ile toplam hane halkı sayısı, evdeki toplam çocuk sayısı, ailelerin sağlık bakımı almak üzere sağlık kuruluşlarına toplam başvuru sayısı ve ebelerin yaptığı toplam ziyaret sayıları ve bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimini değerlendirme puanları arasındaki farklılıklar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir.

Toplam ölçek puanları ortalaması açısından, toplam hane halkı sayıları arasında (Tablo 5, 6) istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0,05$) saptanmıştır. Tek başına yaşayan ve kalabalık ailede yaşayan (sekiz ve üzeri) bireylerin toplam ölçek puanları

yüksek bulunmuştur. Bu da yalnız yaşamının veya kalabalık hane halkı sayısının sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunu arttırdığını göstermektedir. Literatürde hane halkı büyüklüğünün ve hanenin kompozisyonunun, hane halkı üyelerinin faydalanabilecekleri kaynakların üyeler arasındaki dağılımını ve sonuçta da hane halkı üyelerinin refahını etkilediği belirtilmiştir. Hane halkı büyüklüğü, kalabalık hane halkı ortamı ile ilişkili bulunmuş, hane içinde olumsuz sağlık koşullarının ortaya çıkmasına neden olduğu ifade edilmiştir (10, 24, 76).

Toplam ölçek puanları açısından, evdeki toplam çocuk sayıları arasında (Tablo 7, 8) istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0,005$) saptanmıştır. Çocuk sayısı dört ve üzeri olan ailelerde yaşayan bireylerin sağlık bakım gereksinimi yoğunluğu da yüksek bulunarak, toplam ölçek puanları ile çocuk sayısı arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Çocuk sayısının ailenin büyüklüğünü etkilediği ve ailenin büyük olmasının da çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olduğu literatürde belirtilmiştir (24, 30).

Ebelerin yaptıkları toplam ziyaret sayıları arasında toplam ölçek puanları ortalamaları bakımında bir fark ($p > 0,05$) bulunamamıştır (Tablo 9, 10). Bu çalışmada ortalama ev ziyareti sayısı $\bar{X} = 0,57 \pm 0,97$ bulunmuştur. ABD’de yapılan çalışmada ortalama ev ziyareti sayısı $\bar{X} = 6,7 \pm 3,49$ olarak saptanmış ve bunun dışında her aile ile ortalama $\bar{X} = 3,8 \pm 4,6$ adet telefon teması yapılmıştır (43). Ayrıca Peters çalışmasında her bir vaka için toplam ajans ziyareti ortalamasını $\bar{X} = 20,6$ olarak bulunmuş ve hemşirelik ziyaretleri sayısı ile TSYDÖ puanı arasında 0,39’luk bir korelasyon saptanmıştır (59). Buna bakılarak ülkemizdeki sayının oldukça düşük olduğu söylenebilir, ancak daha çok bireyler sağlık merkezlerine çağrılarak hizmet sunulmaktadır. Yapılan çalışmada toplam ev ziyareti ortalaması ile TSYDÖ toplam puanları arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bu nedenle, sadece ebelerin toplam ziyaret sayılarına değil, hem ziyaret sayısı, hem de bireylerin sağlık kurumlarına başvuru sayıları toplanarak ilişkilendirilmelidir.

Son bir ay içinde bireylerin sağlık kurumuna toplam başvuru sayıları arasında (Tablo 11, 12) toplam ölçek puanları açısından istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Sağlık kurumlarına başvuru sayısı arttıkça, toplam ölçek puanları da yükselmiştir. Literatürde de özellikle risk gruplarında ve ileri yaşlarda sağlık

kurumlarına yapılan başvuru sayıları diğer gruplara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (26, 30).

Bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimini değerlendirme puanları ile toplam ölçek puanları açısından arasında (Tablo 5, 6) istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) bulunmuştur. Bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları yükseldikçe toplam ölçek puanları da artmıştır. Ayrıca Grafik 1’de toplam ölçek puanları ile bireylerin kendilerini değerlendirme puanları arasındaki pozitif ilişki görülmektedir. Bu da ölçeğin geçerliğini destekleyen bir bulgudur. Tablo 15’te bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları ile ölçek alanları arasındaki ilişki incelenmiş ve her bir alan ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

4.3. TSYDÖ’nin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Güvenirlik, bireylerin aynı test kullanılarak, aynı ya da değişik zamanlarda, o test maddelerine verdiği yanıtların tutarlılığı veya değişmezliği testin güvenilirliğidir, yani değişik zamanlardaki yanıtlar arası tutarlıdır (4, 8, 54). Güvenirlik, test puanının değişimindeki hata oranını (varyansı) belirler. Güvenirlik katsayısı olarak kabul edilen r değerleri, test puanlarında yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklara, ne oranda şans ya da hata faktörüne bağlı olduğunu gösterir. Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, testle ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür. Bu durumda, test puanındaki hata payı da az olur (54). Korelasyon değeri bire yaklaştıkça testin güvenilirliğinin yüksek olduğu kabul edilir (45).

TSYDÖ’nin güvenilirliğini saptamaya yönelik olarak ölçeğin standart hatası, Cronbach Alpha değeri, Spearman-Brown ve Guttman Split-half katsayıları hesaplanmıştır ve madde analizi yapılmıştır.

Maddelerinden Alınan Puanların Standart Hata Sonuçları:

Standart hata, bireysel puanlara karışan hata oranının olası sınırları hakkında bilgi verir. Ölçümden alınan puanın örneklem dağılımında alabileceği en düşük ve en yüksek puan sınırlarını gösterir ve bir puan dilimi şeklinde ifade edilir. Ölçmenin standart hatası yükseldikçe, bireysel puanın değişkenliği artar ve ölçmenin standart hatası düştükçe puanların değişkenliği azalır. Standart hata küçüldükçe ölçmenin güvenilirliği artar, büyüdükçe güvenilirlik azalır (56, 70).

TSYDÖ parametrelerinin aritmetik ortalamaları, standart hataları ve standart sapma değerleri Tablo 16'da ve ölçek toplam puanları ile alan puanlarının aritmetik ortalamaları, standart hata ve standart sapmaları ise Tablo 17'de yer almaktadır. Buna göre Toplam Ölçek Puanları ortalaması; $\bar{X}=26,69\pm 5,32$ 'dir ve standart sapma; 0,27 bulunmuştur. Ancak, Kaiser (2002) kendi örnekleminde ortalamayı $\bar{X}=33,9\pm 6,34$ bulunmuştur. Kısaca, toplam ölçek puanları ortalamasının, standart hata ve standart sapmasının daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni ise, Kaiser araştırmasında hemşirelik bölümü öğrencilerinin klinik kayıtları incelenmiş, oysa bu araştırmada toplumdaki sağlıklı bireyler incelenmiştir (43).

Verilerin normal veya normale yakın dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla, yalnızca hipotez testleri kullanılmamalı, test sonuçları histogram ve grafiklerle birlikte yorumlanmalıdır denilmektedir (1). Bu nedenle ölçeğin tümü ve alanları için histogram grafikleri çizilmiştir (Grafik 2, 3, 4, 5, 6). Ayrıca ölçeğin dört alanından alınan puan ortalamalarının dağılımı Grafik 7'de gösterilmiştir.

Standart normal dağılım tam bir çan eğrisi biçiminde ve simetriktir. Böyle durumlarda dağılımın aritmetik ortalaması, tepe değeri ve ortancası birbirine eşit olup, çarpıklık katsayısı sıfırdır. Bir veri grubu dağılımının, kuramsal bir dağılım olan normal dağılıma tam olarak uyması beklenemez. Dağılım, normal dağılıma göre daha sivri ya da yaygın olacak, ya da bir yana doğru kayma gösterecektir. Bu farklılıkların kabul edilebilir sınırlar içinde olup olmadığını, dağılımın 'çarpıklık' (skewness) ve 'diklik' (kurtosis) katsayıları ile saptanabilir (2). Çarpıklık (skewness) katsayısı; -1 ile +1 arasında bir değerdir. Normal dağılımın çarpıklık katsayısı sıfırdır. Normal dağılımdaki değerlerin ± 1.96 içerisinde olması beklenir. Diklik (kurtosis) katsayısı; normal dağılım için sıfırdır, diklik değerinin standart hataya bölünmesi ile Fisher'in Diklik Katsayısı hesaplanır. Yorumlanırken ± 1.96 değerindeki katsayılar anlamlı kabul edilmez (2). Eğer normal bir dağılım simetrik değilse, dağılım eğrisinde çan eğrisinin tepe noktası ortada değil, sağa ve sola kaymış olacaktır. Basıklık ve diklik dereceleri histogramlardan da anlaşılabilir (1).

TSYDÖ'nin tümünün ve alan puanlarının çarpıklık (skewness) katsayıları değerlendirildiğinde; ölçeğin tümünün çarpıklık katsayısı; 0,288 (Grafik 2), çevresel alanın çarpıklık katsayısı; 0,563 (Grafik 3), psikososyal alanın çarpıklık katsayısı; 0,051 (Grafik 4), fizyolojik alan çarpıklık katsayısı; 0,207 (Grafik 5) ve sağlık davranışları

alanı çarpıklık katsayısı; -0,268 (Grafik 6) bulunmuştur. Bu değerler ± 1.96 sınırları içinde yer aldığından anlamlı olarak kabul edilemez ($p > 0,05$). Ölçeğin tümünün ve sağlık davranışları alanı dışındaki alan puanlarının sağa çarpık olduğu görülmektedir. En az çarpık alan psikososyal alan ve en çok çarpık olan alan ise çevresel alandır.

TSYDÖ'nin tümünün ve alan puanlarının diklik (kurtosis) katsayıları incelendiğinde, ölçeğin tümünün diklik katsayısı; -0,299 (Grafik 2), çevresel alan diklik katsayısı; 0,669 (Grafik 3), psikososyal alan diklik katsayısı; -0,279 (Grafik 4), fizyolojik alan diklik katsayısı; -0,241 (Grafik 5) ve sağlık davranışları alanı diklik katsayısı; -0,221 (Grafik 6) hesaplanmıştır. Bu değerler ± 1.96 sınırları içinde yer aldığından anlamlı kabul edilemez ($p > 0,05$). En dik alan, sağlık davranışları alanı ve en basık alan ise çevresel alandır.

Sonuç olarak; ölçeğin tümünün ve alanlarının normal dağılım eğrisi içinde yer aldığı, yani ölçmenin güvenilir olduğu söylenebilir.

TSYDÖ İçin İç Tutarlık Değerlendirmesi:

Her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımı iç tutarlık kavramıdır. Bu teknikle oluşturulmuş bir testin maddeleri çoğunlukla aynı yönde bir ayırım yapmış ise o testin yüksek iç tutarlığa sahip olduğu kabul edilir (32, 42). İç tutarlığı sınamak için Cronbach Alpha Katsayıları hesaplanır, madde çözümlenmeleri ve yarı test güvenilirliği yapılır (4, 35).

TSYDÖ'nin iç tutarlığını belirlemede Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmış, yarı test güvenilirlik testleri ve madde çözümlenmesi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik düzeyini saptarken madde analizinde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda (Likert Tipi) Cronbach Alpha katsayısı hesaplanması önerilmektedir (31, 35, 56, 73). Yapılan analiz sonucunda TSYDÖ'nin tümünün Cronbach Alpha'sı; 0.53 olarak bulunmuştur. Ölçeğin çevresel alanının Cronbach Alpha katsayısı; 0.50, psikososyal alan Cronbach Alphası; 0.40, fizyolojik alan Alphası; 0.41 ve sağlık davranışları alanı Alphası; 0.45 bulunmuştur (Tablo 18). Güvenirlik ölçütü olarak kabul edilecek korelasyon katsayısının düzeyi hangi amaçla kullanılacağına bağlıdır. Fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde ise 0.70 kabul edilebilir düzeydir (4, 35). Alt ölçeklerin karşılıklı ilişkisi düşük olmalı ve her alt ölçek bütün içinde anlamlı şekilde ayırt edilmelidir (15). Ölçeğin maddelerinin genel olarak çok yüksek bir iç

tutarlığa sahip olmadığı görülmektedir. Ölçeğin yapısı ve elde edilen sonuçlara göre ölçekte yer alan maddeler ve alanlar her biri farklı özellikleri yoklayan boyutlardır. Başka bir deyişle ölçek homojen yapıda değildir. Ayrıca örneklemin her tür toplum katmanlarından oluşmasından dolayı çok farklı gereksinim düzeylerine sahip bireylerden elde edilen puanların ölçek güvenilirliğinin çok yüksek bulunmamasına etki ettiği düşünülmüştür.

TSYDÖ'nin tek ve çift numaralı parametrelerinden oluşan iki yarım test güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 19'da verilmiştir. Buna göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.53 dür ve sekiz parametrelilik tek numaralı maddelerden oluşan birinci yarının Cronbach Alphası 0.56, ayrıca yedi parametrelilik çift numaralı parametrelerden oluşan ikinci yarının Alphası, 0,39'dur. Ölçeğin, Spearman-Brown (0.53) ve Guttman Split-half (0.63) katsayıları da yeterli düzeyde yüksek çıkmıştır. Ancak tek ve çift numaralı parametrelerinden oluşan birinci ve ikinci yarıların güvenilirlik düzeyleri biraz birbirinden farklı çıkmıştır. Bu durum parametrelerin ölçekte birbiriyle ilişkisi olmayan boyutlar olmasından kaynaklanmaktadır.

Madde analizi, ölçme aracındaki her bir maddenin aldığı değer ile, ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Ölçek içindeki her maddenin toplam puanla olan korelasyonu bulunarak incelenir. Eğer, bir maddenin toplam puana olan korelasyonu düşük ise, bu o maddenin ölçekteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir. Madde analizi ile hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısıdır. Bu katsayının negatif olmaması gerekir (45, 56).

Tablo 20'de 15 parametre ve dört alan puanlarından oluşan TSYDÖ'nin bütünü için madde analizi ve güvenilirlik analizi sonuçları gösterilmiştir. Bu ölçeğin bütünü içerisinde sinir- kas- iskelet fonksiyonları, fiziksel çevre, üreme ve kişisel alışkanlıklar parametrelerinin ölçek toplam puanı ile düşük düzeyde madde-toplam korelasyonu gösterdikleri ve bu durumları ile ölçek bütünü içerisinde iyi çalışmayan parametreler oldukları görülmektedir. Ancak buna rağmen sinir- kas- iskelet fonksiyonları parametresi dışında ölçeğin güvenilirliğini düşürme yönünde ölçek bütünlüğünü bozan başka parametre görülmemektedir. Yukarıda belirtilen parametreler ölçeğin yapısı nedeniyle ölçekten çıkartılması mümkün değildir. Çünkü ölçek bireyi/ aileyi bütüncül olarak tüm yönleriyle değerlendirip, genel bir sağlık bakım gereksinimi yoğunluğu

puanı vermektedir. Bütün bunlar doğrultusunda bakıldığında ölçeğin iyi bir bütünlük gösterdiği, homojenliğinin ve güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Madde toplam puan korelasyon katsayısının kaç olduğu durumlarda güvenilirliğin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, Karasar'a (2000) göre 0.50'den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulacağı belirtilirken, Öner'e (1997) göre bu katsayı 0.30'un üzerinde olmalıdır. Uygulamada ise çoğu araştırmacı 0.20 düzeyini kullanmaktadır (35, 45, 54). Madde- toplam korelasyon katsayısı sınırına karar verirken; araştırmacı, amaca ve yapılan ölçmenin niteliğine göre karar verebilir denilmektedir (35). TSYDÖ'nin madde toplam korelasyon katsayısı (Tablo 19) -0,0013 olan sinir-kas-iskelet fonksiyonları parametresi vardır. Ölçek yapısından çıkarılması gerektiği halde bütünlük bozulacağı ve ölçek özelliğini yitireceği için çıkarılmamıştır. Ölçeğin madde- toplam korelasyon katsayıları ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 19'da görülmektedir. Ölçekte en düşük madde- toplam korelasyonu; sinir- kas- iskelet fonksiyonları ve en yüksek ise; solunum/ dolaşım parametrelerindedir.

4.4. Yapılmış Olan Araştırma Sonuçları İle Karşılaştırma:

TSYDÖ'nin 1996 ve 1998 yıllarında USA'da kullanımı sonucu elde edilen bulgular şöyle özetlenebilir; bireylerin (n= 205) yaş ortalamaları: $\bar{X}=58.4\pm 18.8$, çoğu beyazlardan oluşmuş (% 72.2), % 75.6'sı kadın, % 39'u dul veya boşanmış, % 38.5'i evli, toplam hane halkı sayısı ortalaması: 2.4 ± 1.51 , hemşirelerin her bireye yaptıkları ortalama ev ziyareti sayısı: $\bar{X}=6.7\pm 3.49$ ve ailelerle telefon teması ortalama sayısı: $\bar{X}=3.8\pm 4.6$ olarak bulunmuş. Araştırmada toplam ölçek puan ortalaması: $\bar{X}=33.9\pm 6.34$ ve en düşük puan 18, en yüksek puan ise 48 olarak saptanmış. Ölçek alanları arasında çevresel alan yoğunluğu ortalaması ($\bar{X}=2.6\pm 0.87$) anlamlı şekilde yüksek ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Yine aynı ülkede daha önce yapılan çalışmalarda; kronik hastalığı olan hastalar için toplam ölçek puan ortalaması; $\bar{X}=31.17\pm 5.75$ ve aile sağlık bakımı hastaları için $\bar{X}=27.05\pm 6.81$ bulunmuştur (43).

Araştırmaya alınan bireylerin % 43,4'ünün hem Omaha Sistemde, hem de TSYDÖ ile bakım gereksiniminin düşük olduğu, % 30,7'sinin her iki ölçümde de yüksek gereksinimi olduğu, % 11,7'sinin sadece Omaha Sistemde yüksek gereksinimi olduğu ve % 14,1'inin TSYDÖ ile yüksek gereksinimi olduğu saptanmıştır. Her birey

için aile sağlık problemi ortalama sayısı; $\bar{X} = 4.4 \pm 2,06$ olarak, çevresel alan, psikososyal alan ve sağlık davranışları alanlarında gözlenmiştir. Gelir azlığı en sık görülen Omaha Sistem problemi olarak bulunmuştur. TSYDÖ parametreleri arasında en yüksek ortalama puan duyu maddesinde bulunmuş, ancak alan yoğunlukları açısından çevresel alan ($\bar{X} = 2,6 \pm 0,87$) diğerlerinden anlamlı şekilde yüksek ($p < 0,001$) bulunmuştur. Bundan başka, aile sağlık problemlerinin sayısının, TSYDÖ toplam puanı ile anlamlı şekilde pozitif yönde ilişki olduğu ($p < 0,001$) saptanmıştır (43).

Peters'in 1988 yılında yapmış olduğu çalışmada ise; yaş ortalaması $\bar{X} = 63$ olan 560 vaka ile çalışılmıştır. Ev sağlık bakım ajansının hizmet süresi ortalama 36,4 gün ve her bir vaka için toplam ajans ziyareti ortalaması 20,6 olarak saptanmıştır. Hemşirelik ziyareti sayısı ile TSYDÖ toplam puanı arasındaki korelasyon 0,39 ($p = .000$) bulunmuştur. TSYDÖ ile kaynak tüketimini inceleyen diğer bir sınıflandırma yöntemi olan Sağlık Durum Ölçeği arasındaki korelasyon ise 0,38 ve $p = .000$ olarak ifade edilmiştir (59).

Bu araştırmadan eski çalışmalara göre daha düşük bir toplam ölçek puan ortalaması elde edilmiştir. Bunun nedeni araştırmanın toplumdaki sağlam bireyler üstünde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Daha önceden yapılmış araştırmalar, evde sağlık bakım hizmeti veren ajanslara kayıtlı hastaların taburculuk kartları üzerinde yürütülmüştür.

Sonuç olarak; TSYDÖ'nin Türk toplumu için uyarlanması çalışmasında, yeterli geçerlik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Türk toplumunda sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunun saptanmasında bu ölçeğin kullanılabilir olduğu söylenebilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Toplum sağlık bakım gereksinimi yoğunluğunu saptamak amacıyla geliştirilmiş olan ve bu araştırmada Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği incelenmiş olan '*Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği*' (TSYDÖ)'nin uygulanması sonucu şu sonuçlar elde edilmiştir;

Bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları ortalaması; 4.28 ± 2.84 olarak saptanmıştır. TSYDÖ toplam puanları ortalaması; 26.66 ± 5.32 olarak USA toplumu sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. Bunun da nedeni, bu araştırmada örneklemin sağlıklı bireylerden oluşmuş, ancak USA'de Ev Sağlık Bakım Ajanslarından taburcu edilmiş olan bireylerin taburculuk kartları üzerinde çalışılmış olmasıdır (43).

Ölçeğin dil geçerliği çevirisinin uzman görüşüne sunulması ile sağlanmıştır. Ölçeğin yordama geçerliği için toplam ölçek puanları ortalamaları açısından bireylerin toplam hane halkı sayısı, evdeki toplam çocuk sayısı, son bir ay içinde sağlık kuruluşlarına yapılan toplam başvuru sayısı ve kendi sağlık bakım gereksinimini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

TSYDÖ Cronbach Alpha katsayısı= 0.53 bulunmuştur ve bu da ölçeğin yeterli bir güvenilirliğe sahip olduğunun göstergesidir. Ayrıca yedi parametrelilik çift numaralı parametrelerden oluşan ikinci yarının Alphası, 0,39'dur. Ölçeğin, Spearman-Brown (0.53) ve Guttman Split-half (0.63) katsayıları da yeterli düzeyde yüksek çıkmıştır.

TSYDÖ toplam puanları açısından bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu da ölçekten alınan puanlarla bireylerin kendilerini değerlendirme puanları paralel bir değişim göstermektedir. Ölçek puanları bireylerin kendilerine verdikleri puanlarla tutarlı (uyum geçerliliği) bulunmuştur.

5.2. ÖNERİLER

- Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araştırma yöntemi olan TSYDÖ'nin Toplum Sağlığı Hemşireliği uygulamalarında kullanılması ve bilgi temeli sağlamada yararlanması,

- TSYDÖ'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenliğine ilişkin ek kanıtlar elde edilebilmesi amacıyla, bu araştırmanın ön çalışma kabul edilmesi ve daha büyük, farklı özelliklere sahip örneklem gruplarına farklı zamanlarda denenmesi,

- Daha sonraki çalışmalarda toplum sağlık yoğunluğunu etkileyebilecek diğer değişkenlerin daha kapsamlı olarak incelenmesi,

- Koruyucu sağlık hizmetleri olarak nitelendirilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kayıt tutulması aşamasında ölçekten yararlanması,

- TSYDÖ uygulamalarından elde edilen sonuçlar doğrultusunda, halkın hangi sağlık bakımlarına en çok gereksindiği ve hangi hizmetleri beklediği belirlenerek, bu doğrultuda Toplum Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin planlanması,

- TSYDÖ'nin çok uzun olmaya vakit alması en önemli dezavantajdır. Bireyin bütüncül olarak değerlendirilmesi için geliştirilmiş olması nedeniyle ölçeğin kapsamını daraltmak veya kısaltmak mümkün değildir. Bir çok farklı özellikteki bireylerden oluşan toplumda her türlü hastalık, sakatlanma veya olumsuz sağlık koşulları ile karşılaşılabilmesi nedeniyle ölçek çok boyutlu olarak yapılandırılmıştır. İlk bakışta zor ve kullanışlılığı az olarak görülse bile topluma odaklı olarak çalışan sağlık görevlileri için birkaç kullanımdan sonra alışılarak pratik kullanımı mümkün olabilir. Ayrıca gelişen teknolojik imkanların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yer alması ve ölçek yapısının bilgisayar ortamına aktarılarak kullanılması ölçekle çalışmayı kolaylaştırabilir. Böyle bir kullanım dokümantasyon kolaylığı ve istatistik değerleri daha kolay elde etme imkanı da yaratabilir.

- Bir veri toplama aracı olarak da kullanılabilirliği için ölçek yapısında bireylerin ölçüm sonuçlarını (boy, kilo, BKİ, TA, N, A, S gibi) kaydedebilecek yerlerin oluşturulması ile ölçek daha kullanışlı hale gelecektir.

ÖZET

Hemşirelik uygulamalarında, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık gereksinimi ve bunun düzeyinin belirlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılabilecek ölçüm araçlarına yer verilmediği gözlenmektedir. Bu araştırmanın amacı, '*Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği*' (TSYDÖ)'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığını incelemektir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda öncelikle ölçeğin Türk diline uyarlaması yapıldıktan sonra uzman görüşleri alınmıştır. Öneriler doğrultusunda şekillendirilen Türkçe form Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 6 sağlık ocağından seçilmiş 372 katılımcıya uygulanmıştır. Elde edilen veriler amaçlar doğrultusunda analiz edilmiştir.

Bu çalışmada, toplam hane halkı sayısı, evdeki toplam çocuk sayısı, bireylerin sağlık kurumlarına son bir ayda yaptıkları toplam başvuru sayısı ve bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları ölçeğin geçerli olduğunu yordamada kullanılmıştır. Toplam ölçek puanları ortalaması açısından, toplam hane halkı sayıları arasında (Tablo 5, 6) istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,05$) saptanmıştır. Yalnız yaşayan ve kalabalık ailede yaşayan bireylerin toplam ölçek puanları yüksek bulunmuştur. Toplam ölçek puanları açısından, evdeki toplam çocuk sayıları arasında (Tablo 7, 8) istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,005$) saptanmıştır. Çocuk sayısı dört ve üzeri olan ailelerde yaşayan bireylerin sağlık bakım gereksinimi yoğunluğu da yüksek bulunmuştur. Son bir ay içinde bireylerin sağlık kurumuna toplam başvuru sayıları arasında (Tablo 11, 12) toplam ölçek puanları açısından istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Sağlık kurumlarına başvuru sayısı arttıkça, toplam ölçek puanları da yükselmiştir. Bireylerin toplam ölçek puanları açısından kendi sağlık bakım gereksinimini değerlendirme puanları arasında (Tablo 13, 14) istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) bulunmuştur. Bireylerin kendi sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirme puanları yükseldikçe toplam ölçek puanları da artmıştır.

Bireylerin ham puanlarının ortalamaları, en küçük ve en büyük değerler, standart hataları hesaplanmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda Toplam Ölçek Puanları ortalaması; $\bar{X}=26.66\pm 5,32$ 'dir ve standart sapma; 0.27 ve ölçeğin tümü için Cronbach Alpha=0.53, eşit olmayan iki yarı için Spearman- Brown katsayısı=0.57 ve Guttman Split- half katsayısı=0.63 bulunmuştur.

TSYDÖ'nin bütünü için yapılan madde analizi ve güvenilirlik analizi sonuçları ile ölçeğin bütünü içerisinde sinir- kas- iskelet fonksiyonları, fiziksel çevre/ güvenlik, üreme ve kişisel alışkanlıklar parametrelerinin ölçek toplam puanı ile düşük düzeyde madde-toplam korelasyonu gösterdikleri ve bu durumları ile ölçek bütünü içerisinde iyi çalışmayan parametreler oldukları görülmektedir. Ancak buna rağmen sinir- kas- iskelet fonksiyonları parametresi dışında ölçeğin güvenilirliğini düşürme yönünde ölçek bütünlüğünü bozan başka parametre yoktur.

Sonuç olarak TSYDÖ'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmış ve bu ölçeğin kullanımının mesleki gelişmeye de katkı sağlayacağı düşünülerek Toplum Sağlığı Hemşireliği uygulamalarında yer alması önerilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kayıt tutulması aşamasında ölçekten yararlanılması, bu hizmetlerin geliştirilmesine rehberlik edeceği öngörülmüştür.

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF COMMUNITY HEALTH INTENSITY RATING SCALE FOR TURKISH COMMUNITY

There is no adequate tool for measure the health needs and intensity of need for care in the Community/ Public Health Nursing, practice, especially in the ambulatory primary health care services. The purpose of this study is to determine whether Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS) was reliable and valid for Turkish Community.

First of all, tool was translated in Turkish and than the scale was examined by six experts. Turkish form of the scale was reformed by taking into consideration of the suggestions. This form was used with 372 individuals from six primary health care centers in Ödemiş. Collecting data was analyzed based on the aim.

In this study, the mean number of persons within a household, the mean number of children within a household, the mean number of apply for health care within last mounth, the mean number of home visits per client by the midwife and the mean number of individual's self evaluation scores for health care need was used for test of validity. There was a difference between the total scale scores and the mean number of persons within a household (Table 5 and 6), means for all were significantly higher ($p<0,05$) in the crowded family. There was a difference between the total scale scores and the mean number of children within a household (Table 7 and 8), means for all were significantly higher ($p<0,005$) in the family that have 4 and more children. Also, there was a difference between the total scale scores and the mean number of apply for health care within last mounth (Table 11 and 12), total scores was increased with higher total apply number ($p<0,001$). Although it was existed no difference between the total scores and the total home visits number by the midwife (Table 9, 10), there was a difference between the total scores and the self evaluation scores (Table 13 and 14), if the self evaluation scores increase, total scores was rised ($p<0,001$).

It was calculated the individuals mean scores, maximum and minimum values, standart errors for tool reliability. As a result, the mean CHIRS total score for this sample was 26.66 (± 5.32), with a range from 12 to 42 and the standart error was 0.27,

Cronbach Alpha was 0.53 for whole of scale, Spearman- Brown coefficient was 0.57 and Guttman Split-half coefficient was 0.63.

Neuromusculoskeletal function, physical environment/ safety, reproduction and personal habits parameters had low item total correlations in the whole scale and as a result, this parameters was not good working in the CHIRS. Although this, there was no parameter except neuromusculoskeletal function that ruined to the integrity of the scale with low reliability.

Finally, CHIRS is an adequate tool for Turkish Community and it can use as a valid and reliable scale in the Community/ Public Health Nursing area. It is thought that the use of CHIRS in the practice will supply professional development.

Use of CHIRS has the potential of providing guidance for ambulatory primer health care service with a means to determine the cost of care for each patient need level.

BÖLÜM VII

KAYNAKÇA

1. Akgül, A. (1997). 'Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri' YÖK Matbaası, Ankara.
2. Aksakoğlu, G. (2001). 'Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri', Dokuz Eylül Üniv. Rekt. Matbaası; İzmir.
3. Aksayan, Bahar, Bayık, Büyükcoşkun, Emiroğlu, Erdoğan, Erefe, Karataş, Kubilay, Seviğ (1988). 'Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı', İstanbul.
4. Aksayan, Bahar, Bayık, Emiroğlu, Erefe, Görak, Karataş, Kocaman, Kubilay, Seviğ (2002). 'Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri' HEMAR- GE, İstanbul.
5. Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). 'Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I – Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması', HEMAR-G Dergisi, Vol:4, S:1-2; Ankara.
6. Anderko, L., Uscian, M., Robertson, J.F. (1999). 'Improving Client Outcomes Through Differentiated Practice; A Rural Nursing Center Model', Public Health Nursing; Vol:16, No:3, 168- 175.
7. Aştı, T. (2002). 'Hemşirelik Mesleğinde Yeni Gelişim ve Yaklaşımlar', Modern Hastane Yönetimi; Cilt:6, S:3; 38- 42.
8. Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2000). 'Psikiyatride Kullanılan Ölçekler' Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
9. Bayık, A. (1998). 'Toplum Tanılama' Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, İzmir.
10. Baykan, N., Sungur, C., Bilgin, Y. (1976). 'Toplum Hekimliği Ders Kitabı', Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlarından, Sayı: 339, S. 10.
11. Bayraktar, N. (1999). '2000'li Yıllara Doğru Hemşirelik' Sağlık ve Toplum Dergisi; 9/4: 44-47.
12. Baş, T. (2001). 'Anket, Anket Nasıl Hazırlanır?, Anket Nasıl Uygulanır? Anket Nasıl Değerlendirilir?' seçkin Yayıncılık, Ankara.
13. Birol, L. (1997). 'Hemşirelik Süreci' Üçüncü Baskı, İzmir.
14. Bower, F.L. (1982). 'The Process of Planning Nursing Care- Nursing Practise Models' Third Edition, Mosby Co. – USA:

15. Bozkurt, S. (1999). 'Servis Ortam Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması' Psikiatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
16. Bradley, M.F. (1987). 'Community Health for Student Nurses' First Published, Bailliere Tindal; 11-15, USA.
17. Bradshaw, P.L., Hall, P. (1989). 'Teaching and Assessing in Clinical Nursing Practise' First Edition; NY, London, Toronto, Sydney, Tokyo.
18. Budak, Y. (2001). Türkiye'de Aile Hizmetleri İle İlgili Politikalar Paneli Notları, I. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu Kitabı, Ankara.
19. Burt, C.J., Beetem, N., Iverson, C., Hertel, V., Peters, D.A. (1996). 'Preliminary Development of The School Health İntensity Rating Scale', J. Of Sch. Health, Oct; 66(8): 286-90.
20. Byrne, M., Bennett, F.J. (1986). 'Community Nursing in Developing Countries, A Manual for the Community Nurse' Second Edition, Oxford University Press, London.
21. Carpenito, L.J. (1999). 'Handbook of Nursing Diagnosis', NY; Çev: Erdemir F., 7. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
22. Clemen- Stone, S., McGuire, S.L., Eigsti, D.G. (1998). 'Comprehensive Community Health Nursing', Fifth Edition, The C.V. Moisby Yearbook, USA.
23. Demiröz, F. (2001). 'Deprem ve Aile Hizmetleri' I. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu Kitabı, Ankara.
24. Dirican, M.R. (1990). Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri, S. 125, Ankara.
25. Doğan, O. (2002). 'Psikiyatrik Epidemiyoloji' Ege Psikiyatri Yayınları, S: 7- 14, İzmir.
26. Elnitsky, C., Alexy, B. (1988). 'Identifying Health Status and Health Risks of Older Rural Residents', J.O. Community Health Nursing; 15(2), 61- 75.
27. Erdoğan, S. (2000). 'Omaha Sistemi Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi', İstanbul.
28. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N., Çalışkan, M., Demirezen, E., Coşansu, G.K. (1997). 'Omaha Sistemi Hemşirelik Sınıflandırma Modelinin Halk Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Kullanılması' 7. Ulusal Hemşirelik Kongre Bildirileri Kitabı, İzmir.
29. Erefe, İ. (1992). 'Ziyaretçi Hemşirelik, Aile Sağlık Bakımının Amaç ve Metotları' Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, İzmir.

30. Erefe, Kocaman, Bayık, Bahar, Aydemir (1988). 'İzmir Anakentinde Aile ve Toplum Sağlığı Öncelikleri' İzmir.
31. Erkuş, A. (2003). 'Psikometri Üzerine Yazılar' Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No: 24, Ankara.
32. Freeman, R.B., Heinrich, J. (1981). 'Community Health Nursing Practice' Second Edition, W. B. Saunders Company, USA.
33. Gordon, M. (1987). 'Nursing Diagnosis Process and Application' Second Edition, USA.
34. Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). 'Öz- Etkililik- Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği' Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 2, S:1, Sivas.
35. Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). 'Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma', HEMAR-G Dergisi, Vol:5 Sayı:1, Ankara.
36. Ham, C. (2000). 'Sağlık Bakımında Önceliklerin Belirlenmesi: Uluslar Arası Deneyimlerden Çıkarılacak Dersler' Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:10, S:4, Ekim-Aralık; 44- 53.
37. Hanlon, J.J., Pickett, G.E. (1984). 'Public Health- Administration Practice' Eighth Edition- Times Mirror/ Mosby Co., USA.
38. Hays, B.J. (1995). 'Nursing Intensity as a Predictor of Resource Consumption in Public Health Nursing' Nursing Research, Mar-Apr; 44(2): 106-10.
39. Hays, B.J., Kaiser, K.L., McMahon, C.E.S., Kaup, K.L. (2000). 'Public Health Data; Building the Knowledge Base for High Risk Prenatal Clients' The A.J. of Maternal Child Nursing; 25 (3).
40. Hays, B.J., Kroeger RA., Tachenko-Achord SA., Peters, DA. (1995). 'Determining Intensity of Need of High- Risk Maternal and Infant Clients' J. Of Nursing Care Quality, Jan; 9(2): 67-75.
41. Hays, B.J., Sather, L., Peters, DA. (1999). 'Quantifying Client Need for Care in the Community: A Strategy for Managed Care' Public Health Nursing, Vol: 16, No: 4; 246-253.
42. Hays, B.J., Willborn, EH., Lopez, P. (1997). 'Measuring the Need for Nursing Care in Older Adults Living at Home' Public Health Nursing: Feb: 14(1): 37-41.

43. Kaiser, K.L., Hays, B.J. (2002). 'Examining Health Problems and Intensity of Need for Care in Family- Focused Community and Public Health Nursing' J. Of Community Health Nursing, S; 17- 32.
44. Karasar, N. (1995). 'Araştırmalarda Rapor Hazırlama' 8. Baskı, Ankara.
45. Karasar, N. (2000). 'Bilimsel Araştırma Yöntemi' Nobel Yayın Dağıtım, 10. Baskı, Ankara.
46. Klahn, J.K. et al. (1998). 'The School Health İntensity Rating Scale; Estabilishing Realiability for Practice' J. Of School Nursing, 14(4): 23- 28.
47. Kocatürk, U. (1994). 'Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü' 6. Basım, Ankara.
48. Koşar, N. (2001). 'Türkiye'de Aile Hizmetlerinin Geleceği, Beklentiler, Hedefler' I. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu Kitabı, Ankara.
49. Lapp, C.A., Diemert, C.A., Enestvedt, R. (1986). 'Family and Community Health Nursing Practise' Mosby Company, USA.
50. Leahy, K.M., Cobb, M.M., Jones, M.C. (1977). 'Community Health Nursing' Third Edition, McGraw- Hill Book Company- USA.
51. (1993). Longman- Metro Büyük İngilizce-Türkçe, Türkçe Sözlük, English-Turkish Edition, İstanbul.
52. May, B.J. (1993). 'Home Health and Rehabilitation' F.A. Davis Company, Philadelphia; 76- 77.
53. (2003). Nursing Intervention Clasification (NIC), Nursing Outcomes Clasification (NOC), Çev: Yapucu, Ü., www.nursing.uiowa.edu/cnc.
54. Öner, N. (1997). 'Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler' Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Baskı, İstanbul.
55. Özer, N., Kasapoğlu, A. (2002). 'Hastalık Durumunda Toplumsal İlişki Ağının Yapısı ve İşlevi: Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi Hastalarına Toplumsal İlişkiler Ağ- Evreler Modeli Uygulaması' Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:12, S:1, Ocak- Mart; 37- 44.
56. Özgüven, İ.E. (1999). 'Psikolojik Testler' PDREM Yayınları, Üçüncü Baskı, Ankara.
57. Öztekin, Z., Kubilay, G. (1995). 'Toplum Sağlığı ve Hemşireliği' Ankara.
58. Öztürk, Y., Günay, O. (1995). 'Aile Sağlığı El Kitabı' Kayseri.

59. Peters, D.A. (1988). 'Development of A Community Health Intensity Rating Scale' Nursing Research, July/ Aug; Vol:37, No:4.
60. Peters, DA., Hays, BJ. (1995). 'Measuring the Essence of Nursing: a Guide for Future Practice' J of Prof. Nurs. Nov- Dec; 11(6): 358-63.
61. Reilly, F.E., Grier, M., Blomquist, K. (1992). 'Living Arrangements, Visit Patterns and Health Problems in a Nurse- Managed Clinic For the Homeless' J. Of Community Health Nursing; 9 (2); 111- 121.
62. Saltık, A. (1999). 'Sağlık Ekonomisi' Tıp Fak. Ders Notları, Malatya.
63. Savaşır, I. (1994). 'Ölçek Uyarlamasındaki Sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları' Türk Psikoloji Dergisi, Aralık Özel Sayısı, Cilt: 9(33); 27-32.
64. Spradley, B.W. (1986). 'Readings in Community Health Nursing' Third Edition, USA.
65. Stanhope, M., Lancaster, J. (2000). 'Community & Public Health Nursing' The C.V. Mosby Company, Fifth Edition, USA.
66. Stevens, R., Margolis, P., Harlon, C., Bordley, C. (1996). 'Access to Care: A Home Visitation Program That Links Public Health Nursing, Physicians, Mothers and Babies' J. Of Community Health Nursing; 13(4), S; 237- 247.
67. Sullivan, J.A. (1984). 'Directions in Community Health Nursing' Blackwell Scientific Publications, inc. USA.
68. Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K. (1988). 'Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri' Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
69. Şahin, B. (1999). 'Sağlığın Ölçümü ve Kullanım Alanlarına Teorik Bir Bakış' Sağlık ve Toplum Dergisi; 9/3; 3- 11.
70. Tavşancıl, E. (2002). 'Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi' Nobel Yayını, No: 399, Ankara.
71. Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. (1989). 'Fundamentals of Nursing- the Art and Science of Nursing Care' S: 99-109, Philadelphia.
72. Tekin, H. (1993). 'Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme' S: 41- 71, Ankara.
73. Tezbaşaran, A. A. (1997). 'Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu' Türk Psikologlar Derneği Yayınları, İkinci Baskı, Ankara.
74. Tinkham, C. W., Voorhies, E.F. (1977). 'Community Health Nursing- Evolution and Process, Second Edition, N.Y.

75. Tuncel, N., Şanlı, T., Perk, M. (1992). 'Halk Sağlığı Hemşireliği' T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
76. (1999). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
77. Tüzün, E., Eker, L. (2003). 'Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi' Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl: 13, Sayı: 2, S: 3-7, Ankara
78. Uz, M.H. (1998). 'Sağlık Düzeyi ve Sağlık Hizmetlerinin Sonuçlarının Ölçülmesinde Yapılan Hatalar' Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:8, Sayı:1, S: 8- 10.
79. Zerwekh, J.V. (1999). 'A Family Caregiving Model for Public Health Nursing' Nursing Outlook; 39, 213- 217, USA.
80. Zink, M.R. (1994). 'Nursing Diagnosis in Home Care; Audit Tool Development' J. Of Community Health Nursing; 11(1); 51- 58.
81. Zlotnick, C., Decker, R. (1991). 'Home Visiting Outcomes and Quality of Life Measures' J. Of Community Health Nursing; 8(4); 207- 214

EK 1

TOPLUM SAĞLIK YOĞUNLUĞUNU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (TSYDÖ)

Sosyo Demografik Özellikler

1. Adres/ Posta kodu:..... Katılımcı No:
2. Telefon nosu:.....
3. Cinsiyeti: Kadın Erkek
4. Yaşı:.....
5. Yaş grubu: 0 yaş grubu 50 – 69 yaş grubu
 1 – 19 yaş grubu 70 ve üstü yaş grubu
 20 – 49 yaş grubu
6. Eğitim düzeyi: Okur – yazar değil Orta okul mezunu
 Okuryazar Lise ve dengi okul mezunu
 İlkokul mezunu Yüksekokul ve üzeri eğitilmiş
7. Medeni durumu: Bekar Evli Boşanmış Dul
8. Mesleği:
9. Hane halkı sayısı:.....
10. Ailedeki toplam çocuk sayısı:
11. Ailenin gelir durumu: Geliri giderinden çok
 Geliri giderine denk
 Geliri giderinden az
12. Hastanede yattıysa en son taburcu olduğu tarih (yaklaşık):.....
13. Daha önceden saptanmış olan hastalık:
14. Bağlı olunan sağlık ocağı: I No’lu Sağlık Ocağı IV No’lu Sağlık Ocağı
 II No’lu Sağlık Ocağı V No’lu Sağlık Ocağı
 III No’lu Sağlık Ocağı Atatürk Sağlık Ocağı
15. Geçen yıl ebenin evinize yaptığı ziyaretlerinin toplam sayısı:.....
16. Geçen yıl size sağlık ocağından telefon edildi mi? Evet (sayısı:.....) Hayır
17. Yanıt evet ise; kim etti ? Doktor Hemşire Ebe Diğer:.....
18. Son 1 ayda toplam kaç kez herhangi bir sağlık kurumuna başvurduunuz?.....

Hemşirelik Tanılaması

A. ÇEVRESEL ALAN

1. MALİ DURUM

1.1. Sağlık bakım fonları

- 1.1.1. Gereksinimleri karşılamaya yetiyor
- 1.1.2. Emekli Sandığına bağlı
- 1.1.3. Özel sağlık sigortası var
- 1.1.4. Bağ-kur'a bağlı
- 1.1.5. SSK'ya bağlı
- 1.1.6. Sosyal güvencesi yok
- 1.1.7. İlaç ve tıbbi malzemeleri almakta güçlük çekiyor
- 1.1.8. Yeşil Kart sahibi
- 1.1.9. İlaç ve tıbbi malzemeleri alamıyor
- 1.1.10. Sağlığına harcayabileceği hiç parası yok

1.2. Harcamaları için kazancı

- 1.2.1. Yanıtlamak istemiyor
- 1.2.2. Faturaları ödemeye yetiyor (konut, kamu hizmetleri)
- 1.2.3. Parası gereksinimlerini karşılamaya güçlükle yetiyor
- 1.2.4. Sadece zorunlu ihtiyaçları ödeyebiliyor
- 1.2.5. Zorunlu ihtiyaçlarını da karşılayamıyor (yiyecek, giyecek, çocuk bezi gibi)

1.3. Parasal yardım gereksinimi

- 1.3.1. İhtiyacı yok
- 1.3.2. Yardıma ihtiyacı var, alıyor
- 1.3.3. Yardıma ihtiyacı var, alamıyor
- 1.3.4. Yardıma ihtiyacı var, gerekli koşullara sahip değil
- 1.3.5. Yardım almak istemiyor

1.4. Mali durumu yönetebilme

- 1.4.1. Yanıtlamak istemiyor
- 1.4.2. Mali durumunu kendi başına yönetebiliyor

- 1.4.3. Mali durumunu yardımla yönetiyor
- 1.4.4. Mali durumunu yönetemiyor
- 1.4.5. Büyük miktarda birikmiş borcu var
- 1.4.6. Mali durumunu yönetmedeki güçsüzlüğü sağlığını etkiliyor
- 1.4.7. Sağlık harcamaları öncelikli sırada değil

1.5. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

1. FİZİKSEL ÇEVRE/ GÜVENLİK

2.1. İkametgah: Şu andaki toplam oturma süresi:yıl

- 2.1.1. Tek katlı/ dubleks
- 2.1.2. Apartman katı
- 2.1.3. Mobil ev
- 2.1.4. Az miktarda para ödenen halk evi veya yurt
- 2.1.5. Huzurevi/ yaşlı dinlenme evi
- 2.1.6. Pansiyon
- 2.1.7. Yaşlı bakım evi / sertifikalı bakım programı
- 2.1.8. Geçici mesken
- 2.1.9. Uygun olmayan bina
- 2.1.10. Evsiz

2.2. Yapısal engeller/ Güvenlik sorunu

- 2.2.1. Yok
- 2.2.2. Yetersiz soğutma
- 2.2.3. Elektrikli ısıtıcı
- 2.2.4. Gaz sobası
- 2.2.5. Odun/ kömür sobası
- 2.2.6. Evde düzensizlik ve dağınık olması
- 2.2.7. Uygun olmayan döşeme
- 2.2.8. Yangın alarmı yok
- 2.2.9. Uygunsuz çatı ve pencereler
- 2.2.10. Açıkta elektrik kabloları

- 2.2.11. Rahat olmayan giriş/ çıkış
- 2.2.12. Elverişsiz yerleştirilmiş yerler
- 2.2.13. Yetersiz ışıklandırma
- 2.2.14. Uygunsuz merdiven parmaklığı
- 2.2.15. Evin içinde sigara içiliyor
- 2.2.16. Oksijen tüpü var
- 2.2.17. Tehlikeli şekilde serilmiş halılar
- 2.2.18. Küçük çapta değişiklikler gerektiriyor
- 2.2.19. Küçük çapta onarım gerekiyor
- 2.2.20. Geniş çapta değişiklikler gerektiriyor
- 2.2.21. Geniş çapta onarım gerekiyor
- 2.2.22. Kullanılabilir telefon yok
- 2.2.23. Çocuklar için önlemler gerekiyor
- 2.2.24. Odanın küçük olması
- 2.2.25. Isıtma yok
- 2.2.26. Evin kalabalık olması
- 2.2.27. Güvensiz elektrik sistemi (sigorta veya toprak hattı olmaması)
- 2.2.28. Elektrik yok
- 2.2.29. Kurşun boya kullanılmış

2.3. Sanitasyon sistemi/ temizlik

- 2.3.1. Uygun, yeterli
- 2.3.2. Sıcak su yok
- 2.3.3. Yiyeceklerin uygunsuz saklanması
- 2.3.4. Uygun olmayan yiyecek soğutması
- 2.3.5. Pişirme için gerekli donanımın olmaması
- 2.3.6. Uygunsuz atılmış tek kullanımlık tıraş bıçakları
- 2.3.7. Hamamböcekleri
- 2.3.8. Böcekler: karıncalar, sinekler, arılar vb.
- 2.3.9. Pireler
- 2.3.10. Kemirgen hayvanlar
- 2.3.11. Su akıyor

2.3.12. Suların kirli olması

2.3.13. Yetersiz su tesisatı/ kanalizasyon sistemi

2.3.14. Sadece dışarıda tuvalet olması

2.3.15. Uygun olmayan şekilde atılmış katı ve sıvı insan çıkartıları

2.4. Evcil hayvanlar

2.4.1. Yok

2.4.2. Var, sağlıklı

2.4.3. Evin içinde

2.4.4. Dışarıda

2.4.5. Temiz

2.4.6. Sağlıksız

2.4.7. Temiz değil ve kontrol edilmiş

2.4.8. Temiz değil ve kontrol edilmemiş

2.4.9. Tehlikeli

2.4.10. Bakımı zorlaştıracak kadar çok sayıda var

2.5. Çevre güvenliği

2.5.1. Tehlikesiz görünüyor

2.5.2. Tehlikelerden korunmak için semt sakinleri birbirlerine göz kulak oluyor

2.5.3. Güvenlik sorunları var

2.5.4. Geçişli konutlar bulunuyor

2.5.5. Terkedilmiş binalar var

2.5.6. Duvar yazıları var

2.5.7. Çöp veya atıklar var

2.5.8. Bilinen suç bölgesi durumunda

2.5.9. Çatışmalar veya çeteler mevcut

2.5.10. Evsizler barınağı var

2.5.11. Ziyaret ederken koruma gerekiyor

2.6. Çevre kirliliği

2.6.1. Kirliliğe dair kanıtlar yok

2.6.2. Elverişsiz çöp toplama

2.6.3. Tuvalet dışarıda (genel tuvalet) - kötü koku var

2.6.4. Saptanmış kirlilik bölgesi durumunda

2.6.5. Sağlığı tehdit ediyor

2.6.6. Bölge oturmaya elverişli değil

2.7. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4

YORUMLAR:

B. PSİKOSOSYAL ALAN

3. TOPLUM AĞI

3.1. Birey veya ailenin sosyal kaynakları kullanımı

3.1.1. Madde uygulanabilir değil

3.1.2. Kaynakların kullanımı yeterli

3.1.3. Yardım istemiyor

3.1.4. Bölgeye yeni, sosyal kaynakları bilmiyor

3.1.5. Yardıma gereksinim duyuyor

3.1.6. Randevulara gelmiyor

3.1.7. Verilen önerilere uymuyor

3.1.8. Sosyal kaynaklar kullanılmıyor, birey/ aile tehlikede

3.2. Ulaşım aracı

3.2.1. Ulaşım aracı var

3.2.2. Ulaşım aracı yok, ihtiyaç da yok

3.2.3. Ulaşım aracı güvenilir değil, şimdilik gerekli de değil

3.2.4. Ulaşım aracı güvenilir değil, ancak gerekli

3.2.5. Ulaşım güclüğü var

3.2.6. Ulaşım aracı yok, fakat ihtiyaç var

3.3. Şu anda var olmayan, gereksinim duyulan kaynaklar

3.3.1. Madde uygulanabilir değil

3.3.2. Coğrafik engeller

3.3.3. Sosyal engeller (karakterle ilgili engeller, kültürel kısıtlamalar)

3.3.4. Bekleme listesinde

3.3.5. Erişilemez halde olması (dille ve ulaşım ile ilgili engeller nedeniyle)

3.3.6. Diğer

3.4. Acil planı

- 3.4.1. Acil ambulans hizmetini (112) aramak
- 3.4.2. Aile veya bakım verenlerin (psikolog, sosyal hizmet uzmanı g.b.) kontrolü
- 3.4.3. Ücretsiz yardım/ danışma hatlarını aramak
- 3.4.4. Çevreyi kontrol etmek
- 3.4.5. Diğer yararlı planlar
- 3.4.6. Sürekli birinin varlığına gereksinimi var
- 3.4.7. Etkili bir planı yok
- 3.4.8. Planı uygulayamayacak durumda

3.5. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

4. AİLE SİSTEMİ

4.0. Aile içi yapı

- 4.0.1. Madde uygulanabilir değil
- 4.0.2. Son zamanlarda aile yapısında değişiklik olmadı
- 4.0.3. Son zamanlarda aile yapısında değişiklik oldu

Ebeveynlik rolü için destek

- 4.0.4. Madde uygulanabilir değil
- 4.0.5. Ebeveynlik rolü için destek iyi durumda
- 4.0.6. Ebeveynlik rolü için destek çok az
- 4.0.7. Ebeveynlik rolü için destek hiç yok

Ebeveynlik rolünün anlaşılması

- 4.0.8. Ebeveynlik rolü iyi anlaşılmış
- 4.0.9. Ebeveynlik rolünün anlaşılması geliştirilmeli
- 4.0.10. Ebeveynlik rolünün anlaşılması zayıf

4.1. Yaşama düzeni

- 4.1.1. Yalnız yaşıyor
- 4.1.2. Ailesi ile yaşıyor
- 4.1.3. Kendisi için önemli başka kişilerle yaşıyor
- 4.1.4. Arkadaşları ile yaşıyor
- 4.1.5. Bir bakıcı ile yaşıyor

- 4.1.6. Onu çevre destekliyor
- 4.1.7. Çevre bazen destekliyor
- 4.1.8. Çevre desteklemiyor

4.2. Bakıcı

- 4.2.1. İhtiyacı yok
- 4.2.2. Yetenekli
- 4.2.3. Bakıcı var
- 4.2.4. Bakıcı istekli
- 4.2.5. Bakıcı oldukça yaşlı
- 4.2.6. Bakıcı okur yazar değil
- 4.2.7. Sürekli bir bakıcı yok
- 4.2.8. Bakıcı var, her zaman işini göremiyor
- 4.2.9. Evhamlı
- 4.2.10. Yararından çok zararı var
- 4.2.11. Bakıcı yok
- 4.2.12. Bakıcı var, yetenekli değil
- 4.2.13. Bakıcı var, istekli değil

4.3. Bakım

- 4.3.1. İhtiyaçlara yeterli
- 4.3.2. İhtiyaçlara yeterli değil
- 4.3.3. Evde yalnız kalıyor
- 4.3.4. Bakım sürekli değil
- 4.3.5. İstismar / ihmal edilme ile ilgili öyküsü var
- 4.3.6. Bakım her zaman güvenli değil
- 4.3.7. Bakımda kötüye kullanma (istismar) veya ihmal şüphesi var
- 4.3.8. Bakımda ihmal edildiğine dair deliller var
- 4.3.9. Bakımda istismar edildiğine dair deliller var

4.4. Aile rolleri

Hastalık veya ortaya çıkan durumla ilgili olarak meydana gelen rol değişiklikleri:

- 4.4.1. Madde uygulanabilir değil
- 4.4.2. Rol değişikliği yok
- 4.4.3. Koşullara uygun olarak roller değiştirilmiş
- 4.4.4. Yeni role uyum sağlama sürecinde yardım gerekiyor
- 4.4.5. Uyum sağlayamıyor
- 4.4.6. Rol değişikliğinden bireyin sağlığı olumsuz etkileniyor

Ebeveynlikle ilgili olarak hastalık veya durumla bağlantılı rol değişiklikleri:

- 4.4.7. Yok
- 4.4.8. Koşullara uygun olarak değiştirilmiş
- 4.4.9. Uyum sağlama sürecinde yardım gerekiyor
- 4.4.10. Uyum sağlayamıyor
- 4.4.11. Rol değişikliğinden bireyin sağlığı olumsuz etkileniyor

4.5. Kapsamlı sosyal ilişki desenleri

Sosyal Sistem

- 4.5.1. Ailesi var
- 4.5.2. Geniş aile ile birlikte
- 4.5.3. Komşuları veya arkadaşları var
- 4.5.4. Cemaat veya topluluklara katılıyor
- 4.5.5. Resmi destek grubu var
- 4.5.6. İş arkadaşları mevcut
- 4.5.7. Hiçbiri yok

Sosyal sistem desteği

- 4.5.8. Her zaman var
- 4.5.9. Bazen var
- 4.5.10. Nadiren var
- 4.5.11. Hiçbir zaman yok

Sosyal sistem içindeki baş etme davranışları

- 4.5.12. Destekleyici
- 4.5.13. Yardım istemiyor

- 4.5.14. Birey destekleyici davranışlara teşebbüs ediyor
- 4.5.15. Hastanın ihtiyaçlarını dikkate almadan rutini sürdürüyor
- 4.5.16. Ekonomik ve sosyal refaha zarar verebilecek kararlar veriyor
- 4.5.17. Tahammül edemiyor ve sık sık çatışma yaşıyor
- 4.5.18. Bireyin ihtiyaçlarını karşılamıyor
- 4.5.19. Sorun çözmede başarılı değil
- 4.5.20. Sosyal sistem içindeki çatışmalar bakımını etkiliyor
- 4.5.21. Terk edip gitme davranışı sergiliyor

4.6. Genel olarak birey tarafından şekillendirilen ilişkilerin tipi:

- 4.6.1. Uyumlu
- 4.6.2. Destekleyici
- 4.6.3. Kısa ömürlü
- 4.6.4. Mesafeli
- 4.6.5. Yapmacık, zoraki
- 4.6.6. Birileri ile çatışma içinde, çelişkili
- 4.6.7. İstismarcı
- 4.6.8. Hastanın sağlığını olumsuz etkiliyor

4.7. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

5. DUYGUSAL/ ZİHİNSEL YANIT

5.1. Bireyin durumu değerlendirmesi

- 5.1.1. Madde uygulanabilir değil
- 5.1.2. Sorun yok
- 5.1.3. Büyük yaşam değişikliği olarak değerlendiriyor
- 5.1.4. Zor bir durum olarak görüyor

5.2. Baş etme davranışları

- 5.2.1. İyi uyum sağlıyor
- 5.2.2. Duruma/ değişikliğe yavaş uyum sağlıyor
- 5.2.3. Yardım talep etmiyor
- 5.2.4. Sorun çözmede etkili olamıyor

- 5.2.5. Uygun olmayan yeme alışkanlıkları var
- 5.2.6. Çevreye yıkıcı davranışlarda bulunuyor
- 5.2.7. Sorunlarla baş edemiyor
- 5.2.8. Kendini kontrolünü kaybetme riski var
- 5.2.9. Diğer uygun olmayan davranışlar sergiliyor
- 5.2.10. Temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılayamıyor
- 5.2.11. Kendine veya başkalarına zararlı oluyor

5.3. Duygusal Durum

- | | |
|--------------------------------|---|
| 5.3.1. Neşeli | 5.3.11. Depresyon işlevlerini etkiliyor |
| 5.3.2. Yardımsever | 5.3.12. İlgisiz |
| 5.3.3. Sessiz, sakin | 5.3.13. Endişe işlevlerini etkiliyor |
| 5.3.4. Olumlu davranışları var | 5.3.14. İlgi bekliyor |
| 5.3.5. Mutsuz | 5.3.15. Kızgın |
| 5.3.6. Ağlamaklı | 5.3.16. Hırçın |
| 5.3.7. Endişeli | 5.3.17. Acı çekme ile ilgili günlük/ sorunları var |
| 5.3.8. Alıngan | 5.3.18. Düşmanca, saldırgan |
| 5.3.9. Şüpheli | 5.3.19. Mücadeleci |
| 5.3.10. Bunalımda (depresyon) | 5.3.20. Duygusal hali güvenlik ve sağlığını etkiliyor |

5.4. Zihinsel durum

- 5.4.1. Uygun yargılama (düşünme) yeteneği var
- 5.4.2. Emirleri anlayabilecek durumda
- 5.4.3. Emirlerle uyuyor
- 5.4.4. Yargılaması (muhakemesi) uygun durumda
- 5.4.5. İyi kararlar verebiliyor
- 5.4.6. Bozulmuş, dağınık düşünce yapısı mevcut
- 5.4.7. Yargılaması yetersiz
- 5.4.8. Emirleri anlayabilecek durumda değil
- 5.4.9. Uzak geçmişteki olayları hatırlama güçlüğü var
- 5.4.10. Yakın geçmişteki olayları hatırlama güçlüğü var
- 5.4.11. Unutkan

- 5.4.12. Bilinç bulanıklığı (yer, zaman ve kişileri tanımama)
 5.4.13. İyi kararlar veremiyor
 5.4.14. Yaşlılık bunaması var (güvenlik veya sağlığını etkiliyor)

5.5. Törenler, gelenekler ve yaşam şekli ile kültürünü/ dinini özdeşleştirme

- 5.5.1. Özdeşleştirebiliyor 5.5.2. Özdeşleştiremiyor

5.6. Kültürel/ ruhsal inançlar

- 5.6.1. Madde uygulanabilir değil
 5.6.2. Durumla uyumlu
 5.6.3. Aile desteğini etkiliyor
 5.6.4. Durumdan etkilenmiş
 5.6.5. Tedavisi ile inançları çatışıyor
 5.6.6. İnançları sağlığını olumsuz etkiliyor

5.7. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

6. BİREYSEL BÜYÜME/ GELİŞME

6.1. Erken gelişme (yeni doğan veya yetişkin)

- 6.1.1. Normal sınırlar içinde
 6.1.2. Sosyal gelişmede gerilik
 6.1.3. Konuşması gecikmiş
 6.1.4. Zihinsel gelişmede gerilik
 6.1.5. Bilişsel gelişmede gerilik
 6.1.6. Düşük doğum ağırlıklı yeni doğan
 6.1.7. Fiziksel gelişmede gerilik
 6.1.8. Doğumsal kusur veya sakatlık
 6.1.9. Gelişim risk altında
 6.1.10. Prematürelilik
 6.1.11. Günlük yaşam aktivitelerinde kısmi bağımlı (yetişkin olarak)
 6.1.12. Günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı (yetişkin olarak)

6.2. Okuma yazmada sorunlar: 6.2.1. Yok 6.2.2. Şüpheli 6.2.3. Var

6.3. Benlik tanımı

- 6.3.1. Benlik duygusu iyi
- 6.3.2. Kendini seviyor
- 6.3.3. İlişkilerini koruyor
- 6.3.4. Davranışlarının sorumluluğunu alıyor
- 6.3.5. Benlik duygusunu geliştiriyor
- 6.3.6. Davranışlarının sorumluluğunu almıyor
- 6.3.7. Benlik duygusu zayıf
- 6.3.8. Diğerlerini dışlıyor

6.4. Ebeveynlik

- 6.4.1. Madde uygulanabilir değil
- 6.4.2. Çocuğu ile ilgili beklentileri gerçekçi
- 6.4.3. Çocuğu ile ilgili beklentileri gerçekçi değil
- 6.4.4. Büyüme ve gelişme sürecinin açıklanmasına ihtiyacı var
- 6.4.5. Gerçekçi olmayan tuvalet eğitimi beklentileri var
- 6.4.6. Uygun anne baba olmada başarısızlık/ isteksizlik gözleniyor

6.5. Manevi gelişim

- 6.5.1. Madde uygulanabilir değil
- 6.5.2. Düzenli olarak ruhsal (manevi) uygulamalarda bulunuyor
- 6.5.3. Ara sıra ruhsal uygulamalar yapıyor
- 6.5.4. Manevi ya da dini uygulamalara hiç katılmıyor

6.6. Yaşlanma veya sağlık sınırlılıklarına uyum

- 6.6.1. Madde uygulanabilir değil
- 6.6.2. Yaşamdan memnun
- 6.6.3. Yaşlılığın gerektirdiği değişimlere uygun aktiviteleri var
- 6.6.4. Geniş çapta öneriler almış
- 6.6.5. Toplum hizmetlerine katılıyor

- 6.6.6. Olumsuz beden imajına sahip
- 6.6.7. Doyumlu ilişkilerin yokluğunu çekiyor
- 6.6.8. Uyumda bazı zorlukları var
- 6.6.9. Kendi kendini suçluyor
- 6.6.10. Kendini beğenmiyor, küçümsüyor
- 6.6.11. Düşük benlik saygısına sahip
- 6.6.12. Umutsuz
- 6.6.13. İntihara eğilimli
- 6.6.14. Bağımlı kişilik

6.7. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

C. FİZYOLOJİK ALAN

7. DUYUSAL FONKSİYONLAR

7.1. Görme

- 7.1.1. Normal
- 7.1.2. Yazılanları görebiliyor
- 7.1.3. Renk körlüğü var
- 7.1.4. Gözlüğü var, kullanıyor
- 7.1.5. Kontakt lens kullanıyor
- 7.1.6. Gözlüğü var, kullanmıyor
- 7.1.7. Yazılanları göremiyor
- 7.1.8. Bulanık görüyor
- 7.1.9. Çift görüyor
- 7.1.10. Tanılanmış körlüğü var, ancak uyum sağlamış
- 7.1.11. Tanılanmış körlüğü var, ancak GYA' nde başkalarından yardım gerekiyor

7.2. Gözler

- 7.2.1. Normal
- 7.2.2. Kızarıklık var
- 7.2.3. Eski protezler var
- 7.2.4. Tedavi edilmemiş kataraktı var
- 7.2.5. Akıntı mevcut

- 7.2.6. Glokomu var
- 7.2.7. İltihaplı
- 7.2.8. Kaşınma, göz yaşarması var
- 7.2.9. Ağrısı, acısı var
- 7.2.10. Şişlik var
- 7.2.11. Göz yaşı kanalları tıkalı
- 7.2.12. Yeni protezleri var
- 7.2.13. Işığa tepkisiz

7.3. İşitme/ kulaklar

- 7.3.1. Normal
- 7.3.2. İşitme cihazı kullanıyor
- 7.3.3. Kulak çınlaması var
- 7.3.4. Kulak ağrısı var
- 7.3.5. Her iki kulakta hafif işitme kaybı mevcut
- 7.3.6. Tek taraflı işitme kaybı var
- 7.3.7. İşitme cihazı yok veya kullanmıyor
- 7.3.8. Kulak kiri var
- 7.3.9. Her iki kulakta işitme ciddi işitme kaybı var
- 7.3.10. Tam sağırılık gelişmiş

7.4. Denge kaybı/ baş dönmesi

- 7.4.1. Yok
- 7.4.2. Ara sıra
- 7.4.3. Güvenlik önlemleri gerektirecek düzeyde var
- 7.4.4. Sıklıkla oluyor

7.5. Koku alma/ burun

- 7.5.1. Normal
- 7.5.2. Sinüs sorunları var
- 7.5.3. Koku alamıyor
- 7.5.4. Aşırı duyarlılık var

- 7.5.5. Burun kanaması var
- 7.5.6. Kokuyu algılaması azalmış
- 7.5.7. Burun tıkanıklığı var

7.6. Dokunma duyusu

- 7.6.1. Normal
- 7.6.2. Aşırı duyarlı
- 7.6.3. Batma ve yanma hissi var
- 7.6.4. Soğuk veya sıcaklığı alt ekstremitelerde hissetmiyor
- 7.6.5. Soğuk/ sıcaklığı üst ekstremitelerde hissetmiyor
- 7.6.6. Üst ekstremitelerde uyuşukluk veya duyu azalması var
- 7.6.7. Alt ekstremitelerde uyuşukluk veya duyu azalması var
- 7.6.8. Güvenlik önlemi gerektirecek kadar soğuk/ sıcaklığı hissedemiyor
- 7.6.9. Güvenlik önlemi gerektirecek kadar uyuşukluk ve duyu azalması var
- 7.6.10. Dokunma duyusu yok
- 7.6.11. Komada

7.7. Ağrı/ rahatsızlık- sıkıntı

- 7.7.1. Yok
- 7.7.2. Var

Yoğunluğu (1-10):.....

- 7.7.3. Ağrının yoğunluğu işlevlerini minimum etkiliyor
- 7.7.4. Ağrının yoğunluğu 1 – 3 arasında
- 7.7.5. Ağrının yoğunluğu 4 – 8 arasında
- 7.7.6. Ağrının yoğunluğu 9 ve 10 derecesinde

Ağrının kalitesi

- 7.7.7. Ağrının kalitesi acı şeklinde
- 7.7.8. Ağrı keskin değil, künt
- 7.7.9. Keskin ağrısı var
- 7.7.10. Kronik ağrısı var
- 7.7.11. Delici, batıcı ağrısı var

Ağrının sıklığı

7.7.12. Sıklığı; her 4 saatte bir veya daha seyrek

7.7.13. Sıklığı; her 1-3 saatte bir

7.7.14. Sıklığı; sürekli

7.8. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4**YORUMLAR:****8. SOLUNUM/ DOLAŞIM****8.1. Hava yolu**

8.1.1. Temiz ve açık

8.1.2. Kuru öksürük var, balgamlı değil

8.1.3. Öksürme ile temizleniyor

8.1.4. Balgamlı öksürüğü var

8.1.5. Kısmen tıkalı

8.1.6. Trakeal tüp var (cuf'lı)

8.1.7. Trakeal tüpü yok (cuf'lı değil)

8.1.8. Aspirasyon gerekiyor

8.2. Solunum sesleri

8.2.1. Normal

8.2.2. Temiz ve açık

8.2.3. Hırıltılı (ronşlar mevcut)

8.2.4. Çıtırtılı (crackles)

8.2.5. Solunum sesleri azalmış

8.2.6. Soluk alırken ıslık sesi var

8.2.7. Soluk verirken ıslık sesi var

8.3. Nefes alma sayısı:...../ dakika

8.3.1. Dakikada 16 - 40 arası

8.3.2. Dakikada 16'dan az

8.3.3. Dakikada 40'tan fazla

Solunum desenleri

8.3.4. Normal

- 8.3.5. Düzenli
- 8.3.6. Düzensiz
- 8.3.7. Hızlı
- 8.3.8. Yüzeysel (sığ)
- 8.3.9. Aşırı iç çekmeli
- 8.3.10. Zorlu solunum
- 8.3.11. Hiper ventilasyon (derin nefes alma)
- 8.3.12. Yalnızca otururken veya ayaktaiken rahat nefes alabiliyor
- 8.3.13. Kussmaul solunumu var
- 8.3.14. Apne periyotları var
- 8.3.15. Cheyne- Stokes solunum gözleniyor

8.4. Solunum güçlüğü/ Solunumun kısıllığı

- 8.4.1. Yok
- 8.4.2. Orta derecede aktivite ile solunum güçlüğü var
- 8.4.3. Ara sıra solunum ekipmanı gerekiyor
- 8.4.4. Minimal aktivite ile solunum güçlüğü var
- 8.4.5. Dinlenme esnasında solunum güçlüğü var
- 8.4.6. İç çekme var veya burun kanatları solunuma katılıyor
- 8.4.7. Devamlı solunum ekipmanı gerekiyor
- 8.4.8. Ciddi derecede solunum güçlüğü var

8.5. Kardiyovasküler durum

- 8.5.1. Normal
- 8.5.2. Çarpıntıları var
- 8.5.3. Kramplar/ bacadaki dolaşım bozukluğu nedeniyle bazen topallaması oluyor
- 8.5.4. Arteriyel yetmezlik veya venöz tıkanıklık var
- 8.5.5. Aktivite ile göğüs ağrısı oluyor
- 8.5.6. Dinlenirken bile göğüs ağrısı oluyor
- 8.5.7. Ortostatik hipotansiyon belirti veya bulguları var
- 8.5.8. Dudaklarda morarma oluyor
- 8.5.9. Tırnaklarda morarma var

8.5.10. Bayılma ve göz kararması oluyor

Ödem durumu

8.5.11. Ödem derecesi: +1 (lokalizasyonu:.....)

8.5.12. Ödem derecesi: +2 (lokalizasyonu:.....)

8.5.13. Ödem derecesi: +3 (lokalizasyonu:.....)

8.5.14. Ödem derecesi: +4 (lokalizasyonu:.....)

Eğer hamileyse;

8.5.15. Parmaklarda veya yüzde ödemi var

8.5.16. Kısa zamanda çok fazla kilo almış

Kan basıncı:.....mm/ hg

8.5.17. Diastolik 90 üstü veya 60 altında ise

8.5.18. Sistolik 140 üstü veya 90 altında ise

Nabız:...../ dakikada

8.5.19. 90'ın üstünde ise (dakikada)

8.5.20. 60'ın altında ise

Nabız ritmi

8.5.21. Düzenli

8.5.22. Düzensiz

Nabız kalitesi

8.5.23. Normal

8.5.24. Sıçrayıcı

8.5.25. İpliksi

8.5.26. Zayıf

8.6. Kardiyovasküler öykü

8.6.1. Normal

8.6.2. Tansiyon ilaçları alıyor ve kan basıncı kontrol altında

8.6.3. Bilinen kalp bloğu veya darlıkla ilgili öyküsü var

8.6.4. Aritmisi var (kontrol altına alınmış)

8.6.5. Tansiyon ilaçları alıyor, ancak kan basıncı kontrol edilememiş

8.6.6. Pacemaker var

8.6.7. Antikoagülan tedavi alıyor

8.6.8. Üfürümleri var

8.6.9. Defibrilatör kullanıyor

8.6.10. Aritmisi var ve yaşamını tehdit ediyor

8.7. Dayanıklılık

8.7.1. İyi

8.7.2. Sadece günlük yaşam aktiviteleri (GYA)ne dayanabiliyor

8.7.3. Sınırlı; sadece günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde bile yetersiz

8.7.4. Bağımlı durumda

8.8. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

9. SİNİR- KAS- İSKELET FONKSİYONLARI

9.1. Bilinç düzeyi

9.1.1. Uyanık

9.1.2. Hızlı tepki veriyor

9.1.3. Uyuşuk, sersemlemiş

9.1.4. Nöbet geçirme riski var

9.1.5. Sözlü/ ağrılı uyaranlara tepkisiz

9.1.6. Letarjik; uyandırılmada güçlük çekiliyor

9.1.7. Nöbet geçiriyor

9.1.8. Status epileptikus tablosunda

9.1.9. Koma halinde

9.2. Oryantasyon

9.2.1. Tam 9.2.2. Dört 9.2.3. Üç 9.2.4. İki

9.2.5. Bir 9.2.6. Hiç oryantasyonu yok

9.3. İletişim

9.3.1. Normal sesli iletişim kurabiliyor

9.3.2. Az konuşuyor, suskun

9.3.3. Aşırı konuşkan

9.3.4. Etkili iletişim kuruyor

9.3.5. Kısa dikkat süresine sahip

- 9.3.6. İsteklerini anlamlı şekilde dile getiremiyor
- 9.3.7. Uygun olmayan yapı ve zamanda konuşuyor
- 9.3.8. Anlamsız ve etkisiz konuşma
- 9.3.9. Anlatıyor, fakat anlamıyor
- 9.3.10. Sadece yazılı iletişim kurabiliyor
- 9.3.11. Sadece sözsüz iletişim kurabiliyor
- 9.3.12. İletişim kuramıyor
- 9.3.13. Anlatma ve anlamada bozukluk var

9.4. Konuşma yeteneği

- 9.4.1. Açık, anlaşılır
- 9.4.2. Tutarlı
- 9.4.3. Hızlı
- 9.4.4. Sözcükleri ağızda geveleyerek ve yutarak konuşması var
- 9.4.5. Konuşma özürü var
- 9.4.6. Duraksayarak, yavaş konuşması var
- 9.4.7. Hiç konuşmıyor

9.5. Dil

- 9.5.1. Türkçe (aksanı yok)
- 9.5.2. Sadece işaret dilini kullanıyor, tercüman gerekmiyor
- 9.5.3. Sadece yabancı dil konuşuyor, tercüman gerekmiyor
- 9.5.4. Sadece yabancı dil konuşuyor, tercüman var
- 9.5.5. Sadece işaret dilini kullanıyor, tercümanı var
- 9.5.6. Sadece işaret dilini kullanıyor, tercüman yok
- 9.5.7. Sadece yabancı dil konuşuyor, tercüman yok
- 9.5.8. Türkçe (ağır aksanı var)

9.6. Yürüyüş

- 9.6.1. Düzgün, dengeli
- 9.6.2. Titreyerek yürüyor
- 9.6.3. Dengesiz yürüyor

- 9.6.4. Ataksik yürüyor
- 9.6.5. Ayak sürüyerek yürüyor
- 9.6.6. Üst ekstremitelerle kısmi ağırlık kaldırabiliyor
- 9.6.7. Sol alt ekstremitede ağırlık taşımada başarısız
- 9.6.8. Sağ alt ekstremitede ağırlık taşımada başarısız
- 9.6.9. Üst ekstremitelerde ağırlık taşıyamıyor
- 9.6.10. Yatağa bağımlı durumda

9.7. Hareket kabiliyeti

- 9.7.1. Üst ekstremitelerde tam
- 9.7.2. Alt ekstremitelerde tam
- 9.7.3. Üst ekstremitelerde sınırlı
- 9.7.4. Alt ekstremitelerde sınırlı
- 9.7.5. Üst ekstremitelerde kontraktürler var
- 9.7.6. Alt ekstremitelerde kontraktürler var

9.8. Günlük yaşam aktiviteleri

- 9.8.1. Beslenme bağımsız yardımcı araç yardımla yedirilmesi gerek
- 9.8.2. Tuvalet bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı
- 9.8.3. Banyo/duş bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı
- 9.8.4. Ağız/ diş bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı
- 9.8.5. Giyinme bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı
- 9.8.6. Saçlar bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı
- 9.8.7. Tırnaklar bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı
- 9.8.8. Hareket bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı
- 9.8.9. Yürüme bağımsız sınırlı yardımcı araç yardımla bağımlı

9.9. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

10. ÜREME

- 10.1.1 Normal
- 10.2.2. Hamilelik var

Hamilelik durumu

- 10.2.3. Hamileliği normal
- 10.2.4. Sabah bulantıları oluyor
- 10.2.5. Bulantı ve kusma oluyor
- 10.2.6. Baş ağrısı var
- 10.2.7. Gebeliği sıkıntılı
- 10.2.8. Gebeliği kanamalı
- 10.2.9. Gebeliği yüksek riskli ve komplikasyonlu
- 10.2.10. Uygun olmayan egzersiz/ dinlenme/ diyet/ davranış alışkanlıkları var
- 10.2.11. Kasılmaları var
- 10.2.12. Riskli gebelik

Prenatal bakıma başlama zamanı

- 10.2.13. İlk trimesterde prenatal bakıma başladı
- 10.2.14. İkinci trimesterde prenatal bakıma başladı
- 10.2.15. Üçüncü trimesterde prenatal bakıma başladı

10.3. Doğum sonu

- 10.3.1. Doğum sonu dönemde normal
- 10.3.2. Doğum sonu dönemde sıkıntılı
- 10.3.3. Emzirmede güçlük çekiyor
- 10.3.4. Uygun olmayan egzersiz/ dinlenme/ diyet/ davranış alışkanlıkları var
- 10.3.5. Yüksek riskli ve komplikasyonlu doğum sonu dönem

10.4. Adetler

- 10.4.1. Madde uygulanabilir değil
- 10.4.2. Menopoz sonrası dönemde
- 10.4.3. Düzenli
- 10.4.4. Menopozda
- 10.4.5. Hamilelik var
- 10.4.6. Düzensiz
- 10.4.7. Hiç adet görmüyor
- 10.4.8. Aşırı kanaması oluyor

- 10.4.9. Ağrılı adet görüyor
- 10.4.10. Menopozla ilgili sorunları var

10.5. Vajina

- 10.5.1. Madde uygulanabilir değil
- 10.5.2. Normal
- 10.5.3. Anormal; kanamalı/ akıntılı

10.6. Cinsel kimlik/ rol

- 10.6.1. Normal
- 10.6.2. Ortamı rahat
- 10.6.3. Tecavüz kurbanı
- 10.6.4. Ensest kurbanı
- 10.6.5. Cinsel kimlik veya rol karmaşıklığı yaşıyor
- 10.6.6. Sorunlu alan

10.7. Uygulamalar/ alışkanlıklar

- 10.7.1. Seksüel açıdan aktif değil
- 10.7.2. Güvenli seksi tercih ediyor
- 10.7.3. Edinilmiş cinsel yolla bulaşan hastalığı var
- 10.7.4. Cinsel açıdan aktif ve yetersiz korunma olasılığı var
- 10.7.5. Korunma yönteminden memnun değil
- 10.7.6. Ara sıra iktidarsızlığı var
- 10.7.7. Ağrılı cinsel ilişki şikayeti mevcut
- 10.7.8. Korunma yöntemini yanlış veya hatalı kullanıyor
- 10.7.9. Korunma yöntemini yetersiz kullanıyor
- 10.7.10. Çözülememiş iktidarsızlık sorunu var
- 10.7.11. Çok eşlilik

10.8. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

11. SİNDİRİM/ BOŞALTIM

11.1. Ağız

- 11.1.1. Normal
- 11.1.2. Ağız hijyeni iyi
- 11.1.3. Tam alt takma dişleri var
- 11.1.4. Tam üst takma dişleri var
- 11.1.5. Kısmi alt takma dişleri var
- 11.1.6. Kısmi üst takma dişleri var
- 11.1.7. Yarık damak mevcut
- 11.1.8. Yarık dudak mevcut
- 11.1.9. Diş telleri var
- 11.1.10. Ağız yaraları mevcut
- 11.1.11. Tel ile çenesi kapatılmış
- 11.1.12. Ağızda kırmızı lekeler var
- 11.1.13. Ağız kokusu var
- 11.1.14. Ağız hijyeni zayıf
- 11.1.15. Diş eti kanaması var
- 11.1.16. Dişsiz/ takma diş bile yok
- 11.1.17. Emmesi zayıf yeni doğan

11.2. Yemek yeme

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 11.2.1. Normal | 11.2.6. Yutma güçlüğü var |
| 11.2.2. Çiğneme güçlüğü var | 11.2.7. Öğürüyor |
| 11.2.3. Mide içeriği ağza geliyor | 11.2.8. Hiç ememiyor |
| 11.2.4. Yutamıyor | 11.2.9. Emme güçlüğü var |
| 11.2.5. Boğuluyor | 11.2.10. Çiğneyemiyor |

Bulantı

- 11.2.11. Yok
- 11.2.12. Hazımsızlık var
- 11.2.13. Bazen bulantısı oluyor
- 11.2.14. Devamlı bulantısı oluyor
- 11.2.15. Bazı gıdaları tolere edemiyor

11.2.16. Yaşamı tehdit edici düzeyde bulantısı oluyor

Kusma

11.2.17. Yok

11.2.18. Bazen kusuyor

11.2.19. Devamlı kusuyor

11.2.20. Bazı gıdaları tolere edemiyor

11.2.21. Kusma yaşamını tehdit ediyor

11.3. Sıvı dengesi

11.3.1. İyi hidrate olmuş

11.3.2. Deri turgoru iyi

11.3.3. Diüretik kullanıyor

11.3.4. Deri turgoru orta

11.3.5. Deri turgoru zayıf

11.3.6. Sıvı- elektrolit dengesizliği var

11.3.7. Dehidrate olmuş (susuz kalmış) yetişkin

11.3.8. Diabetik ketoasidozu var

11.3.9. Dehidrate olmuş yeni doğan

11.3.10. Yaşamı tehdit eden sıvı dengesizliği var

11.3.11. Asit-baz dengesizliği var

11.4. Glikoz/ yağ/ protein metabolizması

11.4.1. Normal

11.4.2. Zayıf; tedavi/ ilaçlarla kompanse edilmiş (örneğin: insülin kullanan diabetik)

11.4.3. Metabolizması zayıf; kompanse edilmemiş

11.4.4. Zayıf; tedaviye ve ilaca yeni başlamış

11.4.5. Yaşamı tehdit edici bozukluğu var

11.5. Bozulmuş karaciğer fonksiyonları ile ilgili belirti ve bulgular

11.5.1. Normal

11.5.2. Karaciğer fonksiyonları normal

11.5.3. Karaciğer fonksiyonları risk altında

- 11.5.4. Anormal karaciğer enzimleri
- 11.5.5. Boyun venlerinde dolgunluk
- 11.5.6. Sarılığı var
- 11.5.7. Karında asit var
- 11.5.8. Yeni doğan sarılığı var
- 11.5.9. Karaciğer büyümesi var
- 11.5.10. Karaciğer fonksiyonları yetersiz

11.6. Bağırsak fonksiyonları

- 11.6.1. Normal
- 11.6.2. Mide ve bağırsaklarda gaz birikmesi var
- 11.6.3. Lavman kullanıyor
- 11.6.4. Laksatif veya yumuşatıcılar kullanıyor
- 11.6.5. Hemoroidleri var
- 11.6.6. Orta derecede anal fissürler var
- 11.6.7. Tıkanıklık var
- 11.6.8. Karında distansiyon var
- 11.6.9. Yumuşak gaita (yetişkinde) yapıyor
- 11.6.10. Kendi kendine bakım yapan kolo-ileostomili
- 11.6.11. Kabızlık çekiyor
- 11.6.12. İnkontinansı (dışkıyı tutamama) var
- 11.6.13. İshali var
- 11.6.14. Sertleşmiş gaita mevcut
- 11.6.15. Yeni kolo- ileostomili
- 11.6.16. Fonksiyonel olmayan kolostomili
- 11.6.17. Fonksiyonel olmayan ileostomili
- 11.6.18. İnatçı (tedaviye cevap vermeyen) ishali mevcut
- 11.6.19. Ciddi anal fissürleri var

11.7. Mesane alışkanlıkları

- 11.7.1. Normal
- 11.7.2. Hematüri (kanlı idrar) var
- 11.7.8. Pollaküri var
- 11.7.9. Damla damla idrar yapıyor

- 11.7.3. Yanma var
 11.7.4. Sık sık idrar yapmakta
 11.7.5. Retansiyon var
 11.7.6. Ürostomili
 11.7.7. Oligüri (az idrar yapma) var
 11.7.10. Mesane distansiyonu var
 11.7.11. Noktüri (gece işemesi) var
 11.7.12. Poliüri (çok idrar yapma) var
 11.7.13. Disüri (ağrılı idrar yapma) mevcut
 11.7.14. İdrar yapmaya başlamada güçlük var

Mesane değişiklikleri

- 11.7.15. Yok
 11.7.16. Fonksiyonel olan ürostomili
 11.7.17. Fonksiyonel suprapubik tüpü var
 11.7.18. Fonksiyonel olmayan ürostomili
 11.7.19. Fonksiyonu olmayan suprapubik tüp
 11.7.20. Yeni suprapubik tüpü var
 11.7.21. Yeni ürostomili
 11.7.22. Nefrostomili

İnkontinans

- 11.7.23. Yok
 11.7.24. Tuvalete yetişme güçlüğü var
 11.7.25. Foley kateteri var
 11.7.26. Kendi kendine kateter bakımı
 11.7.27. Aralıklı kateter uygulaması var
 11.7.28. Stresli durumlarda idrar kaçırıyor
 11.7.29. Kateter bakımında yardım gerekiyor
 11.7.30. Gece işemeleri var
 11.7.31. Ped kullanıyor
 11.7.32. Sürekli idrar kaçırmakta
 11.7.33. Alt bezi kullanıyor (yetişkin)

11.8. Böbrek fonksiyonları

- 11.8.1. Normal
 11.8.2. Risk altında
 11.8.3. Yetersiz
 11.8.4. Ayaktan diyalize giriyor
 11.8.5. Evde diyalize giriyor

11.9. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

12. YAPISAL BÜTÜNLÜK

12.1. Deri

- 12.1.1. Bozulmamış, normal
 12.1.2. Yeni sünnet olmuş
 12.1.3. Kızarıklık var
 12.1.4. Kuruluk, pullanma var

- 12.1.5. Kaşıntılı
- 12.1.6. Derisi ince ve nazik
- 12.1.7. Elastikiyetini kaybetmiş
- 12.1.8. Akneleri var
- 12.1.9. Yara, bere, çürükleri var
- 12.1.10. Deride değişiklikler (ben / renk / büyüklüğünde) gözleniyor
- 12.1.11. Drenaj tüpü var
- 12.1.12. Çocuk bezi pişiği gelişmiş
- 12.1.13. Su kabarcıkları (büller) mevcut
- 12.1.14. Cerrahi kesisi mevcut
- 12.1.15. Göbek kordonu henüz düşmemiş
- 12.1.16. Peteşi var
- 12.1.17. Epizyotomi var
- 12.1.18. İsilik var
- 12.1.19. Yara izleri var
- 12.1.20. Yayılan çizik hatları görülüyor
- 12.1.21. Rengi soluk
- 12.1.22. Lezyonları var

Bası yaraları

- 12.1.23. Bası yarası var 1. Evrede
- 12.1.24. Bası yarası var 2. Evrede
- 12.1.25. Bası yarası var 3. Evrede
- 12.1.26. Bası yarası var 4. Evrede

Yara durumu

- 12.1.27. Yara var; kısmi kalınlık oluşmuş
- 12.1.28. Çok sayıda yara var
- 12.1.29. Yara var; tam kalınlık oluşmuş
- 12.1.30. Açık yara var veya içerdekiler dışarı çıkmış

2.2. Ayaklar

- 12.2.1. Normal
- 12.2.2. Ayakları için profesyonel bakım alıyor

- 12.2.3. Tırnak batması var
- 12.2.4. Ayak tırnaklarının kesilmeye ihtiyacı var
- 12.2.5. Kalınlaşmış ayak tırnakları mevcut
- 12.2.6. Nasırlar ve kalınlaşmış deri var

12.3. İmmün yanıt

- 12.3.1. Zedelenmemiş
- 12.3.2. Uzun süre steroid tedavisi almış
- 12.3.3. Radyasyon tedavisi almış
- 12.3.4. Kemoterapi almış
- 12.3.5. (AIDS Related Complex) yapısında
- 12.3.6. Bağışıklık sistemi baskılanmış
- 12.3.7. HIV (+)
- 12.3.8. Lenf bezleri büyümüş
- 12.3.9. AIDS'li

12.4. Enfeksiyon

- 12.4.1. Yok
- 12.4.2. Ayak tırnağı enfeksiyonu var
- 12.4.3. Kulak enfeksiyonu mevcut
- 12.4.4. Vajinal enfeksiyonu var
- 12.4.5. İdrar yolu enfeksiyonu var
- 12.4.6. Ağız enfeksiyonları mevcut
- 12.4.7. Üst solunum yolu enfeksiyonu var
- 12.4.8. Diğer lokal enfeksiyonlardan biri var
- 12.4.9. Sistemik enfeksiyonu var
- 12.4.10. Yara enfeksiyonu var

Enfeksiyon için tedavi;

- 12.4.11. Tedavi verilmemiş
- 12.4.12. Lokal antibiyotikler alıyor
- 12.4.13. Oral antibiyotikler kullanıyor
- 12.4.14. İ.M. antibiyotikler alıyor
- 12.4.15. İ.V. antibiyotikler alıyor

12.5. İyileşme yanıtı

12.5.1. Normal

12.5.2. Gecikmiş (diyabetiklerdeki gibi)

12.5.3. Tedaviye yanıt vermiyor

12.6. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:*****D. SAĞLIK DAVRANIŞLARI*****13. BESLENME****13.1. Reçete edilmiş diyet uygulaması**

13.1.1. Düzenli olarak uyguluyor

13.1.7. Sıvı kısıtlaması var

13.1.2. Oturtulmuş

13.1.8. Total parenteral beslenme alıyor

13.1.3. Emzirerek besleniyor

13.1.9. Bebeğin beslenme problemi var

13.1.4. Katı gıdalarla beslenen bebek

13.1.10. Yeni diyet verilmiş

13.1.5. Formül mama kullanan bebek

13.1.11. Tüple besleniyor

13.1.6. Emzirme ve mama birlikte alıyor

13.2. İştah

13.2.1. İyi

13.2.2. Yeterli

13.2.3. Çok iyi

13.2.4. Zayıf

13.2.5. Hiç yiyemiyor

Yetersiz beslenme durumu

13.2.6. Yetersiz beslenme durumu yok

13.2.7. Yetersiz beslenme durumu var

13.2.8. Yemeyi reddediyor

13.3. Diyet alımı

13.3.1. Reçete edilen diyeti memnuniyetle uyguluyor

13.3.2. Tercihlere göre yeniden değiştirilmiş diyeti uyguluyor

13.3.3. Reçete edilmiş olan diyeti uygulamıyor

13.3.4. Tercihlere göre yeniden düzenlenmemiş olan diyeti uyguluyor

Protein alımı

13.3.5. Yeterli

13.3.6. Protein alımı iyi

13.3.7. Protein alımı zayıf

13.3.8. Protein alımı yetersiz

Sıvı alımı

13.3.9. Sıvı alımı yeterli

13.3.10. Sıvı alımı iyi

13.3.11. Sıvı alımı zayıf

13.3.12. Sıvı alımı yetersiz durumda

13.4. Beslenme destek sisteminin durumu

13.4.1. Yok

13.4.2. İşlevsel olarak mevcut

13.4.3. Kendi kendine bakımını yapıyor

13.4.4. Yeni beslenme destek sistemi var

13.4.5. Beslenme destek sistemi ile ilgili problemler var

13.5. Yiyeceğini satın alabilme

13.5.1. Alabiliyor

13.5.2. Eve yiyecek getiriliyor

13.5.3. Akraba veya arkadaşlarla birlikte alışveriş yapıyor

13.5.4. Yiyecek satın alamıyor

Gıda seçimi

13.5.5. Madde uygulanabilir değil

13.5.6. Sağlıklı gıdaları seçiyor

13.5.7. Yeterli ve dengeli besleniyor

13.5.8. Uygun gıdaları parası olmadığı için alamıyor

13.5.9. Uygun olmayan gıdalar seçiyor

13.5.10. Gıda seçimi sağlığını riske atıyor

13.6. Yemekleri hazırlayabilme

13.6.1. Madde uygulanabilir değil

13.6.2. Kendi yemeklerini hazırlayabiliyor

13.6.3. Sadece dış yardımla yemek hazırlayabiliyor

13.6.4. Uygun öğünleri düzensiz olarak hazırlıyor

13.6.5. Kendi yemeklerini hazırlayamıyor

Gıda hazırlama

13.6.8. Madde uygulanabilir değil

13.6.6. Sağlıklı gıdalar hazırlıyor

13.6.7. Doyurucu gıdalar hazırlıyor

13.6.9. Uygun olmayan yemekler hazırlıyor

13.6.10. Sağlığını riske atacak şekilde gıdalar hazırlıyor

Ağırlık:

Tarih:.....

Kilo:.....kg

Boy:.....cm

Kilo
BKİ:—————
(Boy m)²

13.6.11. Ağırlığı normal sınırlar içinde

13.6.12. Son zamanlarda kilo kaybediyor

13.6.13. İdeal kilosunun % 10 altında veya üstünde

13.6.14. İdeal kilosunun % 25 altında veya üstünde

13.6.15. Aşırı derecede şişmanlığı veya aşırı zayıflığı var

13.7. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4

YORUMLAR:

14. KİŞİSEL ALIŞKANLIKLAR

14.1. Hijyen/ dış görünüş

14.1.1. Uygun

14.1.2. Temiz

14.1.3. Düzenli

14.1.4. Aşırı derecede titiz

14.1.5. Olağan dışı veya acayip dış görünüşü var

14.1.6. Vücut kokusu kötü

14.1.7. Üstü başı dağınık durumda

Yeni tanı, sakatlık ve yaşam değişikliğine paralel alışkanlık değişiklikleri

14.1.8. Olmuş

14.1.9. Olmamış

Ev idaresi ve çamaşır yıkama

- 14.1.10. Uygun
- 14.1.11. Kendi kendine yapıyor
- 14.1.12. Ailesi veya önemli başka kişiler tarafından yapılıyor
- 14.1.13. Bu konuda dışarıdan yardım gerekiyor
- 14.1.14. Düzenli olarak yapılmıyor

14.2. Egzersiz

- 14.2.1. Optimal iyilik derecesi için çabalıyor
- 14.2.2. Aktif ve düzenli egzersiz yapıyor
- 14.2.3. Yeni tanı, sakatlık ve yaşam biçimindeki değişikliğe uygun aktivite yapıyor
- 14.2.4. Aşırı egzersiz yapıyor
- 14.2.5. Hareketsiz yaşam (sedanter) sürdürüyor
- 14.2.6. Egzersiz programı yok
- 14.2.7. Yeni doğan bebeğin gereksiz yere uyarılması (egzersizle)

14.3. Uyku alışkanlıkları

- 14.3.1. Dinlenmiş olarak uyanıyor
- 14.3.2. Yorgun olarak uyanıyor
- 14.3.3. Uykusuzluk çekiyor
- 14.3.4. Uyumada yardım gerekiyor
- 14.3.5. Gece kabusları var
- 14.3.6. Erken uyanıyor
- 14.3.7. Uykuda bölünmeler oluyor
- 14.3.8. Uyku düzeninde bozulma var
- 14.3.9. Uyur gezerliği mevcut

14.4. Sigara içme

- 14.4.1. Hiç sigara içmemiş
- 14.4.2. Sigarayı bırakmış
- 14.4.3. Sağlık yakınmaları yok
- 14.4.4. Sigara dumanına maruz kalıyor
- 14.4.5. Genellikle sigara içilen çevrede yaşıyor
- 14.4.6. Sigara içiyor
- 14.4.7. Sürekli sigara içenlerle yaşıyor
- 14.4.8. Sigaraya bağlı sağlık sorunları var

14.5. Birey veya ailesi tarafından madde kullanımı

Alkol kullanımı

- 14.5.1. Yok
- 14.5.2. Sosyal içici konumunda
- 14.5.3. İlımlı, orta karar içiyor
- 14.5.7. Bir yıldan az zamandır içmiyor
- 14.5.8. Bir durumla baş etmede içmiş
- 14.5.9. Yaşam şeklini etkiliyor

- 14.5.4. Bir yıldan uzun zamandır içmiyor 14.5.10. Fonksiyonlarını etkiliyor
 14.5.5. Potansiyel veya şüpheli içici 14.5.11. Sağlığını riske atıyor
 14.5.6. Ağır içici

Uyuşturucu madde kullanımı

- 14.5.12. İyileşmiş bağımlı
 14.5.13. Reçete edilen veya reçete edilmeden alınabilen ilaçların uygun kullanımı
 14.5.14. İlaçların kasti olarak yanlış kullanımı şüphesi var
 14.5.15. İlaçları kasti yanlış kullanması fonksiyonlarını etkiliyor
 14.5.16. İlaçları kasti yanlış kullanması yaşam şeklini etkiliyor
 14.5.17. Kendinin ve başkalarının sağlığını/ güvenliğini riske atıyor

14.6. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:**

15. SAĞLIK YÖNETİMİ

15.1. Hizmet alma

- 15.1.1. Sağlıklı olmak için çabalıyor
 15.1.2. Sağlığını sürdürmek için sürekli girişimde bulunuyor
 15.1.3. Sağlığını sürdürmek için ara sıra girişimde bulunuyor
 15.1.4. Sağlığını sürdürmek için hiç bir girişimi yok
 15.1.5. Sağlık hizmeti bakımını reddediyor

15.2. Sağlık davranışları

- 15.2.1. Bağışıklığı tam (örn; tetanos)
 15.2.2. Kendi kendine meme muayenesi/ testiküler muayene yapıyor
 15.2.3. Önerilen tarama testlerini(sağlam çocuk, TA, kollersterol gb) yaptırmış
 15.2.4. Belirtilen diğer tarama testleri (HIV, CYBH, diyabetikler için görme) yapılmış
 15.2.5. Grip aşısı yaptırmış
 15.2.6. Pnömoni aşısı yaptırmış
 15.2.7. Çocuklar için emniyet kemeri kullanıyor
 15.2.8. Kendisi emniyet kemeri kullanıyor
 15.2.9. En son yaptırılan PAP testinin üstünden 2 yıldan az zaman geçmiş
 15.2.10. En son yapılan mamografinin üstünden 2 yıldan az zaman geçmiş
 15.2.11. En son diş muayenesinin üstünden 1 yıldan az zaman geçmiş

- 15.2.12. En son yaptırılan PAP testinin üstünden 2 yıldan uzun zaman geçmiş
- 15.2.13. En son yapılan mamografinin üstünden 2 yıldan uzun zaman geçmiş
- 15.2.14. En son diş muayenesinin üstünden 1 yıldan uzun zaman geçmiş
- 15.2.15. Önerilen tarama testlerini yaptırmaması gerek
- 15.2.16. Sağlık davranışları yok (yetişkin için)
- 15.2.17. Sağlık davranışları yok (çocuk için)
- 15.2.18. Belirtilen testleri yaptırmaması gerekiyor

15.3. İzleme görüşmeleri

- 15.3.1. Düzenli olarak geliyor
- 15.3.2. Düzenli gelmiyor
- 15.3.3. Sadece hatırlatıldığında geliyor
- 15.3.4. Acil sağlık hizmetlerini uygunsuz kullanıyor
- 15.3.5. Sağlık riski nedenlerini izlemede eksiklik

15.4. Hastalıklar, diyet, tedavi planı ile ilgili tıbbi bilgiler

- 15.4.1. Öğrenmiş
- 15.4.2. Öğreniyor: çok az tekrar gerektiriyor
- 15.4.3. Öğreniyor: çok yoğun tekrar gerektiriyor
- 15.4.4. Öğrenemiyor

15.5. Teknik beceriler

- 15.5.1. Teknik işlemler veya ekipmanlar (lens, takma diş, protez gibi) yok
- 15.5.2. Bağımsız olarak işlemleri yapıyor/ ekipmanı doğru olarak kullanıyor
- 15.5.3. Ekipmanı yardım alarak doğru kullanıyor
- 15.5.4. İşlemleri yapmada isteksiz
- 15.5.5. Haftada 3 defaya kadar sağlık görevlilerinden teknik yardım gerekiyor
- 15.5.6. Haftada 3'ten fazla teknik yardım gerekiyor (Eksternal damar girişimleri gibi)
- 15.5.7. Yaşamı sürdürmede gereken işlemleri doğru/ güvenilir olarak yapamıyor
- 15.5.8. Günde 1 kereden fazla sağlık görevlilerinden teknik yardım gerekiyor

15.6. İlaç tedavi yönetimi

15.6.1. İlaç tedavisi yok

15.6.2. Uygun ilaç tedavisi alıyor

15.6.3. Tedavi alma nedenini anlamıyor

15.6.4. Verilen ilacın dozunu bilmiyor

15.6.5. Başlıca yan etkilerini bilmiyor

15.6.6. Uygun olmayan ilaç tedavisi sistemi var

15.6.7. Reçete edildiği gibi ilaç tedavilerini almıyor

15.6.8. İlaç tedavisinde yan etkiler görülüyor

15.6.9. İlaç tedavisini yönetmek için profesyonel destek gerekiyor

15.6.10. Tıbbi tedaviye başlamada profesyonel destek gerekiyor

15.6.11. İlaç tedavi yönetiminden sapmalar olması sağlık risklerine yol açıyor

15.7. Parametre Oranı: 0 1 2 3 4 **YORUMLAR:****TOPLAM ÖLÇEK PUANI:**

EK 2

**TOPLUM SAĞLIK YOĞUNLUĞU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
PUANLAMA ÇİZELGESİ**

Hemşirelik Tanılaması

A. ÇEVRESEL ALAN

1. MALİ DURUM

MADDE ADI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1.1. Sağlık bakım fonları															
1.2. Harcamalar için gelirleri															
1.3. Parasal yardım gereksinimi															
1.4. Mali durumu yönetebilme															
1.5. Parametre Oranı															
YORUMLAR:															

2. FİZİKSEL ÇEVRE / GÜVENLİK

2.1. İkametgah															
2.2. Yapısal engeller/ Güvenlik sorunu															
2.3. Sanitasyon sistemi/ Temizlik															
2.4. Evcil hayvanlar															
2.5. Çevre güvenliği															
2.6. Çevre kirliliği															
2.7. Parametre Oranı															
YORUMLAR:															
ALAN PUANI:															

5.6. Kültürel/ ruhsal inançları																				
5.7. Parametre Oranı																				
YORUMLAR:																				

6. BİREYSEL BÜYÜME VE GELİŞME

6.1. Erken gelişme																				
6.2. Okuma yazma sorunları																				
6.3. Benlik tanımı																				
6.4. Ebeveynlik																				
6.5. Manevi gelişim																				
6.6. Yaşlanma/ sağlık sınırlılıklarına uyum																				
6.7. Parametre Oranı																				
YORUMLAR:																				
ALAN PUANI:																				

C. FİZYOLOJİK ALAN

7. DUYUSAL FONKSİYONLAR

7.1. Görme																				
7.2. Gözler																				
7.3. İşitme/ kulaklar																				
7.4. Denge kaybı/ baş dönmesi																				
7.5. Koku alma/ burun																				
7.6. Dokunma duyusu																				
7.7. Ağrı / rahatsızlık																				
7.8. Parametre Oranı																				
YORUMLAR:																				

12.4. Enfeksiyon																			
12.5. İyileşme yanıtı																			
12.6. Parametre Oranı:																			
YORUMLAR:																			
ALAN ORANI:																			

D. SAĞLIK DAVRANIŞLARI

13. BESLENME

13.1. Reçete edilmiş diyet uygulaması																			
13.2. İştah																			
13.3. Diyet alımı																			
13.4. Beslenme destek sistemi dur.																			
13.5. Yiyeceğini satın alabilme																			
13.6. Yemek hazırlayabilme																			
13.7. Parametre Oranı																			
YORUMLAR:																			

14. KİŞİSEL ALIŞKANLIKLAR

14.1. Hijyen/ dış görünüş																			
14.2. Egzersiz																			
14.3. Uyku alışkanlıkları																			
14.4. Sigara içme																			
14.5. Madde kullanımı																			
14.6. Parametre Oranı																			
YORUMLAR:																			

15. SAĞLIK YÖNETİMİ

15.1. Hizmet alma																			
15.2. Sağlık davranışları																			
15.3. İzleme görüşmeleri																			
15.4. Tıbbi Bilgiler (hst, diyet, ted. plan)																			
15.5. Teknik beceriler																			
15.6. İlaç tedavi yönetimi																			
15.7. Parametre Oranı:																			
YORUMLAR:																			
ALAN PUANI:																			

TOPLAM ÖLÇEK PUANI:.....

Siz sağlık bakımına duyduğunuz gereksinime 1 ile 10 arasında kaç puan verirsiniz?

NOT: 1 en düşük sağlık bakım gereksinimi, 10 ise en yüksek bakım gereksinimi yoğunluğunu ifade eder.

1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10

EK 3

UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU

Sayın :

‘ *Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği (TSYDÖ)* ’ birey, aile veya toplumun hemşirelik bakımına duydukları gereksinimine göre sınıflandırılmasını mümkün kılan bir veri toplama aracıdır. Bu araç, 1988 yılında ABD’ de Dr. Donna Peters tarafından geliştirilmiştir. Araç, dört alan (çevresel, psikososyal, fiziksel ve sağlık davranışları alanları) ve 15 parametrede (finans, fiziksel çevre ve güvenlik, toplum ağı, aile sistemi, duygusal yanıt, büyüme-gelişme, duyu fonksiyonları, solunum-dolaşım, sinir-kas-iskelet, üreme, sindirim-boşaltım, yapısal bütünlük, beslenme, kişisel alışkanlıklar ve sağlık yönetimi) 91 madde ve 974 alt maddeden oluşmuştur. Bu ölçeğin Türk toplumunda kullanılabilirlik geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemek için İzmir İli Ödemiş İlçesi’nde yaşayan aileler üzerinde araştırma planlanmıştır. Ölçeğin Türk toplumunda kullanılabilmesi için yazardan izin alınmış ve orijinal ölçek Türkçe’ye çevrilmiştir. Daha sonra üç hemşirelik uzmanı tarafından gerekli görülen yerler düzeltilmiştir.

Ölçek iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım, Sosyo_ Demografik Özellikler Formu, ikinci kısım ise Hemşirelik Tanılama Formudur. Ölçek uzunluğu nedeniyle zaman alıcı ve oldukça kapsamlıdır.

Türkçe’ ye çevirisi yapmış olan TSYDÖ ’nin dil uygunluğu ve açıklığı yönünden gözden geçirilmesi ve her bir maddenin okura anlamlı gelip gelmediği yönünden görüşlerinizi sunmanızı bekliyorum.

Uzun ve kapsamlı olan bu ölçeğin değerlendirilmesindeki katkı ve katılımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araş.Gör. Aysun ÇELEBİOĞLU

Halk Sağlığı Uzman Hemşiresi

Doç. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY
Danışman

GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR LİSTESİ

1. **Prof. Dr. İnci EREFE:** E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Uzman Hemşiresi
2. **Prof. Dr. Fethi DOĞAN:** E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim Üyesi
3. **Prof. Dr. Ayla BAYIK:** E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Öğretim Üyesi
4. **Prof. Dr. Aynur ESEN:** E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi
5. **Yrd. Doç. Dr. Meral TÜRK SOYER:** E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim Üyesi
6. **Yrd. Doç. Dr. Sencer O. TOKER:** E.Ü. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi

555 Fifth Avenue NE, Unit 521
St Petersburg, FL 33701
August 30, 2002

Aysun Celebioglu
221.sokak, No: 10
D:1 Ozkanlar/ Izmir
35350 TURKEY

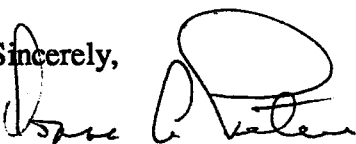
Dear Aysun,

Enclosed is the Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS). The second copy has the number weights on it and is used for scoring purposes only.

The parameter rating for each parameter is the highest number of any of the items checked for that parameter during the assessment. It is important that the rater does not know the weights so (s)he is not biased. The total score for the CHIRS rating is the sum of all fifteen of the parameter scores and will be someplace between 15 and 60. It is possible to have a "0" score for a parameter, but not likely. If you do get a "0" score it could bring the rating under 15. The drug and classification chart on the last page of the CHIRS is for information purposes only, and is not part of the scoring.

Good luck with your project. Let me know how it progresses and what you find.

Sincerely,



Donna A. Peters, PhD, RN, FAAN

4 Nisan 2003

ÖDEMiŞ SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI'NA
ÖDEMiŞ

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı tez çalışması olarak Toplum Sağlık Bakım Gereksinimi Yoğunluğu çalışması yapmayı planlamış bulunmaktayım. Araştırma Ödemiş ilçesinde yürütülecektir. Bu çalışma sırasında ilçe merkezinde bulunan Sağlık Ocaklarında kayıtlı ETF'lerden yararlanılarak aileler seçilecektir. Ödemiş ilçe merkezinde kayıtlı bulunan ailelerle çalışabilmek için Sağlık Grup Başkanlığınıza bağlı sağlık ocakları ETF'lerinden yararlanılmasına izin verilmesi için gerekenin yapılmasını saygılarımla arz ederim.



Aysun ÇELEBİOĞLU

Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

Halk Sağlığı Hemşireliği Araştırma Görevlisi

Gereklisi yapıldıktan sonra

Okur

07. 4. 2003

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Ödemiş İlçe Sağlık Grubu
7/4/2003
572
J. Çelebioğlu

ÖZGEÇMİŞ

Aysun Çelebioğlu, 1969 yılında Muđla ili Milas İlçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimimi orada tamamladı. 1987 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Türk Silahlı Kuvveleri Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldu. Yine aynı yıl Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakóltesi Hastanesinde göreve başladı. 1988-1991 yılları arasında Sarıkamış Askeri hastanesinde ve 1991-1995 yılları arasında ise 600 Yataklı İzmir Mevki Askeri Hastanesinde çalıştı. 1996 yılında E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulunu bitirdi. Aynı zamanda 1995-2001 yıllarında E.Ü. Tıp Fakóltesi Hastanesi Nöroşirurji Kliniğinde yoğun bakım ve servis hemşiresi ve bir dönem servis sorumlu hemşiresi olarak görev yaptı. 2001 yılında Ödemiş Sağlık Yüksekokulunda Araştırma Görevlisi olarak işe başladı ve halen orada görev yapmaktadır.