

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 5 • Sayı/No 1 • Ocak-Nisan/January-April 2018

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla DİNÇ
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Doç.Dr. Sergül DUYGULU
Yayın Kurulu	
Başkan	Doç. Dr. Sergül Duygulu
Başkan Yardımcısı	Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar
Sekreterler:	Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin Arş. Gör. Dr. Seher Başaran
İngilizce Düzeltme:	Yard. Doç. Dr. Çiğdem Yücel
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım:	Doç. Dr. Sevgisun Kapucu Arş. Gör. Dr. Hatice Pars
Sayman:	Arş. Gör. Funda Aslan Arş. Gör. Sevil Çınar Arş. Gör. Rabiye Akın
Yayın Türü:	Yerel Süreli Yayın
Yayın Dili:	Türkçe, İngilizce
Yayınlanma Biçimi:	4 ayda bir yayımlanır
Basım Tarihi:	04 Mayıs 2018
Yönetim Yeri:	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği 06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85 E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr Web Adresi: http://www.hacettepehemsirelikdersigi.org
Basım Yeri:	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 06100 Sıhhiye, Ankara Telefon: 0 312 310 9790

Ücretsiz olarak dağıtılır. Reklam kabul edilmez. Yazıların sorumluluğu tümüyle yazarlarındır.

Hacettepe Üniversitesi Senatosu'nun tarih ve sayılı kararı uyarınca Hemşirelik Fakültesi dergisinin hakemli olarak sayılması ve Üniversite imkanları ile bastırılması kabul edilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde yayımlanan yazılar, resim, şekil, grafik ve tablolar Yayın Kurulu'ndan izin alınmaksızın kısmen ya da tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz ve çoğaltılamaz. Ancak bilimsel amaçlarla, kaynak göstermek koşuluyla alıntı yapılabilir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **TÜBİTAK ULAKBİM tıp veri tabanında** (2015 yılı cilt 2 sayı 1'den itibaren), **Türkiye atıf dizininde** (27 Eylül 2017 tarihinden, 2017 yılı cilt 4 sayı 2'den itibaren ve **EBSCO** veri tabanında (2009 yılından itibaren) indeklenmektedir. Ulusal Katkı Değeri : 0,286

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing is indexed by **TÜBİTAK ULAKBİM Medical Database** (since 2015 volume 2 no 1), **Türkey Citation Index** (Since September 27,2017; 2017 volume 4 no 2) and **EBSCO Database** (since 2009). 2017 - National Impact Factor : 0,286

BASILI ISSN: 2148-3590, ONLINE ISSN 2149-2956

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği
Yard. Doç. Dr. Gülten Koç

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu

Hemşirelik Esasları
Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz

Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim
Doç. Dr. Süheyla Abaan

İç Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Leyla Özdemir

Psikiyatri Hemşireliği
Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Danışma Kurulu*

Prof. Dr. Ahsen Şirin	İstanbul Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Anahit Coşkun	Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Karadağ	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel Badır	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşe Okanlı	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Azize Karahan	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Besti Üstün	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Bilge Kalanlar	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Birol. Diana Voita	Riga Teacher Training and Educational Management Academy
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu	Ege Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Daniel Pesut	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Deniz Koçoğlu	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şelimen	Maltepe Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Dilek Cingil	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Darja Jarosova	Ostrava Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Özden	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay	Mersin Üniversitesi
Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Elif Gürsoy	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc	British Columbia Üniversitesi
Doç. Dr. Emine İyigün	GATA
Dr. Öğretim Üyesi Emine Turkmen	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Esra Uğur	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Ofraz	Okan Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Fahriye Vatan	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Cebeci	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Demirkıran	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan	Acıbadem Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Fatma Gözükara	Harran Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Fatma Orgun	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fethiye Erdil	Emekli
Dr. Öğretim Üyesi Figen İnci	Niğde Üniversitesi
Doç. Dr. Filiz Hisar	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Fiona Bogossian	Queensland Üniversitesi
Prof. Dr. Firdevs Erdemir	Adıyaman Üniversitesi
Doç. Dr. Funda Özdemir	Ankara Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi

Doç. Dr. Güleğün Türk	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Güler Cimete	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Doç. Dr. Gülnaz Karatay	Tunceli Üniversitesi
Prof. Dr. Gülseren Kocaman	İzmir Üniversitesi
Prof. Dr. Gülsün Taşocak	Emekli
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural	Sanko Üniversitesi
Doç. Dr. Gülten Güvenç	GATA
Prof. Dr. Gülümser Kublay	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Hacer Gülen Savaş	Düzce Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu	Zirve Üniversitesi
Doç. Dr. Hatice Çiçek	GATA
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Havva Tel	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Hayriye Ünlü	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Hicran Bektaş	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Bulut	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Kulakçı	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Okumuş	Şifa Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Uçar	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Doç. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi İknur Gönenç	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. İsmet Eşer	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Joanne Disch	Minnesota Üniversitesi
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Kenan Köse	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Lale Taşkın	Başkent Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Levent Özbek	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Leyla Dinç	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Linda Roussel	University of South Alabama
Prof. Dr. Linda D. Moneyham	The University of Alabama at Birmingham
Doç. Dr. Lisa Kane Low	Michigan Üniversitesi
Prof. Dr. Lisbeth Maria Fagerström	Buskerud Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Makbule Tokur Kesgin	Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Prof. Dr. Mary E. Duffy	Utah Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Mary Jane Madden	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Doç. Dr. Melek Serpil Talas	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Bayat	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Demiralp	Emekli
Doç. Dr. Meral Kelleci	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Mevlüde Karadağ	Gazi Üniversitesi
Prof. Miaofen Yen	National Cheng Kung Üniversitesi
Doç. Dr. Naile Bilgili	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan Başaran Akbayrak	SANKO Üniversitesi
Prof. Dr. Neriman Akyolcu	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Nermin Olgun	Acıbadem Üniversitesi
Prof. Dr. Nesrin Aştı	İstanbul Arel Üniversitesi

Prof. Dr. Nevin Kanan	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban	Pamukkale Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Nihal Ata	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Karataş	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Ovayolu	Gaziantep Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran Kömürcü	Emekli
Doç. Dr. Nurcan Çalışkan	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nurhan Bayraktar	Zirve Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Nuriye Yıldırım	Düzce Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Küçükğüçlü	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Örsal	Eskisehir Osmangazi Üniversitesi
Doç. Dr. Perihan Güner	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Pınar Özdemir	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Rana Yiğit	Mersin Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Ronald J. Piscotty	Wayne State Üniversitesi
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş	Selahattin Eyyubi Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Selma Atay	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Doğan	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Görgülü	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Semra Kocaöz	Niğde Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu	Emekli
Doç. Dr. Sevgişun Yılmaz Kapucu	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Sevilay Karahan	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Sevinç Taştan	GATA
Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu	Gaziantep Üniversitesi
Doç. Dr. Sinan Türkyılmaz	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Stephen Tee	King's College London
Prof. Dr. Sultan Kav	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Susan Beck	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Suzan Yıldız	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Süheyla Özsoy	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Şebnem Çınar Yücel	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar	Marmara Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Şule Ergöl	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Thom Mansen	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Tülay Yavan	GATA
Prof. Dr. Tülin Bedük	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu	Atatürk Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin Kutlu	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Yeter Kitiş	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdağöl Erdem	Kırıkkale Üniversitesi
Dr. Öğretim Üyesi Zahide Tuna	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Zeynep Özer	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Zuhâl Bahar	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal	Ege Üniversitesi

Değerli Okurlarımıza

Dergimizin Cilt 5, Sayı 1'i yayınlarken tüm konu editörlerimizin, yayın kurulu üyelerimizin, danışma kurulu üyelerimizin, yazarlarımızın ve okurlarımızın yeni yılını kutlar, 2018 yılında sağlık, mutluluk ve başarılar dilerim.

Uluslararası Hemşireler Konseyi Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte 2020 sonuna kadar sürecek olan "Hemşirelik Şimdi!" adlı kampanyayı 27 Şubat 2018 günü başlatmıştır. Kampanyanın amacı, 21. yy'ın sağlık hedeflerine ulaşma konusunda hemşireleri daha etkili hale getirmek için onları güçlendirmektir. Hemşireler sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde çok önemli role sahiptir. Dolayısı ile onların sağlık bakım hizmetlerinde farklılık yaratabilmeleri için güçlendirilmeleri gerekmektedir. Hemşireleri güçlendirmede kullanılan stratejilerin en temel olanı "eğitim"dir. Bu strateji, her düzeyde hemşireler, yöneticiler ve eğiticiler tarafından etkili bir şekilde kullanılmalıdır. Bilimsel dergiler, hemşirelerin eğitim yolu ile güçlendirilmesinde en temel kaynaklardan birisidir. Alanla ilgili güncel ve bilimsel bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmakta, dolayısı ile hemşirelerin güçlendirilmesine yardımcı olmaktadır.

2018 yılı ilk sayısında toplum sağlığının geliştirilmesine, sağlığın güvence altına alınmasına, hemşirelik bilimine ve hemşirelerin bilimsel bilgiye ulaşmalarını sağlayarak güçlendirilmelerine katkıda bulunacağına inandığım araştırmaları siz değerli okurlarımızla paylaşmaktan mutluluk duyuyorum. Dergimizin bu sayısında toplam beş araştırma ve üç derleme olmak üzere toplam sekiz makale yer almaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler hemşirelik esasları, hemşirelikte öğretim, halk sağlığı hemşireliği ve cerrahi hastalıkları hemşireliğine ilişkindir.

Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim. Bilimsel çalışmalarını okurlarımızla paylaşmak isteyen yazarların makalelerini beklediğimizi bildirir, saygılar sunarım.

Saygılarımla.

Doç.Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura _____ V

Araştırma Makaleleri

Hemşirelerin Subkütan Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin Enjeksiyonu Uygulamasına İlişkin Bilgi ve Davranışları
Nilay TURAÇ, Ayla ÜNSAL _____ 1

Eğiticilerin Başarılı Mesleklerarası Eğitim Programlarına İlişkin Deneyimleri: Karolinska Enstitüsü Örneği
Şenay SARMASOĞLU, Melih ELÇİN, İtalo MASIELLO _____ 14

Kız Öğrencilerde Konstipasyon Prevalansı ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları ile İlişkisi
Gülnaz KARATAY, Nazan GÜRARSLAN BAŞ _____ 29

Hemşirelerin Fiziksel Değerlendirme Becerileri ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri
Banu ÇEVİK, Ziyafet UĞURLU, Elif AKYÜZ, Sultan KAV, Asuman ERSAYIN _____ 39

Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitim Stresi ve Mesleki Benlik Saygısı Arasındaki İlişki
Hülya FIRAT KILIÇ _____ 49

Derleme Makalesi

Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme
Zeliha ÖZDEMİR _____ 60

İnkontinansa Bağlı Dermatit: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi
Pınar AVŞAR, Ayişe KARADAĞ _____ 69

Akran Zorbalığının Önlenmesinde Okul Sağlığı Hemşiresinin Rolü
Fatma AVŞAR, Sultan AYAZ ALKAYA _____ 78

Yazarlara Bilgi _____ 85

Information for Authors _____ 91

Yayın İzni (Taahhüname) _____ 96

Hemşirelerin Subkütan Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin Enjeksiyonu Uygulamasına İlişkin Bilgi ve Davranışları

The Knowledge and Practices of Nurses on Subcutaneous Low Molecular Weight Heparin Injection Administration

(Araştırma)

Nilay TURAÇ*, Ayla ÜNSAL**

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşirelerin Subkütan (SC) Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin (DMAH) uygulamasına ilişkin bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini bir ilde bulunan iki hastanede görev yapan 77 hemşire oluşturmuş, gönüllü 66 hemşire araştırmaya dâhil edilmiştir. Veriler, hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve SC DMAH uygulamasına ilişkin anket formu ve uygulama basamaklarını içeren gözlem formu ile toplanmıştır. Veriler sayı, yüzdelik, ki-kare testleriyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin %45.5'i 30-35 yaş grubunda, %54.5'i ön lisans mezunu ve %81.8'i heparinle ilgili eğitim almamıştır. SC enjeksiyonlarda ellerin yıkanması gerektiğini belirten hemşirelerin %58.9'unun ellerini yıkamadığı, eldiven giyilmesi gerektiğini belirten hemşirelerin %36.8'inin eldiven giymediği, işlemden önce hastaya açıklama yapılması gerektiğini belirten hemşirelerin %43.1'inin işlemi açıklamadığı, enjeksiyon bölgesine rotasyon yapılması gerektiğini belirten hemşirelerin %64.5'inin rotasyon yapmadığı, dokuya 900 ile girilmesi gerektiğini belirten hemşirelerin %24.4'ünün dokuya bu açıyla girmedeği, hava kilidi tekniğinin kullanılması gerektiğini belirten hemşirelerin %87.1'inin bu tekniği kullanmadığı, aspire etmeden ilacın verilmesi gerektiğini belirten hemşirelerin %11.5'inin ilacı aspire ettiği, heparinin yavaş verilmesi gerektiğini belirten hemşirelerin tamamının ilacı hızlı verdiği ve uygulama sonrasında basınç uygulanması gerektiğini belirten hemşirelerin %27.5'inin basınç uygulamadığı gözlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada hemşirelerin SC DMAH uygulamasına ilişkin teorik bilgilerini uygulamaya yeterince dönüştüremedikleri bulunmuştur. Teorik bilgilerin davranışa

*Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, Nevşehir, Türkiye,

E mail: nilay@nevsehir.edu.tr, Tel: 0 384 215 23 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4169-6609>

**Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Türkiye,

E-posta: ay_unsal@hotmail.com, Tel:05357651025 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3319-1600>

Geliş Tarihi: 11 Ağustos 2017 Kabul Tarihi: 02 Ocak 2018

Bu makale, yüksek lisans tezi olup 27-29 Eylül 2012 tarihinde İstanbul'da gerçekleştirilen Uluslararası Katılımlı 2. Temel

Hemşirelik Bakımı Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

dönüştürülemediği nedenlerinin saptanarak çözüme yönelik eğitimlerin planlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: *Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin, hemşire, subkütan enjeksiyon*

ABSTRACT

Aim: This descriptive study carried out to determine the knowledge and practices of nurses on subcutaneous (SC) low molecular weight heparin (LMWH) administration.

Material and Methods: The study population consisted of 77 nurses working in two hospitals in a province and 66 volunteer nurses were included in the study. Data were collected with a survey questioning descriptive characteristics and SC LMWH of nurses and an observation form including SC LMWH administration steps. The data were evaluated by numbers, percentages and chi-square test.

Results: It was determined that 45.5% of the nurses were in the age group of 30-35, 54.5% of them had associate degree and 81.8% of them were not educated about heparin administration. It was observed that 58.9% of nurses who indicated that hands should be washed in SC injections did not wash their hands, 36.8% of nurses who stated that they should wear gloves did not wear gloves, 43.1% of them who stated that patients should be informed before the procedure did not make an explanation and 64.5% of them who indicated that injection site rotation should be made did not rotate. It was also observed that 24.4% of nurses who stated that the injection angle should be 90° did not use this angle, 87.1% of nurses who indicated that the airlock technique must be used in SC injections did not use this technique, 11.5% of nurses who stated that the needle should not be aspirated did aspirate the needle, all of the nurses who indicated that heparin should be applied slowly did it fast and 27.5% of nurses who stated that pressure should be applied on the site did not do that.

Conclusion: In this study, it was found that the nurses did not transform their theoretical knowledge on SC LMWH into practice enough. It could be suggested that solution-oriented trainings can be planned by determining the reasons for not transferring the theoretical knowledge into practice.

Key Words: *Low Molecular Weight Heparin, Nurse Subcutaneous Injection*

GİRİŞ

Sağlık alanında en önemli sorunlardan birisi de tıbbi hatalardır. Ülkemizde tıbbi hataların boyutu tam olarak bilinmemekte birlikte Yüksek Sağlık Şurası'nda değerlendirilen tıbbi hata şikâyetlerinin yaklaşık yarısında sağlık personeli sorumlu bulunmuştur¹. Tıbbi hata konusu tüm sağlık personeli için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşirelerin hasta bakımında doğrudan görev alması nedeniyle hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır^{2,3}. Ülkemizde son yıllarda hemşirelere karşı açılan tıbbi hata davalarında artış olduğu bildirilmekle beraber diğer ülkelerle karşılaştırıldığında bu sayı oldukça azdır⁴. Ancak zamanla bu sayıda artma yaşanması olası bir durumdur.

Tıbbi hataların en yaygın tipi ilaç uygulama hatalarıdır. Bu hataların azaltılması için hemşireden beklenen; ilaçları doğru tekniği kullanarak ve ilaçların uygulanmasında gereken önlemleri alarak uygulayabilmesidir⁵. Özellikle parenteral ilaç uygulamalarında enjeksiyon tekniğine dikkat edilmezse bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Örneğin; Subkütan (SC) heparin enjeksiyonundan sonra enjeksiyon tekniğine bağlı olarak ekimoz, hematoma, ağrı gibi sorunlar yaşanabilir. Bu sorunlar bir sonraki SC enjeksiyon için de gerekli alanın daralmasına yol açar⁶. SC uygulamalarında, verilecek olan

ilacın rahat emilimi ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için uygulama tekniğine dikkat etmek gerekir^{7,8}. Antikoagülan ilaçlardan en sık kullanılan heparinin; hipersensitife, hemoraji, trombositopeni ve deri nekrozları gibi genel yan etkileri vardır. Heparin gibi tedavide geniş kullanım alanı olduğu kadar ciddi yan etkileri de olan ilaçların uygulanmasında doğru teknik, istenmeyen yan etkileri azaltabilir ya da tamamen ortadan kaldırabilir⁹. Günümüzde standart ve Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin (DMAH) olmak üzere iki farklı heparin kullanılmaktadır¹⁰. DMAH'ler, venöz tromboembolinin önlenmesi ve tedavisinde standart heparin kadar etkilidir¹¹. DMAH standart heparine göre daha az yan etkisi olması nedeniyle sık kullanılmaktadır¹²⁻¹⁴.

Hemşirelerin heparin gibi ilaç uygulamalarında doğru teknik kullanmaları yeterli bilgi, deneyim ve bunları uygulamaya aktarabilmesiyle sağlanabilir⁹. Hemşirelerin SC heparin enjeksiyon yöntemini teorik olarak yeterince bildikleri ancak bu bilgileri istenilir düzeyde davranışa dönüştüremedikleri belirlenmiştir.¹⁶ Bu çalışmada klinisyen hemşirelerin SC Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin'e (DMAH) ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek ve hemşirelerin konuyla ilgili bilgilerini, gözlemlenen SC DMAH uygulamaları ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hemşirelerin SC DMAH uygulamasına ilişkin bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; 480 yataklı, 215 hemşirenin çalıştığı bir devlet hastanesi ve 49 yataklı, 30 hemşirenin çalıştığı bir özel hastane olmak üzere iki hastanede 2011 yılında gerçekleştirilmiştir. Her iki hastanede hizmet içi eğitim verilmekte olup daha önce heparin eğitimi yapılmamıştır. Yine her iki hastanenin heparin uygulamasına ilişkin herhangi bir prosedürü bulunmamaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bahsedilen iki hastanenin dâhiliye (genel dâhiliye, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji), cerrahi (genel, beyin, ortopedi) ve yoğun bakım (genel ve koroner yoğun bakım) kliniklerinde görev yapan 77 hemşire oluşturmaktadır. Bu kliniklerin tercih edilme nedeni SC DMAH enjeksiyonunun sıkça uygulandığı klinikler olmasıdır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş gönüllü 66 hemşireyle araştırma tamamlanmıştır. Diğer 11 hemşire, zamanı olmadığını gerekçe göstererek çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından literatür^{7,15} taranarak oluşturulan anket ve gözlem formları veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Anket formu hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve SC DMAH'e ilişkin bilgi sorularından, gözlem formu ise SC DMAH uygulamasının işlem basamaklarından oluşmaktadır.

Araştırmanın Uygulanması

Hemşirelerde gözlem öncesi uyarın oluşturmamak için, öncelikle gözlem formu doldurulmuş, gözlemler tamamlandıktan sonra anket formu uygulanmıştır. Gözlem formunda yer alan uygulama basamaklarının her biri, doğru ya da yanlış yapılmasına göre değerlendirilmiştir. Araştırmacı gözlemin güvenilirliğini sağlamak için üç kez ve farklı zamanlarda gözlem yapmıştır. Hemşireler, SC DMAH uygulamaya ilişkin davranışlarının gözlemleneceği ile ilgili bilgilendirilip kendilerinden yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Fakat gözlemin ne zaman ve kim tarafından yapılacağı hakkında herhangi bir bilgi verilmemiştir. Hemşirede davranış değişikliği oluşturmamak için gözlem formları hemşire yanında doldurulmamıştır. Her bir gözlem yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. Gözlemler tamamlandıktan sonra hemşirelere anket formu verilerek verildiği anda doldurmaları beklenmiştir. Cevaplandırma süreleri boyunca hemşirelerin yanlarında bulunularak birbirlerinden etkilenmeleri önlenmeye çalışılmıştır. Bir anketin cevaplandırılma süresinin yaklaşık 15-20 dakika olduğu belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 21.0 paket programında analiz edilmiş, normal dağılım durumu belirlendikten sonra sayı, yüzde, ortalama ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Hemşirelerin SC DMAH uygulamasına ilişkin bilgi ve davranışları bağımlı değişkenlerdir. Yaş, eğitim durumu, çalışma yılı ve heparin eğitimi alma durumu ise bağımsız değişkenlerdir.

Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikle çalışmanın yürütüleceği hastanelerin başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Hemşirelere, araştırmanın amacı ve yararları açıklanarak sözlü izinleri alınıp katılımcı onam formu imzalatılmıştır. Araştırmaya katılanlara, kendileriyle ilgili bilgilerin başkalarıyla paylaşılmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve gizlilik ilkesine uyulmuştur. Araştırma bitiminde SC DMAH uygulamasına ilişkin yapılan hatalar hakkında hemşirelere açıklama yapılmıştır. Ayrıca araştırma için Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Etik Kurul Onayı alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın sonuçları, sadece araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan hemşireler için geçerlidir.

BULGULAR

Hemşirelerin %45.5'i 30-35 yaş arasında, %54.5'i ön lisans mezunu, %48.5'i 11 yıl ve üzerinde çalışma deneyimine sahip, %18.2'si heparin ile ilgili eğitim almış, %81.8'i ise eğitim almamıştır.

Hemşirelerin %84.9'u uygulama öncesi her zaman ellerin yıkanması, %86.4'ü eldiven giyilmesi, %87.9'u hastaya açıklama yapılması gerektiğini belirtmiştir. SC DMAH

uygulamasında hemşirelerin %87.9'unun bu enjeksiyon için ilk tercih ettiği bölge, üst koldur. Hemşirelerin %53'ü uygulama bölgesinde her zaman rotasyon yapılmasının gerekli olmadığını, %72.7'si de belirlenen bölgenin her zaman kavranması gerektiğini belirtmiştir. Uygulama bölgesinin temizliği için hemşirelerin %84.9 'u antiseptik solüsyonun her zaman gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu hemşirelerin %73.8'i ise antiseptik solüsyon olarak alkolü tercih etmektedir (Tablo 1).

Hemşirelerin %47'si hava kilidi tekniğinin her zaman kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %62.1'i kullanıma hazır enjektörle dokuya 90° açı ile girilmesi, %56.1'i dokuya girdikten sonra her zaman aspire edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. İlacı verirken hemşirelerin %66.7'si orta şiddette (10 sn) verilmesi, ilacı verdikten sonra ise %92.4'ü enjektörün dokuya girdiği açı ile enjektörün geri çekilmesi gerektiğini belirtmiştir. Uygulama sonrasında hemşirelerin %60.6'sı enjeksiyon bölgesine her zaman basınç uygulanması, %93.9'u masaj yapılmaması ve %89.4'ü ise hastanın yanıtı ve kanama durumunun her zaman değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Hemşireler enjeksiyon yapılacak bölgeyi kavrama (%92.4), uygulama bölgesine göre hastaya pozisyon verme (%87.9) ve işlem öncesi gerekli malzemeleri hazırlama (%84.8) gibi işlem basamaklarını diğerlerine göre daha yüksek düzeyde doğru uyguladıkları saptanmıştır. Uygulama öncesi kullanılan antiseptik solüsyonun kurumasını bekleme (%74.2), enjeksiyon için rotasyon bölgesi belirleme (%71.2), dokuyu palpe ederek uygulama bölgesi belirleme (%68.2) gibi işlem basamaklarını ise diğer basamaklara göre daha yüksek düzeyde yanlış uyguladıkları gözlenmiştir. Hemşirelerin enjektörün girdiği açı ile enjektörü geri çekme (%90.9), işlemi kaydetme (%89.4) ve malzemeleri

Tablo 1. Hemşirelerin SC DMAH Uygulama Öncesine İlişkin Bilgileri (n=66)

Uygulama Öncesindeki Bilgiler		Sayı	%
El yıkama	Her zaman yıkanır	56	84.9
	Her zaman yıkanmaz	10	15.1
Eldiven giyme	Her zaman giyilir	57	86.4
	Her zaman giyilmez	9	13.6
Hastaya açıklama yapma	Her zaman yapılır	58	87.9
	Her zaman yapılmaz	8	12.1
İlk tercih edilen bölge	Üst kol	58	87.9
	Karın	8	12.1
Uygulama bölgesinde rotasyon	Her zaman yapılır	31	47.0
	Her zaman yapılmaz	35	53.0
Bölgeyi kavrama	Her zaman kavranır	48	72.7
	Her zaman kavranmaz	18	27.3
Antiseptik solüsyon kullanımı	Her zaman kullanılır	56	84.9
	Her zaman kullanılmaz	10	15.1
Kullanılan antiseptik solüsyon türü*	Alkol	48	73.8
	Batikon	2	3.1
	Alkol veya batikon	15	23.1

*Yüzdeler n=65 üzerinden alınmıştır.

Tablo 2. Hemşirelerin SC DMAH Uygulama Sırası ve Sonrasına İlişkin Bilgileri (n=66)

Uygulama Sırası ve Sonrasındaki Bilgiler		Sayı	%
Hava kilidi tekniği	Her zaman kullanılır	31	47.0
	Her zaman kullanılmaz	35	53.0
Kullanıma hazır enjektör ile dokuya giriş açısı	45°	20	30.3
	60°	5	7.6
	90°	41	62.1
Enjektör SC dokuya batırdıktan sonra aspire etme	Her zaman aspire edilir	37	56.1
	Her zaman aspire edilmez	29	43.9
İlacın verilme hızı	Hızlı (<10 sn)	8	12.1
	Orta şiddette (10 sn)	44	66.7
	Yavaş (>10 sn)	14	21.2
Enjektörün geri çekilme şekli	Girilen açı ile	61	92.4
	Cilde yaklaştırılarak	1	1.5
	İkisi de olabilir	4	6.1
Enjeksiyon yerine basınç	Her zaman uygulanır	40	60.6
	Her zaman uygulanmaz	26	39.4
Enjeksiyon yerine masaj	Her zaman yapılır	4	6.1
	Her zaman yapılmaz	62	93.9
Enjeksiyona yanıt ve bölgedeki kanama durumu	Her zaman değerlendirilir	59	89.4
	Her zaman değerlendirilmez	7	10.6

uygun atık kutularına atma (%86.4) gibi işlem basamaklarını diğer basamaklara göre daha doğru uyguladıkları, ilacı yavaş verme (%92.4), aspire etmeden ilacı verme (%56.1) ve doğru açıyla dokuya girme (%50.0) gibi işlem basamaklarını ise diğerlerine göre daha yanlış uyguladıkları gözlenmiştir (Tablo 3).

Uygulama öncesi her zaman ellerin yıkanması (%58.9), eldiven giyilmesi (%36.8), ilacı uygulamadan önce açıklama yapılması (%43.1), enjeksiyon bölgesinin değiştirilmesi (%64.5), uygulama öncesi antiseptik solüsyon kullanılması (%17.9), uygulamada dokunun kavranması (%4.2) gerektiğini belirten hemşirelerin sözü edilen uygulamaları yanlış uyguladıkları gözlemlenmiştir. Hemşirelerin SC DMAH uygulama öncesi bilgileri ve gözlemlenen davranışları arasında eldiven giyme ($p<0.001$), hastaya açıklama yapma ($p<0.05$) ve antiseptik solüsyon kullanımı ($p<0.001$) gibi basamaklarda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Kullanıma hazır heparin enjektörleriyle dokuya 90° ile girilmesi (%24.4), uygulamada hava kilidi tekniğinin kullanılması (%87.1), ilacın aspire edilmeden verilmesi (%17.2), heparinin her zaman yavaş (>10 sn) verilmesi (%100), ilacı verdikten sonra enjektörün girilen açı ile geri çekilmesi (%4.9) ve uygulama sonrasında her zaman kuru pamukla basınç uygulanması (%27.5) hemşireler tarafından belirtilmesine rağmen sözü edilen basamaklarda yanlış uygulama yapıldığı gözlenmiştir. Hemşirelerin SC DMAH uygulama sırası ve sonrasına yönelik bilgileri ve gözlemlenen davranışları arasında ilacı

Tablo 3. Hemşirelerin Gözlemlenen SC DMAH Uygulama Basamaklarındaki Davranışları (n=66)

Uygulama Öncesindeki Basamaklar	Davranışlar			
	Doğru Yanlış			
	Sayı	%	Sayı	%
İşlemden önce elleri yıkama	24	36.4	42	63.6
Gerekli malzemeleri hazırlama	56	84.8	10	15.2
Uygulanacak ilacın kontrolünü yapma (son kullanma tarihi, doğru ilaç, renk değişikliği vb)	31	47.0	35	53.0
Eldiven giyme	38	57.6	28	42.4
Malzemelerin olduğu tepsiyle birlikte hastanın yanına gitme ve hasta ismini kontrol etme	50	75.8	16	24.2
Orderdaki ilaç bilgileriyle hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırma	46	69.7	20	30.3
Bireyle uygun iletişim teknikleri kullanarak açıklama yapma	34	51.5	32	48.5
İşlem için bölge seçimi yapma	53	80.3	13	19.7
Uygulama bölgesine göre hastaya pozisyon verme	58	87.9	8	12.1
Dokuyu gözleyerek ve palpe ederek doğru uygulama bölgesini belirleme	21	31.8	45	68.2
SC doku, enjeksiyon için uygun değilse doğru rotasyon bölgesini belirleme	19	28.8	47	71.2
Enjeksiyon bölgesini uygun antiseptik solüsyonla silme	46	69.7	20	30.3
Uygulama öncesi kullanılan solüsyonun (alkol, batikon) kurumasını bekleme	17	25.8	49	74.2
Enjeksiyon yapılacak bölgeyi pasif elin başparmağı ve işaret parmağı ile kavrama	61	92.4	5	7.6
Uygulama Sırası ve Sonrasındaki Basamaklar				
Hava kilidi tekniğini kullanma	34	51.5	32	48.5
Doğru açı ile dokuya girme	33	50.0	33	50.0
Aspire etmeden ilacı verme	29	43.9	37	56.1
İlacı yavaş verme	5	7.6	61	92.4
Enjektörün girdiği açı ile enjektörü geri çekme	60	90.9	6	9.1
Kuru pamukla basınç uygulama	42	63.6	24	36.4
İşlemi kaydetme	59	89.4	7	10.6
Pistonu ve iğneyi uygun atık kutularına atma	57	86.4	9	13.6
İşlem sonrası elleri yıkama	49	74.2	17	25.8

Tablo 4. Hemşirelerin SC DMAH Uygulama Öncesine İlişkin Bilgileri ile Gözlemlenen Davranışlarının Karşılaştırılması (n=66)

Uygulama öncesi bilgiler		Gözlemlenen Davranışlar				Olabilirlik Oranı/ Pearson χ^2 p
		Sayı	%	Sayı	%	
El yıkama	Yıkar	23	41.1	33	58.9	3.540 0.060
	Yıkamaz	1	10.0	9	90.0	
Eldiven giyme	Giyilir	36	63.2	21	36.8	5.332 0.021
	Giyilmez	2	22.2	7	77.8	
Hastaya açıklama yapma	Yapılır	33	56.9	25	43.1	5.548 0.019
	Yapılmaz	1	12.5	7	87.5	
Enjeksiyon bölgesinde rotasyon	Yapılır	11	35.5	20	64.5	1.279 0.258
	Yapılmaz	8	22.9	27	77.1	
Antiseptik solüsyon kullanımı	Kullanılır	46	82.1	10	17.9	27.107 0.000
	Kullanılmaz	-	0.0	10	100.0	
Bölgeyi kavrama	Kavrar	46	95.8	2	4.2	2.921 0.087
	Kavramaz	15	83.3	3	16.7	

verme şiddeti ve kuru pamukla basınç uygulama dışında tüm işlem basamaklarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu araştırmada hemşirelerin sadece %18.2'si heparinle ilgili eğitim almıştır. Kazan ve Görgülü'nün¹⁶ yaptığı çalışmada hemşirelerin %33.3'ü SC DMAH enjeksiyonuyla ilgili hizmet içi eğitim almıştır. Ülkemizde sadece SC DMAH uygulamasına ilişkin değil sağlıkla ilgili tüm konularda Sağlık Bakanlığının bünyesinde ve kurumsal boyutta düzenlenen hizmet içi eğitimlerin istenen yeterlilikte gerçekleşmediği bilinmektedir¹⁷. Bu çalışmada da benzer şekilde konuyla ilgili eğitim alma düzeyinin istenen yeterlilikte olmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin %84.9'u SC DMAH uygulama öncesinde her zaman ellerin yıkanması gerektiğini bilmekte ancak %36.4'ü bunu uygulamaktadır (Tablo 1, 3). Benzer bir çalışmada, hemşirelerin 1. gözlemde %60'ının, 2. ve 3. gözlemde %70'inin enjeksiyondan önce ellerini yıkamadığı saptanmıştır¹⁶. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en temel önlem olan ellerin yıkanması davranışı, hemşirelerden beklenenin altındadır.

Tablo 5. Hemşirelerin SC DMAH Uygulama Sırasındaki Bilgileri ile Gözlemlenen Davranışların Karşılaştırılması (n=66)

Uygulama sırası ve sonrası bilgiler		Gözlemlenen Davranışlar				Olabilirlik Oranı/ Pearson X ² p
		Sayı	%	Sayı	%	
SC dokuya girilen açı	45 derece	2	8.0	23	92.0	28.396 0.000
	90 derece	31	75.6	10	24.4	
Hava kilidi tekniğini kullanma	Kullanır	4	12.9	27	87.1	34.893 0.000
	Kullanmaz	30	85.7	5	14.3	
İlacı aspire etme	Edilir	5	13.5	32	86.5	31.646 0.000
	Edilmez	24	82.8	5	17.2	
İlacı verme şiddeti	Hızlı	-	0.0	8	100.0	0.746 0.388
	Yavaş	5	8.6	53	91.4	
Enjektörü girilen açı ile geri çekme	Girilen açı	58	95.1	3	4.9	16.965 0.000
	Farklı Aç	2	40.0	3	60.0	
Uygulama sonrası kuru pamukla basınç uygulama	Her zaman	29	72.5	11	27.5	3.447 0.063
	Uygulamaz	13	50.0	13	50.0	

Çalışmada hemşirelerin %86.4'ü SC DMAH uygulama öncesinde her zaman eldiven giyilmesi gerektiğini ifade etmesine karşın %57.6'sı uygulamada eldiven giymiştir (Tablo 1, 3). SC DMAH uygulama öncesinde eldiven giyilmesi işlem sırasında vücut sıvıları ve uygulanan ilaçla teması önler⁶. Bu nedenle hemşirelerin uygulama öncesinde eldiven giyme konusunda uygulama eksikliklerinin bulunduğu söylenebilir.

SC DMAH uygulama öncesinde hemşirelerin %87.9'u hastaya açıklama yapılması gerektiğini belirtmiş ancak %48.5'i bunu yapmamaktadır (Tablo 1, 3). Başka bir araştırmada da hemşirelerin %90'ının işlem öncesi hastaya bilgi vermedikleri saptanmıştır¹⁸. Oysaki ilaç uygulamalarından önce işlemin hastaya açıklanması, hastanın korkusunu azaltmakta, hastanın hemşireyle işbirliği yapmasını kolaylaştırmakta ve daha az ağrı hissetmelerine neden olmaktadır^{8,19,20}. Ayrıca Vural ve Uçar²¹, ilaç uygulamalarına ilişkin geliştirdikleri prosedürde hataya neden olan faktörler arasında "hastanın bilgilendirilmemesi" davranışı da yer almaktadır. Bu nedenle işlem öncesinde hastaya açıklama yapılmasının ilaç uygulama hatalarını azaltacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin çoğu (%87.9) SC enjeksiyon için ilk olarak üst kol bölgesini tercih etmiştir (Tablo 1). Bu çalışma ile benzer nitelikte yapılan bir başka çalışmada da hemşirelerin tamamı enjeksiyon için üst kol veya karın bölgesini tercih etmiş, diğer bölgeleri hiçbir hemşire tercih etmemiştir¹⁸. Şenturan ve ark.²⁴ yaptığı çalışmada ise hemşirelerin yalnızca %5.1'inin karın bölgesini tercih etmeleri, bu araştırmanın

konuyla ilgili bulgusunu (%12.1) desteklemektedir. SC enjeksiyon için üst kolların dış yüzü, uyluğun ön yüzü, skapula altı ve karın bölgesi uygun bölgelerdir^{8,9}. Ancak heparin uygulamalarında karın bölgesinin geniş kas gruplarının olmaması ve kas aktivitesinin daha az olması nedeniyle ekimoz ve hematoma oluşma riski daha düşük olduğu için öncelikli olarak karın bölgesinin kullanılması önerilmektedir^{5,22,23}. Bu çalışmada hemşirelerin üst kol bölgesini tercih etmeleri, bu bölgeyi kullanırken hastayı hazırlamanın daha kolay olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada hemşirelerin %47'si, SC DMAH uygulamalarında her zaman bölgenin değiştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 1). Hemşirelerin %71.2'si rotasyon bölgesini doğru belirlememiş ve %68.2'si dokuyu palpe ederek doğru uygulama bölgesini seçmemiştir (Tablo 3). Ancak literatüre göre SC DMAH uygulanırken doku palpe edilip doğru uygulama alanının ve eğer doku enjeksiyon için uygun değilse doğru rotasyon bölgesinin belirlenmesi gerekmektedir^{5,7,25}. Özellikle sürekli heparin ya da insülin uygulanan hastalarda, doku hasarına ve emilimde gecikmeye neden olmamak için her enjeksiyonda farklı bir alan kullanılmalıdır²⁵. Bu sonuca göre, hemşirelerin rotasyon uygulama ve dokuyu palpe ederek enjeksiyon bölge seçimi konularında gerekli zeni göstermedikleri saptanmıştır.

Hemşirelerin %72.7'si dokunun her zaman kavranması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 1). Uygulamada ise hemşirelerin önemli bir kısmının dokuyu kavradığı (%92.4) ve işlem boyunca dokuyu serbest bırakmadığı gözlenmiştir (Tablo 3). Şenturan ve ark.²⁴ yaptığı çalışmada hemşirelerin %71.5'inin uygulama süresince dokuyu kavramaya devam ettikleri belirlenmiştir. SC DMAH yapılacak bölgenin, pasif elin baş ve işaret parmağı ile hafifçe yükseltilecek kas dokusundan ayrılması gerekir^{7,8,19}. Literatürde SC dokunun kalınlığına göre dokunun gerdirilip kavranması gerektiği de belirtilmektedir. Çünkü ilacın SC dokuya ulaşabilmesi için bireyin yağ tabakası kalınlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer SC tabaka çok kalın ise cilt gerdirilmelidir. Dokuyu kavrama işlemi iğnenin girişinin daha kolay olmasını ve daha az ağrı hissedilmesini sağlar^{7,19,26}. Çalışmada hemşirelerin dokuyu kavrayarak ilacı uygulaması literatür bilgisiyle uyumludur. Ancak hemşirelerin dokuyu kavradıktan sonra dokuyu serbest bırakmadıkları gözlenmiştir. Oysaki ilacın sıkıştırılmış doku içine enjekte edilmesinin sinir liflerini irrite ettiği ve hastada rahatsızlığa neden olduğu belirtilmektedir²⁶. Hemşirelerin bu konuda bilgi eksikliği olduğu söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin %84.9'u antiseptik solüsyon kullanımının her zaman gerekli olduğunu belirtmesine karşın %69.7'si uygulamada antiseptik solüsyon kullanmamıştır (Tablo 1, 3). Literatüre göre uygulama bölgesi, antiseptik solüsyonla dairesel hareketlerle temizlenmelidir. Bu hareket, deri kıvrımlarının temizliğini sağlar^{8,19}. Bu bulgular hemşirelerin SC DMAH uygulamasında deri hazırlığına ilişkin aseptik tekniklere yeterince dikkat etmediklerini göstermektedir. Hemşirelerin önemli bir kısmı (%73.8) antiseptik solüsyon olarak alkol kullanılmalıdır demiştir (Tablo 1). Ancak alkol kullanımı kanama ve ekimoz oluşumunu arttırdığı ve cildi sertleştirdiği için önerilmemektedir^{22,27}. Ayrıca hemşirelerin %74.2'sinin uygulama öncesi kullanılan solüsyonun kurummasını beklemeyeceği gözlemlenmiştir (Tablo 3). SC enjeksiyon bölgesi antiseptik bir solüsyonla temizlendikten sonra kurumaması beklenirse ekimoz/hematoma komplikasyonlarını azaltılmış olur^{16,20,28,29}. Çalışmadaki bulgu hemşirelerin SC enjeksiyon bölgesinin temizliği konusunda bilgisinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin %47'si SC DMAH uygulamalarında her zaman hava kilidi tekniğinin kullanılması gerektiğini ifade etmesine rağmen hemşirelerin %48.5'i bu tekniği kullanmamıştır (Tablo 2, 3). Kullanıma hazır DMAH enjektörlerinin içinde 0.1-0.2 ml hava bulunmaktadır. Bu hava kilit oluşturmak amaçlı kullanılmaktadır^{20,28,30}. Hava kilidi tekniği ilaç dozunun tam olarak verilmesini sağlar ve heparinin cilt içine sızmasını engellemiş olur. Bu da ekimoz ve hematoma gelişme olasılığını azaltmaktadır^{8,29,31}. Woolridge and Jackson'un³⁰ yaptığı çalışmada, hava kilidi kullanılan hastalarda oluşan ekimoz ve sertliğin boyutlarının kullanılmayanlara göre daha küçük olması da bu tekniğin önemi vurgulanmaktadır. Çalışmada hemşirelerin yaklaşık yarısının hava kilidi tekniğini uygulamaması bu konuda hemşirelerin bilgilendirilmesini gerektirmektedir.

Hemşirelerin %62.1'i dokuya 90° lik açı ile girilmesi gerektiğini ifade etmesine karşın hemşirelerin yarısının bunu doğru uygulamadığı gözlenmiştir (Tablo 2, 3). SC DMAH'nin kullanıma hazır enjektörlerle dokuya giriş açısının kavranan SC doku kalınlığına göre de değişebilmekle birlikte 90° olması önerilmektedir^{19,20,23,31}. Hemşirelerin konuyla ilgili bilgilendirmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin %56.1'i enjektörü SC dokuya batırdıktan sonra aspire edilmesi gerektiğini belirtmiş ve aynı düzeyde uyguladıkları gözlemlenmiştir (Tablo 2, 3). Ancak çalışmalarda SC DMAH enjeksiyonlarında aspirasyon uygulaması önerilmemektedir. Bu uygulama iğneyi hareket ettirmekte bu da doku hasarına, küçük kan damarlarının yırtılmasına, kanama, ciddi ekimoz ve negatif basınç yaratarak hematoma yol açabilmektedir^{31,32}. Bu durum, hemşirelerin bu konuda da eğitime ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin %66.7'si SC DMAH ilaçlarının orta şiddette (10 sn) uygulanması gerektiğini bilmekte ancak uygulamaları sırasında hemşirelerin %92.4'ünün ilacı 10 saniyeden kısa sürede verdiği saptanmıştır (Tablo 2, 3). Literatüre göre SC DMAH yavaş verilmelidir. Sürenin uzamasının ağrı ve ekimozu azaltacağı düşünülmektedir. Heparinin hızlı bir şekilde verilmesi dokuda ani bir basınca neden olmakta ve bu nedenle bölgedeki travma da artmaktadır^{30,33-35}. Bu nedenle, SC DMAH uygulaması yapan tüm hemşirelerin sözü edilen konuda özellikle dikkatli olmaları gerekmektedir.

Araştırmada hemşirelerin %92.4'ü ilaç uygulamasından sonra enjektörün girilen açı ile geri çekilmesi gerektiğini belirtmiş ve uygulamada hemşirelerin %90.9'u bu işlemi doğru yapması olumlu bir sonuç olarak gözlenmiştir (Tablo 2, 3). SC DMAH uygulamasında iğne, doku içine girilen açı ile geri çekilmelidir. Bu uygulama, doku içinde iğnenin hareketini dolayısıyla hücrelerin harabiyetini engellemektedir²².

Bu araştırmada hemşirelerin %60.6'sı SC DMAH enjeksiyon bölgesine her zaman basınç uygulanması gerektiğini belirtmiş ve uygulamalarında benzer şekilde %63.6'sı enjeksiyon bölgesine basınç uygulamıştır (Tablo 2, 3). Ayrıca hemşirelerin %80.3'ü enjeksiyon bölgesine masaj yapılmaması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 2). Yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %94'ünün SC DMAH enjeksiyonu sonrası bölgeye hafifçe basınç uygulamıştır¹⁸. SC DMAH uygulaması sonrasında enjeksiyon yerine basınç uygulanması kanın geriye kaçışını önlemekte ve ekimoz gelişimini azaltmaktadır^{22,26,30}. Literatüre göre SC DMAH uygulandıktan sonra bölgeye kuru pamukla basınç yapılması önerilmekte ama kesinlikle masaj yapılmamalıdır. Bunun nedeni olarak masajın bu ilaçların normalde yavaş olması gereken emilim hızını arttırdığı, kanama ve ekimozu neden olduğu gösterilmektedir^{8,31}. Hemşirelerin bu konudaki bilgileri tamamen olmasa da literatürle uyumlu ve olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin %10.6'sının uygulama sonrası işlemi kaydetmediği gözlemlenmiştir (Tablo 3). Kazan ve Görgülü¹⁶ çalışmasında hemşirelerin tamamının ilacın verilmiş yolunu kaydetmedikleri saptanmıştır. Fakat kayıt işlemi, ilaç kazalarının önlenmesi ve hemşireyi yasal açıdan koruması yönünden önemlidir. Hemşireler tüm uygulamalarda olduğu gibi SC DMAH uygulamasından sonra da hastanın ilaca yanıtını kaydetmelidir. İlaça bağlı istenmeyen bir etki olduğunda kurum politikasına göre hareket edilmelidir¹⁹. Bu nedenle hemşireler ilaç uygulamalarının kaydedilmesine ilişkin bilgilendirilmelidir.

Gözlemlenen SC DMAH uygulamalarında hemşirelerin %86.4'ü enjektörü uygun atık kutusuna atmıştır (Tablo 3). Bütün ilaç uygulamalarında olduğu gibi SC DMAH uygulamasından sonra kullanılan malzemeler uygun atık kutularına atılmalıdır⁷. Bu araştırmada konuyla ilgili bulgunun yüksek düzeyde çıkması olumlu bir bulgudur.

SC DMAH uygulamalarında hemşirelerin %74.2'sinin işlem sonrası ellerini yıkadığı gözlenmiştir (Tablo 3). İlaç uygulandıktan sonra mikroorganizmaların yayılımını önlemek için eldiven çıkarılır ve eller yıkanır^{7,19}. Ancak hemşirelerin işlem sonrası el yıkama davranışlarının (%74.2), işlem öncesi el yıkama davranışlarından (%36.4) daha yüksek olması (Tablo 3), bu işlemi hastayı korumak için değil kendilerini korumak için yaptıklarını ve bu konuda eğitime ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ

Hemşirelerin SCDMAH enjeksiyon uygulamasına ilişkin bazı önemli işlem basamaklarını bilmedikleri, bazılarını ise bilmelerine rağmen uygulamadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; Teorik bilgilerin davranışa dönüştürülmesindeki engellerin saptanmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca hemşirelik uygulamalarının niteliği açısından büyük önem taşıyan hizmet içi eğitimlerde heparin ile ilgili eğitimlere yer verilmesi ve bu eğitimlerde SC heparin uygulamasına ilişkin işlem basamaklarının üzerinde tek tek durulması, yapılan eğitimlerin sıklıklarının artırılması, katılımların artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Temel M. Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: malpraktis. Hemşirelik Forum Dergisi, 2005; 4 (3):84-90.
2. Akalın EH. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 2005; 5 (3):141-146.
3. Ballard K. Patient Safety: A shared responsibility. Online Journal of Issues in Nursing, 2003 8 (3); 24-32.
4. Kuşoğlu S, Çöven Ç, Tanı M.K, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2 (2):86-93.
5. Gümüş NY. İlaç etkinliğinde hemşirenin vazgeçilmezliği. I. Uluslararası VII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. 2000; 134-136; İstanbul.
6. Ross S, Soltes D. Heparin and haematoma: does ice make a difference. Journal of Advanced Nursing, 1995; 21 (1):434-439.
7. Sabuncu N, Ay FA. Hasta Bakım ve Takibi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2010. s.117-139
8. Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. Ankara: Çağın Ofset. 1995. s.74-80.
9. Özcanlı D. Antitrombotik tedavi ve hemşirelik fonksiyonları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2006; 10 (1):36-42.

10. Soysal T. Antikoagülan tedavi ilkeleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kanama ve Tromboza Eğilim Sempozyum Dizisi. 2003; (36):159-174; İstanbul
11. Hirsh J, O'Donnell M, Eikelboom JW. Beyond unfractionated heparin and warfarin: current and future advances. *Circulation*, 2007; 116 (5):552-560.
12. Dökmeci İ. Sağlık Yüksekokulları için Farmakoloji. İstanbul: Medikal Yayıncılık. 2007. s 46-54.
13. Hirsch J. Heparin and low-molecular weight heparin. *Chest*, 2004; 126 (3):188-203.
14. Salerno M. Mosby's Pharmacology in Nursing. Missouri: St Louis. 2003. s.123-137.
15. Babadağ K, Aştı T. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: Medikal Yayıncılık. 2008. s 64-66.
16. Kazan EE, Görgülü S. Hemşirelerin subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin enjeksiyonu uygulamasına ilişkin becerileri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009; 16(2):1-13.
17. Sağlık Bakanlığı Çalışmaları. URL:<http://www.sabem.saglik.gov.tr> 24.08.2010.
18. Akpınar R, Polat TH, Yaman S, Özer N. Subkutan heparin uygulamasına bağlı gelişen ekimoz hematom ve ağrının önlenmesi için hemşirelerin aldıkları önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13 (4):19-25.
19. Aştı T, Karadağ A. Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri. Cilt 1. Adana: Nobel Kitabevi; 2011; s 693-762.
20. Ay AF. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2011; s 98-126.
21. Vural H, Uçar H. İlaç uygulamalarına ilişkin geliştirilen işlemin ilaç uygulama hataları üzerine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 1999; 41 (4):419-425.
22. Conaghan P. Subcutaneous heparin injections bruising. *Surgical Nurse*, 1993; 2 (2):25-27.
23. Ommaty R. Vademekum Modern İlaç Rehberi. 16. Basım. Ankara: Hacettepe Taş Kitapçılık; 1999. s.110-112.
24. Şenturan L, Karabacak Ü, Alpar ŞE, Sabuncu N. Hemşirelerin kullanıma hazır enjektörlerle subkutan yolla heparin uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2008; 1 (2):30-43.
25. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2003. s 240-256
26. Sabuncu N. Hemşirelik Esasları Temel Beceri Rehberi. İstanbul: Medikal Yayıncılık. 2008. s.73-85.
27. Akpınar R, Çelebioğlu A. Effect of injection duration on bruising associated with subcutaneous heparin: A quasi-experimental within-subject design. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45 (6):812-817.
28. Özdiilli K, Özhan F. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. İstanbul: Alter Yayıncılık. 2008. s.65-73.
29. Rushing J. How to administer a subcutaneous injection. *Nursing*, 2004; 34 (6):32-33.
30. Wooldridge JB, Jackson JG. Evaluation of bruises and areas of in duration after two techniques of subcutaneous heparin injection. *Heart & Lung*, 1988; 17 (5):476-482.
31. Timby BK. Fundamental skills and concepts in patient care. *Journal of Health Occupations Education*, 2001; 15 (2):63-64.
32. VanBree NS, Hollerbach AD. Clinical evaluation of three techniques for administering low-dose heparine. *Nursing Research*, 1984; 33 (1):115-119.
33. Mcgoven S, Wood A. Administering heparin subcutaneously: an evaluation of techniques used and bruising at the injection site. *Aust Journal of Advanced Nursing*, 1990; 7 (2):30-39.
34. Pritchard AP, David JA. *The Royal Marsden Hospital manual of clinical nursing procedures*. London: Harper&Row Publishers. 1990. s. 176-196.
35. Zaybak A, Khorshid L. Subkutan heparin uygulamasında ilacın verilmiş süresinin ekimoz, hematom ve ağrı üzerine etkisinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2005; 44 (2):95-99.

Eğiticilerin Başarılı Mesleklerarası Eğitim Programlarına İlişkin Deneyimleri: Karolinska Enstitüsü Örneği

Educators' Experiences About Successful Interprofessional Education Programs: Karolinska Institute Example

(Araştırma)

Şenay SARMASOĞLU*, Melih ELÇİN**, İtalo MASIELLO***

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı günümüzde başarı ile sürdürülen mesleklerarası eğitim programlarının kurulma sürecine ilişkin anlayış geliştirmek ve ülkemizde mesleklerarası eğitim programlarını hayata geçirmek isteyen eğitimcilere, öncü eğitimcilerin deneyimlerden yararlanma fırsatı sunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma niteliksel desene sahip olup, verileri İsveç Stokholm'de mesleklerarası eğitim programının oluşturulmasında ve yürütülmesinde yer alan beş kurucu ile yapılandırılmış görüşmeler sonucunda elde edilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde içerik analizi yönteminden yararlanılmıştır.

Bulgular: Mesleklerarası eğitim programlarının başlatılmasında en önemli itici güçler, DSÖ'nün küresel boyuttaki çağrıları ve mesleklerarası eğitim etkinliklerinin sürdürüldüğü diğer üniversitelerin olumlu raporları olmuştur. Mesleklerarası eğitimin hayata geçirilmesi sürecinde; ortak bir anlayış geliştirme, değişime uyum sağlama, öğrenci programlarını planlama, öğrenci izlemi ve finans konularında sorunlar yaşanmıştır. İstekli liderler ve savunucular ile öncü ekip, kurulum sürecinde hayati bir rol üstlenmiştir. Katılımcıların mesleklerarası eğitim programlarını kurmak isteyen eğitimcilerle ilişkin önerileri; ortak amaçların oluşturulması, yöneticilerin desteğinin alınması, başarılı mesleklerarası eğitim öncüleri ile işbirliği yapılması, iyi uygulama örneklerinin ziyaret edilmesi, mentörlerin eğitimine önem verilmesi ve sabırlı olunmasıdır.

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

E-posta: senay.sarmasoglu@hacettepe.edu.tr, Tel: +90 (312) 3051580, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9220-5959>

**Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

E-posta: melcin@hacettepe.edu.tr Tel: +90 (312) 305 25 78 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1652-906X>

***Karolinska Enstitüsü, Klinik Bilimler ve Eğitim Bölümü, Stokholm, İsveç

E-posta: italo.masiello@ki.se, ORCID: <https://orcid.org/0000-0000-3738-7945>

Geliş Tarihi: 15 Haziran 2017 Kabul Tarihi: 26 Ocak 2018

Paris'te 30 Ağustos- 3 Eylül 2014 tarihleri arasında düzenlenen AMEE 2014'te sözel bildiri olarak sunulmuş ve özet kitabında yayınlanmıştır.

Sonuç: Mesleklerarası eğitim programlarının kurulması sürecinde pek çok sorun ile karşılaşmak kaçınılmazdır ancak bu programların kabul edilmesinde istekli liderler fark yaratabilmektedirler. Kurumun yöneticileri/karar vericileri sürecin sürdürülebilir olmasında oldukça önemli bir role sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik eğitimi, meslekler arası ilişkiler, profesyonel eğitim, sağlık ekibi, tıp eğitimi

ABSTRACT

Aim: The objective of this study is to gain a deeper understanding about the challenges encountered during the implementation of interprofessional education (IPE) programs and give a learning opportunity from pioneer educators' experiences to the educators who want to establish IPE programs successfully in Turkey.

Material and Methods: A qualitative design was used with semi-structured interviews with five founders of IPE programs in Stockholm, Sweden. Content analysis method was used to analyze the data.

Results: WHO's global support and positive reports from pioneer universities which sustained IPE activities were the driving factors to start an IPE program. The most problematic issues regarding the IPE implementation process were having a common consensus, adaptation to change, scheduling, supervision of students and financial issues. The initiator team with enthusiastic leader and champions were vital for starting off the implementation. Participants' suggestions to educators who want to start IPE programs were: setting common goals, getting support from administrators, collaboration with the successful IPE promoters, visiting good examples, giving importance to training of supervisor, and being patient.

Conclusion: Encountering with many problem is inevitable during the implementation process of interprofessional education programs. However, enthusiastic leaders can make a difference in the acceptance of interprofessional education. The administrators of the organizations are the key factors for a sustainable process.

Key Words: Nursing education, interprofessional relations, professional education, healthcare team, medical education

GİRİŞ

Sağlık hizmetinin nitelikli, verimli, güvenli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için sağlık profesyonellerinin sağlık ekibinin etkin birer üyesi olarak işbirliği içinde çalışması oldukça önemlidir¹⁻³. Özellikle son yıllarda hasta güvenliği konusunun giderek önem kazanması, sağlık çalışanlarının işbirliğine dayalı ekip çalışması becerilerinin geliştirilmesine ve bu becerileri çalışma ortamındaki uygulamalarına yansıtılabilmelerine yönelik yaklaşımların benimsenmesine temel oluşturmuştur⁴⁻⁷.

Geleneksel olarak sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin eğitim programları, her meslek grubunun kendi öğrencilerinin eğitiminden sorumlu olduğu bir yaklaşım ile yürütülmektedir⁸. Bu durum öğrencilerin diğer sağlık alanında eğitim gören öğrenciler ile etkileşim kurmalarını sınırlamakta, çalışma yaşamlarında aynı değerler ışığında ortak bir amaca hizmet edecek sağlık ekibi üyelerinin birbirlerini tanımalarını engellemektedir^{9,10}.

Sağlık ekibinin üyesi tüm mesleklerin iletişim ve işbirliklerinin çalışma hayatına başlamadan önce, mesleki eğitimleri sırasında başlaması sağlık ekibinin uyum içinde hizmet sunabilmesi için temel bir gereklilik olarak görülmeye başlanmıştır^{9,11}. Bu durum dünya genelinde sağlık profesyonellerinin eğitimlerinde geleneksel olarak yürütülen disiplin temelli eğitim programlarına, öğrencilerde mesleklerarası

işbirliği uygulamaları için gerekli olan temel yeterlikleri geliştirmeye hizmet edecek mesleklerarası eğitim programlarının entegre edilmesi ihtiyacını doğurmuştur^{12,13}.

Mesleklerarası Eğitim (MAE) “işbirliğinin ve bakımın kalitesinin geliştirilmesi için iki ya da daha fazla mesleğin birlikte, birbirinden ve birbirleri hakkında öğrenmesi” olarak tanımlanmaktadır¹⁴. MAE’in; öğrencilerin, işbirliği ve ekip çalışması becerilerini geliştirme¹⁵⁻¹⁷; sağlık profesyonellerinin, meslekler arasındaki bariyerlerinin kırılmasına yardımcı olma¹⁸ ve iş doyumunu arttırma¹⁹, hasta ve sağlık sistemi açısından; bakımının kalitesini ve güvenliğine ilişkin çıktıları iyileştirme¹⁶, hasta memnuniyetini arttırma¹³, hata oranlarını azaltma^{20,21} gibi pek çok yararı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2010 yılında yayınladığı Mesleklerarası Eğitim ve İşbirlikli Uygulamalar İçin Eylem Planı’nda etkili MAE uygulamalarının etkili işbirliğini mümkün kıldığına dair yeterince kanıt bulunduğunu bildirmiştir¹⁰.

MAE’in sağlıklı/hasta birey, sağlık çalışanları, öğrenci ve sağlık sistemi üzerine olan olumlu etkilerine rağmen eğitim kurumları, MAE programlarının hayata geçirilmesi sürecinde pek çok sorun ile karşılaşmaktadır^{4,9,22}. Abu-Rish ve arkadaşları¹¹ tarafından 2005-2010 yılları arasında yürütülen ve MAE programının özelliklerinin sunulduğu 83 çalışmanın ele alındığı sistematiik incelemede; zamanlama, öğrencileri yeterlik düzeylerine göre eşleştirme, öğretim elemanları ile çalışanların zamanlarının planlanması, maddi ve yönetsel destek başlıkları en çok sorun yaşanan konular olarak gösterilmiştir.

İlk defa DSÖ bünyesinde oluşturulan bir çalışma grubu tarafından gündeme getirilen MAE, DSÖ’nün daha iyi bir hasta bakımı için sağlık profesyonelleri arasında daha iyi iletişim kurulması gerekliliğini vurgulayan raporlarıyla^{23,24} dünya genelinde önem kazanmıştır^{1,25,26}. 2010 yılında yayınlanan raporda dünya genelinde 42 ülkede MAE uygulamalarının yürütüldüğü belirtilmektedir²⁴. İsveç, Danimarka, İngiltere, Kanada gibi ülkeler, DSÖ’nün MAE’in önemine yönelik çağrılarını ilk dikkate alan ülkeler olarak MAE’in öncüleri olmuşlardır. Günümüzde de bu ülkelerin eğitim politikalarında gerekli düzenlemelerin yapılması ile MAE programlarını eğitim programlarına entegre etmeyi başardıkları^{5,27} böylece MAE uygulamalarının en başarılı örnekleri oldukları görülmektedir. Ülkemizde MAE programının sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin eğitim programlarına entegre edilmesine yönelik sadece bir çalışma olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi tarafından sağlık bilimleri alanında eğitim gören öğrencilerin mesleklerarası işbirliği ve hasta güvenliği ile ilgili farkındalıklarını arttırmak amacıyla pilot proje olarak başlatılmış olup günümüzde de devam etmektedir²⁸.

MAE programlarının başarılı bir şekilde kurulabilmesi ve yaygınlaştırılması için öncelikle bu programların kuruluş sürecinde deneyimlenen sorunların anlaşılması oldukça önemlidir. Kuruluş kadar önemli olan diğer bir konu ise MAE programının sürdürülebilir olabilmesi için dikkatli bir şekilde planlanması, MAE kültürünün sahiplenilmesi ve yaşatılmasıdır^{27,29}. Ülkemizde MAE’in öneminin fark edilmiş olması ancak sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin ders programlarında istedik düzeyde yer almaması nedeniyle, başarılı bir şekilde kurulan ve yürütülen yapılandırılmış MAE programlarından edinilen deneyimlerden yararlanmanın bu sürece başlayacak eğitimcilerle yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, MAE etkinliklerini başarılı bir şekilde kuran ve yürüten eğitimcilerin deneyim

ve önerilerini paylaşmak ve MAE etkinliklerini başlatmak isteyen bir kurumun başarılı olabilmesi için ihtiyacı olan kaynakları tanımlamaktır.

Karolinska Enstitüsü (KE) Mesleklerarası Eğitim Uygulamaları

İsveç'in başkenti Stokholm' de 1997-1998 yılları arasında Karolinska Enstitüsü ve Stokholm Sağlık Bilimleri Koleji'nin işbirliğiyle başlatılan proje kapsamında MAE yaklaşımını benimseyen "Klinik Eğitim Merkezleri" kurulmuştur. Klinik Eğitim Merkezleri, Stockholm'de bulunan dört büyük hastanede Klinik Eğitim Servisi, Klinik Beceri Merkezi ve Mesleklerarası Ekip olmak üzere üç bileşenden oluşacak şekilde tasarlanmıştır. Mesleklerarası Ekip'te hemşirelik, tıp, ergoterapi ve fizyoterapi programlarının eğitimcileri yer almıştır³⁰.

Klinik Eğitim Merkezleri, hastane ekipmanları ile donatılmış beceri laboratuvarlarıdır ve öğrencilere eğitim programlarında yer alan ortak klinik becerilerin (örn. hastanın kaldırılması ve yürütülmesi) yanı sıra iletişim ve işbirliği becerilerini de geliştirebilecekleri öğrenme ortamı sunmaktadır. Klinik Eğitim Servisleri, projelerin yürütüldüğü hastanelerin üçünde yataklı hasta servislerinde (yaklaşık 8 yataklı ortopedi servisi) kurulurken bir hastanede acil serviste kurulmuştur^{1,15,30}. Bu program kapsamında yer alan öğrenci grupları, ortalama 7 öğrenciden (3 hemşirelik öğrencisi, 1-2 tıp fakültesi öğrencisi, 1 fizyoterapi öğrencisi ve bazen 1 ergoterapi öğrencisi) oluşmuş ve öğrenciler, Klinik Eğitim Servislerinde 2 hafta kalmışlardır. Hemşirelik, fizyoterapi ve ergoterapi öğrencileri, 3 yıllık eğitimlerinin son yılında bu ekibe dahil olurken, tıp fakültesi öğrencileri 11 dönemlik eğitimlerinin 8. döneminde MAE uygulamalarında yer almışlardır^{15,30}. Öğrenciler her bir hastanın bakım ve tedavisinin temel sorumluluğunu mentörlerin yardımıyla birlikte üstlenmişlerdir. Mesleklerarası Ekip'in üyeleri hem projenin yürütülmesinde aktif olarak görev almışlar hem de ekip işbirliği açısından öğrencilere rol model olmuşlardır. Ekibin temel sorumlulukları, birleşik öğretim programlarını, ortak projeleri, dersleri planlamak ve uygulamak, kaynakların en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak olmuştur³⁰.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma niteliksel araştırma yaklaşımlarından fenomenolojik desene sahiptir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış olup, Karolinska Enstitüsü'nde mesleklerarası eğitim projesinin hayata geçirilme aşamasında Mesleklerarası Ekip'te yer alan 5 eğitici örneklem olarak belirlenmiştir. 5 eğitici MAE programlarının kurulum aşamasında kritik pozisyonlarda bulunmaları, bu nedenle merkez/program kurulması ve sürdürülmesine yönelik zengin ve özgün bilgiler paylaşabilecek olmaları ve aynı zamanda ulaşılabilir olmaları nedeniyle seçilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandırılmış olup katılımcıların tümü katılım konusunda istekli ve gönüllü olmuşlardır. Eğitimcilerinden biri erkek, dördü kadın olup;

iki eğitici tıp doktoru (E1, E2), iki eğitici hemşiredir (E3, E4). Bir eğitici ise geçmişte hemşirelik lisansı alıp bir süre hemşire olarak çalıştıktan sonra kariyerine tıp doktoru olarak devam etmiştir (E5).

Verilerin Toplanması

Veriler, 2014 yılı Ocak ayı içerisinde yüz yüze gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda elde edilmiştir. Araştırmanın planlanma aşamasında, katılımcılar aranarak çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya davet edilmişlerdir. Çalışmaya davet edilen 5 eğitici de katılmayı kabul etmiştir. Çalışma ile ilgili bilgiler, çalışmaya katılım için gönüllü olan katılımcıların tümüne e-posta aracılığıyla gönderilmiş ve görüşme için uygun yer ve zamana karar verilmiştir. Katılımcılardan iki tanesi birlikte görüşme yapmayı talep ederken, diğer üç katılımcı için ayrı zaman düzenlemeleri yapılmıştır. Katılımcılara, görüşmenin yapıldığı gün çalışmanın amacı ve kapsamı hakkında daha detaylı bilgi verilmiş ve aşağıda yer alan 6 açık uçlu soru yöneltilmiştir:

1. Sizi MAE ile ilgili harekete geçmeye sevk eden itici güçler nelerdir?
2. MAE programını kurma aşamasında karşılaştığınız en problemleri konu/konular nelerdir?
3. Kişisel özellikler ya da kaynaklar bağlamında MAE programının başarısını belirleyen faktörler nelerdir?
4. Sizce öğrencilerin mesleklerarası işbirliği atmosferinin olduğu ortamlarda çalışma olasılığı nedir?
5. MAE'in geleceği ile ilgili beklentileriniz nelerdir?
6. MAE'i başlatmak isteyen eğitimcilerle önerileriniz nelerdir?

Tüm görüşmeler, bir araştırmacı tarafından (Ş.S.) İngilizce olarak ve ses kaydı alınarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme süreleri 47 dakika ile 1 saat 22 dakika arasında değişmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi, sunulması ve yayınlanması aşamasında temel etik ilke ve standartlara ve Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak davranılmış, araştırma ve yayın etiği ilkelerine sadık kalınmış ve katılımcılardan sözel aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışma eğitimsel bir etkinliğin içinde yer alan eğitimcilerin deneyimlerini ortaya çıkarmak üzere kurgulandığından, veriler kimliği açıklanmayan kişiler ile invaziv olmayan yöntemlerle herhangi bir psikolojik stres ya da gerginlik oluşturmayacak şekilde tamamıyla gönüllülük esasına dayalı ve katılımcı bir tarzda toplanmıştır. Eğitimciler deneyimlerini paylaşmayı MAE'in yaygınlaşmasına dair bir sorumluluk olarak hissettiklerinden bu çalışmanın etik açıdan uygunluğunu tehdit eden bir durum bulunmadığına karar verilmiş ve herhangi bir etik komisyona başvuru yapılmamıştır. Ses kayıtları ve görüşme transkripsiyonları çalışmanın yapılmasından itibaren 5 yıl saklanacak ve ardından imha edilecektir. Katılımcıların isteği üzerine görüşmelerde katılımcılara isimleri ile hitap edilmiş ancak araştırma bulgularının paylaşılmasında kod kullanılmıştır.

Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde içerik analizi yönteminden yararlanılmıştır. Bir araştırmacı tarafından (Ş.S.) ses kayıtlarının kelimesi kelimesine transkripsiyonu yapılmıştır. Ardından iki araştırmacı tarafından (Ş.S., I.M) transkripsiyon metni detaylı bir şekilde okunmuştur. Tekrarlı okumalar sonucunda kategoriler belirlenmiştir. Bulguların paylaşılmasında kategorilerin yanı sıra eğiticilerin deneyimlerini daha iyi kavrayabilmek adına doğrudan alıntılara yer verilmiştir. Çalışma, Türkiye’de konu alanında görülen eksikliklerin giderilebilmesi ve Türkiye’deki eğitimcilerin araştırma sonuçlarından rahat bir şekilde yararlanabilmesi amacıyla yayına hazırlanma aşamasında 2 araştırmacı (Ş.S., M.E.) tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Karolinska Enstitüsü’nün MAE projesinin hayata geçirilmesi sürecinde görev alan az sayıda eğitici ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın diğer bir sınırlılığı ise örnekleme mesleklerarası ekipten doktor ve hemşireler yer alırken, fizyoterapi ile ergoterapi bölümü eğitimcilerinin yer almamasıdır.

BULGULAR

Çalışmanın bulguları itici güçler, kurulum aşamasında yaşanan zorluklar, mesleklerarası eğitimin başarısını etkileyen faktörler ve eğitimcilerle öneriler kategorilerinde ele alınmıştır.

1. İtici Güçler

Eğiticiler, DSÖ’nün sağlık çalışanlarının daha iyi iletişim kurmalarına duyulan gereksinimi vurgulamasının ardından KE üst yönetiminin MAE konusunda inisiyatif almak istediğini ve bu konuda kararlı davrandığını belirtmişlerdir. Eğitimcilerle göre sürecin başında MAE etkinliklerini desteklemenin sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi geliştirmede etkili olma ihtimali, pek çok eğitimcide böyle bir projeyi başlatma isteğini ortaya çıkaran ve MAE konusunda harekete geçmeye iten en temel faktör olmuştur. Eğitimciler proje ile ilgili sorumluluklarının üst yönetim tarafından verildiğini ve kendilerinin de sorumlulukları yerine getirmek durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıları MAE konusunda harekete geçmeye sevk eden itici güçler ile ilgili ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“KE yöneticileri öğrencilerimizi nasıl eğiteceğimize karar vermişlerdi yani aslında MAE üst düzey yöneticilerin organize ettiği bir projeydi ve biz sadece onları takip etmek durumunda kaldık, projeye başladığımızda MAE hakkında çok fazla bilgimiz yoktu.”
(E2)

“Ben ortopedi kliniğinde staj yapan tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminden sorumlu kişiydim ve MAE alan öğrencilerin ortopedi kliniğinde yatan hastalarının bakımı ile ilgilenmesinin yararlı olacağına karar verilip bu konuda bana düşen görevler ve sorumluluklar masamın üstüne öylece bırakılmıştı. Diğer bir deyişle MAE yükü benim omuzlarıma yüklenmişti. Bu sürecin başlamasının bizim seçimimiz olmadığını

söylemeliyim ama daha ilk duyduğum anda çok güzel bir fikir olduğunu düşünmüştüm ve hala da öyle düşünmekteyim.”(E1)

Projede yer alan bazı eğiticiler sağlık bakım alanında mesleklerin birbirleriyle yeterli ve etkili iletişim kurulmadığını çoktan fark ettiklerini ve mesleklerin bu kadar izole olmasından rahatsızlık duymaya başladıklarını belirtmişlerdir:

“Öğrenciler aynı anda aynı klinikte aynı hasta ile ilgilenmelerine rağmen neden birlikte bir şeyler yapmıyorlardı?...eğer biz öğrencileri eğitim yaşamları süresince birbirleriyle iletişim kuracak ve birbirlerine saygı duyacak şekilde eğitmezsek, onlardan gerçek sağlık hizmeti sunulan ortamlarda bir ekip gibi hareket etmelerini nasıl bekleyebilirdik?” (E5)

“Doktorlarımız, hemşirelerimiz, ergoterapistlerimiz, fizyoterapistlerimiz ve daha pek çok sağlık profesyonelimiz vardı ve onlar aynı hastayı iyileştirmek için uğraşmalarına rağmen eğitimleri boyunca birbirleri ile hiç etkileşime geçmiyorlardı. Gerçekten birbirlerinin ne yaptığını ya da neler yapabileceğinden habersizdiler.” (E4)

“Hemşirelerin doktorlar tarafından dinlenmesine çok sık rastlanmazdı bu nedenle öğrencileri eğitim hayatları boyunca birbirlerini dinlemeleri ve birbirleri ile konuşmaları konusunda eğitsek, bu öğrenmelerini gelecekte meslek hayatlarına yansıtmaları daha kolay olurdu. Ben 18-19 yıldır farklı hastane ve kliniklerde çalıştım. Hemşirelerin ve doktorların sadece kendi işini yaptığını ve aralarındaki iletişimin istedik düzeyde olmadığını gözlemlemiştim ve ilk duyduğumda MAE'nin harika bir fikir olduğunu düşündüm.” (E3)

2. Kurulum Aşamasında Yaşanan Zorluklar

Eğiticiler, MAE etkinliklerinin kurulum aşamasında pek çok sorun ile karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle fikir birliğinin olmaması, değişime karşı direnç gösterilmesi, zaman ve yer planlaması, öğrencilerin izlenmesi ve finansal konular eğitimcilerin yaşadıklarını sorunlar arasında yer almaktadır. Eğiticiler, yaşanan en temel sorun olarak MAE kavramı ile ilgili anlam birliğinin olmamasını bildirmiş; kavramlar, terimler, amaç ve hedeflerle ilgili ortak bir anlayış geliştirmenin oldukça zorlayıcı olduğunu vurgulamışlardır. MAE konusunda öncü olan İsveç'teki diğer bir üniversitede MAE konusunda daha önce deneyim kazanan bir eğitici, bu durumun ona diğerlerini hazırlamak gibi oldukça zorlu bir görev yüklediğini belirtmiştir. Bu eğitimci anlam birliği oluşturmak ile ilgili deneyimlerini şöyle paylaşmıştır:

“Etrafımdakilere MAE’i tanıttığım ve onunla ilgili bir şeyler anlatmaya başladığım zaman bana boş gözlerle bakıp yani uluslararası [mesleklerarası eğitim (interprofessional) ile uluslararası kelimelerinin (international) İngilizce karşılığını ayırt edememe] mı demek istiyorsun diye soruyorlardı.” (E3)

Kurulum aşamasında yöneticiler, öğretmenler, mentörler hatta öğrenciler arasında çok fazla tartışma ve direnç olmasının eğiticiler açısından oldukça yorucu olduğu belirtilmiştir. Eğiticiler, MAE'in sürecin ilk aşamalarında tüm katılımcılar için yeni bir fikir olması ve köklü değişimler gerektirmesi nedeniyle çok zorlu bir süreç olarak algılandığını ifade etmişlerdir. Eğiticiler değişim sürecinde yaşadıkları direnç ilişkili deneyimlerini şöyle ifade etmişlerdir:

“Her gün yeni bir hayal kırıklığı yaşıyorduk. İnsanlar sürekli eğitim programının eskiden daha iyi olduğundan ve neden değişiklik yaptığımızdan, yeni programın hiç iyi olmadığından yakınıp duruyorlardı.” (E1)

“Bu değişim eğiticiler arasında çok ciddi tartışmalara neden olmuştu. Ekip çalışması da ne demek diye sorup duruyorlardı.” (E2)

“Hemşirelik ve ergoterapi öğrencilerinin bu değişimden çok mutlu olduklarını söyleyebilirim ancak bazı tıp fakültesi öğrencileri konudan hiç hoşlanmamıştı ve bu eğitim klinikte 2 haftamızı alacak onun yerine ortopedik hastalıklar ve ameliyatlardan konusundan daha verimli geçirebilirdik diyorlardı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon öğrencileri ise en isteksiz gruptu.” (E3)

Eğiticiler, farklı programlarda eğitim gören öğrencilerin ders programları, uygulama zamanları ve sınav tarihleri gibi birbirinden çok farklı düzenlemeleri olması nedeniyle MAE etkinlikleri için yer ve zaman ayarlanması yapmanın en sorunlu konulardan biri olduğundan ve ortak bir program oluşturmanın zorluğundan bahsetmişlerdir. Eğiticilerden bir tanesi ise bu konuda diğerlerinden tamamen farklı bir bakış açısına sahiptir ve kendi düşüncesini *“tüm öğrencilerin eğitim programlarında öyle ya da böyle bir şekilde değişiklik yapılması gerekiyor, ama sadece 2 hafta, bu da tıp fakültesi öğrencilerinin programının %2’sine karşılık gelir ki aslında tartışmaya bile değmeyecek çok küçük bir değişikliktir.”* (E5) şeklinde ifade etmiştir. Eğiticilere göre, MAE kurulum aşamasında en önemli katılımcı gruplardan biri, öğrencilere eğitimleri süresince danışmanlık yapan mentörlerdir. Eğiticiler bu nedenle mentörlerin yeterliklerini üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir konu olarak vurgulamışlardır. Eğiticilere göre mentörler geleneksel olarak sadece kendi meslek gruplarının öğrencilerine rehberlik etmek üzere eğitilmiş kişiler olduklarından diğer meslek gruplarının öğrencilerine rehberlik etmekte zorlanmışlardır. Eğiticiler bu durumun, mentörler için oldukça stresli ve zorlayıcı olmasının yanı sıra mentörlerin motivasyonlarını düşürdüğü ve öğrencilerin öğrenmelerine olumsuz olarak yansdığı konusunda hemfikirlerdir. Eğiticilerin mentörlerin yaşadığı zorluklar ile ilgili ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“MAE kliniğinde 5 hemşire çalışıyordu ve sadece hemşirelik öğrencilerine rehberlik yapmak üzere eğitildiklerinden tıp fakültesi ya da fizyoterapi öğrencilerine rehberlik yapmak onlar için oldukça yeni bir durumdu. Bu konu hakkında çok çalışmamız gerekti, bir anlamda farklı bir düşünce, bakış açısı geliştirmek yani bağlamı değiştirmek ile ilgili bir olguydu ve çok zordu. Örneğin eğer bir fizyoterapi öğrencisi hemşire olan mentöre ben bu uygulamayı yapmak istiyorum derse mentör bunun uygun olup olmadığına nasıl karar verecekti?” (E4)

“Önemli konulardan biri mentörlerin rehberlik ile ilgili donanımlarıydı. Yapıcı geribildirim vermek konusunda çok sorun yaşıyorlardı.” (E2)

Eğiticiler, mentörlerin çalışma programları ile ilgili de sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Eğiticiler, mentörlerin bir MAE öğrenci ekibinin eğitimi boyunca onlarla birlikte olması ile MAE aktivitelerinin en etkin haline ulaşacağı konusunda hemfikirlerdi. Böylece mentör, öğrencileri tüm süreç boyunca gözleyebilir, değerlendirebilir ve uygun biçimde yapıcı geribildirim verebilirdi:

“Gündüz ve akşam olmak üzere iki öğrenci grubumuz vardı ve mentörlerin çalışma programını nasıl ayarlamalıydık? Onlar acil servisin kendi personelleriydi ve iki hafta boyunca öğrencilere rehberlik yapmak demek öğrencilerin programını izlemek demekti ve bunu istemiyorlardı. Eğer evde küçük bebeği olan bir hemşireysen 2 hafta boyunca öğrencilerin programını takip etmek gerçekten çok zorlayıcı olabilir.” (E1)

“Hem bizim hem de öğrencilerin ortak isteği tüm MAE etkinliği boyunca aynı mentor ile çalışmaktı. Özellikle öğrencilerin sürecin başından sonuna izlenmesi ve karşılaştırma yapılabilmesi geribildirim verilmesi için çok kritikti.” (E4)

Eğiticiler, kurulum aşamasında 4 hastanenin ve Karolinska Enstitüsü'nün ekonomilerinin bağımsız olması nedeniyle özellikle mentorlerin ücretlerinin ödenmesi ve araç gereçlerin temin edilmesi gibi konularda sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle eğiticiler kurum yöneticilerini MAE’i maddi açıdan desteklemeleri için ikna etmek durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Eğiticilerin maddi sorunlara ilişkin kendi ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Ekonomik olarak ayrı olan KE ve hastaneler maddi açıdan çok büyük belirsizlikler yaşamamıza neden oldu. Tüm ortopedi kliniklerinde olması gereken tıbbi bir araç vardı. Biz de oluşturduğumuz MAE servisine zorlukla temin edebilmiştik. Bir gün diğer ortopedi servisinden bir personel geldi ve aracın onlara ait olduğunu söyleyerek alıp gitti. Bu sorunun nereden kaynaklandığını çözmek oldukça zamanımızı aldı.” (E4)

“MAE öğrenci gruplarına rehberlik etmeleri için tam zamanlı bir doktor atamak çok pahalıya mal oluyordu.”(E2)

3. Mesleklerarası Eğitimin Başarısını Etkileyen Faktörler

Eğiticilere göre MAE’in başarılı olabilmesi için kurulum sürecini başlatanlar arasında güçlü, istekli, kalbini ve ruhunu adayabilecek liderlerin olması gerekmektedir. Eğiticiler, değişimi yönetebilecek liderlerin yanı sıra coşkulu ve çalışkan ekip üyelerinin olmasının sürecin başarıya ulaşmasında hayati öneme sahip olduğunu belirtmişlerdir. Eğiticiler, kurucu ekipteki uyum, etkili iletişim, işbirliği ve problemlerle mücadele etme cesaretini başarı için çok değerli görmektedir. Eğiticilerin süreci başarılı bir şekilde başlatabilmek için gerekenlere ilişkin ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Başarılı olabilmek için güçlü bir liderliğe ihtiyaç var, projeye karşı sorumluluk hissetmek, bağlılık ve amaçlara ulaşma arzusuna ihtiyaç var.” (E2)

“Başarılı olabilmek için dışa dönük, konuşmaya ve ikna etmeye hazır kişiler ve söylenenleri düzgün bir şekilde yapacak, çalışkan ve istekli kişilerden oluşan karma bir ekibe ihtiyaç var.” (E3)

“Başarılı olabilmek için karşınıza çıkacak tüm zorluklarla savaşma gücüne sahip savunuculara, destek verecek “öncülere” ihtiyaç var. (E5)

4. Eğiticilere Öneriler

Eğiticilerin, MAE etkinliklerini başlatmak isteyen eğiticilere ilk önerisi, ortak hedeflerin belirlenmesi ve süreç boyunca MAE kavramının tüm paydaşlar tarafından tam olarak anlaşılmasını sağlamak üzere sık aralıklarla toplantılar yapılmasıdır. Kavram ve uygulaması ile ilgili ortak bir anlayış geliştirmek üzere sürecin en başından itibaren çalıştaylar, kurslar ve seminerler düzenlenmesinin yararlı olacağı ifade edilmiştir.

Eğiticiler, MAE programlarının başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi için üniversitede güçlü bir pozisyonu bulunan ya da kaynakların yönetiminde söz hakkı olan yöneticilerin MAE fikrini desteklemeleri ve diğer bireyleri etkileyebilmek için mutlaka ikna edilmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. En alt kademedeki yöneticinin ikna edilmesi

ile başlanarak adım adım en yetkili yöneticiye ulaşılmasının bu anlamda iyi bir strateji olacağı belirtilmiştir.

Eğiticiler, MAE programını hayata geçirmek isteyen eğitimcilere, bu alanda başarılı deneyimleri bulunan eğitimcilerin davet edilerek MAE'e ilişkin deneyimlerini yöneticiler, eğitimciler, mentörler ve öğrenciler ile paylaşımlarını etkili bir yaklaşım olarak önermişlerdir. Aynı şekilde MAE programına dahil olacak kişilerin bu programın başarı ile yürütüldüğü kurumları ziyaret etmeleri de eğitimciler tarafından diğer bir kolaylaştırıcı öneri olarak sunulmuştur.

Eğiticiler, farklı mesleklerin eğitici ve mentörleri arasında iyi bir iletişim ve işbirliği olmasının önemini özellikle öğrencilerin konuya ilişkin fikirlerini yönlendirmek açısından vurgulamışlar ve bu nedenle etkinliklere dahil edilecek eğitici ve mentörlerin seçiminde özenli davranılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, öğrencilerin öğrenmelerini güdüleyecek, iyi eğitilmiş, yetkin ve diğer mesleklerle karşı olumlu tutuma sahip eğitici ve mentörlerin süreci kolaylaştıracağını belirtmişlerdir.

Eğiticiler, MAE'in hayata geçirilmesinde en uygun etkinliğin seçilmesine çok dikkat edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çalıştaylar, standart hasta görüşmeleri ve simülasyon en etkili olabilecek etkinlikler arasında sıralanırken, hastanede gerçekleştirilecek etkinlikler için en uygun klinik olarak ortopedi kliniği önerilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular, MAE programlarını hayata geçiren ve başarılı bir şekilde yöneten eğitimcilerin deneyimlerinden yola çıkılarak MAE programlarını kurmayı ve sürdürmeyi etkileyen faktörleri tanımlamakta bu süreçte karşılaşılabilecek zorluklar, bariyerler ve çözüm önerilerini ortaya koymaktadır.

Eğiticiler yeni eğitim yaklaşımını hayata geçirme sürecinde pek çok sorun, tartışma ve direnç ile karşılaşmışlardır. MAE programlarının hayata geçirilmesi süreci bir değişim sürecidir ve eğitimde değişim sürecini yönetenlerin değişime karşı direnç ile karşılaşması kaçınılmazdır. Bu sorunların başında, değişim sürecini etkileyen ve bu süreçten etkilenen; yöneticiler, eğitimciler, mentörler ve öğrenciler olmak üzere hemen hemen tüm paydaşların MAE kavramı ile ilgili ortak bir kavrayışa sahip olmaması gelmiştir. Eğitimciler kurulum sürecinin başında kavramlar, tanımlar, amaç ve hedefler ile ilgili fikir birliği oluşturmakta oldukça zorlanmışlardır. Ho ve arkadaşlarının³¹ da vurguladığı üzere MAE kurulum sürecinde tüm katılımcıların ortak amaç ve vizyonu paylaşması, iletişim kurması ve ortak hedefler geliştirmeleri sürecin sağlıklı bir şekilde başlatılmasında oldukça önemlidir. Benzer bir yaklaşım ile Barker, Bosco ve Oandasın³², MAE alanında çalışanların öncelikle dil, fikir, prensip ve zaman birliği sağlamak için çalışmalarını gerektiğine dikkat çekmişlerdir. MAE yaklaşık 20 yıldır gündemde olmasına rağmen günümüzde hala mesleklerarası kavramı multiprofesyonel gibi benzer kavramlar ile karıştırılmaktadır⁵. MAE'e yönelik farkındalığın son zamanlarda oluşmaya başladığı ülkemizde MAE programlarının doğru bir şekilde anlaşılması ve gerçek anlamıyla hayata geçirilebilmesi için öncelikle temel kavramlar ve altında yatan felsefe konularında anlayış birliğinin sağlanması özellikle önemlidir.

Literatürdeki diğer çalışmalarda da değinildiği üzere farklı eğitim programlarından gelen öğrencilerin MAE etkinliklerine katılabilmeleri için en uygun mekanı ve zamanı

ayarlamak en önemli sorunlardan biridir^{10,22,31,32}. MAE programlarının öğrencilerin deneyim, hazırbulunmuşluk, mesleki bilgi, beceri ve tutum düzeylerinin birbirine yakın olduğu bir dönemde hayata geçirilmesi de zaman sorunu içerisinde ele alınabilmektedir¹¹. Bazı eğitim kurumları MAE etkinliklerine öğrencilerin eğitim hayatlarının başında yer verirken bazı kurumlar ise eğitim hayatlarının son dönemlerinde yer vermektedir³³. Literatürde MAE'in mesleki eğitimin ilk yıllarında başlanması ile en etkili sonuçların alındığına dair anlayış birliği bulunmasına^{33,34} rağmen öğrencilerin eğitimlerinin son yıllarında dahil oldukları MAE programlarından da istedik kazanımları elde ettiklerine dair çalışma sonuçları bulunmaktadır¹. Sağlıkla ilgili mesleklerdeki öğrencilerin ders programlarının yoğunluğu ve farklılıkları dikkate alındığında MAE için uygun zamanı ve yeri ayarlayabilmek ve gerekli kaynakları sunmak konusunda eğitimcilerin çözüm önerileri üzerinde dikkatli bir şekilde çalışması gerekmektedir^{35,36}.

Sağlık alanında farklı mesleklerin eğitim programlarında öğrenim gören öğrencilere ortak bir hedef doğrultusunda rehberlik etmek mentorlerin görev ve sorumluluklarını arttırmaktadır³⁷. Başarılı MAE programının temel yapı taşlarından biri mentorlerin profesyonel gelişimlerinin desteklenmesidir. Brashers, Owen ve Haizlip²⁹ çalışma sonuçları ile bu tespiti desteklerken, Ho ve arkadaşları³¹, rehberlerin mesleki gelişiminin önemini özellikle vurgulamışlardır. Sunguya ve arkadaşları²⁷, sürecin iyi yönetilebilmesi adına rehber ve eğitimcilerin sürekli eğitimlerinin desteklenmesi, MAE programlarının tasarlanma aşamasından itibaren sürece dahil olmaları sağlanarak bağlılık ve gönüllüklerinin artırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Eğiticilerin zorluk yaşadıkları diğer bir alan ise programların hayata geçirilmesi ve sürdürülmesi sürecinde maddi kaynak temin etmek olmuştur. Gilbert¹² MAE'in karşısındaki bariyerleri konu aldığı çalışmada maddi zorlukların temel sorunlardan biri olduğuna değinmiştir. Gilbert bütçenin sınırlı olması durumunda her disiplinin kendini önceliklendirerek diğer disiplinlerle paylaştığı bütçeyi azaltacağını, bu durumun MAE'in sürdürülebilirliğini engelleyeceğini belirtmiştir¹². Bu durumun ülkemizde MAE programlarını hayata geçirmek isteyen eğitimcilerin de karşılaşacağı önemli problemlerden biri olacağı düşünülmektedir.

Oandasan ve Reeves'in²⁶ belirttiği üzere karşılaşılan sorunların çözümünde ve değişim sürecinin başarılı bir şekilde yönetilmesinde en önemli görev "liderlere/ savunuculara" düşmektedir. Liderlerin süreçte üstlenecekleri rolün sorumlulukları gereği sağlık profesyonelleri içinde ve arasında saygı duyulan kişiler olma özelliği göstermeleri gerekmektedir²⁶.

MAE programları yenilikçi öğretim stratejilerinin kullanılabilmesine olanak sağlaması nedeniyle öğrencilere zengin öğrenme yaşantıları sunma potansiyeli barındırmaktadır. Mesleklerarası eğitim sınıftan kliniğe kadar pek çok farklı öğretim ortamında hayata geçirilebilmektedir^{10,11,26,38}. Deneyimsel öğrenme özellikle MAE etkinliklerinin amacına ulaşabilmesi için oldukça önemlidir. Deneyimsel ve takım-tabanlı öğrenme etkinlikleri öğrencilerin birlikte öğrenmelerine olanak sağlamak aynı zamanda öğrencilere sağlık ekibi üyelerinin deneyimlerinden ilk elden yararlanma imkanı sunmaktadır^{9,31,39}.

Abu-Rish ve arkadaşları'nın¹¹ literatür incelemesinde, başarılı MAE için yönetimsel desteğin, sürdürülebilirlik açısından en kolaylaştırıcı faktör olduğu belirlenmiştir. Literatürde yeterli kaynak yatırımının ve üst düzey yönetimsel desteğin uzun zamanlı MAE programlarının oluşturulmasında çok önemli yeri olduğuna dair çalışmalara

rastlanmaktadır^{31,40,41}. Bunlara ek olarak Barker, Bosco ve Oandasan³² akademik kurumlar, hükümet, akreditasyon/ düzenleme kurumları gibi dış desteklere duyulan ihtiyacın önemine vurgu yapmışlardır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

MAE programlarının hayata geçiriliş sürecinde eğiticiler pek çok sorun ile karşılaşmışlardır. Bu sorunların başında MAE kavramı konusunda ortak bir anlayış geliştirmek gelmiş, eğiticiler programın hayata geçirilme aşamasında pek çok tartışma ve direnç ile karşılaşmışlardır. Farklı programlara kayıtlı öğrenciler için ortak program hazırlamak; hem farklılık hem de yoğunluk nedeniyle uygun zaman ve mekan bulmakta eğiticilerin zorlanmasına neden olmuştur. Eğiticilerin deneyimleri, MAE programlarında dahil olacak eğitici ve mentörlerin hazırlıklarının dikkatle ele alınması yönündedir. Çalışma sonuçları doğrultusunda eğitici ve mentör niteliğinin programın başarısındaki en önemli etmenlerden biri olduğu görülmektedir. Kurulum sürecinde yaşanan maddi sorunlar zaman zaman yıldırıcı olmuştur. MAE programının yöneticiler tarafından desteklenmesi MAE'in kabullenilmesinde fark yaratmayı başarmış, MAE programının başarılı bir şekilde sürdürülmesinde eğiticiler ve mentörler en önemli savunucular olmuş, liderler anahtar rol üstlenmişlerdir.

Sonuçlar doğrultusunda;

- Fikir ortaklığının sağlanabilmesi için konu uzmanlarının terminoloji çalışmaları yapmasının, araştırmacıların araştırma raporlarında ortak dil kullanmaya özen göstermesinin, programların hayata geçirilme aşamasında uygulama rehberlerinden yararlanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.
- MAE programlarının hayata geçirilmesini etkileyecek ve bu durumdan etkilenecek; yöneticiler, eğiticiler, mentörler, öğrenciler, hatta hasta ve hasta yakınları olmak üzere tüm grupların en başından itibaren kurulum sürecine dahil edilmesinin değişim sürecinde ortaya çıkacak direnç ve tartışmaları azaltacağı düşünülmektedir. Böyle bir yaklaşım direnci azaltmanın yanı sıra işbirlikçi atmosferin oluşmasına da zemin hazırlayacağı düşünülmektedir.
- Eğiticilerin MAE programlarını var olan eğitim programlarına dahil etmelerine olanak sağlayacak ortak ders/ seçmeli ders açmaları; mevcut beceri laboratuvarı, simülasyon merkezi, derslik, sağlık hizmeti sunulan ortamlar vb. gibi sahip oldukları kaynakları değerlendirebilecekleri ortamların kullanımına öncelik vermeleri yaşanacak maddi sorunları azaltarak kaynakların verimli kullanılmasına katkı sağlayacaktır. Bunların yanı sıra MAE programlarının bu makalede yer alan örneğinde olduğu üzere proje ile hayata geçirilmesinin, projenin finansal olarak destekleyebilecek kişi, kurum ve kuruluşlara (üniversitelerde bulunan bilimsel araştırma projeleri koordinasyon birimleri, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırmalar Kurumu (TÜBİTAK) vb.) başvurma olanağı sunacağı düşünülmektedir.
- Öğrencilerin eğitim programlarının hangi döneminde MAE etkinliklerine başlaması gerektiğine ilişkin farklı yaklaşımlar olsa da öğrencilerin mesleklerarası öğrenmeye hazırbulunuşluk düzeylerinin belirlenmesinin, işbirliği için en uygun zamana karar verilmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

- Mentörlerin, rehberlik sürecinde yaşadıkları zorlukların aşılmasına yönelik eğitim, çalıştay vb. düzenlenerek mesleki gelişimlerinin desteklenmesinin ve farklı mesleklerin mentorlerinin etkileşimini arttıracak bilimsel etkinliklerin düzenlenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.
- MAE'in öğrenciler, program yürütücüleri, eğiticilerin yanı sıra hasta ve hasta yakınları ya da hizmet alıcılar tarafından da değerlendirilmesinin MAE'in yararlarını tüm boyutları ile görmeyi sağlayacağı düşünülmektedir.
- MAE programlarının başarı ile yürütüldüğü kurumlar ile işbirliğinin sağlanması için uluslararası değişim programlarından yararlanılmasının ya da programın proje olarak hayata geçirilmesi durumunda işbirliklerinin projeye dahil edilmesinin programın tasarlanması aşamasında yararlı olacağı düşünülmektedir.
- MAE programlarının planlanması aşamasında ülkemizin sosyokültürel özelliklerinin dikkate alınmasının programın kabul edilebilirliğini ve sürdürülebilirliğini kolaylaştırıcı bir faktör olacağı düşünülmektedir.

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi tarafından desteklenen 13 G 602 003 numaralı Uluslararası İşbirliği Geliştirme Projesinin ürünüdür.

Teşekkür

Değerli katkılarından dolayı çalışmaya katılan eğitimcilere teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Ericson A, Löfgren S, Bolinder G, Reeves S, Kitto S, Masiello, I. Interprofessional education in a student-led emergency department: A realist evaluation. *J Interprof Care* 2017 Mar ;31(2):199-206. DOI: 10.1080/13561820.2016.1250726.
2. Kent F, Nankervis K, Johnson C, Hodgkinson M, Baulch J & Haines T. 'More effort and more time.' Considerations in the establishment of interprofessional education programs in the workplace, *J Interprof Care* 2018; 32(1):89-94. DOI: 10.1080/13561820.2017.1381076
3. Onan A, Turan S. Mezuniyet öncesinde mesleklerarası eğitim. *Türkiye Klinikleri J Med Educ- Special Topics* 2017; 2(2):111-6.
4. Begley C. Developing interprofessional learning: tactics, teamwork and talk. *Nurse Educ Today* 2009 Apr ;29(3):276-283. DOI: 10.1016/j.nedt.2008.09.006
5. Boztepe H, Terzioğlu F. Sağlık eğitiminde meslekler arası eğitim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015 ;18(3):222-228.
6. Curran V. 2004. Interprofessional education for collaborative, patient-centred practice. Research synthesis paper. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index_e.html April 17 2007
7. Lennen N, Miller B. Introducing interprofessional education in nursing curricula. *Teaching and Learning in Nursing* 2017; 12(1):59-61. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2016.07.002>
8. Robertson J, Bandali K. Bridging the gap: enhancing interprofessional education using simulation. *J Interprof Care* 2008; 22(5):499-508.
9. Palaganas JC, Epps C, Raemer DB. A history of simulation-enhanced interprofessional education. *J Interprof Care* 2014; 28(2):110-5. DOI: 10.3109/13561820.2013.869198.

10. Illingworth P ve Chelvanayagam S. The benefits of interprofessional education 10 years on. *Br J Nurs* 2017; 26(14):813-818. DOI: 10.12968/bjon.2017.26.14.813
11. Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, ... Thigpen A. Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *J Interprof Care* 2012; 26(6):444-51. DOI: 10.3109/13561820.2012.715604.
12. Gilbert JH. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *J Interprof Care* 2005; 19(1):87-106. DOI: 10.1080/13561820500067132.
13. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 28(3):CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
14. Center for the Advancement of Interprofessional Education. 2002; URL: <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>.
15. Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiasson AC, Nordström G. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med Educ* 2004; 38(7):727-36. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x.
16. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach* 2007; 29(8):735-751. DOI: 10.1080/01421590701682576.
17. Olson R, Bialocerkowski A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Med Educ* 2014; 48(3):236-246. DOI: 10.1111/medu.12290.
18. Ateah CA, Snow W, Wener P, MacDonald L, Metge C, et al. Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse Educ Today* 2011; 31(2):208-213. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.06.004
19. Curran V, Heath O, Adey T, Callahan T, Craig D, et al. An approach to integrating interprofessional education in collaborative mental health care. *Acad Psychiatry* 2012; 1.36(2): 91-95. DOI: 10.1176/appi.ap.10030045
20. Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care. *J Interprof Care* 2006; 20(1):75-78. DOI: 10.1080/13561820600556182
21. Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *J Interprof Care* 2010; 24(5):503-13. DOI: 10.3109/13561820.2010.483366.
22. Ericson A, Masiello I, Bolinder G. Interprofessional clinical training for undergraduate students in an emergency department setting. *J Interprof Care* 2012; 26(4):319-25. DOI: 10.3109/13561820.2012.676109.
23. World Health Organization. Learning together to work together for health. Report of a WHO study group on multiprofessional education for health personnel: The team approach. World Health Organization, Geneva. 1988.
24. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization, Geneva. 2010
25. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today* 2013; 33(2):90-102. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.11.006.
26. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care* 2005; 19(1):21-38. DOI: 10.1080/13561820500083550.
27. Sunguya BF, Hinthong W, Jimba M, Yasuoka J. Interprofessional education for whom? challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: a systematic review. *Plos One* 2014; 8; 9(5):e96724. DOI: 10.1371/journal.pone.0096724. eCollection 2014.
28. Kınıklı Gİ, Erden Z, Elçin M. Sağlık bilimlerinde hasta güvenliği ve meslekler arası işbirliği eğitiminde

- Fizyoterapi mesleği farkındalığı: SWOT Analizi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015 ;2(1):13-20.
29. Brashers V, Owen J, Haizlip J. Interprofessional Education and Practice Guide No. 2: developing and implementing a center for interprofessional education. J Interprof Care 2015; 29(2):95-99. DOI: 10.3109/13561820.2014.962130.
 30. Mogensen E, Elinder G, Widstrom AM, Winbladh B. Centres for Clinical Education (CCE): Developing the Health Care Education of Tomorrow-a preliminary report. (2002). Educ Health (Abingdon) 2002 ;15(1):10-18. DOI: 10.1080/1376280110109204.
 31. Ho K, Jarvis-Selinger S, Borduas F, Frank B, Hall P, Handfield-Jones R, ... Ferdinands L. Making interprofessional education work: The strategic roles of the academy. Acad Med 2008; 83(10):934-40. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181850a75.
 32. Barker KK, Bosco C, Oandasan IF. Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. J Interprof Care 2005; 19(1):166-176. DOI: 10.1080/13561820500082974.
 33. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A cross-sectional survey examining the extent to which interprofessional education is used to teach nursing, pharmacy and medical students in Australian and New Zealand universities. J Interprof Care 2012; 26(5):390-6. DOI: 10.3109/13561820.2012.690009
 34. Harden RM. Interprofessional education: The magical mystery tour now less of a mystery. Anat Sci Educ 2015; 8(4):291-5. DOI: 10.1002/ase.1552
 35. Hammar M, Bergdahl B, Öhman L. Celebrating the past by expanding the future: The faculty of health science, Linköping University 1986-2006. Linköping University Electronic Press; 2006 <http://liu.divaportal.org/smash/get/diva2:371958/FULLTEXT01.pdf>
 36. Gilbert HV, Camp RD, Caro J. Preparing students for interprofessional teamwork in health care. J Interprof Care 2000 ;14(3):223-235. DOI: 10.1080/jic.14.3.223.235.
 37. Anderson ES, Cox D, Thorpe LN. Preparation of educators involved in interprofessional education. J Interprof Care 2009; 23(1):81-94. DOI: 10.1080/13561820802565106
 38. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, McFadyen A, Rivera J & Kitto S. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. Med Teach 2016; 38(7):656-668. DOI:10.3109/0142159X.2016.1173663
 39. O'Carroll V, McSwiggan L, Campbell M. Health and social care professionals' attitudes to interprofessional working and interprofessional education: A literature review. J Interprof Care 2016; 30(1):42-9. DOI: 10.3109/13561820.2015.1051614.
 40. Brazeau GA. Interprofessional education: More is needed. Am J Pharm Educ. 2013; 12:77(9) 184.
 41. Craddock D, O'Halloran C, McPherson K, Hean S, Hammick M. A top-down approach impedes the use of theory? Interprofessional educational leaders' approaches to curriculum development and the use of learning theory. J Interprof Care 2013; 27(1):65-72. DOI: 10.3109/13561820.2012.736888.

Kız Öğrencilerde Konstipasyon Prevalansı ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları ile İlişkisi

Constipation Prevalence Among Female Students and its Relationship With Lifestyle Habits

(Araştırma)

Gülnaz KARATAY* , Nazan GÜRARSLAN BAŞ**

ÖZ

Amaç: Bir öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma üniversite öğrenimi gören 350 kız öğrenci ile gerçekleştirildi. Çalışma verileri, Konstipasyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler başlıklı soru formu ve Roma II tanılama kriterleri kullanılarak toplandı. Çalışmanın verileri 1-5 Nisan 2015 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı ve yüzdelikler, ortalamalar ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Öğrencilerin sadece %18.9'unun düzenli egzersiz yaptığı, %17.4'ünün sigara kullandığı, %59.6'sının düzenli meyve/sebze tüketemediği, %27.2'sinin haftada bir kereden daha az kurubaklagil tükettiği ve %41.8'inin günde 5 bardaktan az su tükettiği görüldü. Öğrencilerin %52.2'si iki-üç günde bir defakasyona çıktığını, %36.6'sı ise okulda olduğu sürede gaitasını tuttuğunu ifade etti. Öğrencilerin öz değerlendirmelerine göre %49.0'ında konstipasyon mevcutken, Roma II tanılama kriterlerine göre %37.4'ünde konstipasyon olduğu görüldü.

Sonuç: Öğrencilerin 1/3'ünden fazlasında konstipasyon sorunu olduğu ve bazı yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Konstipasyon, öğrenci, yaşam tarzı.

ABSTRACT

Aim: To evaluate prevalence of constipation among female students living in a dormitory and its relationship with their lifestyle habits.

Material and Methods: This descriptive study was conducted with 350 female university students. The data were collected using a questionnaire titled Prevalence and Effecting Factors of Constipation and Rome II Diagnostic Criteria. Data of the study were collected with face to face interview technic between 1-5 April, 2015 and analyzed using percentages, means and chi-square significant test.

*Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Tunceli, Türkiye

Tel: 0 428 213 17 94 -2150 E-posta: gkaratay@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6488-0890>

** Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Tunceli, Türkiye

Tel: 0 428 213 17 94 -2150 E-posta: nbas@munzur.edu.tr ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6546-192X>

Geliş Tarihi: 14 Eylül 2017 Kabul Tarihi: 14 Şubat 2018

Results: It was determined that only 18.9% of the students exercise regularly, 17.4% of them smoke cigarette, 59.6% of them do not consume fruit/vegetable regularly, 27.2% of them consume legumes less than once a week and 41.8% of them drink water less than 5 glasses a day. 52.2% of the students reported that they defecated every two or three days while 36.6% of them hold their stool when they are in school. According to the self-assessment of the students, 49.0% of them had constipation, however, as to the Rome II Diagnostic Criteria, 37.4% of them had constipation.

Conclusion: It was found that more than 1/3 of the students have constipation problem and were associated with some lifestyle habits of the students.

Key Words: Constipation, lifestyle, student

GİRİŞ

Genç bireylerin genellikle sağlıklı olarak düşünülmesi, bu dönemde ortaya çıkan sorunların gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Oysa gençlik yılları bazı sağlık sorunlarının prevalansının arttığı bir dönemdir. Cinsiyete göre değişmekle birlikte gençler arasında yaygın görülen sorunlardan biri de konstipasyondur¹. Literatüre göre dünya genelinde konstipasyon prevalansı % 8-33 aralığında değişmektedir²⁻⁴. Türkiye’de ise farklı gruplarda yapılan çalışmalarda bu aralığın %22 ile 44 arasında değiştiği bildirilmektedir. Özellikle hareketsizlik, fast food tüketimi ve posa tüketim yetersizliği gibi yaşam tarzı alışkanlıklarının daha çok gençleri etkilemesi konstipasyon riskini artırmaktadır⁵.

Konstipasyon haftada iki ya da daha az sayıda dışkılama olarak tarif edilmektedir. Ancak bu sıklık bireylere ve toplumlara göre farklılık gösterebileceğinden konstipasyonu değerlendirmede yeterli olmamaktadır. Bu nedenle konstipasyonu tanımlarken dışkılama sayısı yanında niteliği de önemlidir⁶. Roma II tanılama Kriterlerine göre haftada üçten daha az sayıda dışkılama yanında, dışkılama sırasında ıkınma, sert dışkılama, bağırsakları tam boşaltamama ve anorektal tıkanıklık hissi, el yardımıyla dışkılama gibi kriterler konstipasyonu değerlendirmede kullanılmaktadır⁷. Bu kriterler subjektif bir semptom olan konstipasyonu değerlendirmede ölçülebilir veri oluşturmaktadır.

Başlı başına bir hastalık olmadığı halde oldukça yaygın görülen, yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren ve sağlık kurumlarına önemli bir maliyet bindiren konstipasyonun birçok nedeni bulunmaktadır⁸. Bu nedenlere bakıldığında; diyet alışkanlıkları ve abur cubur tüketimi, bağırsak hareketlerinin geciktirilmesi, yetersiz sıvı alımı, egzersiz, psikolojik faktörler, akademik stres, uyku alışkanlıkları, kullanılan bazı ilaçlar, düşük gelir seviyesi, seksüel istismar öyküsü, hormonal, sistemik ve nörolojik bozukluk öyküsü gibi birçok faktörün yer aldığı görülmektedir^{1,9-12}. Belirtilen bu nedenlerden bazıları üniversitede öğrenim gören gençleri konstipasyon açısından riskli kılmaktadır².

Literatürde yer alan çalışmalara göre gençlerde konstipasyon prevalansı oldukça yüksektir. Karakaya ve ark.¹² tarafından yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinde konstipasyon prevalansı %20.6 olarak saptanmış ve konstipasyonun fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Uysal ve ark.’nın¹³ çalışmasında ise öğrencilerin %87.7’sinin Roma II tanılama kriterlerinden en az ikisine sahip olduğu görülmüştür. Arslan ve Macit’in çalışmasında ise yurttan kalan kız öğrencilerin %14.9’unun konstipasyon sorunu yaşadığı ifade edilmektedir.¹⁴ Türkiye’de yapılan az sayıdaki

çalışmada ise gençlerde konstipasyonun önemli bir sorun olduğu göze çarpmaktadır. Khatri ve ark.¹ çalışmasında konstipasyonun en yaygın görüldüğü yaş aralığı 18 ile 30 olarak belirtilmiştir.

Sosyoekonomik düzeyi, kültürel dokusu ve yaşam tarzı alışkanlıkları farklılık gösterebilen Türkiye'nin doğusunda üniversite öğrencilerinde konstipasyon durumunu ortaya koyan çalışmalara rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışma, Yükseköğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu'na bağlı bir kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem: Yükseköğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu'na bağlı bir kız öğrenci yurdunda kalan öğrenciler üzerinde yürütülmüştür. Konstipasyon kadınlarda daha yaygın bir sorun olduğu için örneklem kapsamına kız öğrenciler alınmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü yurtda kalan 891 kız öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evrenden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 350 kız öğrenci (evrenin %39'unun oluşturulmaktadır) örnekleme alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü yurtda kalan öğrencilerin çoğunlukla alt-orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Veri Toplama Aracı: Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak^{3,4,6,8,9} oluşturulan "Üniversite Öğrencilerinde Konstipasyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler" başlıklı soru formu kullanılmıştır. Anket formunda, öğrencilerin yaş, öğrenim türü, sınıf, gelir, sosyal güvence, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumunu değerlendiren 24 soru yer almaktadır. Öğrencilerde konstipasyon durumunu değerlendirmek için Roma II tanılama kriterleri kullanılmıştır. Roma II tanılama kriterlerine göre, son 12 ay içerisinde ardışık olmamakla birlikte en az 3 ay, haftada 3 kezden daha az dışkılama, defekasyonların %25'inden daha fazlasında ıkınma, %25'ten daha fazlasında kitlesel ya da sert dışkılama, %25'ten fazlasında tam olmayan boşalma hissi, %25'ten fazlasında anorektal tıkanıklık/blokaj hissi durumlarının 2 ya da daha fazlasının olması durumunda bireyler konstipe olarak kabul edilir¹³.

Verilerin Toplanması: Araştırmanın verileri 1-5 Nisan 2015 tarihleri arasında yurtlarda kalan kız öğrencilerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Görüşmeler öğrencilerin çoğunluğunun bulunduğu akşam saatlerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Görüşmeler gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.

Veri Analizi: Elde edilen veriler bilgisayar destekli SPSS 18.0 veri tabanına aktarıldıktan sonra, yüzdeler, ortalamalar ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Etik Boyut: Çalışmanın yapılabilmesi için Kredi Yurtlar Kurumu İl Müdürlüğü'nden gerekli kurumsal izin alınmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce öğrencilere çalışmanın amacı açıklanmış olup, çalışmaya katılmak isteyen öğrencilerden yazılı

onam alınmıştır. Çalışma gönüllülük temelinde gerçekleştirilmiştir ve öğrenciler çalışmaya katılım için zorlanmamıştır.

Araştırmanın Sınırlılığı: Çalışmada elde edilen bulgular öğrencilerin öz-bildirimlerine dayalıdır ve ancak benzer koşullara sahip kız öğrencilere genellenebilir.

BULGULAR

Yükseköğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu'na bağlı bir öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Öğrencilerin yaş ortalaması 21.36 ± 1.77 olup, %84.3'ü lisans, %65.1'i birinci öğretim programında öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %36.0'ı ikinci sınıf öğrencilerden oluşmakta olup, %32.0'ı sosyal güvencesi bulunmadığını, %38.6'sı ise aylık gelirinin giderlerini karşılamaya yetmediğini ifade etmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin %18.9'unun düzenli egzersiz yaptığı ve %17.4'ünün sigara içtiği, %12.5'inin katı beslenme alışkanlığına sahip olduğu, %59.6'sının her gün düzenli meyve/sebze tüketmediği, %27.2'sinin haftadan bir kereden daha az kurubaklagil tükettiği, %32.0'ının haftada 5 porsiyon ve daha fazla makarna/pilav tükettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %41.8'i günde 5 bardaktan az su tükettiğini belirtirken, %11.7'si kronik bir hastalığının olduğunu, % 6.3'ü ise kronik hastalığı nedeniyle ilaç kullandığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin %52.2'si iki-üç günde bir defekasyona çıktığını, %36.6'sı okulda olduğu sürede gaitasını tuttuğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin öz değerlendirmelerine göre

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Bazı Özellikler

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Ort.± SS)	21.36 ±1.77	
Öğrenim Programı		
Ön lisans	55	15.7
Lisans	295	84.3
Öğrenim Türü		
Birinci Öğretim	228	65.1
İkinci Öğretim	122	34.9
Sınıf		
Birinci Sınıf	118	33.7
İkinci Sınıf	126	36.0
Üçüncü Sınıf	67	19.1
Dördüncü Sınıf	39	11.2
Sosyal Güvence		
Var	238	68.0
Yok	112	32.0
Aylık Gelirin Algılanması		
Gelir Giderden Az	135	38.6
Gelir Gidere Denk	205	58.6
Gelir Giderden Fazla	10	2.8

Tablo 2. Öğrencilerin Konstipasyonla İlişkili Olabilecek Bazı Yaşam Tarzı Alışkanlıkları (n=350)

Alışkanlıklar	Sayı	Yüzde
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapıyor	66	18.9
Yapmıyor	284	81.1
Sigara İçme Durumu		
İçen	61	17.4
İçmeyen	289	82.6
Genel Beslenme Şekli		
Katı	44	12.5
Sıvı	32	9.1
Karışık	274	78.4
Meyve/Sebze Tüketme Sıklığı (Günlük)		
Her gün tüketmeyen	209	59.6
1 adet	70	20.1
2 adet	52	14.9
3 adet ve daha fazla	19	5.4
Kurubaklagil Tüketme Sıklığı (Haftalık)		
Tüketmeyen	95	27.2
1-2 porsiyon	176	50.4
3-4 porsiyon	52	14.9
5 porsiyon ve daha fazla	26	7.4
Pilav/Makarna Tüketme Sıklığı (Haftalık)		
Tüketmeyen	28	8.0
1-2 porsiyon	101	28.9
3-4 porsiyon	109	31.1
5 porsiyon ve daha fazla	112	32.0
Su Tüketme Miktarı (Günlük, bardak) (Ort.± SS) (7.20 ± 4.09)		
5 bardaktan az	146	41.8
6-11 bardak	157	44.7
12 bardak ve daha fazla	47	13.5
Kronik Hastalık		
Var	41	11.7
Yok	304	88.3
Sürekli Kullandığı İlaç		
Var	22	6.3
Yok	328	93.7

%49.0'ında konstipasyon mevcutken, Roma II tanılama kriterlerine göre %37.4'ünde konstipasyon olduğu görüldü. Konstipasyon sorunu yaşadığını düşünen öğrencilerin %34.5'i hiçbir şey yapmadığını belirtirken, %32.7'si sıvı alımını artırdığını, %19.9'u kayısı tükettiğini ifade etmiştir (Tablo 3).

Öğrencilerde günlük tüketilen meyve/sebze sayısı arttıkça konstipasyon sorununun azaldığı ($X^2=17.350$, $p=0.001$); sosyal güvenceye sahip olmayanların (%58.8) olanlara göre (%70.5) ($X^2=3.975$, $p=0.046$); aylık gelirinin giderlerini karşılamaya yetmediğini düşünenlerin (%77.0) gelirinin giderine denk ya da fazla olduğunu düşünenlere (%55.1) göre daha fazla konstipasyon sorunu yaşadığı ($X^2=24.658$, $p=0.001$) saptanmıştır. Bununla birlikte sigara içen öğrencilerin %72.1'inin konstipe olduğu görülürken,

Tablo 3. Öğrencilerin Defekasyon Alışkanlıkları (n=350)

Defekasyon Alışkanlıkları	Sayı	Yüzde
Defekasyon Sıklığı		
2-3 günde bir kez	183	52.2
Günde bir kez	162	46.3
Günde bir kereden fazla	5	1.5
Defekasyona Çıkma Zamanı		
İhtiyaç hissettiğinde	222	63.4
Bir süre tuttuktan sonra	128	36.6
Öz Değerlendirmelerine Göre Konstipasyon Varlığı		
Var	171	49.0
Yok	179	51.0
Roma II Tanılama Kriterine Göre Konstipasyon Varlığı		
Var	219	37.4
Yok	131	62.6
Konstipasyonla Başetme Yöntemleri		
Hiçbir şey yapmama	59	34.5
Sıvı alımını artırma	56	32.7
Kayısı tüketme	34	19.9
Laksatif kullanma	13	7.6
Diğer*	9	5.3

*Yağlı yeme, incir tüketme, sigara içme

İçmeyen öğrencilerin %60.6'sının konstipe olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($X^2=2.410$, $p= 0.121$). (Tablo 4). Ayrıca yapılan istatistiksel değerlendirmede konstipasyon varlığı ile cinsiyet, öğrenim tipi, sınıf, sıvı, unlu mamul ve kurubaklagil tüketimi, kronik hastalık varlığı ve ilaç tüketimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Konstipasyon başlı başına bir hastalık olmamasına rağmen yaşam kalitesini düşüren önemli bir semptomdur. Konstipasyonun özellikle gençlik yıllarında görülme şekli ile yeni yaşam biçimleri, stresörler ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkisi bulunmaktadır. Bununla birlikte üniversite yılları aileden uzaklaşılana, beslenme alışkanlıklarının değiştiği ve ekonomik sorunların yaşandığı bir dönem olduğu için konstipasyon riski artabilmektedir. Üniversite öğrencilerinde bazı değişkenlerin ve yaşam tarzı alışkanlıklarının konstipasyonla ilişkisini ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmada elde edilen bulguların, gençlik yıllarının gözden kaçan sorunlarını ortaya kayabilmek açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak çalışma verileri Roma II tanılama kriterleri kullanılarak toplanmıştır. Oysa Roma kriterlerinin daha güncel versiyonları bulunmaktadır. Bu durum çalışmanın sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Çoğunluğunu lisans düzeyi ve birinci öğretim öğrencilerinin oluşturduğu öğrencilerin 1/3'ü sosyal güvencesinin bulunmadığını ve temel ihtiyaçlarını karşılamada zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte öğrencilerin büyük çoğunluğunun düzenli olarak egzersiz yapmadığı, akşamları geç saatlerde uyuyup sabahları geç saatlerde uyanıklarını görülmüştür. Ortalama uyku süresi yeterli olmakla

Tablo 4. Öğrencilerde Roma II Tanılama Kriterlerine Göre Konstipasyon Durumunun Bazı Değişkenlerle İlişkisi (n= 350)

Günlük Meyve/Sebze Tüketimi	Konstipasyon Durumu						Önemlilik Testi
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tüketemeyen	145	69.7	63	30.3	208	59.6	X ² =17.350 P= 0.001 Sd=3
1 adet	43	61.9	28	38.6	71	20.1	
2 adet	21	40.4	31	59.6	52	14.9	
3 adet ve daha fazla	9	47.4	10	52.6	19	5.4	
Sosyal Güvence							
Var	140	58.8	98	41.2	238	68.0	X ² =2.410 P= 0.046 Sd=1
Yok	79	70.5	33	29.5	112	32.0	
Algılanan Aylık Gelir							
Gelir Giderden Az	104	77.0	31	23.0	135	38.6	X ² =24.658 P= 0.001 Sd=2
Gelir Gidere Denk	113	55.1	92	44.9	205	58.6	
Gelir Giderden Fazla	2	20.0	8	80.0	10	2.9	
Sigara İçme Durumu							
İçen	44	72.1	17	27.9	61	17.7	X ² =2.883 P= 0.121 Sd=1
İçmeyen	175	60.6	114	39.4	289	82.6	
Toplam	219	62.6	131	37.4	350	100.0	

birlikte öğrencilerin bağırsak hareketlerini de etkileyebilen uyku alışkanlıklarında düzensizlikler olduğu dikkat çekmektedir. Bununla birlikte öğrencilerde posalı gıda (meyve, sebze, kurubaklagil) ve su tüketiminin yetersiz düzeyde olduğu, pilav/makarna gibi posa miktarı düşük gıdaların öğrenciler tarafından daha fazla tüketildiği görülmektedir. Ayrıca çalışma bulgularına bakıldığında düzenli egzersiz yapan öğrenci sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Oysa son zamanlarda pozitif yaşama, zindeliğe ve sağlıklı olmaya yoğun vurgu yapılmasına ve bilişim olanaklarının artması ile bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri artmasına rağmen, temel ihtiyaçlarını karşılama da zorlanan bir grup olan üniversite öğrencilerin önemli bir kısmının bu kavram dünyasına yabancı olduğu çalışmalardan da görülmektedir^{15,16,17,18}. Büyük ölçüde sosyoekonomik belirleyicilerle şekillenen yaşam tarzı alışkanlıkları konstipasyon açısından risk oluşturabilmektedir. Literatürde de düşük sosyoekonomik düzey ve öğrenim düzeyinin konstipasyon riskini artırdığı bildirilmektedir^{6,19}. Dolayısıyla konstipasyon gençlerde sağlıkta eşitsizliklerin önemli bir göstergesi niteliğindedir. Ekonomik olanaksızlıklarından dolayı daha ucuz besin kaynaklarına yönelen öğrenciler, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarından ziyade düzensiz ve karın doyurma amaçlı beslenebilmektedir. Öğrencilerin düzensiz beslenmeleri, düzensiz uyku alışkanlıklarına sahip olmaları, geç saatlere kadar uyanık kaldıkları için uykuda olmaları gereken zamanlarda yiyecek tüketmeleri mide/bağırsak problemlerini

artırabilmektedir²⁰. Öğrencilerin defekasyon alışkanlıkları değerlendirildiğinde yarısından fazlasının defekasyona 2-3 günde bir çıktığı, 1/3'ten fazlasının gaitasını tuttuğu görülmektedir. Öğrencilerin kendi değerlendirmelerine göre yarıya yakınında konstipasyon varken, Roma II tanılama kriterlerine göre %37'sinde konstipasyon olduğu görülmüştür. Konstipasyonun bireyin kendisi tarafından değerlendirilmesi bazı sosyo-kültürel faktörlerin etkisiyle subjektif olabildiğinden, Roma II tanılama kriterlerine göre daha yüksek bir prevalans elde edilmiştir. Bu çalışmada Roma II tanılama kriterlerine göre kız öğrencilerin 1/3'ünden fazlasında konstipasyon olduğu görülmüştür. Khatri ve ark.'nın¹ çalışmasında, öğrencilerde (tıp) konstipasyon sıklığı %34, Chaud ve ark.'nın⁵ çalışmasında %30,8, Chang ve ark.'nin¹⁵ çalışmasında ise %6 olarak bulunmuştur. Türkiye'de Karakaya ve ark.¹² tarafından yapılan bir çalışmada ise üniversite öğrencilerinde konstipasyon sıklığı %20.6 olarak saptanmıştır. Roma II tanılama kriterlerine göre genel popülasyon değerlendirildiğinde kronik konstipasyon sıklığının %2 ile %27 arasında değiştiği görülmüştür.⁶ Bu son çalışmada elde edilen konstipasyon prevalansı, diğer bir çok çalışmadan daha yüksektir. Bu durum, çalışmaya sadece kız öğrencilerin alınması, öğrencilerin kültürel beslenme alışkanlıkları ve çalışmanın yurttan kalan öğrenciler ile yürütülmüş olması ile ilişkili olabilir.

Öğrencilerin konstipasyonla baş etme yöntemleri değerlendirildiğinde çoğunluğunun bir şey yapmadığı, önemli bir kısmının ise bağırsak hareketlerini artırmak amacıyla sıvı alımını artırdığı ve kayısı tükettiği görülmektedir. Konstipasyon sorunu olan öğrencilerin %7.6'sı (13 öğrenci) ise laksatif kullandığını ifade etmiştir. Khatri ve ark.'nın¹ çalışmasında, tıp öğrencilerin %29.4'ünün konstipasyonu gidermek için laksatif kullandığı görülmüştür. Oysa gençlerde konstipasyonu gidermek amacıyla laksatif kullanımı en son tercih edilmesi gereken bir yöntem olmalıdır. Gençlerde çoğunlukla görülen konstipasyon yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirerek çözülebilecek bir problem iken, laksatif kullanılması bağırsak hareketlerinin daha da bozulmasına ve uzun vadede kabızlık sorununun kronikleşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle laksatif kullanımı en son çözüm olmalıdır ve etki mekanizmaları farklı olduğu için mutlaka hekim önerisi üzerine kullanılmalıdır²¹.

Bu çalışmada konstipasyonla ilişkili faktörler değerlendirildiğinde, meyve/sebze tüketimi yetersiz olan, sosyal güvencesi bulunmayan ve gelir durumu düşük olan öğrencilerin daha fazla konstipasyon sorunu yaşadığı görülmektedir. Ayrıca sigara içme ile konstipasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da, sigara içen bireylerin daha fazla konstipasyon sorunu yaşadığı görülmektedir. Chaud ve ark.'nın⁵ çalışmasında üniversite öğrencilerinde konstipasyonun günlük sıvı tüketimi ile ilişkili olduğu; Chang ve ark.'nin¹⁵ çalışmasında konstipasyonun fast food ve atıştırmalık beslenme alışkanlıkları, dondurulmuş gıda tüketimi, günlük su tüketimi ve fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Dong ve ark.'nın²² çalışmasında cinsiyet risk faktörü olarak saptanırken, Jangid ve ark.'nın⁷ çalışmasında tarafından sıvı alımı ile ilişkili bulunmuştur. Uysal ve ark.'nin¹³ çalışmasında öğrencilerde konstipasyon sorununu lifli gıda tüketimi ile, Karakaya ve ark.'nin¹² çalışmasında ise fiziksel aktivite durumu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Muggie ve ark.'nin¹⁹ çalışmasında ise konstipasyon, düşük gelir ve öğrenimle ilişkili bulunmuştur. Literatürde sigara tüketimi ve bağırsak hareketleri arasındaki ilişki ise çelişkili olup bazı araştırmalarda ilişki yakalanırken bazılarında ilişki olmadığı görülmüştür¹³. Diğer çalışmalarda da saptanan bazı risk faktörleri, çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yükseköğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu'na bağlı bir öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerle yürütülen çalışmada elde edilen bulgulara göre; öğrencilerin 1/3'ünden fazlasında konstipasyon sorunu olduğu ve öğrencilerin konstipasyona zemin hazırlayan bazı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Özellikle konstipasyon sorununun düşük gelir durumuna sahip, sosyal güvencesi bulunmayan ve meyve/sebze tüketimi yetersiz olan öğrencilerde daha yaygın olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda yurtlarda kız öğrencilerin sağlığını geliştirmek ve konstipasyonla etkili baş etmelerini sağlamak için birinci basamak hizmetleri kapsamında farkındalık eğitimleri planlanması, yurtlarda egzersiz olanaklarının artırılması ve yemek listeleri oluşturulurken diyetisyen desteğiyle posa miktarı yüksek menüler oluşturulması önerilmektedir.

TEŞEKKÜR

Veri toplama aşamasında katkı sağlayan Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 4. Sınıf öğrencilerinden Ömer Bozoğlu ve Miyase Akay'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Khatri PK, Ali AD, Alzadjali N, Bhagia G, Khaliqdina SJ, Aziz S. Frequency of functional constipation in 3 different populations and its causative factors. J Pak Med Assoc 2011; 61(11):1149-52.
2. Dan Carter, Eytan Bardan and Ram Dickman. Comparison of strategies and goals for treatment of chronic constipation among gastroenterologists and general practitioners. Ann Gastroenterol 2018;31(1):71-6.
3. Chu H, Zhong L, Li H, Zhang X, Zhang J, Hou X. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in china. Gastroenterol Res Pract 2014;2014:532734.
4. Rajput M, Saini SK. Prevalence of constipation among the general population: a community-based survey from India. Gastroenterol Nurs 2014;37:425-9.
5. Chaud D, Olivon E, Machado A, Abreu E. Prevalence of functional constipation and its risk factors among university students (LB328). The FASEB Journal 2014; 28: LB328. Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. Can J Gastroenterol 2011;25 Suppl B:11B-5B.
6. Constipation Module. URL: www.romecriteria.org/pdfs/ConstMod.pdf. July 12, 2010.
7. Jangid V, Godhia M, Sanwalka N, Shukla A. Water intake, dietary fibre, defecatory habits and its association with chronic functional constipation. Curr Res Nutr Food Sci 2016:4(2).
8. Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosono Y, Itabashi M. Freshmen in dietetic courses study II group (2007) food intake and functional constipation: A cross-sectional study of 3,835 Japanese women aged 18-20 years. Journal of Nutritional Science and Vitaminology (Tokyo) 2007; 53:30-6.
9. Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N. Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. İstanbul Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2011;19(3):168-78.
10. Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. J Am Board Fam Med 2011;24:436-51.
11. Sloots CE, Felt-Bersma RJ, West RL, Kuipers EJ. Stimulation of defecation: Effects of coffee use and nicotine on rectal tone and visceral sensitivity. Scan J Gastroenterol 2005; 40:808-13.

12. Karakaya IC, Kilic Z, Yilmaz U, Karakaya MG. Relation of constipation problem and physical activity level in university students. TAF Preventive Medicine Bulletin 2015;14(4):329-32.
13. Uysal N, Khorshid Eşer İ. Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;9(2):127-32.
14. Arslan H, Hisar KM. Kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin konstipasyon durumlarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(4):330-6.
15. Chang LL, Lin YC, Lo TC, Chen MC, Kuo HW. Understanding the lifestyle correlates with chronic constipation and self-rated health. Food and Nutrition Sciences 2015;6:391-98.
16. El Ansari W, Stock C, John J, Deeny P, Phillips C, Snelgrove S, et al. Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. Cent Eur J Public Health 2011;19(4):197-204.
17. Wang D, Xing XH, Wu XB. Healthy lifestyles of university students in China and influential factors. Scient World J 2013;412950.
18. Tambağ H. Hatay Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18:47-58.
19. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology 2011;25:3-18.
20. Zhou HQ, Yao M, Chen GY, Ding XD, Chen YP, Li DG. "Functional gastrointestinal disorders among adolescents with poor sleep: a school-based study in Shanghai, China," Sleep and Breathing 2012;16(4):1211-18.
21. World Gastroenterology Organisation (2007). World Gastroenterology Organisation practice guidelines: constipation. URL: www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/05_constipation.pdf. June 2, 2016.
22. Dong YY, Chen FX, Yu YB, Du C, Qi QQ, Liu H, Li YQ. A school-based study with Rome III criteria on the prevalence of functional gastrointestinal disorders in Chinese college and university students. PLoS One 2013;8(1):e54183.

Hemşirelerin Fiziksel Değerlendirme Becerileri ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri

Nurses' Opinions About Physical Assessment Skills and Applications

(Araştırma)

Banu ÇEVİK *, Ziyafet UĞURLU **, Elif AKYÜZ ***, Sultan KAV ****, Asuman ERSAYIN *****

ÖZ

Amaç: Çalışma hemşirelerin hasta bakımında fiziksel değerlendirme becerileri ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı nitelikte tasarlanmış olup özel bir üniversite hastanesinin erişkin servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 125 hemşire üzerinde yürütülmüştür. Veriler fiziksel değerlendirme uygulamaları ile farkındalıklarını değerlendiren, 26 soruluk soru formu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda hemşirelerin %97,6'sı fiziksel değerlendirme hakkında bilgilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %79,5'i 'Bireyin tüm sistemlerinin değerlendirilmesi' olarak tanımlamışlardır. Hemşirelerin çok gerekli olduğu düşünülen fiziksel değerlendirme becerileri, vital bulgu (%97,6), ödem (%96,8), deri turgoru takibi (%92,8), pupil cevabı (%92,8), göz hareketleri (%90,4), ağız mukoza (%92,0) değerlendirmesidir.

Sonuç: Hemşirelerin çoğunluğunun fizik değerlendirme becerileri konusunda bilgilerinin olduğu ancak mezuniyet sonrası bu bilgilerin temel fiziksel değerlendirme becerileri ile sınırlı kaldığı saptanmıştır. Fiziksel değerlendirme becerilerinin klinik ortamda beceri tekniklerinin kapsayacak şekilde lisans sonrasında hizmet içi eğitim ve klinik ortamda uygulamalı eğitim programlarının düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel değerlendirme, fiziksel değerlendirme teknikleri, hemşire

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine nurses' physical assessment skills and applications in patient care.

Material and Methods: This descriptive study was conducted with 125 nurses working at adult clinics and intensive care units in a private university hospital. The data were collected using a 26-item questionnaire that assesses physical assessment practices and their awareness.

* Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

E-posta: bnkucuk@yahoo.com, Tel: 05370547302, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1396-854>

** Başkent Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

E-posta: zhanoglu@baskent.edu.tr, Tel: 05325837935, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6693-6272>

*** Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

E-posta: ebyrak@gmail.com Tel: 05443094067, <https://orcid.org/0000-0003-0218-3501>

**** Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

E-posta: skav@baskent.edu.tr, Tel: 05055772708, ORCID: <https://orcid.org/0000-00003-0361-7498>

***** Başkent Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

E-posta: asumanersayinn@hotmail.com Tel: 05057459788, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1035-2432>

Geliş Tarihi: 13 Kasım 2017, Kabul Tarihi: 26 Şubat 2018

Bu makale, 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Results: 97.6% of nurses reported that they have knowledge about physical assessment. 79.5% of them defined as assessment of whole body systems. Nurses described most necessary physical assessment skills as vital signs (97.6%), edema (96.8%), monitoring skin turgor (92.8%), pupil response (92.8%), eye movements (90.4%), mouth/oral assessment (92.0%).

Conclusions: It was determined that the majority of the nurses have knowledge about the physical assessment skills but after graduation, this knowledge was limited to basic physical assessment skills. We recommend that practical training and in-service training programs focusing on physical assessment skills including skill techniques should be organized.

Key Words: Physical assessment, physical assessment methods, nurse

GİRİŞ

Hemşirelik sürecinin kullanılması kaliteli hemşirelik bakımının verilmesini sağlamaktadır. Hemşirelik sürecinin ilk aşamasında hemşirelik bakımı için veri tabanını oluşturmaya yönelik eylemler yer almaktadır. Çünkü bireyin öz bakım gereksinimlerinin saptanabilmesi ve bakımın planlanması için kapsamlı bir değerlendirme gerekir. Bu değerlendirmenin bir bölümü fiziksel değerlendirme ile yapılabilir ve hemşirenin hastaları değerlendirmesi sırasında normal değişiklikleri ve bulguları tanımlayabilmesine yardımcı olur^{1,2}.

Fiziksel değerlendirme hemşirelikte yeni bir kavramdır. Fiziksel değerlendirme geleneksel olarak doktorların rolünün bir parçası olarak görülmektedir ve hemşirelik eğitiminde rutin kullanılmamaktadır². Hemşireler teorik bilgi olmadan birçok fiziksel muayene becerisini klinikte öğrenmektedirler. Klinikte öğrenilen fiziksel muayene becerisi eğitim almadan yapılsa yanlış teknik yada beceri kazanılmasına neden olmaktadır. Eğitim kesin ve doğru bilgileri insanlara sağlamak için etkili bir yoldur. Hastaların gereksinimlerini karşılamak ve normal dışı bulguları belirlemek için hemşirelerin kazandıkları eğitim ve becerilerini güvenle kullanabilmeleri gerekmektedir^{2,3}.

Hastaların fiziksel değerlendirilmesi için kapsamlı hemşirelik yaklaşımı ilk kez 1960'larda Kuzey Amerika'da tanıtılmıştır ve daha sonra hemşirelik yüksek lisans programlarına kapsamlı fiziksel değerlendirme becerisi dersleri dahil edilmiştir. Hemşirelik lisans eğitimi müfredatında 1970'li yıllarda fiziksel beceri dersi yerini almıştır. Amerikan Hemşireler Birliği tarafından 1973 yılında düzenlenen hemşirelik kongresinde, fiziksel değerlendirme becerisinin hemşirelik uygulamalarında gerekli olduğu ve başarıyı artıracığı belirtilmiştir²⁻⁴. Günümüzde öykü ve fiziksel değerlendirmeyi içeren çoğu fiziksel beceri eğitimi hemşirelik lisans, yüksek lisans ve doktora müfredatında yer almaktadır^{2,5}. Literatürde fiziksel değerlendirme becerilerinin kazandırılmasının lisans müfredatının önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir⁶⁻⁸. Raleigh ve Allan (2016) İngiltere'de ileri hemşirelik uygulamalarında fiziksel değerlendirme becerilerini kullanımına ilişkin 22 hemşire ile yaptıkları nitel çalışmada; fiziksel değerlendirme beceri kullanımına yönelik üç tema belirlenmişlerdir. Bu temalar; fiziksel değerlendirmenin yararları, uygulama ve eğitimidir. Çalışmada fiziksel becerinin hemşireler için klinikte belirli bir uygulamaya ve amaca yönelik ileri bir beceri ve bilgi kazandırdığı belirtilmiş ve fiziksel beceri konusunda lisans eğitimi ve klinik ortamda eğitime önem verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır⁷.

Fiziksel değerlendirme yeterliliği çağdaş, profesyonel hemşirelik uygulamasının önemli bir birleşenidir⁵⁻¹¹. Fennessey and Wittmann-Price (2011) fiziksel değerlendirmeyi

hemşirelik süreci ve hemşirelik sürecindeki her adımın temeli olarak tanımlamışlardır⁴. Yeterli bir fiziksel değerlendirme hemşirelik tanımlarını planlama, hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi, hasta merkezli hemşirelik bakımı ve hasta sonuçlarını değerlendirmenin temelini oluşturmaktadır⁶⁻¹¹. Hemşireler bireyin sağlığı hakkında veri toplamak, hastanın öyküsünde toplanan verileri doğrulamak, hemşirelik tanısını onaylamak, fizyolojik sağlık durumunu değerlendirmek, sağlığı sürdürmek için fiziksel değerlendirme becerilerini kullanmaları ve geliştirmeleri gerekmektedir⁴. Hastanın fiziksel değerlendirmesinde hastanın fizyolojik durumuna ilişkin veriler fiziksel muayene becerilerinin kullanılması ile elde edilir. Bu beceriler kullanılarak organların ya da vücut yapılarının yerleşimi, büyüklüğü, doku yapısı ve fonksiyonlarına ilişkin veriler elde edilmektedir²⁻⁴. Hemşirelik literatüründe bazı çalışmalar, hemşirelerin klinikte fiziksel değerlendirme, becerilerini düzenli olarak kullanamadıkları⁹⁻¹² veya az sayıda beceri kullandıkları genelde fiziksel yönü gözleme aşamasında nabız, solunum, vücut ısısı, kan basıncı, saturasyon takibi ile kısıtlı kaldığı çalışmalarda belirtilmiştir⁸⁻¹³. Pek çok ülkede hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamada kullandıklarına yönelik çalışmalar yapılmıştır⁴⁻¹³. Ülkemizde fiziksel değerlendirme becerilerine yönelik sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır¹⁴⁻¹⁵. Aydın ve Dörtbudak'ın hemşirelerin hasta tanımlama kapsamında fiziksel muayene bilgi ve uygulamalarını belirlemek için özel bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 132 hemşire ile yaptıkları çalışmalarında; hemşirelerin %86.4'ü hemşirelik eğitiminde fiziksel muayene beceri konusunda eğitiminin olması gerekliliğini belirtmişlerdir¹⁴. Ülkemizde lisans ve yüksek lisans hemşirelik eğitiminde fiziksel muayene becerileri dersi olmasına karşın klinik uygulamalarda bu bilginin uygulamaya yansımalarının etkisine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma erişkin klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerileri ve uygulamaya ilişkin görüşlerini belirlemek için yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı türde bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Araştırma Ankara'da bir üniversite hastanesinde erişkin servis ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde en az 6 ay süre ile çalışan lisans mezunu hemşireler ile yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini özel bir üniversite hastanesinin erişkin servis ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 140 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 125 hemşire araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Veri Toplanması

Araştırmanın uygulaması için ilgili kurumdan yazılı izin ve hemşirelerden çalışmaya katılmaya ilişkin onam alındıktan sonra 1.04.2014-1.06.2014 tarihleri arasında çalışma

yürütülmüştür. Veriler literatür taranarak hazırlanan ve dört uzman görüş alınan 26 soruluk form kullanarak toplanmıştır⁵⁻¹². Bu form 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı ve çalıştığı kliniği içeren demografik verilerine ulaşmak için hazırlanan 6 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde hemşirelerin fiziksel değerlendirmeye ilişkin bilgi, deneyim ve fiziksel değerlendirme becerileri ve hemşirelik bakımına ilişkin açık uçlu ve çoktan seçmeli 20 soru, üçüncü bölümde ise 28 maddeden oluşan fiziksel değerlendirme beceri listesi ve gerekli bulma durumuna ilişkin görüşleri (gerekli, gerekli değil, fikrim yok) ve bu fiziksel beceriyi klinikte uygulama sıklığı (evet uyguluyorum, hayır uygulamıyorum) yer almaktadır. Veri toplama için hemşirelerin uygun zamanları belirlenip hemşire odasında araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü hemşirelere anketler dağıtılmıştır. Anketlerin doldurulma süresi toplamda 15-25 dakikadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu'ndan 5 Mart 2014 tarihinde (KA14/243) resmi izin ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı onam alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde lisanslı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı 21.0 versiyonu kullanılmıştır. Anket formu ile toplanan sorularda kapalı uçlu olanlar SPSS ile açık uçlu olanlar ise gruplanarak elde değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler olarak, sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamız için özel bir üniversite hastanesinin servis ve yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 125 hemşirenin verileri değerlendirilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamaları 28.1±5.07 yıl olup %96'sı kadındır. Hemşirelerin %89,6'sı lisans mezunu, %63,2'si meslekte 1-5 yıl arasında çalışmakta, %61,6'sı erişkin kliniklerde çalışmaktadır (Tablo 1).

Hemşirelerin %97,6'sı fiziksel değerlendirme hakkında bilgilerinin olduğu (Tablo 2) ve bu bilgiyi edinme durumları tablo 2'de yer almamakla birlikte %92'si lisans eğitimi sırasında, %76'sı ise hizmet içi eğitimleri esnasında aldıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda fiziksel değerlendirme kavramını hemşirelerin %79,5'ü 'Bireyin tüm sistemlerinin değerlendirilmesi' olarak tanımlamışlardır. Hemşirelerin %60'ı fiziksel değerlendirme yöntemlerini bildiklerini belirtmiş, ancak yöntemleri (inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon) hemşirelerin %56,5'i eksiksiz olarak yanıtlamıştır. Fiziksel değerlendirme konusunda hemşirelerin %78,4'ü eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Hemşirelerin % 95,2'si hasta bakımı esnasında fiziksel değerlendirmenin yapılmasının gerekli olduğu belirtmişlerdir. Hemşirelerden hasta bakımı esnasında fiziksel değerlendirmenin gerekli olduğunu ifade edenlerin %52'si 'hastanın bakım ve ilk değerlendirme esnasında' bu değerlendirmenin yapılmasını belirtmişlerdir.

Tablo 1. Hemşirelerin demografik özellikleri (n=125)

Tanıttıcı özellikler	n	%
Yaş	Ortalama ±SS (28.1±5.07)	
Cinsiyet		
Kadın	120	96.0
Erkek	5	4.0
Eğitim düzeyi		
Lisans	112	89.6
Yükseklisans	13	10.3
Meslekte çalışma yılı		
1-5 yıl	79	63.2
6-10 yıl	24	19.2
11-15 yıl	13	10.4
16 yıl ve üzeri	9	7.2
Çalışılan klinik		
Erişkin servisler	77	61.6
Erişkin yoğun bakım üniteleri	48	38.4
TOPLAM	125	100

Çalışmamızda hemşirelerin %96'sı fiziksel değerlendirmenin hastaya yarar sağladığını, bu yararın 'hastanın tedavi sürecine yön verdiği ve iyi kaliteli bir hemşirelik bakım almasını sağladığı' (%39,1) ve 'hastaya ait semptomların erken farkedilip komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamak' (%35) olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %69,6'sı her şifte bir kez fiziksel değerlendirme yapılmasının gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %89,6'sı çalıştıkları klinikte fiziksel değerlendirme yaptıkları ve fiziksel değerlendirme yapanların %79,4'ü hastaların fiziksel değerlendirmesini her şifte yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma yılı, çalıştıkları klinik ile fiziksel değerlendirme kavramını bilme, eğitim alma isteği, klinikte fiziksel değerlendirme uygulama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmamızda en çok gerekli olduğu düşünülen fiziksel değerlendirme becerileri, vital bulgu (%97,6), ödem (%96,8), deri turgoru takibi (%92,8), pupil cevabı (%92,8), göz hareketleri (%90,4), ağız-mukoz-dil-damak (%92,0) değerlendirmesidir. En az gerekli olduğu düşünülen fiziksel muayene becerileri trakea (%54,4), troid bezi (%58,4), juguler ven dolgunluğu (%61,6), derin tendon refleksi (%64,0)'dir. Çalışmamızda hemşirelerin 28 maddelik fiziksel değerlendirme becerisinden 16 becerinin (%57,1) klinikte uygulama sıklığı çok düşük olarak bulunmuştur. En sıklıkla klinikte uygulanan beceriler ise vital bulgular (%88,8), ödem değerlendirilmesi (%84,0), deri

Tablo 2. Fizik değerlendirme kavramına ilişkin özellikler (n=125)

Fizik değerlendirme ile ilgili özellikler	n	%
Fizik değerlendirme kavram tanımı (n=102)		
Bireyin tüm sistemlerinin değerlendirilmesi	78	76.5
Erken tanı ve semptomların değerlendirilmesi için hastanın baştan ayağa değerlendirilmesi	24	23.5
Fiziksel değerlendirme yöntemlerini bilme durumu		
Biliyor	75	60.0
Bilmiyor	8	6.40
Kısmen biliyor	36	28.8
Cevapsız	6	4.8
Fizik Muayene Yöntemleri (n=78)		
İnspeksiyon-palpasyon –perküsyon-oskültasyon	44	56.5
İnspeksiyon- palpasyon –oskültasyon	13	16.7
İnspeksiyon- palpasyon	17	21.7
Palpasyon	4	5.10
Hasta bakımında fiziksel değerlendirme yapılmasının gerekliliği		
Yapılmalı	119	95.2
Fikrim yok	6	4.80
Fizik değerlendirme yapılma sıklığı		
Her shift değişiminde bir kez yapılmalı	87	69.6
Günde bir kez	27	21.6
Haftada 2-3 kez	2	1.60
Haftada 1 kez	6	4.80
Cevapsız	3	2.40
Fiziksel değerlendirme konusunda eğitim alma isteme durumu		
İsterim	98	78.4
İstemem	27	21.6

turgoru (%78,4), ağız, mukoza, dil damak (%76,0) olmak üzere dört fiziksel becerinin değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

TARTIŞMA

Lisans eğitimi sırasında hemşirelere fiziksel değerlendirme becerilerinin kullanımı ve bu becerilerin klinikte kullanmanın önemi sıklıkla vurgulanmaktadır^{9-12,16-19}. Ancak

Tablo 3. Hemşirelerin Fiziksel Değerlendirme Becerisine ilişkin görüşleri ve klinikte uygulama durumu

Uygulamalar	Gerekli bulma Durumu						Klinikte Uygulama Durumu			
	Gerekli		Gerekli değil		Fikrim yok		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vital Bulgular	122	97.6	-	-	3	2.40	111	88.8	14	11.2
Deri turgoru	116	92.8	3	2.80	6	4.40	98	78.4	27	21.6
Ödem	121	96.8	4	3.20	-	-	105	84.0	20.0	16.0
Saç Derisi	97	77.6	5	4.00	23	18.4	81	64.8	44	35.2
Tırnak Yapısı/Şekli	94	75.2	10	8.00	21	18.6	72	57.6	53	47.0
Göz yapısı/Şekli	85	68.0	19	15.2	21	18.6	64	51.2	61	48.8
Göz hareketleri	113	90.4	5	4.00	7	5.60	85	68.0	40	32.0
Pupil cevabı	116	92.8	1	0.80	8	6.40	84	67.2	41	32.8
Burun yapısı	72	57.6	25	20.0	28	22.4	48	38.4	77	61.6
Ağız, mukoza, dil, damak, diş	115	92.0	2	1.60	8	6.40	95	76.0	30	24.0
Trakea	68	54.4	22	17.6	35	28.0	36	28.8	89	71.2
Troid Bezi	73	58.4	20	16.0	32	25.6	38	30.4	87	69.6
Lenf Nodları Palpasyonu	82	65.6	15	12.0	28	22.4	37	29.6	88	70.4
Karotit Nabız	90	72.0	14	11.2	21	21.6	43	34.4	82	65.6
Juguler Ven Dolgunluğu	77	61.6	21	16.8	27	21.6	41	32.8	59	67.2
Periferel ven	93	74.4	13	10.4	19	15.2	59	47.2	41	52.8
Periferel nabız	110	88.0	3	2.40	12	9.60	70	56.0	55	44.0
Toraks ve göğüs yapısı	86	68.8	15	12.0	24	19.2	49	39.2	76	60.8
Solunum sesleri	109	87.2	4	3.20	12	9.60	67	53.6	58	46.4
Kalp sesi	106	84.8	6	4.80	13	10.4	66	52.8	59	47.2
Abdominal palpasyon	88	70.4	13	10.4	24	19.2	48	38.4	77	61.6
Bağırsak sesleri	105	84.0	3	2.40	17	13.6	66	52.8	59	47.2
Bilinç durumu	112	89.6	2	1.60	11	8.80	83	66.4	42	33.6
Konuşma	113	90.4	3	2.40	9	7.20	82	65.6	43	34.4
Motor fonksiyon ve hareketler	108	86.4	5	4.00	12	9.60	79	63.2	46	36.8
Derin tendon refleksleri	80	64.0	18	14.4	27	21.6	44	35.2	81	64.8
Eklem ve eklem hareketleri	99	79.2	8	6.40		14.4	66	52.8	59	47.2
Yürüme ve denge	112	89.6	3	2.40	10	8.00	81	64.8	44	31.8

literatürde hemşireler fiziksel değerlendirme becerilerini kullanmada rahat olmadıkları, klinik ortamda kapsamlı fiziksel değerlendirme beceri tekniklerinin hepsini günlük olarak yapamamalarına rağmen, bazı becerilerin (nabız, solunum, kan basıncı vb) çoğu hemşireler tarafından yapıldığı belirtilmektedir^{9,11-13}. Çalışmamızda hemşirelerin %96,7'si fiziksel değerlendirme konusunda bilgileri olduğunu belirtirken %60'ı fiziksel değerlendirme yöntemlerini bildiklerini ifade etmişlerdir. Fiziksel değerlendirme yöntemlerini bildiklerini belirtenlerin sadece %56,5'i fizik değerlendirme yöntemlerini eksiksiz olarak yazmıştır. Fiziksel değerlendirmenin tanımını yapmaları için hemşirelere sorduğumuz açık uçlu soruya, hemşirelerin %76,5 'Bireyin tüm sistemlerinin değerlendirilmesi' ve %23,5'i erken tanı için hastanın baştan ayağa değerlendirilmesi' olarak fiziksel değerlendirmesi tanımlamışlardır. Çalışmamızda hemşirelerin %78,4'ü fiziksel değerlendirme becerileri konusunda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu durum çalışmaya katılan hemşirelerin fiziksel değerlendirme kavramına ilişkin bilgilerinin olduğunu ancak yöntemleri konusunda bilgi eksikliğini ortaya koymaktadır. Koç ve Sağlam'ın (2012) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %77,9'unun fiziksel değerlendirme yapmadıkları, fiziksel değerlendirme yapmama nedenlerinin ise bilgi eksikliği, fiziksel değerlendirmenin doktorun görevi olduğu görüşü, hasta sayısının fazla olması, hemşire sayısının yetersiz olması ve hemşirelerin ağır iş yükü olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin %96'si fiziksel değerlendirmenin hastanın yararına olduğunu ve %69,6'sı her şifte fiziksel değerlendirmenin yapılması gerekliliğini belirtmiştir. Hemşirelerin %89,6'sı çalıştıkları klinikte fiziksel değerlendirme yaptıklarını, fiziksel değerlendirme yapanların %79,4'i her şifte değerlendirmeyi uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda fiziksel değerlendirme beceri listesindeki uygulamalardan hemşirelerin sık kullandıkları fiziksel değerlendirme becerileri vital bulgular, deri turgoru ve ödem değerlendirilmesi, ağız mukozasının değerlendirilmesi, en az değerlendirme yaptıkları beceriler ise burun yapısı, lenf nodları palpasyonu, derin tendon refleksleri, abdominal palpasyon, juguler ven dolgunluğu, karotis nabız, trekea, toraks ve göğüs yapısı değerlendirmeleridir. Bu bulgular ve sonuçlar hemşirelerin günlük uygulamalarında nispeten daha az fiziksel muayene becerileri kullandıklarını ve inspeksiyon yöntemi gerektiren beceriler ile sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır. Hemşireler tarafından en az kullanılan becerilerin palpasyon, perküsyon yöntemi kullanımını gerektiren beceriler olduğu görülmektedir. Koç ve Sağlam'ın (2012) Türkiye'de hemşireler tarafından kullanılan fiziksel değerlendirme becerilerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin en sık kullandıkları fiziksel değerlendirme becerileri vital bulgu, bilinç değerlendirmesi, periferik nabızlar, klinikte uygulama yapmadıkları beceriler ise troid bezleri, kranial sinirlerin ve derin tendon reflekslerinin değerlendirilmesi olarak belirtilmiştir¹⁵. Birks ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada; hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerinden sıklıkla yaptıkları uygulamaların inspeksiyon olduğu¹¹, aynı şekilde Gidden'in (2007) yaptığı çalışmada tanımlanmış 30 fiziksel değerlendirme becerilerinden hemşirelerin çoğunlukla inspeksiyonu uyguladıkları belirlenmiştir¹². Shin ve arkadaşları (2009) 123 hemşire ile yaptığı 126 maddeden oluşan fizik değerlendirme becerisinden sadece on dört becerinin katılımcılar tarafından düzenli olarak yapıldığı, bu becerilerin çoğunluğunun gözleme/inspeksiyon yöntemi ile olduğu ifade edilmiştir¹⁶. Zambas ve arkadaşlarının (2017) dahiliye ve cerrahi alanda çalışan hemşirelerin fiziksel beceri tekniklerinden olan oskültasyon, palpasyon, perküsyon tekniklerini klinik ortamda kullanmalarının sonuçlarını belirlemek için yaptıkları nitel çalışmada 5 hemşire ile görüşülmüş ve 13 hastanın görüşü alınmıştır. Fiziksel beceri tekniklerini kullanma

sonuçları olarak daha yakından bakmak, göze çarpan özellikleri tanımak, sorunları daha hızlı saptamak olarak belirtilmiştir¹⁷. Douglas ve arkadaşları 2015 yılında yaptıkları çalışmada lisans eğitimi sırasında fiziksel değerlendirme becerilerini öğrenen hemşirelik öğrencileri bu becerileri uygulayacak ortam bulamamaları ve kendilerini bu konuda geliştirme fırsatı bulmamaları nedeni ile fiziksel beceri uygulamalarını klinikte eksik yapıldığını belirtmişlerdir¹⁸. Osborne ve arkadaşlarının 2015 yılında 434 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada 133 fiziksel değerlendirme becerisi incelenmiş, hemşirelerin klinikte düzenli olarak fiziksel değerlendirme beceri kullanım sıklıklarının düşük olduğu, rutin olarak kullandıkları becerinin vital bulgu olduğu belirtilmiştir¹⁹. Kohtz ve arkadaşları (2017) Hemşirelik eğitiminde fiziksel uygulama teknikleri belirlemek için 321 hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında 126 fiziksel beceri listesi belirlemiştir. Bu fiziksel beceri listesi 0-5 puan arasında '0' hiç uygulamıyorum, '5' sıklıkla uyguluyorum şeklinde puanlanmıştır. Hemşirelerin 126 fiziksel beceri listesinde 21 beceriyi sıklıkla uyguladıkları, 79 fiziksel beceri çok nadir (1 puan) ve 8 fiziksel beceriyi (kas kütlelerinin değerlendirilmesi, prostat muayene, serviks muayenesi, genital muayene, vücut yağını triceps kası ile belirlemek, açılma ile hareket alanının ölçümü, sinirlerin değerlendirilmesi ve bel kalça oranının hesaplanması) ise hiç uygulamadıkları belirtilmiştir²⁰. Cicolini ve arkadaşlarının 2015 yılında 1182 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerinin bir kısmını düzenli olarak yaptıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel değerlendirme becerilerinin üçte birini nadiren uyguladıkları ya da hiç uygulamadıkları belirlenmiştir. Çalışmada bu uygulamaların başında oskültasyon yer aldığı ve akciğer, kalp ve bağırsak sesleri, kas kuvveti değerlendirmesi, kapiller geri dönüş değerlendirmesi ve ekstremiteler palpasyonunun az uygulanan ya da hiç uygulanmayan değerlendirme teknikleri arasında yer aldığı belirtilmektedir²¹. Bu bulgular çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Aynı zamanda klinikte rutin olarak kullanılmayan fiziksel değerlendirme becerilerinin lisans eğitiminde yer alsa bile yeterince uygulanmadığı, hemşirelerin klinik eğitimlerinde fiziksel değerlendirme becerilerinin yer almasının, oskültasyon, palpasyon ve perküsyon tekniklerini klinikte kullanımının artırılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda fiziksel değerlendirme becerilerinin gözleme dayalı beceriler ile sınırlı kaldığı, bu konuda eğitim alma isteklerinin olduğu, fiziksel değerlendirme beceri listesinde yer alan becerilerin kullanımını gerekli görmelerine rağmen klinikte kullanımın düşük olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Lisans mezunu hemşirelere fiziksel değerlendirme becerilerini geliştirmek ve kazandırmak için klinik içinde hizmet içi eğitimlerin planlanması
- Kongre ve sempozyumlarda fiziksel değerlendirme becerisi geliştirmeye yönelik kurs ve eğitimlerin planlanması
- Ülkemizde fiziksel değerlendirme konusunda çalışmaların sınırlı olması nedeniyle fiziksel değerlendirme becerisini uygulamaya engel olan bariyerleri belirleyen çalışmaların planlanması
- Çalışma sonuçlarımızın araştırma örneklemeyle sınırlı olup genellenemeyeceği ve bu nedenle konuyla ilgili araştırmaların daha büyük örneklem gruplarında yapılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. West SL. Physical assessment: whose role is it anyway? *Nurs Crit Care* 2006; 11(4): 161-167
2. Görgülü S. Hemşireler için fiziksel muayene yöntemleri, İstanbul Tıp Kitabevi 1. Baskı 2014 p:1-3
3. Zambas SI. Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a "sacred cow". *J. Nurs. Educ* 2010 ;49 (6): 305-310
4. Taller SL, Feldman R. The training and utilization of nurse practitioners in adult health appraisal. *Med. J. Nurs* 1984; 12: 40-48.
5. Natapoff JM, Moetzinger CA, Quarto JM. Health assessment skills in the baccalaureate program. *Nurs. Outlook* 1982; 30:44-47.
6. Lesa R, Dixon A. Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *Int Nurs Rev* 2007; 54:166-172.
7. Raleigh M, Allan H. Qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries *Journal of Clinical Nursing* 2016:2025-2035
8. Wilson M, Lillibridge J. Health assessment: a study of registered nurses' knowledge and skill level. *Contem. Nurse* 1995; 4: 116-112.
9. Giddens J. Comparing the frequency of physical examination techniques performed by associate and baccalaureate degree prepared nurses in clinical practice: does education make a difference *Journal of Nursing Education* 2006; 45:136-139.
10. Secrest JA, Norwood BR, Mont PM. Physical assessment skills: a descriptive study of what is taught and what is practiced. *Journal of Professional Nursing* 2005; 21:114-118.
11. Birks M, Cant R, James A, Chung C Davis J. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian* 2013; 20: 27-33.
12. Giddens JF. A survey of physical assessment techniques performed by RNs: lessons for nursing education. *J. Nurs. Educ* 2007; 46 (2):83-87
13. Melanie B, Robyn C, Grad CP, Catherine C, Jenny D, Grad D. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: Issues for nursing education, *Collegian* 2013; 20:27-33
14. Aydın D, Dörtbudak Z. Nurses' knowledge and use of physical assessment methods within the context of patient assessment. *HEAD* 2004; 1(1):29-33
15. Koç Z, Sağlam Z. Determination of physical assessment skills used by nurses in Turkey. *Health MED* 2012; 6 (3): 30-33
16. Shin H, Kim B, Kang HS. Use of Physical assessment skills and education needs of advanced practice nurses and nurse specialists. *J Korean Acad Nurs* 2009; 39(5):709-719.
17. Zambas SI, Smythe EA, Mclain KJ. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing. A hermeneutic pragmatic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2016;1-13
18. Douglas C, Windsor C, Lewis P. Too much knowledge for a nurse? Use of physical assessment by final-semester nursing students. *Nursing and Health Science* 2015; 17; 492-499.
19. Osborne S, Douglas C, Reid C, Jones L, Gardner G. The primacy of vital signs acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52; 951-962.
20. Kohtz C, Brown CS, Williams R. Physical assessment techniques in nursing education. A Replicated Study. *Journal of Nursing Education* 2017;6 (66):287-291
21. Cicolini G, Tomietto M, Simonetti V, Comparcini. Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: a quantitative survey. *Journal of Clinical Nursing* 2015; 24; 3700-3706.

Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitim Stresi ve Mesleki Benlik Saygısı Arasındaki İlişki

The Relationship Between Nursing Students' Educational Stress and Professional Self-Esteem

(Araştırma)

Hülya FIRAT KILIÇ*

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik lisans öğrencilerinin eğitim stresi ile mesleki benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan çalışmanın örneklemini 2015-2016 Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde bulunan bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Lisans Programında öğrenim gören 269 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu", "Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği" ve "Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan çalışmada kız öğrencilerin ve mesleğini severek seçenlerin daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu, ayrıca ikinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilerin eğitim stresinin birinci ve son sınıf öğrencilerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmanın sonucunda hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ile mesleki benlik saygıları arasında herhangi bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda, ikinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilerin eğitim stresini azaltmaya yönelik ders programlarının yeniden düzenlenmesi erkek öğrencilerin mesleki benlik saygısını artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve ileriki çalışmaların daha geniş örnekleme ve farklı ölçüm araçları ile yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik eğitimi, hemşirelik öğrencisi, eğitim stresi, mesleki benlik saygısı

ABSTRACT

Aim: This research was conducted to determine the relationship between undergraduate nursing students' educational stress and professional self-esteem.

Material and Methods: The sample of this descriptive study consisted of 269 students enrolled in the undergraduate nursing program at a private university in Turkish Republic of Northern Cyprus during the 2015-2016 academic year spring semester. Personal Information Form, Nursing Education Stress Scale and Arıcak Professional Self-esteem Scale" were used as data collection tools.

*Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Gazimağusa, KKTC

E-posta: hulyafirat81@gmail.com, Tel: 05488588821, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6570-8083>

Geliş Tarihi: 14 Kasım 2017 Kabul Tarihi: 13 Mart 2018

Results: The study revealed that the female students and the students who choose their profession voluntarily had higher self-esteem. The education stress of the second and third-year students was higher than the first and last year students. No relation was found between the educational stress and professional self-esteem of the nursing students.

Conclusion: In the light of the results, it is suggested that interventions should be planned to increase professional self-esteem of male students, curricula should be reorganized in order to reduce educational stress of the second and third year students and further studies should be carried out with wider samples and different measurement tools.

Key Words: *Nursing education, nursing student, educational stress, professional self-esteem*

GİRİŞ

Hemşirelik eğitimi teorik bilgi ve klinik uygulama olmak üzere, birbirini tamamlayan iki bölümden oluşmaktadır¹. Bu eğitimin temel amacı, öğrenciye bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanda hemşirelik bilgisi, becerisi ve tutumlarını kazandırırken, benlik gelişiminin de devamını sağlamaktır^{2,3}. Hemşirelik eğitimi diğer sağlık disiplinlerinin eğitiminde de olduğu gibi öğrenci için stres yaratan bir süreçtir. Öğrenciler hem teorik eğitim sırasında hem de klinik uygulama aşamasında yoğun stres yaşayabilmektedirler. Bu süreç içerisinde öğrencilerin benlik saygısının yüksek olması, eğitim sürecinde yaşanan stres ile başetmelerinde etkili bir faktördür. Hemşirelik öğrencilerinin yaşadıkları stres, öğrencilerin profesyonel kimlik kazanımına engel olmaktadır³.

Hemşirelik öğrencileri, hemşirelik eğitimi ve uygulamaları sırasında, öğrenme ve performanslarını etkileyen çeşitli kişilerarası ve çevresel stresörlerle karşı karşıya kalmaktadır⁴. Stres, bireylerde fizyolojik, duygusal ve davranışsal tepkilere yol açabilmektedir. Stresörler ise bireyin biyopsikososyal sistemleri üzerinde zorlayıcı ve olumsuz tepkileri olan güçler olarak tanımlanmaktadır. Stresörler karşısında farklı bireyler farklı tepkiler verir⁵. Hemşirelik eğitim sürecinde stres, öğrencilerin öğrenmelerini ve performanslarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hemşirelik eğitiminde başlıca stres kaynakları; kişisel, sosyal, akademik ve klinik uygulama alanı olmak üzere 4 alandan oluşmaktadır⁶. Klinik eğitimin doğal olarak sunduğu zorluklar öğrencilerin stres deneyimlemesine neden olmaktadır. Dahası, hemşirelik öğrencilerini profesyonel hemşirelik rollerine hazırlamak için geliştirilen uygulamalı programlar, öğrenciler için diğer programlara göre daha stresli hale gelmektedir⁷.

Benlik saygısı yüksek olan öğrenciler, yeni durumlar karşısında daha öz güvenli ve pozitif yaklaşımda bulunurlar⁸. Aynı zamanda yüksek benlik saygısına sahip bireyler kendi yeteneklerinin farkında oldukları için başarı beklentileri daha yüksektir^{8,9}. Benlik saygısı bireyin sağlığı ve psikolojik iyi hali ile ilişkilidir. Benlik saygısı, insanların stresli durumlarla başetme yeteneğini ve bu durumlara vereceği tepkileri etkileyen psikolojik kaynakları/gücü içermektedir. Aynı zamanda stresli olaylar benlik saygısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁵. Mesleki benlik saygısı ise, kişinin mesleğini ne kadar değerli ve önemli gördüğü ile ilgilidir¹⁰. Bireyin kişilik ve mesleki kimlik gelişimi için mesleki benlik saygısı en önemli parametredir¹¹. Kişinin mesleğini icra ederken, kendisinden istenen sorumlulukları yerine getirebilme becerisi, o kişinin mesleki benlik saygısını şekillendirmektedir¹². Zamanla akranları, eğitimcileri ve meslektaşları

ile deneyimledikleri yeni tecrübelerin, öğrencilerin benlik saygılarını değiştirdiği görülmektedir¹⁰.

Çalışmalar eğitim stresinin öğrencilerin başarısını, kendine olan güvenlerini ve benlik saygılarını olumsuz etkilediğini göstermektedir^{9,13,14}. Konu ile ilgili yurtdışında yapılmış çalışmalar incelendiğinde genel olarak benlik saygısı ve stres arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sonuçlarına rastlanmaktadır^{9,13}. Acharya Pandey ve Chalise (2015) tarafından hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada benlik saygısı ile akademik stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur⁸. Farhan ve Khan tarafından (2015) yapılan çalışmada benlik saygısı ve stres arasında negatif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur⁹.

Hemşirelik eğitiminin amacı mesleki benlik saygısı yüksek sağlıklı hemşire adayları yetiştirmektir. Bu nedenle bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ve mesleki benlik saygısı arasındaki ilişkiyi bazı değişkenler açısından incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonucunda mesleki kimlik gelişimi sürecinde olan hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinden kaynaklanan stres ve mesleki benlik saygıları arasında bir ilişki saptanır; eğitim stresini azaltmaya yönelik stresle baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve mesleki benlik saygısını güçlendirici müdahalelerle stres düzeylerinin azaltılmasına yönelik düzenlemeler mümkün olabilecektir.

Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ve mesleki benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi düzeyi nedir?
2. Belirlenen tanıtıcı özelliklere göre hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygılarının düzeyi nedir?
4. Belirlenen tanıtıcı özelliklere göre hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı düzeyleri arasında fark var mıdır?
5. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresleri ile mesleki benlik saygıları arasında ilişki var mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Bu araştırma tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde bulunan bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü lisans öğrencileri ile yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2015-2016 Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında öğrenim gören 332 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden oluşmaktadır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve veri toplama süreci içerisinde derse katılan 269 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir (Evrenin %80'i). Öğrencilerden iki kişi araştırmaya katılmak istemediğini belirtmiştir. Diğer 61 öğrenci verilerin toplandığı gün sınıfta olmamaları nedeniyle araştırmaya katılmamıştır. Toplamda 63 öğrenci araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırmanın Uygulanması:

Araştırma verileri, belirlenen örneklemin tamamına ulaşabilmek için, hemşirelik bölümü öğrencilerinin en çok katılımlarının olduğu temel derslerde toplanmıştır. Araştırmacı verilerin toplanmasından önce 1. 2. 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin ana derslerini belirleyerek, ilgili dersin öğretim elemanından derse başlamadan önce veri toplamak için izin almıştır. Veriler 16-30 Mayıs 2016 tarihleri arasında bir araştırmacı tarafından sınıf ortamında toplanmıştır. Anket formları dağıtılmadan önce öğrencilere, araştırmanın amacı, anketin uygulanma süresi ve anket formu hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu” dağıtılarak, öğrencilerden yazılı onam alınmıştır. Sonrasında araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formları dağıtılmıştır ve aynı ortamda geri alınmıştır. Anket formları ortalama 20 dakikada cevaplanmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Özellikleri:

Araştırmada veri toplama aracı olarak, öğrencilere yönelik bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu”, “Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği” (HESÖ) ve “Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği” (AMBSÖ) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak^{2,7,9,10} hazırlanmış, 2 kapalı uçlu ve 10 açık uçlu olmak üzere toplam 12 sorudan oluşan bir formdur. Bu form öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, okuduğu sınıf, mesleği seçme nedeni vb. soruları içermektedir.

Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği: Rhead¹⁵ (1995) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Karaca ve arkadaşları¹⁶ (2014) tarafından hemşirelik lisans öğrencilerine uygulanarak 2014 yılında yapılmıştır. Ölçek 0-3 puan alan Likert tipi ölçek olup 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte “3” çok stresli durumu, “0” hiç stresli olmayan durumu belirtmektedir. Ölçeğin akademik ve uygulama stresi olmak üzere 2 alt boyutu bulunmaktadır. Uygulama stresi alt boyutu 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 24, 25, 27, 29 ve 32. maddeler, Akademik stres alt boyutu ise 1, 2, 3, 6, 8, 10, 12, 14, 17, 20, 22, 23, 26, 28, 30 ve 31. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0-96 arasında, alt boyut toplam puanları ise 0-48 arasında değişmektedir. Alt boyut ya da toplam puanın artması stresin arttığını göstermektedir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları 0,81 ve 0,93’tür¹⁶. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği: Arıcak tarafından (1999) geliştirilmiş olup, 17 yaş ve üstü bireylerin ilgili mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacı ile uygulananan likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçek sınıf öğretmenliği öğrencilerine uygulanarak 1999 yılında geliştirilmiştir¹⁷. Mesleki benlik saygısı ölçeği 30 maddeden oluşmaktadır. Bu 30 maddenin 14’ü olumlu (2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16,18, 20, 24, 26, 28 ve 30.), 16’sı ise olumsuz (1, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27 ve 29) ifadeleri içermektedir. Olumlu maddeler “Kesinlikle katılıyorum” 5, “Katılıyorum” 4, “Kararsızım” 3, “Katılmıyorum” 2 ve Kesinlikle katılmıyorum” 1 olarak puanlanmıştır. Olumsuz maddelerde puanlama ters yönde yapılmaktadır. Her maddeye verilen puan toplanmakta ve toplam puan

elde edilmektedir. AMBSÖ'nden alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan 30'dur. Ölçekten alınan puanın yüksek ya da düşük olması o ölçekte ölçülen özelliğin katılımcıda yüksek ya da düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur¹⁷. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91 bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırma verileri SPSS (20.0) for Windows Software Paket Programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılım gösterip göstermediği One-Sample Kolmogorov-Simirnov testi ile incelenmiştir. Bu sonuca göre verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında "Man Whitney U testi", üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise "Kruskal Wallis H testi" kullanılmıştır. "Kruskal Wallis H testi" sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılık vardır sorusunu test etmek için "Mann Whitney U Testi" kullanılmıştır. Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. AMBSÖ ile HESÖ puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için "Sperman's rho Korelasyon Katsayısı testi" kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle sonuçlar yalnızca bu öğrenci grubuna genellenebilir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için, Üniversitenin Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan "Kurum İzni", Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan "Etik Kurul İzni" (Karar no:2016/28-06) ve araştırmaya katılan öğrencilerden gönüllülük esas alınarak "Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu" ile yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR

Hemşirelik Öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde % 44,2'sinin 18-20 yaş aralığında ve % 68'inin kadın olduğu görölmüştür. Öğrencilerin % 40,5'inin birinci sınıf düzeyinde olduğu, % 56,1'inin mesleğini sevdiği için seçtiği ve % 63,9'unun akademik ortalamalarının 2,00-2,99 arasında olduğu görölmüştür .

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin AMBSÖ puan ortalaması 113,14 ± 20,41, HESÖ puan ortalaması 63,04 ± 15,54, HESÖ Uygulama Stresi Alt Boyutu puan ortalaması 30,94 ± 8,20 ve HESÖ Akademik Stres Alt Boyutu puan ortalaması 32,10 ± 8,33 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, mesleği seçme durumu, genel akademik ortalamasının alt sınıflarında ve toplamda, HESÖ (Toplam), HESÖ (Uygulama Stresi), HESÖ (Akademik Stres) ve AMBSÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p > ,05$)

Hemşirelik Öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre, HESÖ ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, öğrencilerin yaş, mesleği seçme nedeni ve genel

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin AMBSÖ ile HESÖ ve Alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler	Ort ± SS	Medyan	Max Puan	Min Puan
AMBSÖ*	113,14 ± 20,41	114	149	56
HESÖ**	63,04 ± 15,54	63	96	22
HESÖ Uygulama Stresi Alt Boyutu	30,94 ± 8,20	31	48	10
HESÖ Akademik Stres Alt Boyutu	32,10 ± 8,33	32	48	4

*Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği, ** Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği

akademik ortalamalarına göre HESÖ ve alt boyut ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p > ,05$) (Tablo 2).

Hemşirelik öğrencilerinin sınıf düzeyleri ile HESÖ toplam puan ve uygulama stresi alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < ,05$). Bu sonuca göre ikinci sınıfta ve üçüncü sınıfta okuyan hemşirelik öğrencilerinin HESÖ toplam puan ve uygulama stresi alt boyutu puan ortalamalarının birinci sınıfta okuyan öğrencilerinin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer bir deyişle ikinci ve üçüncü sınıftaki öğrenciler birinci sınıftaki öğrencilerden daha yüksek eğitim stresi ve uygulama stresi seviyesine sahiptirler. HESÖ Akademik stres alt boyutunda ise ikinci sınıftaki öğrencilerin birinci ve dördüncü sınıftaki öğrencilerden daha yüksek akademik stres seviyesine sahip oldukları görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 2).

HESÖ toplam puan ve akademik stres alt boyut puanlarının öğrencilerin cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği, kız öğrencilerin HESÖ toplam puan ve akademik stres alt boyut puan ortalamalarının erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 2). Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre, AMBSÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, öğrencilerin yaş ve sınıf düzeyi ile AMBSÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p > ,05$) (Tablo 2).

Cinsiyet değişkeni ile AMBSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış, kız öğrencilerin AMBSÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 2).

AMBSÖ puan ortalamalarının öğrencilerin mesleği seçme nedenine göre anlamlı farklılık gösterdiği, mesleğini severek seçenlerin daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Öğrencilerin genel akademik ortalamalarına göre AMBSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ve genel akademik başarısı 3,00-4,00 arasında olan öğrencilerin daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür ($p < ,05$) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Teorik bilgi ve psikomotor beceri geliştirme sürecinin yanısıra öğrencinin benlik gelişiminin de devam ettiği bir süreç olan hemşirelik lisans eğitiminde, yaşanan stres öğrencilerin okul başarısını ve benlik saygısının gelişimini etkileyen önemli bir faktördür^{3,16}. Eğitim sürecinde yaşanan stresli olaylar öğrencilerin benlik saygısını etkilerken, benlik saygısı da öğrencilerin strese gösterdiği tepkiyi ve stresle baş etme

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerine göre AMBSÖ ve HESÖ ile alt boyut ortalamalarının karşılaştırılması (n=269)

Özellikler	HESÖ** (Toplam)		HESÖ (Uygulama Stresi)		HESÖ (Akademik Stres)		AMBSÖ***	
	Medyan	Min- Max	Medyan	Min- Max	Medyan	Min- Max	Medyan	Min- Max
Yaş								
18-20 yaş arası	63	29-93	32	11-48	32	14-47	113	56-149
21-23 yaş arası	64	22-96	31	10-48	33	4-48	113	56-147
24 yaş ve üstü	61	33-88	28	11-42	32	14-46	118	80-144
İstatistiksel Analiz	p = ,407		p = ,279		p = ,635		p = ,441	
Cinsiyet								
Kadın	67	29-96	34	11-48	34	12-48	118	56-149
Erkek	57	22-95	27	10-47	30	4-48	107,5	65-142
İstatistiksel Analiz	p <0,001		p <0,001		p <0,001		p <0,001	
Sınıf Düzeyi								
Birinci sınıf	60	22-91	30	10-45	31	4-46	121	63-149
İkinci sınıf	69	32-96	34	11-48	36	18-48	109	56-147
Üçüncü sınıf	66	30-92	33	16-47	34	12-47	112	56-144
Dördüncü sınıf	59	34-83	30	18-42	30	16-43	115	68-146
İstatistiksel Analiz	p = ,002		p = ,015*		p = ,001		p = ,099	
Mesleği Seçme Nedeni								
Sevdiğim için	65	22-96	32	10-48	33	4-48	123	56-149
İş Garantisi	63	25-95	31	11-47	33	10-48	111	56-144
Aile İsteği	56,5	30-87	28,5	16-43	28,5	14-44	94,5	63-127
İstatistiksel Analiz	p = ,131		p = ,307		p = ,059		p <0,001	
Genel Akademik Ortalama								
1,00 - 1,99 arası	59	39-96	28	11-48	31	20-48	110	63-147
2,00 - 2,99 arası	65	22-95	32	10-48	33	4-48	113	56-149
3,00 - 4,00 arası	65,5	38-95	32,5	16-48	33	19-47	126,5	70-143
İstatistiksel Analiz	p = ,590		p = ,316		p = ,955		p = ,039*	

*p<0,05

** Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği

*** Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği

mekanizmalarını etkilemektedir⁵. Eğitim stresi ve mesleki benlik saygısı arasındaki bu ilişki^{9,13} göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelik eğitiminde öğrencinin mesleki benlik saygısı ile stres düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem kazanmaktadır.

Yapılan çalışmada öğrencilerin hemşirelik eğitimleri esnasında yüksek düzeyde stres yaşadığı, yaşanan stresin akademik stres ve uygulamalı boyutlarında eşit derecede olduğu söylenebilir (Tablo 1). Öğrencilerin yaşadıkları stres kaynaklarının araştırıldığı yurt içi ve yurtdışı çalışma sonuçları incelendiğinde farklı kategorilere rastlanmakla beraber çoğunda akademik ve klinik uygulama stresi temel stres kaynakları arasında yer almaktadır^{3,4,18}. Khater ve ark. tarafından (2014) yapılan çalışmada öğrencilerin %47,82'sinin ortalamanın üzerinde stres algıladığı, ve bu stresin klinik uygulamadan kaynaklı olduğu görülmüştür⁹. Singh ve arkadaşlarının (2011) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin üçte ikisinin orta düzeyde stres yaşadığı, öğrencilerin stresinin %40,90'unun klinik ortamdaki kaynaklandığı görülmüştür⁴. Acharya Pandey ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerinin %74'ünün yüksek akademik stres yaşadıkları görülmüştür⁸. Çin'de hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerde en sık görülen stres nedenlerinin klinik ve eğitim kaynaklı olduğu bulunmuştur^{20,21}. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer olarak hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi yüksek olmakla birlikte, klinik uygulama ve akademik stresi eşit düzeyde bulunmuştur^{22,23}. Çalışma bulgumuza paralel olarak literatür sonuçlarında da görüldüğü gibi akademik ve klinik uygulama stresinin hemşirelik öğrencilerinde algılanan ortak stres kaynağı olduğu söylenebilir. Bu nedenle öğrencilerin yaşadığı akademik ve klinik uygulama stresini azaltmaya yönelik hemşirelik öğrencilerinin akademik ve klinik uygulama alanlarındaki stres kaynaklarının ve eğitim-öğretim yöntemlerinin gözden geçirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Böylece akademik ve klinik uygulama stres kaynaklarının ortaya çıkarılması ve öğrenci hemşirelerin eğitim yaşantılarından itibaren güçlendirilerek gerek öğrencinin gerekse mesleğin gelişimine katkı sunulabilir.

Yapılan çalışmada ikinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilerin birinci sınıftaki öğrencilerden daha yüksek eğitim stresi ve uygulama stresi seviyesine sahip oldukları görülmüştür ($p < .05$). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Labrague'nin⁷ (2013) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada algılanan stres düzeyinin yıllara göre azaldığı, birinci sınıfların son sınıflara göre stres düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Gurbinder ve arkadaşları (2011) tarafından Malezya'da hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada ikinci sınıf öğrencilerinin diğer sınıflara göre stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur²⁴. Yıldırım ve ark. (2016) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin stres düzeyinin sınıf düzeyine göre farklılaşmadığı bildirilmiştir²⁵. Altıok ve Üstün'ün (2013) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada çalışma bulgumuza benzer olarak ikinci sınıf öğrencilerinin daha fazla klinik stres yaşadıkları görülmüştür³. Türkiye'de ve Kıbrıs'ta Eğitim sistemimizde eğitim programı gereği ikinci sınıfta hemşirelik eğitimine ait ders içerikleri, hem teorik hem de klinik uygulama bazında yoğunlaşmaktadır. İkinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilerin cerrahi ve pediatri gibi uygulamaların yoğun olduğu kliniklerde staj yapması ve klinik beceri gerektiren işlemlerin daha fazla olmasının bu gruptaki öğrencilerde daha yoğun uygulama ve eğitim stresine neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca son sınıfta eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin stresle daha iyi başettikleri²⁶ göz önüne alındığında,

dördüncü sınıftaki öğrencilerin psikiyatri hemşireliği dersini almış olması ve özellikle son sınıf öğrencilerinin iş hayatına atılma aşamasına geldikleri için kendilerine daha fazla güvenmelerinden ve eğitim hayatları boyunca birçok stres etkeniyle başa çıkmayı öğrenmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan çalışmada kız öğrencilerin stres düzeyinin erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Yurt dışında yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde, hemşirelik öğrencilerinde cinsiyet ile stres düzeyi arasında anlamlı farklılık olmadığını gösteren çalışma bulgularına rastlanmakla beraber^{19,21} Watson ve arkadaşları (2017) tarafından Pakistan'lı hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada erkek öğrencilerin stres düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür²⁷. Yıldırım ve arkadaşlarının (2016) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada da kız öğrencilerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür²⁵. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda öğrencilerin yaşadığı klinik stres düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmüştür^{28,29}. Çalışma sonuçlarındaki farklılığın araştırmaların yapıldığı örneklem gruplarının sosyokültürel yapısındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gerçekte hemşirelik eğitiminin öğrencinin kimlik gelişiminde ve benlik gelişiminde olumlu yönde katkılarının olması beklenmektedir.³ Geleceğin hemşirelerinin özgüvenli, girişken, benlik saygısı yüksek kişiler olarak topluma kazandırılmaları çok önemlidir. Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı iyi düzeyde bulunmuştur. Acharya Pandey ve Chalise (2015) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %78'inin düşük benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür⁸. Türkiye'de hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin mesleki benlik saygı düzeylerinin orta ve yüksek olduğu görülmüştür^{30,31}. Yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yarısının mesleği sevdiği için tercih etmesinin mesleki benlik saygısının yüksek çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Kişinin mesleğinde başarılı olabilmesi, mesleğini sevmesi ile yakından ilgilidir. Mesleki benlik saygısı, bireyin kendine güven duyarak yaptığı işten doyum duymasını ve hayattan zevk almasını sağlar³². Yapılan çalışmada mesleğini severek seçenlerin daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Literatür incelendiğinde çalışma bulgusuna benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır^{10,31}. Kişi mesleğini severek seçtiğinde, genellikle tercih öncesinde o meslekle ilgili araştırma yapmakta ve mesleğin kendisi için uygun bir meslek olup olmadığını düşünmeye fırsat bulmaktadır. Bu nedenle bireyin mesleğini severek seçmesi ya da kendi isteği olmadan ailenin isteği ya da iş garantisi gibi diğer nedenlerle seçmesi, bireylerin meslek algıları üzerinde etkilidir.

Yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı ile eğitim stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde çalışma bulgumuzdan farklı olarak benlik saygısı ile stres arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır^{8,9}. Çalışma bulgumuza benzer olarak stres ve benlik saygısı arasında ilişki görülmeyen çalışmalar da bulunmaktadır³³. Ayyıldız ve ark. (2014) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin akademik ortalamaları ile benlik saygısı ve kaygı durumları arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır³⁴. Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı ile eğitim stresi arasında anlamlı ilişki bulunamamasının nedeni hemşirelik eğitiminde eğitim stresinin sadece mesleki benlik saygısından değil, öğrencilerin iletişim, empati, yetenek ve çalışma alışkanlıkları gibi özelliklerinden de etkilenmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ile mesleki benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ile mesleki benlik saygıları arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Mesleğini severek seçenlerin ve kız öğrencilerin daha yüksek benlik saygısına sahip olduğu, ayrıca ikinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilerin eğitim stresinin yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçları doğrultusunda ikinci ve üçüncü sınıftaki hemşirelik öğrencilerinin eğitim streslerini azaltmaya yönelik hemşirelik eğitim programlarının yeniden düzenlenmesinin ve erkek öğrencilerin mesleki benlik saygısını artırmaya yönelik girişimlerin planlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, ileriki çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinde algılanan eğitim stresinin nedenlerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacak nitel çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Kartal YA, Yazıcı S. Ebelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi. HSP 2017;4(3): 190-195. [https:// dx.doi.org/10.17681/hsp.328560](https://dx.doi.org/10.17681/hsp.328560).
2. Mankan T, Polat H, Cengiz Z. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;5(1): 10-15.
3. Altiok HÖ, Üstün B. Hemşirelik öğrencilerinin stres kaynakları. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2013; 13(2):747-766.
4. Singh C, Sharma S, Sharma KR. Level of stress and coping strategies used by nursing interns. Nursing and Midwifery Research Journal 2011; 7(4):152-160.
5. Galanakis M, Palaiologou A, Patsi G, Velegraki IM, Draviri C. A literature review on the connection between stress and self-esteem. Psychology 2010; (7):687-694. [https:// dx.doi.org/10.4236/psych.2016.75071](https://dx.doi.org/10.4236/psych.2016.75071).
6. Jimenez C, Navia-Osorio PM, Diaz CV. Stress and health in novice and experienced nursing students. Journal of Advanced Nursing 2010; 66(2):442-455. [https:// dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x](https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x).
7. Labrague LJ. Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. Health Science Journal 2013; 7(4):424-435.
8. Acharya Pandey R, Chalise HN. Self-Esteem and academic stress among nursing students. Kathmandu University Medical Journal 2015 ;13(4):298-302. [https:// dx.doi.org/10.3126/kumj.v13i4.16827](https://dx.doi.org/10.3126/kumj.v13i4.16827)
9. Farhan S, Khan I. Impact of stress, self-esteem and gender factor on students' academic achievement. International Journal on New Trends in Education and Their Implications 2015; 6(2):143-156.
10. Şener DK, Karaca A, Açıkgöz, F ve ark. Hemşirelik eğitimi mesleki benlik saygısını değiştirir mi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011; 1(3):12-16.
11. Dimitriadou AP, Koukourikos K, Pizirtzidou E. The concept of self-esteem in nursing education and its impact on professional behaviour. International Journal of Caring Sciences January-April 2014; 7(1):6-11.
12. Dilmaç B, Ekşici H. Öğretmenlerin sahip olduğu değerlerin ve özgeci davranışlarının mesleki benlik saygısı açısından incelenmesi. Değerler Eğitim Dergisi 2012; 10 (23):65-82.
13. Nikitha S, Jose TT, Valsaraj BP. A correlational study on academic stress and self-esteem among higher secondary students in selected schools of udupi distrcit. NUJHS 2014; 4(1):106-108.
14. Melincavage SM. Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. Nurs Educ Today 2011; 31(8):785-9. [https:// dx.doi.org/ 10.1016/j.nedt.2011.05.007](https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.007). Epub 2011 Jun 8.
15. Rhead M. Stress among student nurses: is it practical or academic? J Clin Nurs 1995; 4(6):369-376.

16. Karaca A, Yıldırım N, Ankaralı H, Açıkgöz F, Akkuş D. Hemşirelik eğitimi stres ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2014; 16(2): 29-40.
17. Arıcak OT. Grupla psikolojik danışma yoluyla benlik ve mesleki benlik saygısının geliştirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999, İstanbul.
18. Martos MP, Landa A, Zafra EL. Sources of stress in nursing students: asystematic review of quantitive studies. International Nursing Review 2011;59: 15-25. [https:// dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x](https://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x).
19. Khater WA, Akhu_Zaheya LM, Shaban IA. Sources of stress and coping behaviours in clinical practice among baccalaureate nursing students. International Journal of Humanities and Social Science 2014; 4(6):194-202.
20. Liu M, Gu Q, Wong KS, Watson R. Validation of stressors in nursing students scale-chinese version (sins-cn) in a population of Macao Nursing Students. Chin Nurs Res 2015; 1(1):25-30. [https:// dx.doi.org/10.1016/j.cnre.2014.11.003](https://dx.doi.org/10.1016/j.cnre.2014.11.003).
21. Liu M, Gu K, Wong, KS, Luo MZ, Chan MY. Perceived stress among macao nursing students in the clinical learning environment. International Journal of Nursing Sciences. 2015; 2(2):128-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.013>.
22. Ağaçdiken S, Boğa NM, Özdelikara A. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimine yönelik yaşadıkları stres düzeyinin belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(1).
23. Güler Ö, Çınar S. Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı 2010.
24. Gurbinder Kaur JS, Hamidah Blackman I, Wotton K, Belan I. Perceived stress related to nursing education and its influence on nursing students' academic and clinical performance. Medicine & Health 2011; 6(2):86-97.
25. Yıldırım N, Karaca A, Ankaralı H, Açıkgöz F, Akkuş D. Stress experienced by Turkish nursing students and related factors. Clin Exp Health Sci 2016;6(3): 121-128. [https:// dx.doi.org/ 10.5152/clexphealthsci.2016.061](https://dx.doi.org/10.5152/clexphealthsci.2016.061).
26. Çapık C, Durmaz H, Mine Öztürk M. Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen etmenler: Lefkoşe örneği, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 20(3):208-216.
27. Watson R, Rehman S, Alı PA. Stressors affecting nursing students in Pakistan. International Nursing Review 2017: August, [https:// dx.doi.org/ 10.1111/inr.12392](https://dx.doi.org/10.1111/inr.12392).
28. Taşdelen S, Zaybak A. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin incelenmesi. F. N. Hem. Derg 2013; 21(2):101-106.
29. Potur DC, Bilgin NÇ. Assessment of clinical stress in male and female nursing students, as measured on the first and last day of the obstetrical nursing clinic course. KASHED 2014; 1(1):93-106. [https:// dx.doi.org/ 10.13140/RG.2.1.2645.1685](https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2645.1685).
30. Dinçer F, Öztunç G. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 16(2):22-33.
31. Uslusoy EÇ, Paslı G, Kurt D. Hemşirelerde mesleki benlik saygısı ve meslektaş dayanışması, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; 7(1):29-35.
32. Demir V, Gürsoy F, Ada Ş. Okulöncesi öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011; 10(1):597-614.
33. Polk AN. Effects of stress on self-esteem. national undergraduate research clearinghouse 9. URL:<http://www.webclearinghouse.net/volume/19/POLK-EffectsofS.php>. Erişim tarihi: 08.01.2018.
34. Ayyıldız T, Şener DK, Veren F, Kulakçı H, Akkan F, Ada A, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin akademik başarılarını etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5(3):222-228.

Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme

Development of a Likert Type Attitude Scale in Health Sciences

(Derleme)

Zeliha ÖZDEMİR*

öz

Sağlık alanında tutum belirlemeye yönelik yapılan araştırmalarda ölçüm aracı olarak genellikle yurt dışında geliştirilen ve Türkçe uyarlaması yapılan ölçüm araçları kullanılmaktadır. Başka bir kültürde geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe uyarlaması yapılmış olsa bile Türk kültürüne uygun olmaması önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır. Bu dezavantaj araştırmacıların sağlık alanında ihtiyaç duydukları konularda ölçme araçları geliştirme gerekliliğini doğurmaktadır. Yeni ve özgün bir ölçüm aracının geliştirilmesi karmaşık süreçleri içermesi nedeniyle zorlu bir çalışma olarak görülmektedir. Ölçekleme yöntemleri arasında Likert Tipi Ölçekleme Tekniğini kullanarak tutum ölçeği geliştirmek diğer yöntemlere göre daha kolay olması nedeniyle tercih edilmektedir. Bu makalede sağlık bilimlerinde ölçekleme yöntemleri arasında en yaygın olarak kullanılan Likert Tipi Tutum Ölçeği geliştirilmesi aşamaları ele alınacaktır. Makalenin araştırmacıların geçerli ve güvenilir yeni ölçüm araçları geliştirmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geçerlilik, güvenilirlik, ölçek, sağlık bilimleri, tutum

ABSTRACT

In studies aiming to determine attitudes in the field of health, generally, measurement tools developed abroad and adapted to Turkish are used as measurement tools. Even if the scale developed in another culture has been adapted to Turkish, it is a significant disadvantage that it is not suitable for Turkish culture. This disadvantage leads to the necessity for researchers to develop measurement tools they need in the health field. The development of a new and original measurement tool is seen as a challenging work because it involves complex processes. Among the scaling methods, using Likert Type Scaling Technique is preferred because it is easier to develop than other methods. In this article, the development steps of the Likert Type Attitude Scale, which is the most widely used scaling method in health sciences, will be discussed. This article is expected to contribute to the development of valid and reliable new measurement tools by researchers in the health field.

Key Words: Attitude, health sciences, reliability, scale, validity

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Tel: 0505 586 63 46 E-posta: ozdemir.z@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9293-2144> Geliş Tarihi: 01 Ekim 2017 Kabul Tarihi: 08 Kasım 2017

GİRİŞ

Tutum kişinin belirli bir olay ya da olgu ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarını oluşturan eğilimdir. Tutumlar yaşantılar yoluyla öğrenilen, bireyin davranışlarına yön veren, belli bir süre devamlılık gösteren, bireyin davranışlarına tutarlılık ve bütünlük getiren olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilen bir olgudur^{1,2}. İnsanların tutumlarını bilmek, davranışlarını önceden kestirebilmeyi, kontrol edebilmeyi ve olumsuz tutumların ortaya çıkaracağı sonuçlara ilişkin önlemlerin alınmasını sağlar. Tutum ve tutumun ortaya çıkardığı davranışın ilişkisinin anlaşılması ve davranışın kestirilebilmesi tutumların güvenilir bir şekilde ölçülmesine bağlıdır. Tutumların ölçülmesi fiziksel değişkenleri ölçmekten çok daha zordur; bu nedenle tutumların ölçülmesi için özel olarak geliştirilmiş ölçüm tekniklerine ve yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Tutum ölçmede kullanılan yöntemler şu şekilde sınıflandırılabilir³:

- Bireyin ortaya koyduğu davranışlardan çıkarsamaların yapılması (davranışın gözlenmesi)
- Bireyin fizyolojik tepkilerine dayalı olarak çıkarsamaların yapılması (kalp atım hızı değişiklikleri, gözbebeği büyüme ve küçülmesi, solunumun sıklaşması gibi)
- Bireylerin bir dizi ifadeye verdikleri tepkilere dayanarak çıkarsamaların yapılması (ölçekleme tekniği)

Bu yöntemler içerisinde; ölçekleme tekniği, tutumların ölçülmesinde bireyin bir tutuma ilişkin tepkisinin belirli kurallara göre sayısal olarak değerlendirilmesi esasına dayandığı için en çok kullanılan ölçüm yöntemi olmuştur. Ölçekleme tekniği; pahalı olmaması, kullanımının basit, uygulama, puanlama ve cevaplamanın kolay ve tekrarlanabilir olması, sistematik bir yaklaşım ile kesin ölçümler ortaya koyması özellikleri nedeniyle diğer yöntemlere göre daha çok tercih edilmektedir^{1,3,4}. Ölçekleme tekniğinde amaç bireylerin özelliklerini standartlaştırılmış sifatlara, cümlelere ya da ifadelere verdikleri cevaplardan elde edilen bir puana göre belirlemektir^{1,3}. Ölçekleme tekniği üzerine yapılan çalışmalar ile çeşitli tekniklerin geliştirildiği görülmektedir. Bunlar arasında; Likert Dereceleme Toplamlarıyla Ölçekleme Tekniği, Bogardus'un Toplumsal Uzaklık Ölçeği, Thurstone Eşit görünümlü Aralıklar Ölçeği, Guttman'ın Yığışımlı Ölçekleme Tekniği, Osgood Duygusal Anlam Ölçeği standardize edilmiş en temel yaklaşımlar olarak bilinmektedir¹. Bu teknikler içerisinde toplamalı sıralama tekniği olan Likert Dereceleme Toplamlarıyla Ölçekleme Tekniği en yaygın olarak kullanılan yöntemdir^{1,3}.

Günümüzde sağlık bilimlerinde yapılan araştırmalarda tutum, davranış ve beceri ölçümünü gerektiren durumlarda genellikle ölçekleme tekniğinin kullanımını tercih edilmektedir. Araştırmacılar daha önce geliştirilen ölçekleri uyarlamakta ya da gereksinimleri doğrultusunda yeni ölçekler geliştirmektedir. Fakat yeni bir ölçüm aracının geliştirilmesi karmaşık ve uzun bir süreç gerektirmesi nedeniyle zorlu bir çalışma olarak görülmektedir. Bu makalede ölçekleme yöntemleri arasında en yaygın olarak kullanılan Likert Dereceleme Toplamlarıyla Ölçekleme Tekniği kullanılarak bir tutum ölçeğinin geliştirilmesi aşamaları ele alınmıştır. Bu makalenin araştırmacıların gereksinim duydukları geçerli ve güvenilir yeni ölçüm araçları geliştirmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

LİKERT TİPİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Likert tipi tutum ölçeği 1932 yılında Rensis Likert tarafından geliştirilmiştir. Likert tipi ölçekleme tekniğini kullanarak tutum ölçeği geliştirmek diğer yöntemlere göre daha kolay olması nedeniyle yaygın olarak tercih edilmektedir. Likert'in ölçek geliştirme işlemleri cevaplayıcı merkezlidir ve ölçekte bireylerin tepkide bulunacakları olumlu ve olumsuz çeşitli ifadeler yer almaktadır. Birey, verilen her ifadeye ne ölçüde katılıp katılmadığını dereceler içinde belirtmektedir^{1,4,5}.

Likert tipi tutum ölçeği bazı varsayımlara dayanmaktadır. Bunlardan birisi; ölçek kapsamında doğrusal olarak bir araya getirilen farklı maddelerin tek bir ortak faktörle ilişkili olmasıdır. Bir diğer varsayım; cevaplayıcılardan her bir ifadeye ilişkin "tamamen katılıyorum", "katılıyorum", "karasızım", "katılmıyorum", ve "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde edinilen tepkiler ile ölçekte yer alan her bir ifadeye katılma ve katılmama derecesinin belirlenmesidir. Üçüncü varsayım ise; ölçek içindeki her bir maddenin tutum ile monotonik bir ilişki içerisinde olmasıdır. Buna göre "tamamen katılıyorum" tepkisi aşırı olumlu tutumu ve en yüksek madde puanını, "kesinlikle katılmıyorum" tepkisi ise aşırı olumsuz tutumu ve en düşük madde puanını gösterir. Bu durum her bir maddenin tutumla aynı ilişki içinde olmadığı anlamına gelmektedir^{1,4}.

Likert tipi tutum ölçeği geliştirilirken izlenmesi gereken basamaklar şu şekilde sıralanabilir^{1,4,6,7}.

- Ölçülecek tutumun tanımlanması ve tutum kapsamının belirlenmesi,
- Belirlenen tutumla ilgili olduğu kabul edilen olumlu ya da olumsuz çok sayıda tutum ifadesinin yazılması,
- Deneme ölçeğinin düzenlenmesi ve deneme uygulamasının yapılması (ölçek materyalinin, yönerge ve cevaplama düzeninin hazırlanması, ön inceleme ve deneme uygulaması),
- Deneme ölçeğinden elde edilen verilerin analizi (madde analizi, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri).

ÖLÇÜLECEK TUTUMUN BELİRLENMESİ

Ölçme işlemi ölçülecek özelliğin belirlenmesi ile başlamaktadır. Ölçülmek istenen yapının diğer yapılardan farklı olup olmadığı sorgulanarak öncelikle ölçülmek istenen tutumun tanımlanması ve kapsamının belirlenmesi gerekmektedir. Tutumun tanımı ve kapsamı çerçevesinde tutumun göstergesi sayılan ifadeler belirlenmelidir. Tutum ifadeleri, tutum nesnesi ile ilgili olabilecek düşünsel, duyuşsal ve eyleme yönelik öğelerin tümünü kapsmalıdır^{1,3,4}.

Tutum ifadelerinin oluşturulması aşamasında çeşitli yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemlerden biri ölçeği geliştiren kişi tarafından kapsamlı bir literatür araştırmasının yapılarak, literatürde yer alan konu ile ilgili geliştirilmiş tutum ölçeklerinin incelenmesidir. Daha önce geliştirilmiş olan ölçeklerde tutumun hangi kapsamlarda ele alındığı ve ölçeklerde yer alan ifadeler değerlendirilir. Tutum ifadelerinin belirlenmesinde bir diğer yöntem cevaplayıcı kitleyi temsil eden bir gruptan bilgi toplanmasıdır. Bunun için tutumu ölçülecek gruba benzer özelliklere sahip bir örneklemden açık uçlu sorular yardımıyla tutum konusu ile ilgili duygu, düşünce ve

davranışlarını anlatan bir kompozisyon yazmaları istenebilir. Böylece konu ile ilgili çok sayıda bireyin görüşü elde edilmiş olur. Bir başka yöntem ise bireylerin tutum konusu ile ilgili düşüncelerini ifade etmelerini sağlayan odak grup görüşmelerinin yapılmasıdır. Bu yöntemle benzer özelliklere sahip bireylerin bir araya getirilerek ölçülmek istenen tutum ile ilgili görüşlerini sözlü olarak ifade etmelerine olanak sağlanmış olur.

Bu yöntemlerden iki ya da üçünün kullanılmasıyla elde edilen verilerin tamamı ölçeği geliştiren kişi tarafından değerlendirilerek, tutum ifadesi taşıyan cümlelere dönüştürülür. Bu şekilde tutumla doğrudan ilgili olan ya da ilgili olabileceği düşünülen olumlu ya da olumsuz çok sayıda ifade derlenerek bir araya getirilir ve ifade/madde havuzu oluşturulur^{4,4}. Tutum ifadeleri oluşturulurken göz önünde bulundurulması gereken bazı ölçütler vardır. Bunlar⁴⁻⁷:

- a. Tutum ifadeleri olgusal ifadeler olmamalıdır, arzu edilenlerin ya da edilmeyenlerin ifadesi olmalıdır. Olgusal ifadelere davranışları tamamen birbirinden farklı olan bireyler aynı cevabı verebilecekleri için kullanılmamalıdır (*Hatalı kullanım örneği*; “İlaçları düzenli kullanmak gerekir.”).
- b. Tutum ifadeleri geçmişte değil, şimdiki ifade etmelidir. Bunu sağlamak için maddeler “-meli, -malı” takıları kullanılıp geniş zamanda yazılabilir. (*Hatalı kullanım örneği*; “İlaçlarımı düzenli kullandım.”)
- c. Her bir ifade konuya yönelik, kısa, açık ve net olmalı, basit ve yalın kelimelerden oluşmalıdır.
- d. İfadelerde “yapmamaktan hoşlanmama” gibi çift olumsuzluk kullanılmamalıdır. (*Hatalı kullanım örneği*; “İlaçlarımı düzensiz kullanmam.”)
- e. Bir ifadede birden fazla yargı/düşünce/duyuş bulunmamalıdır. Bu durumda cevaplayıcının hangisine tepki göstereceği konusunda karışıklık oluşabilir. (*Hatalı kullanım örneği*; “İlaçlarımı yemekten sonra ve doktorumun söylediği miktarda alırım.”)
- f. İfadelerde tutumun olumlu ya da olumsuz içeriğini ılımlı bir biçimde ifade eden maddeler tercih edilmelidir. Aşırı uçlardaki tepkileri ve yansız tepkileri ifade eden maddelerin bulunması gereksizdir. (*Hatalı kullanım örneği*; “İlaçlarımı asla yemekten önce almam.”)
- g. Kelimelerin basitliği gruba göre ayarlanmalıdır. Basitlik, grubun anlama düzeyi en düşük bireyinden daha düşük düzeyde olmalıdır.
- h. Cevaplayıcıların ifadeleri boş bırakmaması ya da kalıp yargılara dayalı ifadelerden kaçınması için olumlu ve olumsuz maddelerin sayısı mümkün olduğunca birbirine eşit tutulmalıdır.
- i. Ölçekte kök ifadesi ortak olan maddeler kullanılırsa, maddelerin her biri tek bir tutum ögesini içermelidir.
- j. Belirsizlik yaratabilen ifadelerden kaçınılmalıdır (her zaman, hepsi, asla, bazen gibi). (*Hatalı kullanım örneği*; “Bazen ilacımı kullanmam.”)
- k. İncelenen tutum ile ilgili olmayan, farklı yorumlanabilecek belirsiz ifadelerden kaçınılmalıdır.

ÖLÇEĞİN OLUŞTURULMASI VE DENEME UYGULAMASI

Tutum kapsamının ve ölçek ifadelerinin belirlenmesinin ardından ölçeğin gerçek bir hedef kitle üzerinde denenmesi gerekmektedir. Bu deneme uygulaması yapılmadan önce ölçek ifadeleri düzenlenip, ölçek materyali hazırlanmalı ve uygulamaya hazır hale getirilmelidir.

a. Ölçek ifadelerinin düzenlenmesi: İfade/madde havuzu oluşturulduktan sonra ifadelerin ölçüm için uygunluğu değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sözel panel tartışması ve görgül-istatistiksel yol yöntemlerinden birinin ya da her ikisinin kullanılmasıyla yapılabilir⁶.

Sözel panel tartışması; bu yöntemde hem ölçülen tutumla hem de ifade oluşturma ile ilgili uzman kişilerden oluşan 5-6 kişilik bir panel grup oluşturulur. Grup tarafından her bir madde sözel olarak tartışılır, eksik ve hatalı yanlar düzeltilir ve gerekirse ifadeler ölçekten çıkarılabilir. Bu tartışma herkes hemfikir oluncaya kadar devam eder⁶.

Görgül-istatistiksel yol; bu yöntemde ifadelerin konu ile ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilebilmesi için bir “değerlendirme formu” oluşturulur. Değerlendirme formunun satırlarında hazırlanan ölçek ifadeleri, sütunlarda ise değerlendirme ölçütleri yer alır. Uzman kişilerden her bir ifadeyi “uygun”, “uygun ancak değişiklik gerekiyor” ve “uygun değil” şeklinde derecelendirmeleri, değişiklik ve uygun bulmama gerekçelerini açıklamaları istenir. Uzmanların değerlendirmeleri doğrultusunda bazı ifadeler çıkarılır, bazıları ise düzeltilir⁶.

b. Ölçek materyalinin hazırlanması: Ölçek ifadeleri kadar ölçeğin biçimsel yapısı da önemlidir. Ölçeğin biçimsel düzeninden kaynaklanabilecek hataların önüne geçebilmek için bu konuda da titizlikle çalışılmalıdır. Her ölçme aracı ölçeği dolduracak bireylere yönelik bir yönerge ile başlamalıdır. Bu yönerge kolay anlaşılır ve olabildiğince kısa olmalıdır. Yönergede ölçeğin amacı, ölçekteki madde sayısı ve cevaplama biçimi yer almalıdır. Ölçeğin sayfa yapısı ise cevaplayıcı kitlenin okumayı ve cevaplandırmayı etkileyebilecek özellikleri dikkate alınarak seçilmelidir. Harflerin büyüklüğü, satır uzunluğu, satır aralığı cevaplama ve anlamayı güçleştirmeyecek şekilde düzenlenmelidir^{1,4,6}. Ölçek ifadeleri ile cevap kategorilerinin aynı sayfada olacak şekilde düzenlenmesi cevaplama kolaylığı açısından tercih edilmelidir. Çok sayfalı ölçek formlarında cevap kategorileri sonraki sayfaların başında yeniden yazılmalıdır. Likert tipi tutum ölçeğinde derecelemeler 3,5,7,9,11’li şekillerde olabilir. Bunlar arasında 5’li dereceleme, en çok kullanılanıdır (Tablo 1)^{1,4,6}. Likert tipi ölçeklerde tutuma ilişkin olumlu ve olumsuz anlam yüküne sahip ifadeler bulunmalıdır. Bu iki madde türü ölçek içerisinde gruplandırılmamalı ve rastgele dağıtılmalıdır. Ayrıca ölçek içerisinde bir tutum ifadesinin hem olumlu hem de olumsuz şekli birlikte yer almamalıdır⁴.

c. Deneme uygulaması: Deneme uygulaması hazırlanan deneme ölçeğinin gerçek koşullarda ve gerçek örneklem üzerinde uygulanmasıdır. Deneme uygulamasının en önemli yanı örneklem büyüklüğünün hesaplanması ile ilgilidir. Örneklem büyüklüğünün hedef kitleyi temsil edecek ve istatistiksel gereklilikleri karşılayacak kadar büyük ve çeşitlilikte olması gerekir⁶. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasına ilişkin farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan birisi her ifade başına 5-20 kişinin örnekleme dahil edilmesidir⁸. Nunnally (1978) deneme uygulamasında 300 kişilik bir örneklemin yeterli bir sayı olduğunu belirtmektedir⁹. Comrey ve Lee (1992) ise deneme

uygulanmasında 50 kişiyi çok yetersiz, 100 kişiyi yetersiz, 200 kişiyi uygun, 300 kişiyi iyi, 500 kişiyi çok iyi ve 1000 kişiyi mükemmel örneklem sayısı olarak belirtmektedir¹⁰. MacCallum (1999) ise madde toplam puan korelasyonunu değerlendirebilmek için örneklem büyüklüğünün 100-200 arasında olmasını önermektedir¹¹. Bu yöntemlerden ölçeğin yapısına ve yapılacak istatistiksel analizlere göre uygun olan yöntem seçilip örneklem hesaplaması yapılarak deneme uygulaması gerçekleştirilmelidir. Deneme uygulamasının koşulları gerçek koşullarla aynı tutulmalıdır. Uygulamanın yapıldığı ortam tüm cevaplayıcılar için aynı olmalı, ortamda cevaplayıcının dikkatini dağıtacak ve cevaplamayı engelleyecek durumların olmamasına özen gösterilmelidir. Ayrıca cevaplayıcıların baştan savma cevaplar vermemeleri için zorunlu koşullar altında cevaplama yapma durumunda bırakılmamalıdır⁴.

ÖLÇEKTE ELDE EDİLEN VERİLERİN ANALİZİ

Likert tipi tutum ölçeğinin geliştirilme aşamalarından bir diğeri deneme uygulamasının ardından ölçeğin nicel boyutunu oluşturan madde analizi, ölçek geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasıdır.

a. Madde Puanları ve Madde Analizi

Likert tipi bir ölçekte her katılımcının toplam ölçek puanı her bir maddeye verdiği cevapların toplamından oluşur. Bu nedenle her maddenin puanlanması ve boş bırakılmış cevap bulunmaması gerekmektedir. Puanlama her bir maddenin olumlu ya da olumsuz oluşuna bağlı olarak değişir ve olumsuz maddeler, olumlu maddelerin tersine puanlanır. Likert tipi ölçek puanlamasında dikkat edilmesi gereken olumlu ya da olumsuz hangi tutum uçlarına yüksek puan verileceğinin belirlenmesidir. Örneğin “tamamen katılıyorum” olumlu tutum ucuna 5 puan verilecekse, “kesinlikle karşıyım” olumsuz uç için 1 puan verilmelidir. Likert tipi ölçeklerde genellikle olumlu tutum ucuna yüksek puan verilmektedir. Böylece yüksek ölçek puanları olumlu tutumu göstermektedir^{1,4}.

Likert tipi bir ölçekte tutum ifadelerinin, kendi içinde tutarlı, kararlı olma ve tutumla ilişki durumu madde analizi yapılarak değerlendirilmelidir. Bunun için her bireyin her bir ifadeye verdiği puan ile ölçekten aldığı toplam puan arasındaki korelasyon hesaplanır. Böylece her maddenin ölçme gücü hesaplanmış olur. Korelasyona dayalı madde analizinde hesaplanan korelasyon katsayısının sıfır ve sıfıra yakın eksi bir değer olması, ifadenin ölçülmek istenen tutumu ölçmede yeterli olmadığını gösterir. Bu şekilde düşük korelasyona sahip ifadelerin ölçekten çıkarılması gerekir. Madde analizi sonucunda bir ifadenin diğer ifadelerle ve ölçek puanlarıyla yüksek korelasyona sahip olması ölçülmek istenen tutumu ölçebildiğinin göstergesidir ve bu ifade ölçeğe dahil edilir^{1,3}.

b. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Bir tutum ölçeği geliştirirken temel amaç güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı elde etmek olduğu için geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik özelliklerini yerine getirmesi gerekmektedir.

Güvenilirlik Analizi: Ölçek geliştirilirken öncelikle güvenilirlik düzeyinin araştırılması gerekmektedir. Güvenilirlik bir ölçme aracında bulunan tüm maddelerin birbirleriyle tutarlı bir şekilde, ölçülmek istenen özelliği ne derece bir kararlılıkla ölçmekte olduğunun göstergesidir⁴. Bir ölçeğin güvenilirlik düzeyinin hesaplanmasında kullanılan çeşitli teknikler bulunmaktadır ve bunlardan hangisinin kullanılacağına araştırma şartlarına ve amaçlarına göre karar verilir. Güvenilirlik analizleri iç tutarlılık güvenilirliği, test-yeniden test güvenilirliği, paralel formlar güvenilirliği ve gözlemciler arası güvenilirlik olmak üzere başlıca dört grupta ele alınır¹².

Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğini kestirmede öncelikle Cronbach tarafından geliştirilmiş olan ve kendi adıyla anılan “Cronbach α ” katsayısının kullanılması önerilmektedir. Cronbach α katsayısı ölçek ifadelerinin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür^{4,13}. Ölçeğin Cronbach α katsayısı ne kadar yüksek ise ölçek ifadeleri o ölçüde birbirleriyle tutarlı kabul edilir. Cronbach α değeri tek bir özellik ve tek bir faktörü ölçmeye yönelik olarak belirlendiği zaman daha güçlüdür. Birden fazla boyutlu ölçeklerde her bir boyut için alfa değeri ayrıca hesaplanmalıdır. Cronbach α katsayısının değerlendirme eşiklerinin ölçeğin niteliğine göre değişebileceği belirtilmektedir^{3,12}. Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütüne göre; $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise “ölçek güvenilir değil”, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise “ölçek düşük güvenilirlikte”, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise “ölçek oldukça güvenilir”, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise “ölçek yüksek derecede güvenilir” olarak nitelendirilir^{4,15}. Ayrıca Cronbach α katsayısının psikolojik kavramlar, yetenek ve beceri ölçen testlerde ve sosyal bilimlerde alt düzeyinin 0.70 olması gerektiği belirtilirken, ölçek geliştirmeye yönelik yapılan pilot çalışmalarda 0.60, temel araştırmalar için 0.80 olması gerektiği ifade edilmektedir^{7,12}.

Likert tipi tutum ölçeklerinde güvenilirlik düzeyinin belirlenmesinde kullanılan bir diğer yöntem test-yeniden test güvenilirliğidir. Bu yöntem ile bir ölçme aracının bir uygulamadan diğer bir uygulamaya tutarlı sonuçlar verme gücü hesaplanır. Ölçek ilk uygulamadan belirli bir süre sonra belirli sayıda kişiye tekrar uygulanır. İki uygulama arasında geçen sürenin genellikle iki-üç ya da dört-altı hafta olması önerilmektedir. Test-yeniden test güvenilirliği analizinde iki test sonucu arasındaki tutarlılık için korelasyona bakılarak “güvenilirlik katsayısı” belirlenir. Bu katsayının en az 0.80 olması istenirken bazı bilim adamlarına göre 0.70 güvenilirlik katsayısı da yeterli görülmektedir^{1,7,12,16}. Ayrıca test-yeniden test güvenilirliği kapsamında iki uygulama puanları arasındaki uyuşmayı incelemek için Kappa istatistiği kullanılarak Kappa katsayısı elde edilir. Kappa katsayısının sıfır olması tesadüfi bir uyuşmanın, negatif bir değer olması tesadüfi olmaktan daha kötü bir uyuşmanın, pozitif bir değer olması ise mükemmel bir uyuşmanın göstergesidir¹².

Geçerlilik Analizi: Geçerlilik bir ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliğe uygun olması, bu özelliği başka bir özellikle karıştırmadan tam ve doğru bir biçimde ölçebilme derecesidir. Geçerlilik, ölçüm aracının neyi ölçtüğü ve bu ölçümü ne kadar iyi yaptığı ile ilgilidir^{4,12,17}. Ölçüm verilerinin doğrulamasını yapmak için güvenilirlik analizinden sonra geçerlilik analizinin de yapılması gerekir. Likert tipi ölçeklerde ölçüm aracının geçerliliğine ilişkin genellikle kapsam, ölçüt ve yapı geçerliliği analizlerinin yapılması önerilmektedir⁴.

Kapsam geçerliliği; ölçüm aracını oluşturan ifadelerin ölçeğin ölçmek istediği nitelikleri yeterince temsil edebilmesi ya da kapsamı anlamına gelmektedir. Ölçüm aracının

ölçülmek istenen niteliğin farklı yönlerini olabildiğince ölçebilmesi istenir. Bu da ölçeğin kapsam geçerliliğine bağlıdır. Ölçeğin kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi için genellikle ölçeğin konusu ile ilgili uzmanların görüşlerinden yararlanılmaktadır. Bu amaçla uzman görüşlerinden elde edilen veriler doğrudan kullanılabilir gibi Lawshe ve Dawis Teknikleri kullanılarak nicel verilere dönüştürülerek de kullanılabilir. Bu iki teknikten daha çok Lawshe tekniği tercih edilmektedir^{3,4,7,18}. Bu tekniğe göre kapsam geçerliliği için ölçeğin kapsam geçerlilik oranları ve indeksleri hesaplanmaktadır¹⁹.

Ölçüt geçerliliği; ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliği bir dış ölçüt ile karşılaştırarak ne kadar başarıyla tahmin ettiğini gösterir. Ölçüt geçerliliğini gösterebilmek için ölçeğin diğer bazı ölçütlerle ya da ölçülmek istenen özellik için varsayılan altın standartlarla ilişkili olması gereklidir^{1,3,18}. Ölçüt geçerliliğinin hesaplanması için genellikle ölçülmek istenen tutumla kavramsal olarak ilgili olduğu düşünülen daha önce geliştirilmiş ve geçerliliği kanıtlanmış başka bir ölçek kullanılır. İki ölçek aynı gruba uygulanarak iki ölçek arasındaki ilişki hesaplanır. İlişkiyi ortaya koyan korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise iki ölçek o kadar benzer ölçüm yapıyor denebilir^{1,3}.

Yapı geçerliliği; ölçüm aracının ölçülmek istenen kavramı ne derece doğru ölçbildiğini, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen faktör ya da faktörlerle ilişki derecesini gösteren yöntemdir. Yapı geçerliliği literatür çalışması ya da gözlemler yoluyla değişkenler ve faktörler arasında belirli ilişkilerin kurulması ve bu ilişkilerin deneysel test sonuçları ile doğrulanması ile sağlanmış olur^{1,12}. Yapısal geçerliliği göstermek için faktör analizi, küme analizi, iç tutarlılık analizi, hipotez testi gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunlar arasında en sık başvurulan yöntem faktör analizidir^{1,4}. Faktör analizi çok sayıda ifadeden oluşan ölçme aracında, ifadeleri gösterdikleri benzerliklere göre alt gruplara ayırmayı sağlayan bir yöntemdir. Faktör analizi yönteminde açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki yaklaşım bulunmaktadır. Açıklayıcı faktör analizi ile bir ölçme aracında bulunan ifadelerin kaç alt boyut altında toplanabileceğini ve aralarında ne tür bir ilişki olduğunu belirlemek için kullanılmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi ise genellikle ölçek uyarlama çalışmalarında olduğu gibi daha önceden belirlenmiş bir modelin doğrulanması sürecinde kullanılmaktadır¹⁸. Faktör analizi sonucunda maddelerin faktör yükleri değerlendirmeye alınır. Faktör yüklerinin ne olması gerektiği konusunda farklı görüşler olmasına rağmen bu değerler en az "0.30" olması gerektiği belirtilmektedir^{1,14}.

SONUÇ

Yeni ve özgün bir ölçüm aracının geliştirilmesi karmaşık süreçleri içermesi nedeniyle zorlu bir çalışma olarak görülür. Bu nedenle araştırmacılar genellikle geliştirilmiş olan bir ölçeğin Türkçeye uyarlanarak kullanılmasını tercih edebilirler. Bir ölçeğin Türkçeye uyarlanarak kullanılması, ölçek geliştirmenin en önemli ve zaman alıcı basamağı olan ifade oluşturma aşamasına gerek kalmayarak zaman ve emek açısından avantaj sağlarken, başka bir kültürde geliştirilmiş olan ölçeğin Türk kültürüne uygun olmaması da önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır. Bu dezavantaj araştırmacıların ihtiyaç duydukları konularda ölçme araçları geliştirme gerekliliğini doğurmaktadır. Ölçüm araçları arasında geliştirme süreci diğer yöntemlere göre daha kolay olması nedeniyle Likert tipi tutum ölçeği geliştirmek yaygın olarak tercih edilmektedir. Bu makale ile Likert tipi tutum ölçeği geliştirmede izlenen geleneksel yollar ele alınmıştır

ve makalenin araştırmacıların gereksinim duydukları geçerli ve güvenilir yeni ölçüm araçları geliştirmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. 5. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
2. Ülgen G. Eğitim Psikolojisi: Kavramlar, İlkeler, Yöntemler, Kuramlar ve Uygulamalar. Ankara: Bilim Yayınları; 1994.
3. DeVellis RF. Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar (T. Totan, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
4. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. 2008;[Elektronik sürüm]. URL: http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_Ölçek_Hazırlama_Kılavuz, 20 Mart 2017.
5. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale" Readings In Attitude Theory and Measurement (Ed: Martin Fishbein). New York: John Wiley&Sons; 1967.
6. Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme 1, Temel Kavramlar ve İşlemler. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2010.
7. Çam MO ve Baysan-Arabacı L. Tutum Ölçeği Hazırlamada Nitel ve Nicel Adımlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010;2: 59-71.
8. Stevens J. Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. 3rd Edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1996.
9. Nunnally JC. Psychometric Theory. 2nd Edition. New York: McGraw-Hill; 1978.
10. Comrey AL, Lee HB. A First Course in Factor Analysis. New Jersey: Erlbaum; 1992.
11. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. Psychological Methods 1999;4: 84-99.
12. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
13. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika, 1951;16: 297-334.
14. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinde Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 1. Baskı. Ankara: Detay Anatolia Akademik Yayıncılık; 2010.
15. Özdamar K. Paket Programlar ve İstatistiksel Veri Analizi I. 2. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 1999.
16. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 7. Baskı. Ankara: Sim Matbaası; 1995.
17. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;30(3): 211-6.
18. Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci, Spss ve Lisrel Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015.
19. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology 1975;28: 563-75.

Tablo 1. Likert Tipi Ölçeklerde Seçenekler

	Katılma Derecesi	Sıklık Derecesi	Önem Derecesi
7'li dereceleme	Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Biraz katılıyorum Fikrim yok Pek katılmıyorum Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum	Her zaman Genellikle Sıklıkla Ara sıra Nadiren Çok nadir Asla	Çok önemli Büyük ölçüde önemli Biraz önemli Fark etmez Pek önemli değil Önemli değil Hiç önemli değil
5'li dereceleme	Tamamen katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum	Her zaman Sıklıkla Ara sıra Nadiren Asla	Çok önemli Önemli Fark etmez Önemli değil Hiç önemli değil
3'lü dereceleme	Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum	Sıklıkla Bazen Çok nadir	Önemli Fark etmez Önemli değil

İnkontinansa Bağlı Dermatit: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi

Incontinence Related Dermatitis: Assessment, Prevention and Treatment

(Derleme)

Pınar AVŞAR*, Ayişe KARADAĞ**

öz

Üriner ve fekal inkontinas, hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik olarak yaşantısını etkileyen ve ekonomik yük getiren önemli bir sağlık sorunudur. İnkontinansın yol açtığı en yaygın deri sorunu inkontinansa bağlı dermatittir. Hemşirelik bakımı ile yakından ilişkili olan inkontinansa bağlı dermatit; deride idrar ve/veya dışkı temasına bağlı olarak gelişen perineal tahriştir. İnkontinans alakalı dermatit, bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemenin yanı sıra para, zaman ve iş gücü kayıplarına yol açar. Sınırlı sayıdaki çalışmada inkontinansa bağlı dermatit prevalansı %5.6'dan %50'ye kadar değişen aralıkta verilmiştir. İnkontinansı yönetmek ve yapılandırılmış bir deri bakımı uygulamak, inkontinansa bağlı dermatitin önlenmesinde ve tedavisinde anahtar girişimlerdir. Bu makalede inkontinansa bağlı dermatitin önlenmesi ve tedavisi güncel kanıtlar doğrultusunda ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, inkontinansa bağlı dermatit, önleme ve tedavi.

ABSTRACT

Urinary and fecal incontinence is an important health problem that affects physical, social and psychological experience of the patient and brings economic burden. The most common skin problem caused by incontinence is incontinence related dermatitis. Incontinence related dermatitis which is closely related to nursing care is perineal irritation due to contact with urine and/or feces on the skin. Incontinence related dermatitis affects the individual's health and quality of life, as well as leads to loss of money, time and labor. The prevalence of incontinence related dermatitis was ranged from 5.6% to 50% in a limited number of studies. Managing incontinence and applying structured skin care are the key initiatives in the prevention and treatment of incontinence related dermatitis. In this article, the prevention and treatment of incontinence related dermatitis was addressed in line with current evidence.

Key Words: Incontinence related dermatitis, nursing care, prevention and treatment.

* Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Tel: 0530 878 24 72 E posta: p.avsar.ank@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7637-1700>

**Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Telefon: 0535 621 40 78 E-mail: ayisekaradag@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6436-1647>

Geliş Tarihi: 03 Temmuz 2017 Kabul Tarihi: 27 Kasım 2017

GİRİŞ

İnkontinansın yol açtığı en yaygın deri sorunu inkontinansa bağlı dermatit (İBD)'dir. Hemşirelik bakımı açısından önemli bir sağlık problemi olan İBD, idrar dışkı ya da her ikisi ile temas nedeniyle perineal deride tahriş olarak tanımlanmaktadır¹. İBD, bireylerde önemli ölçüde rahatsızlığa neden olmasının yanı sıra tedavisi zor, zaman alıcı ve pahalıdır¹⁻².

Bebek bezi/alt bezi döküntüsü, irritan dermatit, ıslak lezyonlar, perineal dermatit, perineal döküntü, bez pişigi gibi farklı isimlerle bilinen İBD, fekal ve/veya üriner inkontinansı olan hastalarda görülen irritan kontakt dermatitin bir türüdür. İBD teriminin tercih edilme sebebi terimin, inkontinans nedeniyle doğrudan idrar ve/veya feçes ile temastan kaynaklanan deri sorunlarını diğer deri hastalıklarından ayırt etmesi, bu durumun sadece perine bölgesini değil daha geniş alanı içermesi ve her yaşta insanı etkilemesidir².

Bale ve arkadaşları 2004 yılında İngiltere'de, iki huzurevinde 115' i kadın (%70.1) ve 49'u erkek (%29.9) olmak üzere toplam 164 yaşlı birey üzerinde yaptıkları araştırmada, kadınların %31'inde (n=115), erkeklerin ise %23'ünde (n=49) üriner inkontinans görüldüğünü saptamışlardır³. Türkiye'de gerçek inkontinans sıklığının saptanması güç olmakla birlikte, yapılan bazı çalışmalarda üriner inkontinans sıklığının %16.4 ile %49.5 arasında değiştiği bildirilmiştir ve fekal inkontinans prevalansı da %8.9 olarak bulunmuştur⁴⁻⁶. Bu durumun nedenleri arasında; İBD'nin tanılanmasının ve Evre I ve Evre II Basınç Ülseri (BÜ)'den ayırt edilmesinin zor olması, İBD verilerinin toplanması için uluslararası geçerliliği olan ve kabul edilmiş bir yöntemin bulunmaması, İBD tanısı için kabul edilen klinik kriterlerin yokluğu yer almaktadır^{2,7-9}.

İdrar ve fekal inkontinans, İBD için ana risk faktörleridir. İBD'nin yaygınlığı, inkontinans ile paralellik göstermektedir¹⁰. İBD, özellikle yaşlılarda sık görülen bir sorun olmasına rağmen bu durum sıklıkla gözden kaçırılmaktadır¹¹. Literatürde İBD prevalansı %5.6–%50; insidansı %3,4–%25 arasında değişmektedir^{2,9,12-15}. Bliss ve arkadaşlarının 2006 yılında, lojistik regresyon analizi ile huzur evinde 59558 hastanın hemşirelik kayıtlarını inceledikleri çalışmada; prevalanslar, üriner inkontinans için %59.8, fekal inkontinans için %12.4, üriner ve fekal inkontinansın birlikte olduğu durumlarda %39.7, İBD oranı ise %5.7 (n:3405) olarak belirlenmiştir¹². Bliss ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları başka bir prospektif çalışmada, huzurevindeki hastaların (n:1918) %98 (n:1879)'inde inkontinans, %51 (n:981)'inde İBD belirlenmiştir. Aynı çalışmada ayrıca huzur evleri için İBD'nin oluşma süresinin ortalama 13 gün (min: 6 gün; max: 42 gün) olduğu belirtilmiştir¹⁵. Arnold-Long 2008 yılında ABD'de uzun süreli akut bakım ünitesinde prospektif olarak yaptığı çalışmasında 12 hafta süresinde (n=171), İBD prevalansını %22.8; yaklaşık 6.5 gün hastanede yatış süresi içerisinde 10 yeni vaka gelişimi sonucunda İBD insidansını ise %7.6 olarak rapor etmişlerdir¹⁶. İBD eski bir olgusuna rağmen İBD'ye ilişkin çalışmalar da çok yeni ve az saydadır. Ülkemizde Denat ve Khorshid'in fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan iki farklı ürünün (perianal torba kullanan 15 hasta ve diaper kullanan 15 hasta) perineal dermatit oluşumuna etkisini incelemek amacıyla yapmış oldukları prospektif yarı deneysel çalışmalarında (2011) diaper grubundaki hastaların tümünde, perianal torba grubundaki hastaların ise %66.7'sinde İBD oluşmuştur¹⁷. Avşar ve Karadağ'ın müdahale araştırması olarak yoğun bakım ünitelerinde doku toleransını artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin doku bütünlüğüne olan etkisini inceledikleri çalışmalarında ise (2016) İBD oranları

kontrol grubunda %31.2 olarak bulunmuşken, kanıta dayalı hemşirelik girişimlerinin uygulandığı müdahale grubunda bu oran %10.4 olarak saptanmıştır¹⁸.

İBD hemşirelik bakımının kalite göstergesi olarak ele alınan BÜ gelişmesine yol açan ana risk faktörlerinden biri olarak belirtilmektedir^{2,7-8}. Junkin ve arkadaşlarının 2005 yılında ABD’de üç tıp merkezinin yoğun bakımları dahil olmak üzere, yetişkin akut bakım hastalarında yaptıkları bir pilot çalışmada, 24 saatlik zaman içerisinde üriner, fekal ve miks inkontinansın birlikte olduğu hastalarda (n=198), BÜ % 33, İBD % 27 ve mantar enfeksiyonu %18 olmak üzere toplam %54 (n=106) oranında perineal bölgede cilt hasarı rapor edilmiştir¹⁹.

Sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini artıran bir sorun olmasına rağmen İBD’nin gerçek maliyetini tahmin etmek güçtür. Çünkü ilgili maliyetleri BÜ’nin önlenmesine ve tedavisine yönelik maliyetlerden ayırt etmek kolay değildir. İBD’nin önlenmesinde ve tedavisindeki maliyetin büyük bir kısmı bakım zamanı ile ilişkilidir. Mali analizler; çarşaf değiştirmenin maliyeti, çamaşırhane maliyetlerinin yanı sıra, önlük, eldiven, deri temizleyiciler ve koruyucular gibi alt kalemlerden oluşmaktadır^{2,15}. Bliss ve arkadaşlarının bildirdiğine göre (2007), Amerika Birleşik Devletleri için uzun dönem bakım veren kurumlarda İBD’nin maliyeti 136,3 milyon dolardır¹⁵. Zehrer ve arkadaşları (2005) bir yaşlı bakım evinde, 16 hasta ile yaptıkları çalışmada, bariyer etkili ürünlerin her inkontinans durumundan sonra kullanılmasının günlük maliyetini 0.17 \$- 0.76 \$ arasında belirlemişlerdir⁹. Franz ve arkadaşlarının (2003), 46 hasta ile yaptıkları çalışmada ise bariyer krem ve hemşire iş gücü maliyeti günlük ortalama 2.93 \$ olarak hesaplanmıştır²¹.

İBD’nin Türkiye’deki durumunu yansıtan kapsamlı bir araştırma sonucuna ulaşılmamakla birlikte gerek gelişmiş ülkelerdeki rakamlar gerekse ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı yaşlı ve her yıl trafik kazaları nedeniyle artan yüksek riskli hasta (hareketlilikte bozulma, bilişsel farkındalığın azalması, felçli hastalar) sayısı dikkate alındığında ülkemiz için de önemli bir sorun olduğunu söyleyenebilir. İBD’nin azaltılması, BÜ ve bununla ilişkili maliyetleri de potansiyel olarak azaltabilir. Bu durum, İBD’nin önlenmesini ve erken tedavisini önemli kılmaktadır.

İnkontinansa Bağlı Dermatitin Değerlendirilmesi

İBD’nin önlenmesi ve bakımın yönlendirilmesinde, İBD’ye yol açan risk faktörlerinin bilinmesi ve İBD’nin değerlendirilmesi önemli bir yere sahiptir. İBD’nin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin bilinmesi bu tür bakım gereksinimi olan hastalara bu bakımın daha iyi bakım verilmesine olanak sağlar. İBD gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin tam olarak anlaşılabilmesi açısından İBD fizyopatolojisinin bilinmesi önemlidir. Derinin aşırı hidrasyonu ve pH’daki artış İBD’de etkili olan anahtar mekanizmalar olarak belirtilmektedir^{1,2,22,23}. İnkontinans durumunda idrar ve/veya feçesten korneositlerin içine su çekilir ve su burada tutulur. Bu aşırı hidrasyon, şişliğe ve stratum korneumun yapısının bozulmasına ve deride gözle görülür değişikliklere (Örn. maserasyon) yol açar. Aşırı hidrasyonun sonucu olarak, iritanlar daha kolaylıkla stratum korneuma nüfuz eder ve enflamasyonun alevlenmesine yol açar. Derinin aşırı hidrasyonu epidermisin; giysiler, inkontinans petleri veya yatak çarşafı ile temasına bağlı sürtünmeden kaynaklanan yaralanma riskini artırır^{1,2}.

Derinin normal pH değeri, ortalama 4-6 arasında olup asidiktir. İdrar ve/veya feçese maruz kalan deri, daha alkali hale gelir. Bunun nedeni, derideki bakterilerin üreyi alkali olan amonyağa dönüştürmesidir. Deri pH’sındaki artış, mikroorganizmaların yerleşmesine

ve deri enfeksiyonu riskinin arttırmasına yol açar. Feçes ayrıca stratum korneuma zarar verebilecek olan lipolitik ve proteolitik enzimleri içerir. Sıvı feçesin katı feçese kıyasla daha zararlı olduğu bilinmektedir. Çünkü sıvı feçes, çok fazla sindirim enzimi içermektedir. Enzimler ayrıca, üre üzerine etki ederek amonyak üretimine yol açabilir, bu da üriner inkontinansda görülen pH değerini daha da arttırabilir. Enzimler yüksek pH değerinde daha aktiftir. Bu nedenle deri hasarı riski alkali değişikliklerle birlikte artar. Bu durumda, idrar ve feçesin bir arada bulunduğu miks inkontinans, deri üzerinde, tek başına idrar ya da dışkı inkontinansına kıyasla daha fazla iritan etki oluşturur^{1,2,21,22}.

İBD'nin gelişmesinde birçok risk faktörü ve bu faktörler arasındaki etkileşimler rol oynamaktadır. İBD için temel risk faktörleri şunlardır^{2,24};

- İnkontinans tipi
- İnkontinans sıklığı
- Kapatıcı (Oklüzif) toplama ürünlerinin kullanımı
- Deri toleransında azalma (Örn. Yaşlanma, steroid kullanımı, diyabet)
- Hareketlilikte bozulma
- Bilinç durumunda değişim
- Kişisel hijyeni sağlayamama
- Ağrı
- Ateş
- İlaçlar (antibiyotikler, immünosupresifler, steroidler, kemoterapötik ajanlar veya metabolitleri)
- Kötü beslenme alışkanlıkları
- Yaşamsal riski olan ve yoğun bakım gerektiren hastalıklar.

İBD gelişimine katkıda bulunan diğer faktörler ise aşağıda verilmiştir^{1,2,22,24,25}:

- İnkontinans ürünlerinin yeterince sık değiştirilmemesi nedeniyle derinin idrar ve feçese uzun süreli maruz kalması,
- Su ve sabunla sık sık deri temizlemenin, korneositlere hasar vermesi, lipitleri gidererek kuruluğu artırması ve sürtünme oluşturması nedeniyle derinin bariyer fonksiyonuna zarar vermesi,
- Agresif temizleme tekniğinin (Örn. normal banyo lifi kullanarak) sürtünme kuvvetini artırması ve deriyi aşındırması olarak sıralanabilir.

İBD'nin doğru değerlendirilmesi temel olarak klinik gözlem ve hasta hikayesine dayanmaktadır. İBD'nin değerlendirmesinde ve tanısında yardımcı olacak teknoloji tam anlamıyla mevcut değildir. Derinin bariyer fonksiyonunu ölçmek için, transepidermal su kaybı (TESK) olarak bilinen, deri yoluyla pasif su kaybı ölçümü kullanılmaktadır. Genel olarak, TESK'deki bir artış derinin koruyucu fonksiyonunun bozulduğunun göstergesidir. Ancak, klinikte TESK ölçümlerinin kullanımı karmaşıktır ve yorumlanması zordur. Tanıya yardımcı olmak üzere bu tekniğin uyarlamaları geliştirilebilmişse de, standart klinik değerlendirmeye kıyasla avantajları tam olarak bilinmemektedir^{1,2,22}.

Üriner ve/veya fekal inkontinansı olan hastalarda, İBD belirtileri açısından günde en az bir kez ve inkontinans epizotlarının sayısına bağlı olarak daha sık, sistematik deri değerlendirilmesi yapılmalıdır. Perine, perigenital bölgeler, kalçalar, gluteal kıvrım,

uyluklar, bel, alt karın ve deri kıvrımları; maserasyon, eritem, lezyonların varlığı (veziküller, papüller, püstüller, vb.) erozyon veya soyulma (denudasyon), fungal veya bakteriyel deri enfeksiyonu belirtileri açısından gözlenmelidir^{1,2,22,24,25}.

İBD gelişme riski taşıyan bireyleri belirlemek, İBD'ye ilişkin önleyici girişimleri planlamaya katkı sağlar. İBD'nin değerlendirilmesi için farklı ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu araçlardan bazıları geçerlilik açısından incelenmişse de, günlük uygulamadaki kullanımları, klinik karar verme ve bakımın iyileştirilmesine ilişkin yeterli kanıtların olmaması nedeniyle hala sınırlıdır^{1,2,22,25}. İBD değerlendirme araçları risk faktörlerinin belirlenmesini sağlar. Literatürde sınırlı sayıda bulunan bu araçlardan birkaçı aşağıda kısaca açıklanmıştır:

Perirektal Cilt Değerlendirme Aracı [Perirectal Skin Assessment Tool (PSA)]: Brown ve Sears tarafından, 1993 yılında, kanser tedavisi alan hastalarda perirektal bölgedeki derinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. PSA, deri bütünlüğünde bozulma yok, inflamasyonsuz hafif eritem, inflamasyonlu orta derecede eritem, bül veya veziküller ile şiddetli eritem ve ülserasyon olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır. Bu aracın gözlemciler arası güvenilirliği %87'dir²⁵. Araca ilişkin geçerlilik çalışmasının eksikliği ve perirektal bölge ile sınırlı olması gibi eleştiriler mevcuttur^{1,22}.

Deri Değerlendirme Aracı [Skin Assessment Tool (SAT)]: Junkin ve Selekof'un bildirdiğine göre (2008); Kenndy ve Lutz tarafından, 1996 yılında geliştirilmiştir. Araç deri bütünlüğünde bozulma, kızarıklık ve erozyon olmak üzere üç kategoriden oluşmaktadır. Her bir kategori için alt puanlamalar mevcuttur. Alt boyutların toplam skoru İBD şiddetinin derecesini belirlemektedir⁷.

İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (The Incontinence- Associated Dermatitis and its Severity Instrument): İBD'nin tanılanması için Borchert, Bliss, Savik ve Radosevich tarafından, 2010 yılında geliştirilmiştir. Uzman görüşü alınarak kapsam geçerliliği yapılmış, güvenilirlik için sınıf içi korelasyon kat sayısı 0.98 bulunmuştur. İBD bulunan 13 bölge, kızarıklık, döküntü ve deri kaybı açısından puan verilerek toplam skor hesaplanmaktadır. Olası puan aralığı 0-52 olarak belirlenmektedir ve iyileşme oldukça toplam puan azalmaktadır²⁷. Ülkemizde, Karadağ, Avşar ve Gül tarafından Türkçe dil uyarlaması 2015 yılında yapılmış olup henüz yayınlanmamıştır. Beeckman ve arkadaşları (2015), İBD'nin sınıflanması için, bakımın yönlendirilmesinde deri hasarının düzeyine ve şiddetine dayanan basitleştirilmiş bir yaklaşımın benimsenmesini önermiş ve İBD'nin şiddetini üç bölümde sınıflandırmışlardır² (Tablo 1).

İBD'yi doğru belirlemek ve basınç ülserlerinden ve kontakt dermatit gibi diğer deri sorunlarından ya da enfeksiyonlara bağlı (Örn. herpes simplex) veya tere bağlı (Örn. intertrigo) lezyonlardan ayırt etmek çoğu zaman zordur. Değerlendirmede, etioloji çok önemlidir. Hastanın inkontinansı yoksa, bu durum İBD değildir. İBD'nin doğru değerlendirilmesi ve tanılanması hastanın uygun önleyici bakım ve tedaviyi alması, dokümantasyonun doğru olması, geri ödeme sistemleri için ödemenin kolaylaştırılması açısından önemlidir^{1,2,22}.

İnkontinansa Bağlı Dermatitin Önlenmesi ve Tedavisi

İnkontinansa bağlı dermatitin önlenmesi ve tedavisi benzerdir ve inkontinansı olan tüm hastaları hedeflemelidir. İnkontinansa bağlı dermatitin önlenmesi ve tedavisinde inkontinansı yönetmek ve yapılandırılmış bir deri bakımı uygulamak anahtar girişimlerdir².

Tablo 1. İnkontinansa Bağlı Dermatit Sınıflaması

İBD Şiddeti	Belirtiler**
Kızarıklık yok ve deri bütünlüğü bozulmamış (risk altında)	Deri, vücudun geri kalanına kıyasla normaldir (İBD belirtisi yok)
Evre 1 – Kızarıklık* ancak deri sağlam (hafif)	Eritem +/- ödem
Evre 2 – Kızarıklık* ve deride bozulma var (orta şiddetli)	Eritem +/- ödem +/- veziküller/büller/deri erozyonu +/- deri denudasyonu +/- deri enfeksiyonu
* Ya da koyu tenli hastalarda daha soluk, daha koyu, mor, koyu kırmızı veya sarı ** Hastanın inkontinansı yoksa bu durum İBD değildir.	

İnkontinans yönetimi, inkontinansın etiyojisini belirlemek ve kapsamlı bir bakım planı oluşturmak üzere hastanın ayrıntılı değerlendirilmesini gerektirir. Bakım ve tedavi çoğunlukla, beslenme ve sıvı yönetimi veya boşaltım teknikleri gibi invaziv olmayan davranışsal girişimlerle başlar^{1,2}. Sandalyeye bağlı hastalar için genel olarak, yetişkin külotları, alt bezleri gibi emici inkontinans yönetim ürünleri tercih edilmelidir. Üriner inkontinans, kalıcı üriner kateter kullanımını gerektirebilir, ancak nozokomiyal enfeksiyon riskinin yüksek olması nedeniyle, bu girişim son seçenek olarak düşünülmelidir^{2,23}. Sıvı feçes yönetimi, fekal yönetim sistemi (FYS) ile sağlanabilir. FYS kullanılmıyorsa, bir fekal torba uygulanabilir. Anal sfinktere zarar verme riski nedeniyle, geniş çaplı üriner kateterlerin rektal tüp olarak kullanılması önerilmemektedir^{2,22,28}.

Yapılandırılmış bir deri bakımı; deriyi temizleme ve koruma olmak üzere iki anahtar girişimden oluşmaktadır. Ayrıca hastalar deri üzerine sürülen uygun bir deri bakım ürünü kullanılarak derinin bariyer fonksiyonunu destekleyecek ve sürdüreceği bir 'onarım' olarak adlandırılan üçüncü bir aşamadan yarar görebilmektedirler².

Deriyi Temizleme

İBD'ye neden olan idrar ve/veya feces gibi iritanları gidermek amacıyla, deri temizlenmelidir. İnkontinansa kullanılan deri temizleyiciler genelde "perineal deri temizleyiciler" olarak adlandırılırlar. Bu temizleyiciler, losyon veya sıvı çözümler şeklinde üretilmiştir. Sıvı temizleyiciler, sprey şişeler içinde ambalajlanmış veya bir beze emdirilmiş formlarda olabilmektedir. Bunun yanında sıvıyı köpüğe dönüştüren bir saklama kabı olarak da ambalajlanabilirler. Birçok deri temizleyici, seyreltilmeden kullanılmalıdır^{2,22,29}.

Deri temizleyiciler; yüzey gerilimi azaltan, kir ve debrisin deri üzerinde en az kuvvet uygulayarak giderilmesine olanak veren bileşikler (sürfaktan) içermektedirler. Kimyasal yapılarına göre çeşitli surfaktan kategorileri bulunmaktadır ve deri temizleyiciler çoğunlukla birden fazla surfaktan içermektedir. Deri temizleyiciler için, yumuşaklıkları nedeniyle iyonik olmayan (yani yüksüz) surfaktanlar (polietilen glikol, alkil poliglikosit, polisorbattlar, oktaksinollar) tercih edilmektedir^{2,22,29}.

İrritanları uzaklaştırmak için derinin temizlenmesi kritik önem taşımaktadır. Geleneksel olarak, inkontinans epizotundan sonra idrar, feçes ve diğer kirleri deriden uzaklaştırmak için standart sabun, su ve normal bir temizleme bezi kullanılır. Ancak, standart sabun alkalidir ve deri pH'sını değiştirerek derinin bariyer fonksiyonuna zarar verdiği gösterilmiştir. Sert dokulu temizleme malzemeleri, sürtünme hasarına neden olarak derinin bariyer fonksiyonunu daha fazla bozabilir. Derinin musluk suyu ile sık yıkanması ise, TESK'deki artışla birlikte derinin bariyer sağlığını olumsuz etkiler. Bu nedenle normal deri pH'sına benzer pH aralığında olan bir deri temizleyici, geleneksel sabuna tercih edilmelidir. Deri temizleyicilerin bulunmadığı durumlarda, asgari standart olarak yumuşak bir sabun ve su ile temizlik önerilebilmektedir. Birçok deri temizleyici "durulama gerektirmez", uygulama sonrasında da deride kalabilir ve hızlı bir şekilde kuruyarak, elle kurutmanın neden olduğu sürtünmeyi ortadan kaldırır. İnkontinans yönetiminde durulama gerektirmeyen uygun temizleyicilerin kullanılması önerilmektedir^{2,22,29}.

İnkontinansa ideal deri temizliği sıklığı kesin değildir. Temizliğin kendisi derinin bariyer fonksiyonunu bozabilir. Bu nedenle inkontinansa bağlı irritanların giderilmesi ile temizliğin neden olduğu irritasyonun önlenmesi veya en aza indirilmesi arasında bir denge sağlanmalıdır².

İBD önlenmesinde ve yönetiminde temizleme ilkeleri şunları içerir:

- Deri, günde en az bir kez ve her fekal inkontinans epizodundan sonra temizlenmelidir.
- Deri, ovalanmadan kaçınarak sürtünmeyi en aza indirecek şekilde nazikçe temizlenmelidir.
- Standart sabunlar kullanılmamalıdır.
- Deri temizliğinde; yumuşak, durulama gerektirmeyen bir sıvı deri temizleyici ya da normal deri pH'sına benzer bir pH'ya sahip, yumuşak, tek kullanımlık, dokuma olmayan bir temizlik mendili kullanılmamalıdır.
- Deri temizledikten sonra gerekirse nazikçe kurulanmalıdır^{2,9,22,25}.

Deriyi Koruma

İBD'nin önlenmesi için, deriyi temizledikten sonra korumak gerekir. Deri koruyucular, stratum korneum ile nem veya irritanlar arasında bariyer oluşturmak suretiyle İBD'nin önlenmesinde ve tedavisinde kullanılmaktadır. Deri koruyucular 'nem bariyerleri' olarak da adlandırılırlar ve içeriklerine bağlı olarak nem ve irritanlara karşı değişken koruma sağlarlar².

Deri koruyucu ürünler krem, macun, losyon ya da film şeklinde formüle edilebilirler. Deri koruyucu ürünlerin ana bileşenleri petrolatum (vazelin), çinko oksit, dimetikon ve akrilat termpolimerdir².

İBD'nin önlenmesi ve tedavisinde deri koruyucu kullanım ilkeleri şöyle sıralanabilir;

- Deri koruyucuyu, deriyi koruma yeteneğine uygun sıklıkta ve üreticinin talimatları doğrultusunda uygulanmalıdır.
- Deri koruyucunun, diğer herhangi bir deri bakım ürünü ile uyumlu olduğundan emin olunmalıdır.
- Deri koruyucuyu, idrar ve/veya feçes ile temas eden ya da temas etme olasılığı bulunan tüm deriyi uygulanmalıdır^{2,9,22,25}.

Deriyi Onarma (Restore)

Bu aşamada derinin bariyer tabakasının bütünlüğünün korunması ve güçlendirilmesi sağlanır. Derinin onarımı deri üzerinde kalabilen deri bakım ürünleri kullanılarak gerçekleştirilir. “Yumuşatıcılar” olarak bilinen bu ürünler, farklı kimyasal bileşenleri olsa da lipofilik malzeme veya yağlar içerirler. Bu ürünlerle, sağlıklı stratum korneum içinde bulunanlara benzer lipitler (Örn. seramid) ile formüle edilerek, kuruluğun azaltılması ve lipit matriksinin onarılması amaçlanır. Bir diğer bileşen kategorisi ise stratum korneumun içine su çekip burada tutarak işlev gören maddeler olan humektanlardır. Bu ürünlerin yaygın örnekleri arasında, gliserin ve üre sayılabilir^{2,9,22,25,30}.

Deriyi onarmak için hastanın derisine uygulanacak herhangi bir ürünün bileşenlerini kontrol ederek, hastanın duyarlı veya alerjik olduğu herhangi bir maddeyi içermediğinden ve inkontinans hastalarında kullanım için uygun olduğundan emin olunmalıdır. Humektanlar, stratum korneum içine su çektikleri için aşırı hidrate olan veya masere deride kullanılmamalıdır^{2,9,22,25,30}. Deri bakımında, temizleme, koruma ve onarma için ayrı ürünler kullanılacağı gibi, bu fonksiyonları birleştiren tek bir ürün de seçilebilir. Bu amaçla tasarlanan kontinans bakım mendilleri bulunmaktadır^{2,9,22,25,30}.

Sonuç olarak, İBD yoğun bakım ve kritik bakım gerektiren birçok hasta grubunda karşılaşılan yaygın, ağrılı ve yıpratıcı bir sorundur ve BÜ gelişimine katkıda bulunur. Ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı toplumlarda yaygın olarak karşılaşılan yaşlılık, artan trafik kazaları İBD görülme sıklığını artırmaktadır. Tüm inkontinans hastaları İBD riski altında olmasından dolayı bireyselleştirilmiş bir önleme planı doğrultusunda İBD'nin değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavi edilmesi gerekmektedir. İBD hemşirelerin mücadele etmesi gereken ve yönetimi konusunda hemşireye büyük sorumlulukların düştüğü önemli bir sağlık problemidir. İBD'nin önleme ve tedaviye ilişkin protokollerinin, klinik uygulama rehberleri ve politikaların geliştirmesi sorunun çözümüne katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gray M, Bliss DZ, Ermer SJ, Kennedy E, Karen L, Palmer MH. Incontinence associated dermatitis: a consensus. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 2007; 34(1):45-54.
2. Proceedings of the Global İBD Expert Panel. İnkontinansa Bağlı Dermatit: Önlemeyi Geliştirme. *Wounds International* 2015. URL: <http://www.woundsinternational.com>. 23 Eylül 2016.
3. Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viabil* 2004;14(2):44-50.
4. Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. *Saudi Med J* 2006;27(11):1688-1692.
5. Tozun M, Ayrancı U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of western Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2009;67(4):241-249.
6. Denat D, Khorshid L. Fekal inkontinansın bakımı ve bakımda kullanılan ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(2):94-103.
7. Junkin J, Selekof JL. Beyond “diaper rash”: Incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing RED? *Nursing* 2008;38(11):56-67.
8. Bliss DZ, Savik K, Thorson MAL, Ehman S, Lebak K, Beilman G. (2011). Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: time to development, severity, and risk factors. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2011;38(4):1-13.
9. Gray M, Beekman D, Bliss DZ, Donna Z, Fader M, Logan S, et al. Incontinence-associated dermatitis: A comprehensive review and update. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2012;39(1):61-74.

10. Copson D. Management of tissue excoriation in older patients with urinary or faecal incontinence. *Nursing Standard* 2006;21(7):57-62.
11. Corcoran E, Woodward S. Incontinence-associated dermatitis in the elderl: treatment options. *British Journal of Nursing* 2013; 22(8):450-457.
12. Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Wyman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing. *Nursing Research* 2006;55:243-251.
13. Ehman S, Thorson M, Lebak K, Bliss DZ, Savik K, Thorson MAL. Development of perineal dermatitis in critically ill adults with fecal incontinence. *American Journal of Critical Care* 2006;15:333-339.
14. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 2007;34:260-269.
15. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2007;34:143-152.
16. Arnold-Long. Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) in a Long Term Acute care (LTAc) Facility: Findings from a 12 Week Prospective Study. [Abstract] 2011. WOCN National conference, New Orleans LA.
17. Denat Y, Khorshid L. The effect of 2 different care products on incontinence-associated dermatitis in patients with fecal incontinence. *Journal of Ostomy Continence Nursing*. 2011;38(2):171-176.
18. Avşar P, Karadağ A. Doku Toleransını Artırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Doku Bütünlüğünün Sürdürülmesine Etkisi ve Maliyet Etkinlik Analizi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2016. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
19. Junkin J, Moore-Lisi L, Selekof JL. What we don't know can hurt us. Pilot prevalence survey of incontinence and related perineal skin injury in acute care. [Abstract] 2005. WOCN National conference, Las Vegas NV, June 2005.
20. Zehrer C L, Newman DK, Grove GL, Lutz JB. Assessment of diaper- clogging potential of petrolatum moisture barriers. *Ostomy Wound Manage* 2005;51:54-58.
21. Frantz RA, Xakellis GC, Harvey PC, Lewis AR. Implementing an incontinence management protocol in long-term care. *Clinical outcomes and costs. Journal of Gerontological Nursing* 2003;29(8):46-53.
22. Black JM, Gray M, Bliss DZ, Evans KL, Logan S, Baharestani MM, et al. (2011). MASD Part 2: Incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2011;38(4):359-70.
23. Langemo D, Hanson D, Hunter S, Thompson P, Oh IE. Incontinence and incontinence associated dermatitis. *Advanced Skin Wound Care* 2011;24(3):126-140.
24. Shiu SR, Hsu MY, Chang SC, Hui CC, Hsiao HH. Prevalence and predicting factors of incontinence-associated dermatitis among intensive care patients. *Journal of Nursing Healthcare Research* 2013;9(3):210-218.
25. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of Advance Nursing* 2009; 65(6):1141-1154.
26. Brown SD, Sears M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Journal of Ostomy Wound Management* 1993; 39(7):20-25.
27. Borchert K, Bliss DZ, Savik K. The Incontinence- Associated Dermatitis and its severity instrument. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2010;37(5):527-535.
28. Morris L. Flexi-Seal® faecal management system for preventing and managing moisture lesions. *Wounds United Kingdom* 2011;7(2):88-93.
29. Nix DH. Factors to consider when selecting skin cleansing products. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2000;27(5):260-268.
30. Moncrieff G, Cork M, Lawton S, Kokies S, Daly C, Clark C. Use of emollients in dry-skin conditions: consensus statement. *Journal of Clinical & Experimental Dermatology Research* 2013;38:231-38.

Akran Zorbalığının Önlenmesinde Okul Sağlığı Hemşiresinin Rolü

The Role of School Health Nurses in the Prevention of Peer Bullying

(Derleme)

Fatma AVŞAR* , Sultan AYAZ ALKAYA**

ÖZ

Akran zorbalığı bir ya da daha fazla öğrencinin bir başka öğrenciye sürekli olarak olumsuz eylemlerde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Akran zorbalığı, fiziksel, psikolojik ve sosyal birçok sağlık sorununun nedenidir. Okullarda akran zorbalığının tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerin uygulanması ekip çalışması gerektirmektedir. Bu ekibin önemli bir üyesi olan okul sağlığı hemşiresi eğitici, danışman, savunucu, değişim ajanı olma gibi rollerini aktif olarak kullanmaktadır. Okul sağlığı hemşiresi, okul ortamında sık karşılaşılan akran zorbalığına sistematik yaklaşabilir. Bu derleme akran zorbalığının önlenmesinde okul sağlığı hemşiresinin görev ve sorumluluklarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akran zorbalığı, okul sağlığı, okul sağlığı hemşireliği

ABSTRACT

Peer bullying is defined as consistent negative actions of one or more students towards other student. Peer bullying is the cause of many physical, psychological and social health problems. Identification of peer bullying and implementation of the necessary interventions on the school requires teamwork. An important member of this team, school health nurses actively use roles such as educator, counselor, advocate, change agent. School health nurse can systematically approach peer bullying in the school. This review focuses on the duties, responsibilities, and roles of school health nurses in the prevention of bullying at school.

Key Words: Peer bullying; school health; school health nursing.

*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye,

E-posta: fatmavsar@hotmail.com Tel: 0543 598 39 46, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7576-1902>

** Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye,

E-posta: sultan@gazi.edu.tr, Tel: 0 312 216 26 09, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4745-5478>

Geliş Tarihi: 26 Ekim 2017 Kabul Tarihi: 27 Kasım 2018

GİRİŞ

Akran zorbalığı okul ortamlarında sık görülen, fiziksel ve psikolojik travmalara neden olan önemli bir sorundur. Akran zorbalığı bir ya da daha fazla öğrencinin bir başka öğrenciye sürekli olarak olumsuz eylemlerde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Bir eylemin akran zorbalığı olması için; kasıtlı olarak zarar verme amacı gütmesi, süreklilik göstermesi ve zorba ile kurban arasında fiziksel ya da psikolojik güç dengesizliğinin veya algısının olması gerekmektedir¹⁻³.

Akran zorbalığı dünya genelinde her geçen gün fark edilmeden artmaktadır⁴. Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile 2001-2002 yıllarında 35 ülkeyi kapsayan araştırmada, zorba ve kurban oranı %11 olarak belirlenmiştir⁵. Maiano ve arkadaşları⁶ tarafından yapılan sistematik analize göre; zorba oranı %15.1, kurban oranı %36.3, akran zorbalığı oranı %25.2 olarak belirlenmiştir. Aynı yaş grubu çocuklar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; Meksika'da akran zorbalığı oranı %3.5, İngiltere'de %62.5 olarak belirlenmiştir^{7,8}. Türkiye'de Pişkin'in² yaptığı araştırmada; zorba oranı %30.2 olarak bulunmuştur. 2007- 2010 yılları arasında Ankara 1. Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi'nde 188 çocuğun akran zorbalığı suçlusu olduğu kayıtlarda yer almaktadır⁹.

Okul çağı dönemi sağlık açısından özel bir dönemdir. Okul çağı döneminde fiziksel büyüme yavaşlarken, bilişsel büyüme ve gelişme hızlı ilerler, mental ve sosyal ilişkiler gelişir. Bu dönemde çocuklar öğrenme bakımından isteklidir, bilişsel ve entelektüel becerileri gelişir. Akranları arasında iyi olmaya çalışır, başarılarının ödüllendirilmesini ister¹⁰. Okul çağı çocuklarının sağlıklı bir gelişim dönemi geçirecek geleceğin sağlıklı yetişkinleri olabilmeleri için olumlu iletişim kurmaları ve akran zorbalığı gibi olumsuz davranışlardan korunmaları gerekmektedir¹¹.

Bu derleme akran zorbalığının önleminde okul sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları incelemek amacıyla yapılmıştır.

Akran Zorbalığı ve Sağlığa Etkileri

Akran zorbalığı, okul çağında görülebilen, saldırgan bir davranış türüdür. Akran zorbalığı her yaşta oluşmakla birlikte özellikle ilkokulun sonunda başlamakta, ortaokulda doruğa ulaşmakta ve genel olarak lisede azalmaktadır¹². Akran zorbalığı sadece kurbanları değil; aynı zamanda zorba ve seyirci başta olmak üzere okuldaki tüm öğrencileri, öğretmenleri ve oluşturulmak istenen pozitif okul ortamını etkilemektedir⁷. Akran zorbalığı, bireylerde yaşam boyu süren fiziksel, psikolojik ve sosyal pek çok sağlık sorununa neden olmaktadır^{6,13,14}.

Akran zorbalığı fiziksel olarak bireyde; karın, baş ve mide ağrıları, fiziksel gelişmede gecikme, enürezis gibi birçok sağlık sorununa neden olmaktadır. Akran zorbalığı özellikle kurbanda acil müdahale gerektirecek yaralanmalara ve incinmelere neden olabilmektedir^{11,14,15}.

Akran zorbalığı bireyin ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Birçok yetişkin, çocukluğunda maruz kaldığı zorbalığın oluşturduğu psikolojik problemlerle yaşamını sürdürmektedir. Düşük benlik saygısı, stres, duygusal gelişme geriliği, hiperaktivite, uyku sorunları, parmak emme, tırnak yeme, konsantrasyon eksikliği, kendini yalnız ve mutsuz hissetme, yorgunluk, anksiyete, güçsüzlük duygusu sigara, ilaç ve alkol

bağımlılığı, depresyon ve intihar gibi psikolojik problemler bireyin yaşamını kronik olarak etkileyebilmektedir^{6,13,14}.

Akran zorbalığı bireyin kendisini sosyal olarak kısıtlamasına iletişim problemleri yaşamasına neden olmaktadır. Akran zorbalığı, bireyin sosyalleşmeye başladığı yaşlarda karşılaştığı iletişim problemleri kaynaklı bir sorundur. Akran zorbalığı bireyin daha zayıf sosyal ve emosyonel ilişkiler kurmasına neden olabilmektedir¹¹. İletişim problemleri öğrencilerde okul aktivitelerine katılmanın azalması, arkadaş seçiminde zorlanma, oyun isteğinin olmaması gibi durumları da beraberinde getirmektedir. Akran zorbalığına maruz kalan ya da zorbalık uygulayan birey kendini toplumdaki izole etme eğilimindedir. Okul başarısında düşme, davranış bozuklukları, okula devamsızlığın artması, evden kaçma bireyin sosyal anlamda karşılaştığı önemli problemlerdendir^{12,14-16}.

Akran Zorbalığının Önlenmesi

Zorbalığın önlenmesinde problemleri şiddet kullanmadan çözmeye dayalı, iletişim becerilerini geliştirici, öfke kontrolü ve benlik saygısını geliştirici uygulama ve eğitimler etkili olabilmektedir^{17,18}. Okullarda akran zorbalığının önlenmesine yönelik yapılacak bu tür uygulamalar, hak ve sorumluluklarının farkında olan, haklarını kullanan, kendine güvenen aynı zamanda başkalarının haklarını da gözetken, atılgan davranış özelliklerine sahip öğrencilerin sayısını artıracaktır¹⁹. Okullarda ders dışı zamanlarda yürütülen akran zorbalığı karşıtı programlar, öğrencileri güçlendirerek %80 oranında zorbalığı azaltabilmektedir²⁰. Okullarda zorba davranışlar sergileyen çocukların tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerin uygulanması okul yöneticileri, okul rehberlik servisi, öğretmenler, okul hemşiresi ve gerektiğinde hekimden oluşan çok disiplinli bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Okul sağlığı alanında çalışan hemşire çocukların sağlığını ve öğrenmeyi olumsuz etkileyen durumları belirlemede, çocukların okul çağında ve yetişkinlik dönemlerinde sağlıklı olabilmeleri için onlara yardım etmede önemli bir konuma sahiptir¹¹.

Akran Zorbalığının Önlenmesinde Okul Sağlığı Hemşiresi

Okul sağlığı hemşiresi zorba ve kurbanların belirlenmesinde anahtar bir pozisyondadır. Okul sağlığı hemşiresi eğitici, danışman, savunucu, değişim ajanı olma gibi rollerini kullanarak akran zorbalığının önlenmesi uygulamalarında yol gösterici olmaktadır²¹. Bununla birlikte, okul çocuğuna sağlıklı bir öğrenme ortamı sağlayarak; öğrenci, aile, öğretmen ve okul çevresini içine alacak bütüncül özellikte programlar hazırlayabilir, şiddet karşıtı programları geliştirmeye ve yaygınlaştırmaya liderlik edebilir¹¹. İngiltere’de okul sağlığı hemşirelerinden; okula gitmek istemeyen, sosyal faaliyetlerden çekinen, kayıp veya hasarlı eşyalarının olduğu tespit edilen, sebepsiz ağlayan, konuşma bozuklukları görülen, vücudunda açıklayamadığı morluklar kızarıklıklar ve kesikler bulunan, kendine zarar verdiği tespit edilen öğrencilere akran zorbalığı yönünden müdahale etmeleri beklenmektedir²⁰.

Ülkemizde de yayımlanan hemşirelik yönetmeliğinde okul sağlığı hemşireliği halk sağlığı hemşireliğinin bir alt alanı olarak tanımlanmıştır. Yönetmeliğe göre; okul sağlığı hemşiresi okullarda okul sağlığı hizmetleri ile ilgili gereksinimleri ve sorunları

saptamak, sağlık risklerini erken tanılamak, uygun girişimleri planlanmak ve gereken önlemlerin alınmasını sağlar²². Bunları gerçekleştirirken okul idaresiyle koordinasyonu sağlamakla yükümlüdür. Okul sağlığı hemşiresi, okullarda sağlık hizmetinin yanı sıra akran zorbalığına yönelik çalışmalar yapmak için kurulan ekibin aktif bir üyesidir. Bu kapsamda, okul sağlığı hemşiresi kurban ve zorba olmayı değerlendirebilir, zorba ve kurbanı yardım edebilir¹⁰.

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) okul sağlığı hemşiresi olabilmek için akredite bir kurumdan lisans derecesi almak ve okul sağlığı hemşireliği alanına özel sertifikaya sahip olmak gerekmektedir. Lisans eğitimi ve sertifikasyon ile okul sağlığı hemşiresine, okul ortamında öğrencilerin karmaşık sağlık gereksinimlerini karşılamak için gelişmiş beceriler kazandırılmaktadır²³. Sertifikasyon programında okul sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı hemşiresinin rolünün yanı sıra halk sağlığı hemşireliği teori ve uygulamaları, çocuk ve adölesan psikolojisi, gelişim evreleri, sosyoloji veya kültürel antropoloji, sağlık eğitimi gibi konular da yer almaktadır. ABD kayıtlı hemşireler okullarda tam zamanlı olarak istihdam edilmektedir²⁴⁻²⁶.

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinde okul sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları hemşirelik yönetmeliği ile belirlenmiş olmasına karşın, kamuya ait okullara hemşire istihdam edilmemektedir. Yalnızca özel okulların bir bölümünde hemşireler görev yapmakta ve genellikle ilk yardım, hekim istemi ile ilaç verme gibi görevleri yerine getirmektedir²⁷. Akran zorbalığının önlenmesine yönelik olarak hemşireler tarafından okullarda yapılan çalışmalar incelendiğinde; atılgnlık ya da zorbalığı önleme programlarının akran zorbalığının önlenmesinde etkili olduğu ortaya konulmuştur^{18,28-30}.

Akran zorbalığının önlenmesinde okul sağlığı hemşiresinin rolü

Akran zorbalığının önlenmesi, pozitif okul ikliminin oluşturulması ve sürdürülmesine önemli katkılar sağlamaktadır. Akran zorbalığına karşı alınacak zamanında ve etkili önlemler, okul ortamını olumlu yönde destekleyerek oluşabilecek zaman kayıplarını önlemede etkili olabilmektedir³¹. Okul sağlığı hemşiresinin akran zorbalığı ortaya çıkmadan önce yapması gereken şunlardır:

- Akran zorbalığı hakkında yeterli bilgi edinir.
- Akran zorbalığının zorba, kurban, zorba-kurban ve seyirci öğrenciler üzerindeki etkilerini bilir.
- Öğrencilerden akran zorbalığı ile ilgili bilgi toplar, gözlem yapar.
- Okulda akran zorbalığı ile ilgili araştırmalar yapar.
- Okul personeli ve öğrencilere akran zorbalığı hakkında eğitim verir.
- Akran zorbalığı ile ilgili riskli grupta yer alan öğrencileri değerlendirir.
- Öğrencilerle kurdukları olumlu iletişim ve gözlemleri sayesinde risk altındaki öğrencileri tespit ederek, ekibi haberdar eder.
- Sağlık eğitimleri süresince öğrencilerle kişisel iletişim sağlayarak, okula bağlılıklarını artırır.
- Aileler ile iletişimi artıran okul faaliyetleri düzenler, etkinlik sayısını artırır.

- Okul personeli, öğrenci ve ailelerin katıldığı akran zorbalığını önleme programlarını koordine eder^{11,13,33}.

Akran zorbalığı durumunda okul sağlığı hemşiresinin rolü

Okul ortamında öğrenciler, akran zorbalığını öğretmenler ve diğer çalışanlardan gizleme eğilimindedir. Bu durum sorunun tespitini zorlaştırmaktadır. Okul sağlığı hemşirelerinin sorunun tespiti için risk grubunda olan veya kurban, zorba özelliklerine sahip öğrencileri gözlemleyerek ipuçlarını takip etmeleri gerekmektedir^{11,17}.

Okul sağlığı hemşiresinin akran zorbalığı durumunda yapması gerekenler şunlardır:

- Öğrencileri zorba, kurban diye etiketlemenin yanlış olduğunu paylaşır.
- Zorbalığa karışmayan öğrencilerle işbirliği yaparak, sorunun çözümünde işbirliği sağlar.
- Zorbalığa maruz kalan öğrencilerin sosyal becerilerini geliştirmelerine, benlik saygılarını yükseltmelerine ve yeni arkadaşlar kazanmalarına yönelik girişimlerde bulunur.
- Okulda zorbalığın azaltılması ile ilgili politikaların oluşturulmasına yardım eder.
- Zorba ve zorbalığa maruz kalan öğrencilerin duygularını aileleri ile paylaşmalarını, sorunlarını ifade etmelerini destekler.
- Öğrencilerin benlik saygısını yükseltici eğitim programları hazırlar, çekingenlik veya saldırganlık yerine atılan davranışlar sergilemelerini destekler.
- Akran zorbalığına uğradığı bilinen, stres yaşayan öğrencileri değerlendirir.
- Okul ekibi ile işbirliği doğrultusunda öğrencilerin endişelerini ifade etmelerini sağlar ve müdahale eder.
- Öğrencilerin akran zorbalığı ve tüm sağlık sorunları ile ilgili endişelerini gidermek için okulda güvenli bölge oluşturmaya çalışır^{13,31-33}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Geleceğin toplumunu oluşturacak olan okul çağı çocuklarının sağlıklı olabilmeleri için olumlu iletişim kurmaları ve akran zorbalığı gibi olumsuz davranışlardan korunmaları gerekmektedir. Bunun için okullarda akran zorbalarını, kurbanlarını, zorba kurbanları ve seyircileri belirlemeye yönelik tarama programlarının gerçekleştirilmesi, aileler ve öğretmenler olmak üzere okul sağlığı ekibine farkındalık eğitimleri verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle okul sağlığı hemşirelerine okuldaki diğer çalışanlarla birlikte zorbalığı önlemeye yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanmasında aktif görev ve sorumluluk düşmektedir. Bu durum pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de okul sağlığı hemşireliğinin yaygınlaştırılmasını zorunlu hale getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Shetgiri R. Bullying and victimization among children. *Adv Pediatr* 2013; 60(1): 33–51.
2. Pişkin M. Examination of peer bullying among primary and middle school children in Ankara. *Eğitim ve Bilim* 2010; 35(156):175-189.

3. Galitz T, Robert D. Governing bullying through the new public health model: Foucaultian analysis of a school anti-bullying programme. *Critical Public Health* 2014; 24(2): 182-195.
4. Shah N. Undergraduate medical education in nepal: need for change. *Journal of Kathmandu Medical College* 2015; 4(1): 1-2.
5. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O ve ark. People's health in context: International report from the hbsc 2001/02 survey. Bullying, physical fighting and victimization. Denmark: World Health Organization Library Cataloguing in Publication Data 2004; 134.
6. Maiano C, Aimea A, Salvias MS, Morin AJS, Norman C. Prevalence and correlates of bullying perpetration and victimization among school-aged youth with intellectual disabilities: A systematic review. *Res Dev Disabil* 2016; 49-50: 181-195.
7. Sangalang CC, Tran AG, Ayers SL, Marsiglia FF. Bullying among urban Mexican-heritage youth: Exploring risk for substance use by status as a bully, victim, and bully-victim. *Children and Youth Services Review* 2016; 61(1): 216-221.
8. Seager N. He reviews without fear, and acts without fainting: Defoe's review. *Eighteenth-Century Studies* 2012; 46(1): 131-142.
9. Şengül HA, Cantürk N, Cantürk G, Dağalp R, Ankara I. Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi'nde akran istismarı nedeniyle yargılanan çocukların değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi* 2012; 47(4): 283-289.
10. Carter S. The Bully at School: An interdisciplinary approach. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2012; 35(3-4): 153-162.
11. Törüner E, Büyükgönceç, L. Çocuk Sağlığı: Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2017.
12. Wei HS, Hwa HL, Shen ACT, Feng JY, Hsieh YP, Huang SCY. Physical conditions and special needs as risk factors of peer victimization among school children in Taiwan. *J School Nurs* 2017; 33(3): 223-231.
13. Mcintosh CE, Thomas CM, Maughan E. Introduction to the special issue: Increasing the collaboration between school nurses and school personnel. *Psychology in the Schools* 2015; 52(2): 631-634.
14. Peltzer K, Pengpid S. Health risk behaviour among in-school adolescents in the philippines: trends between 2003, 2007 and 2011, a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(1): 73-84.
15. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Health* 2013; 53(1 Supp): 13-20.
16. Dresler-Hawke E, Whitehead D. The behavioral ecological model as a framework for schoolbased anti-bullying health promotion interventions. *J Sch Nurs* 2009; 25(3): 195-204.
17. Covell K, Howe RB, McNeil JK. Implementing children's human rights education in schools. *Improving Schools* 2010; 10(2): 117-132.
18. Avşar F, Ayaz Alkaya S. The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness *J Pediatr Nurs* 2017; 36(5): 186-190.
19. Mackay A. Motivation, ability and confidence building in people. 1st ed. Oxford: Routledge; 2007.p. 266-279.
20. Weston F. Working with children who have been bullied. *British Journal of School Nursing* 2010; 5(4): 172-176.
21. Perron T. Peer victimisation: Strategies to decrease bullying in schools. *British Journal of School Nursing* 2013; 8(1): 25-29.
22. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2010. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. (Erişim tarihi: 26 Ekim 2017).
23. National Association of School Nurses. Education, licensure, and certification of school nurses (Position Statement). Silver Spring, MD: Author. 2016.

24. University of Illinois at Chicago School. Nurse Certificate program. URL: <http://www.nursing.uic.edu/academics-admissions/school-nurse-certificate-program#about-the-program>. (Erişim tarihi: 26 Ekim 2017).
25. New Jersey City University. School Nursing. URL: <http://njcu.edu/graduate-admissions/graduate-certificates/school-nursing>. (Erişim tarihi: 26 Ekim 2017).
26. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, Registered Nurses. URL: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm> (Erişim tarihi: 26 Ekim 2017).
27. Ayaz S. İlköğretim Öğretmenlerinin Okul Sağlığı Hemşireliğine İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2014; 1(2): 42-52.
28. Bowllan NM. Implementation and evaluation of a comprehensive, school-wide bullying prevention program in an urban/suburban middle school. J Sch Health 2011; 81(4): 167-173.
29. Keliat BA, Tololiu TA, Daulima NHC, Erawati E. Effectiveness assertive training of bullying prevention among adolescents in West Java Indonesia. International Journal of Nursing 2015; 2(1): 128-134.
30. Albayrak S, Yıldız A, Erol S. Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. Children and youth services review 2016; 63(April): 1-9.
31. Kub J, Feldman MA. Bullying prevention: a call for collaborative efforts between school nurses and school psychologists. Psychology in the Schools 2015; 52(7): 658-671.
32. Blakeslee TL, Eboh WO, Monsen KA, Kvarme LG. Comparing school nurses' roles in supporting children who are bullied. British Journal of School Nursing 2016; 11(5): 246-250.
33. DeSisto MC, Smith S. Bullying prevention in schools position statement. NASN Sch Nurse 2015; 30(3):189

Yazarlara Bilgi

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi hakemli bir dergidir ve yılda üç kez yayımlanır. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir. Yazılar editörler ve danışmanlar tarafından değerlendirilerek yayımlanır.

Makale Gönderimi

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisine makale göndermek için; <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/> adresindeki “Makale Gönderim” linki kullanılmalıdır. Makale ile ilgili tüm işlemler bu adresten takip edilebilir.

Genel Bilgiler

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi hemşirelik bilimi, uygulamaları, eğitimi ve yönetimi alanında güncel yayınları kabul etmektedir.

Yayımlar; derginin amacına uygunluk, doğruluk, güncellik ve hemşireler tarafından kullanılabilirliği açısından incelenmektedir.

Gönderilen yazıların tamamının ya da önemli bir bölümünün başka bir yerde yayımlanmamış ve yayımlanmak üzere başka bir dergiye gönderilmemiş olması gerekmektedir. Yazıların yasalara ve etik kurallara uygunluğu ve bilgilerin doğruluğu yazarların sorumluluğundadır.

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

Yazım kurallarına uygun olan yazılar en az iki danışmanın incelemesinden geçip onay alındıktan ve önerilen değişiklikler yazarca yapıldıktan sonra yayımlanabilir. Yazılarda anlam ve yazım kuralları bakımından gerekli düzeltmeler editörler ve danışmanlar tarafından yapılabilir. Yazının yayımlanmasında son karar editörlere aittir. Makalenin yayımlanması kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye ait olur.

Dergide yayımlanan araştırmaların verileri araştırmacı tarafından 5 yıl süreyle saklanmalıdır. Derginin yayın politikası ve uluslararası yayın kuruluşlarının kuralları gereğince gerektiğinde bazı yazıların verileri ve analiz programları yazarlardan istenebilecektir.

Yazarın/yazarların yazının yayımlanmasına izin verdiklerini ve yayın etiği kurallarına uyduklarını belirten **Yayın İzni Formunu** imzalamalıdır.

Yazı Çeşitleri

Dergide yayımlanmak üzere kabul edilecek yazı çeşitleri araştırma, derleme, olgu sunumu ve editöre mektup'tur.

- *Araştırma*: Bilimsel araştırma sürecini tamamlamış, raporlandırılmış çalışmalar. Araştırma makaleleri özet, şekiller, tablolar ve kaynaklar dahil olmak üzere en fazla 5000 kelime olmalıdır. Bu makaleler;
 - o *Özet (amaç; gereç ve yöntem; bulgular; sonuç bölümlerinden oluşan 150-200 kelimelik Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)*
 - o *Giriş*
 - o *Gereç ve yöntem*
 - o *Bulgular*

- o *Tartışma*
- o *Sonuç ve öneriler*
- o *Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.*
- *Derleme:* Hemşirelik alanında güncel ve gereksinime yönelik konularda, ulusal ve uluslararası literatür kullanılarak konu ile ilgili tartışmaların ve yazar/yazarların görüşlerinin ortaya konduğu çalışmalardır. En fazla 3000 kelime olmalıdır. Derleme makaleleri;
 - o *Özet (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)*
 - o *Konu ile ilgili başlıklar*
 - o *Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.*
- *Olgu sunumu:* Alanda önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. En fazla 2000 kelime olmalıdır.
 - o *Özet (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)*
 - o *Giriş*
 - o *Olgu sunumu*
 - o *Tartışma*
 - o *Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.*
- *Editöre mektup:* Dergide yayımlanan makaleler ile ilgili görüş, katkı, soruları içeren, başlık ve özet bölümleri bulunmayan yazılardır. En fazla 500 kelime olmalıdır. Editöre mektup yazılarında atıfta bulunulan makalenin adı, yayımlandığı sayı ve tarih belirtilmeli, mektubu yazan kişinin isim, kurum ve adres bilgileri verilmelidir.

Yazım Kuralları

Dergide yayımlanması için gönderilen yazılar aşağıda yer alan özelliklere uygun olmalıdır.

Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler başlık sayfası, Türkçe ve İngilizce özeti içeren özet sayfası ve anahtar kelimeler, metin sayfası, kaynaklar, tablolar, şekil ve grafikler bölümlerinden oluşmaktadır.

Başlık Sayfası

Başlık sayfasında; makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı, yazarın yazılacağı yazar ve diğer yazarların ad-soyadları, akademik unvanları, kurumları, adresleri, e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları yer almalıdır. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bu sayfada belirtilmelidir.

Özet Sayfası ve Anahtar Kelimeler

Özet sayfasında; Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanan 150-200 kelimelik özetler bulunmalıdır. Araştırma makalelerinde özet; amaç, gereç, yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerini içerecek şekilde, derleme ve olgu sunumlarında bölümsüz olarak hazırlanmalıdır. Editöre mektup niteliğindeki yazılarda özet yer almamalıdır.

Türkçe ve İngilizce özetlerin sonunda en az 3, en fazla 5 anahtar kelime, Türkçe-İngilizce olarak yazılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MeSH)” (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)’e uygun olarak verilmeli, Türkçe anahtar kelimeler MeSH terimlerinin çevirisi olmalıdır.

Metin Sayfası

Metin, başlık 12 punto koyu renk (bold), özet, ana metin ve kaynaklar 12 punto, tablolar 10 punto olacak şekilde çift satır aralıklı Times New Roman karakterinde iki yana yaslı olarak yazılmalıdır. Yazı A4 boyutunda sayfaya her kenardan 2.5 cm boşluk kalacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar metin içinde verilmelidir. Metinde yer alan şekil, grafik ve fotoğrafların eni 11 cm, boyu 8 cm'yi aşmamalıdır.

Değerlendirmenin tarafsızca yapılabilmesi için metin bölümünde yazarların kimliğine ilişkin hiçbir bilgi bulunmamalıdır.

Yazılarda Türk Dil Kurumu'nun yazım kılavuzu örnek alınmalı, yabancı sözcükler yerine olabildiğince Türkçe sözcükler kullanılmalıdır. Türkçe'de alışılmamış sözcükler yazıda kullanılırken ilk geçtiği yerde yabancı dildeki karşılığı parantez içinde verilmelidir (Bu kural Türkçe makaleler için geçerlidir). Genel olarak kabul görmüş kısaltmalar yazı içinde kullanılabilir, ancak ilk kullanıldığı yerde parantez içinde ne olduğu açıklanmalıdır.

Kaynaklar

Kaynakların yazımında Vancouver stili kullanılmalıdır.
Kaynak yazımında aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir.

Metin İçinde

- Kaynaklar metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılarak belirtilmelidir. Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasına virgül konulmalıdır. Arka arkaya ikiden fazla kaynak kullanımında ilk ve son kaynak numaraları belirtilmeli ve araya "tire" işareti konulmalıdır (örneğin ²⁻⁶).
- Kaynak numaraları üst simge şeklinde belirtilmelidir.

Örneğin;

Bu konuda yapılan bir çalışmada¹

..... ilgili çalışma².....

Reeves³ makalesinde

.....şeklinde tanımlamaktadır ^{4,5}.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

Örneğin;

.....hastanın bilgi düzeyi⁶, yaşam biçimi⁷.....

Metin Sonunda

- Metin sonunda kaynaklar metin içindeki kullanıldıkları sıraya göre numaralandırılarak ayrı bir liste halinde verilmelidir.
- Kaynaklarda yer alan yazar sayısı 6 ya da daha az ise hepsi yazılmalı, 7 ya da daha fazla ise 6. yazardan sonra Türkçe kaynaklarda "ve ark.", yabancı kaynaklarda "et al." olarak kısaltılmalıdır.
- Dergi isimleri Index Medicus'ta yer alıyor ise Index Medicus'ta geçtiği şekilde kısaltılmış olarak, yer almıyorsa tam olarak yazılmalıdır.

- Yazım dili İngilizce olan makale kaynaklarında Türkçe kaynakların İngilizce çevirileri parantez içinde verilmelidir.

Kaynak Kitap Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar

Örneğin;

Eren N. Çağlar boyunca toplum. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1996. s. 41-56
Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. Nursing ethics. 2nd Edition. Edinburg: Churchill Livingstone; 1988. p. 456-78.

Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar

Örneğin;

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992. p. 567-98

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003. s. 56-72.

Kitap Bölümü

Örneğin;

Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Kansu E. Bilimsel yanılma ve önlenmesi. In: TÜBA Dünyada ve Türkiye'de bilim etik ve üniversite. TÜBA Bilimsel Toplantılar Serileri No: 1. Ankara: 1994. s. 71-75

Kongre Özet Bildirileri

Örneğin;

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan

Kömürcü N. Ebe ve hemşirelerin cinselliğe ve bu konudaki danışmanlık rollerine ilişkin tutumları. 3.Ulusal Hemşirelik Kongresi; 22-26 Haziran 1992; Sivas.

Kongre Tam Metin Yayınları

Örneğin;

Brandes U, Wagner D. A bayesian paradigm for dynamic graph layout. In: DiBattista B (editör), Proceedings of the 11th International Symposium on Graph Drawing; 2003 Nov 12-15; New York, USA. Philadelphia: USA; 2003. p. 236-237.

Koç G, Eroğlu K. Doğum sonu erken taburculuk ve evde bakım hizmeti. In: 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı; 20-23 Nisan 2005; İstanbul, Türkiye. Delta Basım: İstanbul; 2005.s. 87-88.

Kaynak Makale Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Makaleler

Örneğin;

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124 (11):980-3

Dal U. Obezitesi olan hastanın hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007 Ocak-Haziran; 14(1):57-63.

Yazarın Kurum Olduğu Makaleler

Örneğin;

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164: 282-4.

Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik için geleceğe yönelik stratejiler. Klinik Forum 1992; 105: 23-5.

Yazarı Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Çocuk Hekimi Gözüyle Yaşlılık. Geriatri 2000. 2000; 14:1.

Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

Ciment J. US senate passes patients' bill of rights. (News). BMJ 1999;319:209.

Büken N., Büken E. Tıp etiği ve tıp hukuku açısından klinik ilaç araştırmaları. Türk Psikiyatri Derg 2003; 14:289-99.

Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

Spatar HM. Frengi kobayları hep siyahtı. Cumhuriyet Bilim Teknik 18 Kasım 2001; (817): 10-11.

Nazik HD. Hormon replasman tedavisinin yararları ve zararları: Klinik uygulamalardan örnekler. Focus 2002; (2): 882-84.

Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

Bertram E, Bertram B. There is nothing automatic about right. Am Journal of Nurs May 1977:867-872.

Terakye G. Psikiyatride etik ikilemler. 3P Dergisi 1994; 30-33.

Elektronik Kaynaklar

Örneğin;

Elektronik dergi

LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. September 26, 1996.

İnternet Sitesi

Hoffman DL. St John's Wort. 1995;[4 screens]. URL: <http://www.healthy.net/library/books/hoffman/materiamedica/stjohns.htm>. July 16, 1998.

CD-ROM

The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1992.

*Kaynakların gösterilmesi ile ilgili daha fazla bilgi için Uluslararası Tıp Dergileri Editörler Kurulu'nun önerdiği yazım kurallarına bakınız. <http://www.icmje.org/>.

** Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr

Web : <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/>

INFORMATION FOR AUTHORS

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing is a peer-reviewed journal and published 3 times a year. Official languages of the journal are Turkish and English. All articles are accepted for publication by reviewing editors and referees.

Submitting An Article

In order to submit an article to Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing you must click “Online Article Processing” link in <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/>. You may also follow up all procedures from this link.

General Information

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing accepts current works on nursing science, nursing practices, education, management, leadership.

Manuscripts are evaluated through appropriateness and relevance to the aim of journal, accuracy, currency and the applicability of findings/ideas to nursing.

Manuscripts accepted for publication must not be under consideration by another journal, or have not be previously published sectional/totally. Authors are responsible for manuscripts’ conformity to legal and ethical issues, and accuracy of findings/ideas/information given.

No payment will be done to authors by any means of their manuscript.

Following double-blind peer review, corresponding author will receive an e-mail indicating accept, reject, revision or resubmission of the manuscript. Some revisions can be done by editors and reviewers in order to aid clarify and understanding without changing the data. The publisher owns the copyright of all published articles following publish.

Researchers must save data for 5 year period. In accordance with publishing policy of journal and rules of international publishers, some of data and data analysis should be demand back from authors.

All manuscripts submitted must be accompanied by “Copyright Transfer Form”.

Publication Types

Journal publishes types of articles include scientific research, review, case reports, and editorial letters.

- **Scientific Research:** Includes all retrospective, prospective, and experimental studies. It should have maximum 5000 words, including abstract, figures, pictures, tables, and references. Scientific research manuscripts content must be as below.
 - o Abstract (150-200 words, structured abstract must contain objective, material-methods, results, conclusion sections)
 - o Introduction
 - o Material and methods
 - o Result

- o Discussion
- o Conclusion
- o References

- *Review:* Includes discussions of current and need based nursing topics based on the international literature and authors' opinions. It should have maximum 3000 words. Review manuscripts content must be as below.
 - o Abstract (150-200 words)
 - o Titles on related topics
 - o References
- *Case Reports:* Must include unique and important clinical experiences and cases. It should have maximum 2000 words.
 - o Abstract (150-200 words)
 - o Introduction
 - o Case report
 - o Discussion
 - o References
- *Letters to Editor:* Letters to editors are commentary letters including comments, contribution, and issues written about previous articles in the journal. They include maximum 500 words, but don't include title and abstract. Letters should include notes indicating the attribution to article with title, number and date; and with the name, affiliation and address of the author.

Manuscript Preparation

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

Manuscripts must include title page, abstract page, manuscript pages, references, tables, figures, and graphics.

Title Page

Title page must include title of manuscript, list of corresponding and other authors' name-surname, academic degrees, institutions, mail address, e-mail address, telephone, and fax number. If the study was presented previously in a congress, it should be mentioned in this page with date, place, and name of the congress.

Abstract and Keyword Page

This page must include 150-200 word, structured/non-structured abstract in accordance with publication type. Research articles must have structured abstract with objective, material-methods, results, conclusion sections, reviews and case reports must have non-structured abstract. Letters to editors shouldn't have abstract.

At the end of the abstract min. 3, max. 5 key words must be provided. Keywords should conform to "Medical Subject Headings (MeSH)". (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

- Title must be written bold and 12 fonts with Times New Roman.
- Abstract, manuscript text page, and references must be written 12 fonts with

Times New Roman.

- Tables must be written 10 fonts with Times New Roman.
- All pages must be written double-spaced, and justify text on both sides.
- Pages should have 2.5 cm spaces among all sides.
- Footnotes shouldn't be used in manuscripts, explanations should be given in the text.
- Figures, graphics, and photographs should be 11 cm in width, 8 cm in length.
- Manuscript text shouldn't contain author information for unbiased evaluation.
- Abbreviations used should be defined in parenthesis where the full word is first mentioned.

References

Vancouver style is used in referencing.

Please consider and be consistent to the following criterion when you are referencing.

References in Text

- References must be listed serially according to the order of mentioning in the text. Multiple references must be separated by comma, if used. Consecutive references must be separated with "-," between first and last reference (e.g. 2-6).
- Reference numbers in the text should be numbered as superscript numbers.

Example:

A study¹ about this issue is.....

.....study²

In his article Reeves³

..... defined as.....^{4,5}.

..... found positive effect on life style⁶, knowledge of patient⁷.....

- Journals must be abbreviated according to Index Medicus, if involved.

Reference List

- References must be listed serially and numerically in order of mentioning in text on a separate page.
- All authors should be listed if six or fewer, otherwise the first six should be listed and et al. must be added.
- All references should be given in English. References written with different languages except in English must be translated to English and given with parenthesis.

Books

Personal Author/s

Example

Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. Nursing ethics. 2nd Edition. Edinburg: Churchill Livingstone; 1988.

Organization as author and publisher

Example

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Chapter in a book

Example

Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Conference Proceedings

Example

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan

Conference Paper

Example

Brandes U, Wagner D. A Bayesian paradigm for dynemaic graph layout. In: DiBattista B (editör), Proceedings of the 11th International Symposium on Graph Drawing; 2003 Nov 12-15; New York, USA. Philadelphia: USA; 2003. p. 236-237.

Articles in journals

Standard Journal Article

Example

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124 (111):980-3

Organization as author

Example

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164: 282-4.

No Author Given

Example

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Issue With No Volume*Example*

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. Clin Onthop 1995; (320): 110-4.

No Issue and Volume*Example*

Bertram E, Bertram B. There is nothing automatic about right. Am Journal of Nurs May 1977:867-872

Electronic Material***Journal article in electronic format****Example*

LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. September 26, 1996.

Web/ Internet*Example*

Hoffman DL. St John's Wort. 1995;[4 screens]. URL: <http://www.healthy.net/library/books/hoffman/materiamedica/stjohns.htm>. July 16, 1998.

CD-ROM

The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1992.

* **For more information see** <http://www.icmje.org/>.

** Last updated in **March 2010**.

Communication

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

Web : <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/>

YAYIN İZNI (Taahhütname)

Formda adı belirtilen makalem/makalemiz Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisinde basım için kabul edilirse 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu içeriğinde belirtilen haklara münhasıran Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi sahip olur ve bu makale her hakkı Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisine ait olmak üzere yayımlanabilir.

Makalenin bir bölümü ya da bütünü Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisinin izni olmaksızın herhangi bir yerde yayımlanamaz, çoğaltılamaz ancak Fikir ve Sanat Eserleri Kanununda öngörülen biçimde ve kaynak gösterme koşuluyla kullanılabilir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi belirtilen makaleyi olduğu gibi saklamaya, fotokopi ve matbaa yoluyla, 3. kişilerin kullanımına vermeye yetkilidir. Adı geçen makaleye ilişkin bütün yeni eklemeler, genişletmeler, diğer dile/dillere çevrilmesi, bütün medya ve diğer yazılı basında yer alması gibi konularda izin vermeye münhasıran Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi yetkilidir.

Bu makale daha önce hiçbir kişi, grup ve kurum tarafından herhangi bir yayın organında (dergi, bildiri kitabı v.s) yayımlanmamıştır.

Makalede geçen alıntıların (kaynak kullanma koşuluyla) izin alma sorumluluğu bana/bizlere (yazar/yazarlara) aittir. Makalede literatürden alındığı belirtilen bölümler dışındaki her şey orjinal çalışmam/çalışmalarımızdır. Çalışmanın yapılmasında, yazının oluşturulmasında emeği geçen herkesin ismi yazar olarak belirtilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

Makalenizin basımındaki herhangi bir gecikmeyi önlemek için, bu taahhütnameyi okuyup, boşluğu doldurarak en kısa zamanda adresimize gönderiniz.

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

YAZARLAR		
Adı, Soyadı	Tarih-İmza	Adres-Telefon
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Adres: Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Bölümü
06100 Ankara