

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 2 • Sayı/No 1 • Ocak-Nisan/January-April 2015

Sahibi Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Fatma ÖZ

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü **Doç.Dr. Sergül DUYGULU**

Yayın Kurulu

Başkan **Doç. Dr. Sergül Duygulu**
Başkan Yardımcısı **Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar**
Sekreterler: **Arş. Gör. Seher Başaran**
Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman
Arş. Gör. Nilay Ercan Şahin
Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz
İngilizce Düzeltme: **Doç. Dr. Sevgisun Kapucu**
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Arş. Gör. Funda Aslan**
Arş. Gör. Sevil Çınar
Arş. Gör. Rabiye Akın

Yayın Türü: **Yerel Süreli Yayın**
Yayın Dili: **Türkçe, İngilizce**
Yayınlanma Biçimi: **Dört ayda bir yayımlanır**
Basım Tarihi: **22 Mayıs 2015**
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.hacettepehemsirelikdergisi.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 İmkanları 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.

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşođlu

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

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. Gülümser Kublay

Hemşirelik Esasları
Prof. Dr. Leyla Dinç

Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim
Doç. Dr. Süheyla Abaan

İç Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Leyla Özdemir

Psikiyatri Hemşireliği
Prof. Dr. Fatma Öz

Prof. Dr. Nalan Akbayrak
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu
Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar
Prof. Dr. Neriman Akyolcu
Prof. Dr. Nesrin Aştı
Yard. Doç. Dr. Nihal Ata
Doç. Dr. Aysel Badır
Prof. Dr. Zuhâl Bahar
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal
Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
Prof. Dr. Susan Beck
Prof. Dr. Tülin Bedük
Doç. Dr. Hicran Bektaş
Doç. Dr. Naile Bilgili
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu
Doç. Dr. Hülya Bulut
Doç. Dr. Fatma Cebeci
Prof. Dr. Anahit Coşkun
Doç. Dr. Nurcan Çalıskan
Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak
Doç. Dr. Hatice Çiçek
Doç. Dr. Fatma Demirkıran
Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz
Prof. Dr. Selma Doğan
Prof. Dr. Mary E. Duffy
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu
Prof. Dr. Fethiye Erdil
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel
Prof. Dr. Kafıye Eroğlu
Prof. Dr. İsmet Eşer
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan
Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu
Prof. Dr. R. Selma Görgülü
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı
Doç. Dr. Perihan Güner
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz
Doç. Dr. Filiz Hisar
Yard. Doç. Dr. Figen İnci
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler
Doç. Dr. Emine İyigün
Prof. Dr. Nevin Kanan
Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Doç. Dr. Erdem Karabulut
Prof. Dr. Ayişe Karadağ
Doç. Dr. Mevlüde Karadağ
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan
Doç. Dr. Azize Karahan
Dr. Sevilay Karahan
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu
Prof. Dr. Nimet Karataş
Doç. Dr. Gülnaz Karatay

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Başkent Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Haliç Üniversitesi
İstanbul Arel Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Zirve Üniversitesi
Utah Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Zirve Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Haliç Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Adnan Menderes Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Üsküdar Üniversitesi
Utah Üniversitesi
Marmara Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Emekli
Gazi Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Acıbadem Üniversitesi
Emekli
Doğu Akdeniz Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Emekli
Hacettepe Üniversitesi
Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi
Niğde Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Haliç Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Tunceli Üniversitesi

Prof. Dr. Sultan Kav
Doç. Dr. Meral Kelleci
Doç. Dr. Yeter Kitiş
Prof. Dr. Gülseren Kocaman
Yard. Doç. Dr. Deniz Koçoğlu
Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz
Yard. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan
Doç. Dr. İbrahim Koruk
Prof. Dr. Nuran Kömürcü
Doç. Dr. Kenan Köse
Doç. Dr. Hülya Kulakçı
Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban
Doç. Dr. Yasemin Kutlu
Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü
Yard. Doç. Dr. Mary Jane Madden
Prof. Dr. Thom Mansen
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı
Doç. Dr. Fahriye Oflaz
Doç. Dr. Ayşe Okanlı
Prof. Dr. Hülya Okumuş
Prof. Dr. Nermin Olgun
Yrd. Doç. Dr. Fatma Orgun
Prof. Dr. Nimet Ovayolu
Yrd. Doç. Dr. Özlem Örsal
Yard. Doç. Dr. Levent Özbek
Prof. Dr. Ayşe Özcan
Doç. Dr. Pınar Özdemir
Doç. Dr. Dilek Özden
Prof. Dr. Zeynep Özer
Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş
Prof. Dr. Süheyla Özsoy
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc
Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa
Prof. Dr. Deniz Şelimen
Prof. Dr. Ahsen Şirin
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural
Doç. Dr. Melek Serpil Talas
Prof. Dr. Lale Taşkın
Prof. Dr. Gülsün Taşocak
Doç. Dr. Sevinç Taştan
Prof. Dr. Havva Tel
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın
Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin
Yrd. Doç. Dr. Zahide Tuna
Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen
Prof. Dr. Hülya Uçar
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur
Doç. Dr. Hayriye Ünlü
Prof. Dr. Besti Üstün
Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan
Yrd. Doç. Dr. Nuriye Yıldırım
Prof. Dr. Suzan Yıldız

Başkent Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
İzmir Üniversitesi
Selçuk Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Pamukkale Üniversitesi
Harran Üniversitesi
Marmara Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Bülent Ecevit Üniversitesi
Pamukkale Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Allina Sağlık
Utah Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Okan Üniversitesi
Atatürk Üniversitesi
İzmir Üniversitesi
Acıbadem Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Gaziantep Üniversitesi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Emekli
Hacettepe Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Atatürk Üniversitesi
Yeditepe Üniversitesi
British Columbia Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Maltepe Üniversitesi
İstanbul Bilim Üniversitesi
Sanko Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Emekli
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Cumhuriyet Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Okan Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Üsküdar Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Düzce Üniversitesi
Haliç Üniversitesi

Değerli Okurlarımıza

Dergimizin yayın hayatının 20. yılını geride bıraktığımız bu günlerde 2015 yılı Cilt 2, Sayı 1'i yayımlarken tüm konu editörlerimizin, yayın kurulu üyelerimizin, danışma kurulu üyelerimizin, yazarlarımızın ve okurlarımızın yeni yılını kutlar, yeni yılda sağlık, mutluluk ve başarılar dilerim. 2015 yılında toplum sağlığının geliştirilmesine, sağlığın güvence altına alınmasına ve hemşirelik bilimine katkıda bulunacak araştırmaların daha fazla olmasını diliyorum.

Dergimizin bilimsel içeriği ve yayın kalitesinin geliştirilmesine katkıları çok büyük olan danışma kurulu üyelerimize son aylarda hemşirelik alanından ve istatistik alanından yeni danışma kurulu üyelerimiz eklenmiştir. Kendilerine bu vesile ile dergimize yapacak oldukları katkılar için teşekkür ederim.

Dergimizin bu sayısında dört araştırma ve iki derleme olmak üzere toplam altı makale yer almaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler psikiyatri hemşireliği, kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği, hemşirelik esasları, hemşirelikte yönetim, cerrahi ve dahiliye hastalıkları hemşireliğine ilişkin olup, bu makalelerin okurlarımıza hemşirelik bakım hizmetlerini geliştirmede yol gösterici olacağına ve onların sürekli gelişimlerine katkı sağlayacağına inanıyorum. 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.

Bilgilerini, araştırmalarını, çeşitli çalışmalarını meslektaşları ile paylaşmak isteyenlere olanak yaratmak dergimizin amaçlarından birisidir. Bu kapsamda paylaşım yapmak isteyen yazarların makalelerini beklediğimizi bildirir, ülkemizdeki tüm insanların güven ve barış içerisinde yaşadığı günler dilerim.

Saygılarımla.

Doç.Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura	V
Doç. Dr. Sergül DUYGULU <i>Sorumlu Yazı İşleri Müdürü</i>	
Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler	1
Leyla BAYSAN ARABACI, Esra AKIN KORHAN, Yasemin TOKEM, Rüveyda TORUN	
Kadınlarda Zayıflık Prevalansı ve Emzirme Arasındaki İlişki	17
Yeşim AKSOY DERYA, Sermin Timur TAŞHAN	
Hemşirelik Öğrencilerinin Şiddet Konusundaki Görüş ve Deneyimleri	26
Özlem KARABULUTLU	
Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları ve Etkileyen Faktörler Araştırma	37
Arzu YÜKSEL	
Bir Elektro Analjezi Yöntemi: Transkütan Elektriksel Sınır Stimülasyonu ve Hemşirenin Roller	50
Sevilay ERDEN, Sevilay ŞENOL ÇELİK	
Hematopoietik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Bakım Verme Yükü ve Hemşirelik Bakımı	61
Nur İZGÜ	
Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar	70
Kübra ÇITLAK, Sevgisun KAPUCU	
Yayın Kabulü ile ilgili İlkeler	78
Information for Authors	84
Yayın İzni (Taahhütname)	89

Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Nursing Students' Anxiety And Stress Levels And Contributed Factors Before-During And After First Clinical Placement

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 1-16

Leyla BAYSAN ARABACI*, Esra AKIN KORHAN*, Yasemin TOKEM*, Rüveyda TORUN*

* İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Hemşirelik, İzmir, Türkiye

Geliş Tarihi: 16 Mart 2014

Kabul Tarihi: 04 Aralık 2014

ÖZ

Amaç: Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi, sırası ve sonrasında yaşadıkları klinik stres düzeyleri ile durumluk-sürekli kaygı düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, Şubat-Mayıs 2012 tarihinde bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü birinci sınıfında öğrenim gören 94 öğrenci hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ve "Klinik Stres Anketi" aracılığı ile toplanmıştır. Veriler sayı-yüzde dağılımları, Friedman varyans analizi, t-testi/Mann-Whitney-U, Varyans/Kruskall Wallis ve Pearson/Spearman Correlation analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrenci hemşirelerin ilk klinik deneyim öncesi, sırası ve sonrasındaki durumluk ve süreklilik kaygı ile klinik stres düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin deneyimleri arttıkça anksiyete ve streslerinin azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrenci hemşirelerin hemşirelik bölümünü isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevmeye ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları, ilk klinik uygulamaya ilişkin hisleri ve hissettikleri bu duyguların sebebi olarak gösterdikleri düşüncelerine göre, ilk klinik deneyim öncesi, sırası ve sonrasındaki anksiyete ve stres durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmanın sonuçlarına göre, öğrencilerin durumluk kaygı düzeyleri ilk klinik deneyim sonunda yükselirken, sürekli kaygı ve stres düzeyleri klinik deneyimleri arttıkça düşmüştür. Ayrıca, ilk klinik deneyime ilişkin orta düzeyde anksiyeteli ve stresli olan öğrenci

İletişim : akinesra80@hotmail.com

hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerinin durumluk-sürekli anksiyete ve stres düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, stres, öğrenci hemşire, klinik deneyim, hemşirelik eğitimi.

ABSTRACT

Aim: This study was carried out to determine the clinical stress and state-trait anxiety levels and contributed factors of first grade nursing students before, during and after the first clinical placements .

Method: This descriptive study was carried out between February -May 2012 with 94 first-year nursing students in the Nursing Department of the Health Sciences Faculty of an university. Data was collected with "Information Form", the "State-Trait Anxiety Inventory", and the "Clinical Stress Questionnaire". Data was evaluated via number-percentage distributions, Friedman Variance, t-test/Mann-Whitney-U, Variance/Kruskal Wallis, and Pearson/Spearman Correlation analyses.

Results: Student nurses' state-trait anxiety and clinical stress levels before, during, and after the first clinical placement was found medium. It was also found that students' anxiety and stress levels decreased once their clinical expertise increased ($p<0.05$). There was statistically significant difference between anxiety and stress levels and students' willingness to choose their department, liking nursing profession, and their intent to work as a nurse after graduation($p<0.05$).

Conclusion: According to results of the study students' trial anxiety and stress levels were found decreased with clinical experince, while state anxiety levels found to be increased after first clinical replacement. It is also found that some sociodemographic characteristics of students who had medium level state-trait anxiety and clinical stress affected their anxiety and stress level.

Key Words: Anxiety, stress, nursing student, clinical experience, nursing education.

Giriş

İnsan davranışlarının açıklanmasında önemli bir kavram olan anksiyete (kaygı), bireyde zorlanma sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepki¹ ve benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehlide tepki olarak hissedilen bir gerilimdir². Durumluk anksiyete ise, bireyin içinde bulunduğu durumu tehdit ve tehlike yaratan biçimde algılamasından kaynaklanan öznel gerilim ve korku duygularıyla karakterize olan geçici duygusal bir durumdur¹. Sürekli aksiyete de, görel olarak bireyde varolan kaygı eğilimini gösteren, durumluk kaygının yoğunlaşması ve süreklilik kazanması halidir³. Stres ise, bireyin dengesini bozan çeşitli uyaranlara ya da çevresel etmenlere karşı gösterdiği genel tepkidir^{4,5}. Hemşirelik eğitimi süresince öğrenciler çeşitli aşamalarda, özellikle de klinik uygulamalarda anksiyete ve stres yaratan çok sayıda durumla baş etmek zorunda kalmaktadır⁶. Anksiyete ve stres eğitim süresince öğrencinin akademik performansını ve iyilik halini etkileyen önemli bir biyopikososyal faktördür⁷, öğrenme ve uyumda önemli rolü vardır⁸. Hafif ve orta düzey anksiyetenin öğrenme üzerine motive edici etkisine karşın, yüksek düzey anksiyete, dikkat, konsantrasyon ve öğrenmeyi olumsuz yönde etkileyerek, yapılan işte yanlışlıklara, kişilerarası ilişkilerde bozulmaya ve iş veriminde azalmaya neden olabilmektedir^{9,10}.

Klinik öğrenme deneyimi, hemşirelik eğitiminin tamamlayıcı ve gerekli bir parçasıdır. Çünkü hemşirelik öğrencilerinin gerekli profesyonel bilgi ve becerileri öğrenmelerini sağlar. Ayrıca onların sosyalleşmesini sağlayan rollerin temelini oluşturan psikomotor becerileri geliştirir^{10,11,12,13}. Klinik öğrenme, mesleki beceri kazanımına katkısının yanı sıra öğrencilerde en çok anksiyete ve stres oluşturan nedenler arasında yer alır¹⁴. Özellikle ilk klinik deneyim (İKD) öngörülemez ve zorlayıcı olmasından dolayı daha çok anksiyete ve stres oluşturabilmekte¹², öğrenciler tarafından tehdit ve tehlike olarak algılanabilmekte ve de bu tehdit-tehlike algısı karşısında kişi dengeyi korumak veya yeniden sağlamak için bir takım çaba içerisine girerek stresi deneyimleyebilmektedir⁴. Yapılan çalışmalarda, klinik uygulamanın ilk dönemlerinde ortaya çıkan anksiyete ve stresin diğer dönemlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş¹⁵⁻¹⁸ ve bazı öğrencilerin, klinik öğrenme deneyimleri süresince, sınıftaki ya da laboratuvarındaki öğrenme deneyimlerine göre daha yüksek kaygı yaşadıkları saptanmıştır¹⁹. Klinik uygulamalarda öğrenciler öğrendikleri kuramsal bilgileri kullanma gücünü yaşamaktadır. Bunun yanında, hastaneye uyum gücünü, klinik deneyim eksikliği, açık ve net olmayan eğitici beklentisi ve iyi bilinmeyen alışılmadık ortamlar, yaşanan belirsizliği arttırarak daha yüksek düzeyde kaygı yaşamaya sebep olabilmektedir^{7,15-17,20-22}. Öğrenciler, klinik uygulama başlangıcında hata yapma, hastaya zarar verme, olumsuz tepkilerle karşılaşma gibi düşünceler ve düşük düzey özgüven nedeniyle yoğun anksiyete ve stres yaşamaktadır^{23,24}. Anksiyeteli ve stresli öğrenci, sağlık profesyonelleri ile ilişki geliştirmede güçlük, problemlerle baş etme yeteneğinde ve sosyal ilişkilerde azalma yaşayabilmektedir. Yaşanan anksiyete ve stres, ayrıca, hasta beklentilerini karşılamada yetersizliğe, hastane işleyişine uyumda bozulmaya, yanlış bilgi verme korkusuna, hastane prosedürlerinde yanlışlık yapma kaygısına neden olmaktadır^{11,18,25,26}. Bu da, öğrencinin klinik performansını olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁹. Bu sebeple öğrencilerin klinik öğrenme deneyimlerinin her aşamasında anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi ayrıca önem taşımaktadır. Alan yazın incelendiğinde görülmektedir ki^{9,12,15,17,21,27}, bu konuda yapılan çalışmalarda öğrencilerin İKD'e ilişkin ya anksiyete düzeyleri, ya stres düzeyleri ya da bunları etkileyen faktörler incelenmiştir. Öğrencilerin İKD'e ilişkin anksiyete ve stres düzeylerini birlikte değerlendiren bir çalışma olmadığı gibi, yaşadıkları anksiyete ile stres arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma da bulunmamaktadır.

Bu çalışma hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin İKD öncesi-sırası ve sonrası anksiyete ve stres düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu doğrultuda bu çalışmada cevaplanması hedeflenen sorular:

- Öğrenci hemşirelerin İKD öncesi, sırası ve sonrası anksiyete düzeyleri farklı mıdır?
- Öğrenci hemşirelerin İKD öncesi, sırası ve sonrası stres düzeyleri farklı mıdır?
- Öğrenci hemşirelerin tanıtıcı özellikleri İKD öncesi, sırası ve sonrası anksiyete düzeylerini etkiliyor mu?
- Öğrenci hemşirelerin tanıtıcı özellikleri İKD öncesi, sırası ve sonrası stres düzeylerini etkiliyor mu?
- Öğrenci hemşirelerin İKD öncesi, sırası ve sonrasında yaşadıkları anksiyete ile stres arasında ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmanın evrenini 103 öğrenci, örneklemini ise Şubat -Mayıs 2012 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü birinci sınıfında eğitim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 94 öğrenci hemşire oluşturmuştur. Evrene ulaşma oranı %91.3'dür. Veriler Tanıtıcı Bilgi formu, "Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)- Sürekli Kaygı Envanteri (SKE)" ve "Klinik Stres Anketi (KSA)" aracılığı ile öz bildirimde dayalı olarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından alan yazın (literatür) doğrultusunda geliştirilmiştir. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini, hemşirelik mesleğine ve klinik uygulamaya ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 4'ü açık ve 18'i kapalı uçlu hazırlanan 22 sorudan oluşmaktadır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri: Spielberger ve arkadaşları tarafından(1970) geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte (1977) tarafından, Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek geçici-durumluk (20 madde) ve sürekli (20 madde) kaygı düzeylerini belirleyen toplam 40 maddeden oluşmaktadır. *Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)*, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini ve *Sürekli Kaygı Envanteri (SKE)* de, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini değerlendirir. DKE'nde her bir madde "hiç", "biraz", "oldukça", "tamamen" şeklinde, SKE'nde ise "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde 4 seçeneği olarak puanlanmaktadır. Ölçekteki 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. 21., 26., 27., 33., 36., ve 39. maddeler ters puanlanmaktadır. Puanların artması kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir^{1,28}. Kartopu tarafından (2012) yapılan çalışmada, SKE'nin alpha güvenilirlik katsayısı 0,83-0,87 arasında, DKE'nin ise 0,94-0,96 arasında bulunmuştur²⁹. Bu çalışmada DKE'nin her bir ölçümdeki güvenilirlik katsayısı sırasıyla $\alpha_{\text{önce}}=0.915$, $\alpha_{\text{sırası}}=0.567$, $\alpha_{\text{sonra}}=0.775$; SKE'nin ise $\alpha_{\text{önce}}=0.467$, $\alpha_{\text{sırası}}=0.837$, $\alpha_{\text{sonra}}=0.575$ bulunmuştur. Bu bulgulara göre, bu örneklem grubu için DKE'nin İKD sırasında, SKE'nin ise İKD öncesi ve sonrasında yeterli düzeyde güvenilir ölçümler yapamadığı söylenebilir³⁰.

Klinik Stres Anketi (KSA): Pagana tarafından (1989) geliştirilmiştir. Şendir ve Acaroğlu (2008) tarafından Türkçe geçerlik-güvenilirliği yapılmıştır. Öğrencilerin stres düzeylerini belirlemek amacıyla, klinik deneyim öncesi öğrencilerin «tehdit, mücadele, zarar, yarar» emosyonlarını değerlendiren toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi hazırlanan ölçekte her bir madde 0 ile 5 arasında (0-"hiç", 1-"biraz", 2-"orta", 3-"fazla", 4-"çok fazla") puanlanmakta ve toplam puanı 0-80 arasında değişmektedir. Puanın artması stres düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir^{13,17,27}. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısı 0.70¹³ ve bu çalışmada her üç ölçüme ait güvenilirlik katsayıları sırasıyla $\alpha_{\text{önce}}=0.786$, $\alpha_{\text{sırası}}=0.819$, $\alpha_{\text{sonra}}=0.902$ bulunmuştur. Böylece KSA'nin sadece klinik uygulama öncesi değil, uygulama sırası ve sonrasında da tutarlı bir şekilde ölçüm yapabilen güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görülmüştür³⁰.

Veri toplama araçları, öğrenci hemşirelere üç kez uygulanmıştır. İlki, İKD öncesinde "Hemşirelik Esasları" dersinin teorik bilgisi ve laboratuvar uygulaması verilmeden önce (öncesi); ikincisi öğrencilere 70 saat teorik ve 56 saatlik laboratuvar uygulaması sonrasında klinik uygulamanın ilk günü (sırası) ve üçüncüsü 112 saatlik klinik uygulamanın tamamlandığı son günde (sonrası) uygulanmıştır. Bu süreçte öğrencilere,

70 saatlik teorik bilgi tek bir öğretim üyesi tarafından aktarılmış ve ardından bir teorik sınav yapılmıştır. Daha sonra, 13'er kişilik 8 farklı gruba bölünen öğrencilere 8 farklı eğitmen tarafından 56 saatlik laboratuvar uygulamasında hemşirelik temel becerileri öğretilmiş ve ardından bir laboratuvar sınavı yapılmıştır. Son olarak öğrenciler 7-8'er kişilik 13 farklı dahili ve cerrahi klinikte değişik eğitmenler ile 112 saatlik klinik uygulamayı tamamlamıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, Bioistatistik Merkezi'nde bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde, sayı-yüzde dağılımları yapılmıştır. Tekrarlanan ölçümlerden elde edilen ölçek puanları arasındaki farkın değerlendirilmesinde Friedman varyans analizi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlere göre stresi değerlendirmede t-testi ve varyans analizi; normal dağılım göstermeyen değişkenlere göre stresi değerlendirmede ise Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır. Değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek için parametrik değişkenlerde pearson korelasyon ve non-parametrik değişkenlerde ise spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için parametrik değişkenlerde Bonferroni, non-parametrik değişkenlerde Spearman ileri analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırma Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerle görüşülmüş ve araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar konusunda açıklamalar yapılmıştır. Ayrıca güvenilir yanıtlar alabilmek için uygulamadan önce öğrencilerin kendilerini rahat hissedebilmeleri için, isim belirtilmeyecekleri, kod isim kullanacakları, verecekleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına dair açıklama yapılarak, katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir.

Bulgular

Öğrenci hemşirelerin %86.2'si kız ve yaş ortalamaları 19.06 ± 0.85 'dir. %51.1'i klasik lise ve %42.6'sı Anadolu lisesi mezunudur. Öğrencilerin %56.4'ü şu an öğrenci yurdunda ve %19.1'i ailesiyle birlikte yaşamaktadır.

Öğrencilerin %75.5'i ilk yılında üniversiteyi kazandığını ve %71.3'ü hemşirelik bölümünü isteyerek; %49.7'si ilk üç tercihi içerisinde seçtiğini belirtmiştir. %89.4'ü hemşirelik mesleğini sevdiğini ve %90.4'ü mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmak istediğini ifade etmiştir.

Öğrencilere, ilk klinik uygulama öncesi, bu uygulamaya ilişkin neler hissettikleri sorulduğunda; %69.1'i *heyecan*, %60.6'sı *merak*, %40.4'ü *kaygı*, %33.0'ü *stres*, %28.7'si

korku ve %21.3'ü gerginlik hissettiklerini belirtmişlerdir. Hissettikleri bu duyguların sebebi olarak öğrencilerin %53.2'si “yeni şeyler öğrenenecek olmayı”, %41.5'i “başaramama” ve %31.9'u “hastaya zarar verme” düşüncesini, %23.4'ü “hastane ortamını” ve %7.4'ü “hastalık bulaşması ihtimalini” göstermiştir (Tablo 2).

Öğrenci hemşirelerin İKD sırasında (40.39 ± 5.08), öncesine (41.05 ± 10.69) göre azalan durumluk kaygı düzeyleri, deneyim sonrasında (42.18 ± 7.73) tekrar artmıştır. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=4.758$; $p=.093$) (Tablo 3). Buna karşın, İKD öncesi (48.05 ± 5.00) ve sırasında (48.05 ± 5.00) aynı olan sürekli kaygı düzeylerinin İKD sonrasında (46.88 ± 6.81) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaldığı saptanmıştır ($X^2=12.447$; $p=.002$) (Tablo 3). Klinik stres puan ortalamalarının ($KSÖ_{önce}=48.05 \pm 5.00$, $KSÖ_{sırası}=37.11 \pm 9.97$, $KSÖ_{sonra}=36.04 \pm 12.65$) ise uygulama ilerledikçe istatistiksel olarak oldukça anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($X^2=74.467$; $p=.000$) (Tablo 3).

Öğrenci hemşirelerin hemşirelik bölümünü isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevmeye ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları, ilk klinik uygulamaya ilişkin hisleri ve hissettikleri bu duyguların sebebi olarak gösterdikleri düşüncelerin, İKD öncesi, sırası ve sonrasındaki anksiyete ve stres durumlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumlu yönde etkilediği saptanmıştır ($p < .05$) Bölümünü isteyerek seçen, mesleğini seven ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışacağını belirten, ilk klinik uygulamaya ilişkin daha olumlu hislere sahip öğrencilerin anksiyete ve stres düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Öğrenci hemşirelerin İKD öncesi ve sonrasında durumluk kaygı düzeyleri ile klinik stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı hafif düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p < .05$), ancak İKD sırasındaki durumluk kaygı düzeyleri ile klinik stres düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$); Buna karşın, öğrenci hemşirelerin İKD, öncesi, sırası ve sonrasındaki sürekli kaygı düzeyleri ile klinik stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < .01$) (Tablo 5).

Tartışma

Yetkin ve Özer (1997) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin uygulama öncesi, sırası ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları sırasıyla 49.6, 44.9, 45.4²⁴; Şirin ve ark. (2003) tarafından yapılan bir başka çalışmada, öğrencilerinin durumluk kaygı puan ortalamaları sırasıyla 49.2, 43.7, 40.4³¹ ve Hacıhasanoğlu ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, öğrencilerinin durumluk kaygı puan ortalamaları sırasıyla 44.4, 38.1, 35.6⁶ bulunmuştur. Sabuncu (1994), Tel ve arkadaşları (2004) ile Erbil ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada da öğrencilerin klinik uygulamalara çıktıkları ilk gün yaptıkları uygulamalar esnasında kaygı yaşadıkları belirtilmiştir³²⁻³⁴. Yapılan bu çalışma bulgularında görüldüğü üzere, stajın ilk günü öğrencilerin anksiyete yaşadıkları, durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve stajın sonunda durumluk kaygı düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir^{6,24,31,32,34}. Çalışmamızda alan yazınındaki araştırmalardan farklı olarak, öğrenci hemşirelerin klinik deneyim sonundaki durumluk kaygı düzeyleri deneyim öncesi ve sırasındaki kaygı düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur. Klinik deneyimin sonlanmasından birkaç gün sonra final sınav haftası olması nedeniyle

Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	%
Yaş 17-18 19-20 21-Ç X= 19.06±0.85	 21 68 5	 22.3 72.3 5.4
Cinsiyet Kadın Erkek	 81 13	 86.2 13.8
Eğitim Durumu Klasik Lise Anadolu Lisesi Diğer Yanıtsız	 48 40 6	 51.1 42.6 6.4
Yaşadığı Yer Öğrenci yurdunda Ailesiyle birlikte Akrabayla birlikte Arkadaşla birlikte Tek başına	 53 18 4 18 1	 56.4 19.1 4.3 19.1 1.1
Üniversiteyi ilk yılda kazanma Evet Hayır	 85 9	 90.4 9.5
Bölümü isteyerek seçme Evet Hayır	 67 27	 71.3 28.7
Hemşirelik mesleğini sevmeye Seven Sevmeyen	 84 10	 89.4 10.6
Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme Çalışmak istiyor Çalışmak istemiyor	 85 9	 90.4 9.5
TOPLAM	94	100.0

öğrencilerin durumluk kaygı düzeylerinin tekrar yükseldiği ve bu durumun son değerlendirmeye yansdığı düşünülmektedir.

Yetkin ve Özer (1997) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin uygulama öncesi, sırası ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 45.1, 44.1, 43.9²⁴; Şirin ve ark. (2003) tarafından yapılan bir başka çalışmada, öğrencilerinin sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 44.6, 43.5, 44.3³¹ ve Hacıhasanoğlu ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, öğrencilerinin sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 43.8, 42.9, 43.3⁶ bulunmuş ve sürekli kaygı düzeyleri arasında bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır^{6,24,31}. Yine bu araştırmalarda elde edilen bulgulardan farklı olarak, çalışmamızda öğrencilerin İKD öncesi ve sırasında benzer olan sürekli kaygı düzeyleri başka bir ifade ile İKD tehlikeli ve tehdit edici bir durum olarak algılama

Tablo 2. Öğrenci hemşirelerin ilk klinik uygulama öncesi hissettikleri duyguları ve bu duyguların nedenleri

DUYGULAR ve NEDENİ	Hisseden		Hissetmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
Hissedilen Duygular				
Heyecan	65	69.1	29	30.9
Merak	57	60.6	37	39.4
Kaygı	38	40.4	56	59.6
Stres	31	33,0	63	67.0
Korku	28	29.8	66	70.2
Gerginlik	20	21.3	74	78.7
Duyguların Sebebi				
Yeni şeyler öğrenmek	50	53.2	44	46.8
Başaramamak	39	41.5	55	58.5
Hastaya zarar vermek	30	31.9	64	68.1
Hastane ortamı	22	23.4	72	76.6
Hastalık bulaşma ihtimali	7	7.4	87	92.6

* Birden çok yanıt verildiği için satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 3. Öğrenci hemşirelerin ilk klinik uygulama öncesi, sırası ve sonrası durumluk- sürekli kaygı ve stres puanları

	Deneyim Öncesi		Deneyim Sırası		Deneyim Sonrası		Friedman Varyans Analizi	
	Ort	Sd	Ort	Sd	Ort	Sd	X ²	P
Durumluk Kaygı Ölçeği	41.05	10.69	40.39	5.08	42.18	7.73	4.758	0.093
Sürekli Kaygı Ölçeği	48.05	5.00	48.05	5.00	46.88	6.81	12.447	0.002**
Klinik Stres Anketi	48.05	5.00	37.11	9.97	36.04	12.65	74.467	0.000**

eğilimleri, sonrasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşmüştür. Yaşadıkları klinik deneyimlerde düşüncelerindeki varsayımların (*başaramazsam, hastaya zarar verirsem gibi*) gerçek olmadığını gördükçe öğrencilerin İKD tehlikeli ve tehdit edici bir durum olarak algılama eğilimlerinin azaldığı düşünülmektedir. Ayrıca, alan yazınındaki diğer çalışmalarda, staj öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üç ölçüme ait durumluk-sürekli kaygı ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, ölçümler arası ikili karşılaştırmalar yapılarak (varyans analizi yerine t testi (*iki eş arasındaki farkın önemlilik testi*)) ile incelenmiştir^{6,33,34}. Daha önceki çalışmalarda yapılan bu istatistiksel analiz farklılığının, sonuçların farklı çıkmasında rolü olabileceği düşünülmektedir.

Atay ve Yılmaz (2011) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelik ve ebelik birinci sınıf öğrencilerinin sadece ilk uygulama gününün sonunda stres puan ortalamaları

Tablo 4. Öğrenci hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile klinik uygulama öncesi, sırası ve sonrası durumluk- süreklilik kaygı ve stres puanları

ÖZELLİKLER	UYGULAMA ÖNCESİ			UYGULAMA SIRASI			UYGULAMA SONRASI		
	Süreklilik Kaygı	Durumluk Kaygı	Klinik Stres	Süreklilik Kaygı	Durumluk Kaygı	Klinik Stres	Süreklilik Kaygı	Durumluk Kaygı	Klinik Stres
Yaş	KW= 4.567 p= 0.206	KW= 2.555 p= 0.465	F= 2.256 p= 0.087	KW= 4.567 p= 0.206	KW= 2.965 p= 0.397	F= 0.141 p= 0.643	KW= 6.561 p= 0.087	KW= 3.944 p= 0.268	F= 1.735 p= 0.166
Eğitim	KW= 1.164 p= 0.559	KW= 3.888 p= 0.143	F= 0.450 p= 0.639	KW= 1.164 p= 0.559	KW= 4.324 p= 0.115	F= 0.780 p= 0.461	KW= 1.409 p= 0.494	KW= 2.153 p= 0.341	F= 1.623 p= 0.203
Hemşirelik bölümünü isteyerek seçme	MU= 769.00 p= 0.256	MU= 572.50 p= 0.002**	t= -1.446 p= 0.151	MU= 769.00 p= 0.256	MU= 820.50 p= 0.741	t= -1.102 p= 0.274	MU= 676.50 p= 0.219	MU= 696.00 p= 0.080	t= -0.576 p= 0.566
Hemşirelik mesleğini sevmeye	MU= 407.00 p= 0.873	MU= 261.50 p= 0.052**	t= -0.430 p= 0.668	MU= 407.00 p= 0.873	MU= 375.00 p= 0.660	t= -0.165 p= 0.870	MU= 323.50 p= 0.325	MU= 316.50 p= 0.203	t= 0.064 p= 0.949
Mezuniyet sonrası hemşire olma	MU= 247.00 p= 0.456	MU= 250.50 p= 0.488	t= -0.208 p= 0.836	MU= 247.00 p= 0.456	MU= 125.00 p= 0.012*		MU= 275.50 p= 0.902	MU= 224.50 p= 0.281	
Bakım hizmeti alma	MU= 615.00 p= 0.357	MU= 665.50 p= 0.658	t= -1.027 p= 0.307	MU= 615.00 p= 0.357	MU= 690.50 p= 0.977	t= 0.487 p= 0.627	MU= 598.00 p= 0.448	MU= 643.50 p= 0.515	t= -0.302 p= 0.764
Bakım sorumluluğu alma	MU= 671.50 p= 0.436	MU= 667.00 p= 0.413	t= -0.208 p= 0.836	MU= 671.50 p= 0.436	MU= 594.00 p= 0.265	t= -0.131 p= 0.896	MU= 669.50 p= 0.840	MU= 656.00 p= 0.357	t= 1.257 p= 0.212
Klinik uygulamaya ilişkin korku hissedilen	MU= 583.00 p= 0.009**	MU= 578.50 p= 0.008**	t= 2.719 p= 0.008**	MU= 583.00 p= 0.009**	MU= 811.00 p= 0.644	t= 2.725 p= 0.008**	MU= 516.00 p= 0.004**	MU= 656.00 p= 0.046*	t= 3.022 p= 0.003**
Klinik uygulamaya ilişkin kaygı hissedilen	MU= 1006.50 p= 0.657	MU= 1063.00 p= 0.994	t= 0.753 p= 0.453	MU= 1006.50 p= 0.657	MU= 990.50 p= 0.778	t= 0.293 p= 0.770	MU= 704.00 p= 0.023*	MU= 960.00 p= 0.421	t= 0.147 p= 0.145
Klinik uygulamaya ilişkin stres hissedilen	MU= 785.00 p= 0.123	MU= 704.50 p= 0.029*	t= 1.744 p= 0.084	MU= 785.00 p= 0.123	MU= 851.50 p= 0.436	t= 1.636 p= 0.105	MU= 578.50 p= 0.004**	MU= 852.50 p= 0.317	t= 1.314 p= 0.587
Klinik uygulamaya ilişkin gerginlik hissedilen	MU= 662.00 p= 0.470	MU= 368.50 p= 0.001**	t= 0.549 p= 0.585	MU= 662.00 p= 0.470	MU= 692.50 p= 0.992	t= 2.658 p= 0.009**	MU= 525.00 p= 0.138	MU= 691.00 p= 0.650	t= 2.171 p= 0.033*
Klinik uygulamaya ilişkin heyecan hissedilen	MU= 688.50 p= 0.037*	MU= 928.00 p= 0.909	t= 2.307 p= 0.023*	MU= 688.50 p= 0.037*	MU= 854.00 p= 0.616	t= 2.512 p= 0.014*	MU= 768.00 p= 0.382	MU= 899.00 p= 0.721	t= 2.787 p= 0.007**
Klinik uygulamaya ilişkin merak hissedilen	MU= 978.00 p= 0.553	MU= 788.00 p= 0.039*	t= -0.001 p= 0.999	MU= 978.00 p= 0.553	MU= 877.00 p= 0.293	t= -1.082 p= 0.282	MU= 911.50 p= 0.617	MU= 1008.00 p= 0.718	t= -0.546 p= 0.587

ÖZELLİKLER	UYGULAMA ÖNCESİ			UYGULAMA SIRASI			UYGULAMA SONRASI		
	Sürekliliği Kaygısı	Durumluk Kaygısı	Klinik Stres	Sürekliliği Kaygısı	Durumluk Kaygısı	Klinik Stres	Sürekliliği Kaygısı	Durumluk Kaygısı	Klinik Stres
Hastane ortamında bulunma	MU= 711.50 p= 0.471	MU= 759.50 p= 0.771	t= 0.916 p= 0.362	MU= 711.50 p= 0.471	MU= 661.00 p= 0.317	t= 0.454 p= 0.651	MU= 727.00 p= 0.83	MU= 750.50 p= 0.710	t= 0.903 p= 0.369
Hastalık bulaşma	MU= 298.00 p= 0.925	MU= 221.00 p= 0.229	t= -0.577 p= 0.566	MU= 298.00 p= 0.925	MU= 257.50 p= 0.994	t= -0.916 p= 0.362	MU= 174.50 p= 0.209	MU= 266.50 p= 0.583	t= 1.995 p= 0.049*
Başaramamak	MU= 861.50 p= 0.104	MU= 666.00 p= 0.002**	t= 1.557 p= 0.123	MU= 861.50 p= 0.104	MU= 979.00 p= 0.709	t= 1.891 p= 0.062	MU= 706.50 p= 0.021*	MU= 1020.00 p= 0.686	t= 1.704 p= 0.092
Hastaya zarar vermek	MU= 931.50 p= 0.817	MU= 712.00 p= 0.044*	t= 0.370 p= 0.712	MU= 931.50 p= 0.817	MU= 825.00 p= 0.456	t= 1.287 p= 0.201	MU= 706.00 p= 0.122	MU= 766.00 p= 0.114	t= 1.726 p= 0.088
Yeni şeyler öğrenmek	MU= 881.50 p= 0.097	MU= 795.50 p= 0.021*	t= -1.186 p= 0.238	MU= 881.50 p= 0.097	MU= 935.00 p= 0.366	t= -0.461 p= 0.646	MU= 851.00 p= 0.203	MU= 1072.00 p= 0.831	t= -0.081 p= 0.936

* Bağımsız değişkenlere göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark vardır.

** Bağımsız değişkenlere göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir fark vardır.

Tablo 5. Öğrenci hemşirelerin ilk klinik uygulama öncesi, sırası ve sonrası durumluk - sürekli kaygı düzeyleri ile klinik stres düzeyleri arasındaki ilişki

		Deneyim Öncesi		Deneyim Sırası		Deneyim Sonrası	
		Durumluluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluluk kaygı	Sürekli kaygı
Deneyim Öncesi Klinik Stres	r p n	.349 .001** 94	.346 .001** 94				
Deneyim Sırası Klinik Stres	r p n			.186 .073 94	.431 .000** 94		
Deneyim Sonrası Klinik Stres	r p n					.368 .000** 90	.568 .000** 87

incelenmiş ve stres düzeyleri ortalamasının üzerinde (54.2 ± 8.9) bulunmuştur²⁷. Çalışmamızda, uygulama öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üç kez değerlendirilen klinik stres düzeyinin, uygulama öncesi ortalamasının üzerinde olduğu ve uygulama ilerledikçe zamanla azalarak ortalamasının altına düştüğü belirlenmiştir. Öğrencilerin İKD öncesi, sırası ve sonrasında bu stresleri, durumsal kaygılarından ziyade sürekli kaygıları ile yakından ilişkili bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, durumdan bağımsız olarak anksiyete düzeyleri sürekli yüksek olan öğrencilerin klinik stres düzeyleri de yüksek olmaktadır. Öğrencilerde yaşanan bu stres, İKD'e ilişkin yaşadıkları anksiyetelerine yanıt olarak oluşan bir duygudur. Bilişsel kurama göre, anksiyete bilginin işleme yolundaki çarpıtmalar sonucu yanlış tehlike algılamasından kaynaklanır. Uygun işlemenin olmaması da uygun olmayan yanıtların oluşmasına ve sürmesine neden olur^{35,36}. Bulgularımız bu bilgi ışığında değerlendirildiğinde, sürekli kaygı düzeyi yüksek olan öğrencilerin, İKD karşısında “başaramazsam/yapamazsam, hastaya zarar verirsem, hastalık buluşursa” şeklindeki katastrofik yorumlara bağlı olarak kaygı yaşadıkları ve buna yanıt olarak yeniden dengeyi sağlamak için stres deneyimledikleri (uygun olmayan yanıt) düşünülmektedir. Yaşadıkları klinik deneyimlerde, tehdit edici/tehlikeli olabileceğini düşündükleri çevresel uyaranlarla karşı karşıya geldiklerinde, öğrencilerin korktukları sonucun oluşmadığı yani kontrolü kaybetmedikleri deneyimi (diskonfirmasyon), yaşanan bu katastrofik yorumların zayıflamasına ve dolayısıyla deneyim sonunda kaygılarının ve paralel olarak streslerinin azalmasına neden olmaktadır³⁷.

Öğrencilerin İKD'e ilişkin duyguları sırasıyla heyecan, merak, kaygı, stres, korku ve gerginlik olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin bu hisleri, yeni bir şeyler öğrenecek oldukları klinikte başarılı olup olmayacakları ile bağlantılı bilinmezlik kaygısı ile ilişkilendirilebilir. Yarısından fazlası klinikte öğrenecekleri yeni şeylerin neler

olacağına ilişkin belirsizlik nedeniyle kaygı yaşarken, yarıya yakını başarılı olup olamayacağına ilişkin belirsizlik nedeniyle kaygı yaşamaktadır. Öğrencilerin İKD ilişkin yaşadıkları bu duygular, sürekli kaygı ve stres düzeylerini de etkilemektedir. İKD'e ilişkin "korku", "heyecan", "kaygı" "gerginlik" ve/veya "stres" hissettiğini ifade eden öğrencilerin deneyim öncesi, sırası ve/veya sonrası sürekli kaygı ve stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kognitif modele göre, ilk klinik deneyime ilişkin yaşanan bu hisler, öğrencilerin söz konusu klinik deneyime attıkları düşünceleri ile ilişkilidir³⁴. Bu bulgulara göre, bu öğrenciler performans gösterilmesini gerektiren bir durumda, *öğrenecekleri yeni şeyler karşısında yeterli performansı gösteremez ve başarısız olursam*" biçimindeki sayılıtları nedeniyle İKD öncesinde, sırasında ve/veya sonrasında sürekli kaygı yaşamakta ve yaşanan bu kaygı öğrencilerde "korku, heyecan" gibi rahatsız edici duygulara yol açmaktadır. Öğrencilere yaşadıkları klinik deneyim karşısında ne hissettikleri sorulduğunda ise, yaşadıkları bu duyguları dile getirdikleri görülmektedir. Bu rahatsız edici duygular karşısında organizmanın yeniden dengeyi oluşturmak adına yaşadığı stres algısının öğrencilerin problem çözme becerisi, uyumu, üretkenliği ve işlevselliği üzerine olası olumsuz etkileri düşünüldüğünde, bu duygular ve altında yatan düşüncelere ilişkin farkındalık sağlamanın gerekliliği ve önemi daha iyi anlaşılacaktır.

Bağımsız değişkenlere göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelik bölümünü istemeden seçen, hemşirelik mesleğini sevmeyen, İKD'e ilişkin korku, stres, gerginlik hisseden ve merak duymayan, başaramama ve hastaya zarar verme kaygısı yaşayan öğrenci hemşirelerin deneyim öncesi durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Mezuniyet sonrası hemşirelik mesleğini yapmak istemeyenlerin ise deneyim sırasındaki durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bir becerinin başarıyla ortaya konulmasında belirli motivasyon düzeyine gereksinim vardır³⁸. Mesleği sevmeme, rastgele seçme, ilgisiz olma, yapmak istememe gibi durumlar, bireyin içsel motivasyonunu olumsuz yönde etkiler. İçsel motivasyonun düşük olması bireyin dışarıdan gelen isteklere (*öğrenme gibi*) uyum sağlayamamasına ve bu durum da dış dünyayı tehlikeli ve tehdit edici bir yer olarak algılayıp kaygısının yükselmesine neden olmaktadır³⁵⁻³⁷. Bu bilgiye paralel olarak, çalışmamızda da motivasyon üzerinde olumsuz etkiye sahip özellikleri taşıyan öğrencilerin, durumluk kaygılarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu özelliklere sahip öğrenci hemşireler, İKD için anksiyete ve stres bakımından riskli grubu oluşturacakları için yakından gözlemlenmeli ve desteklenmelidir.

İKD öncesinde, düşük bir oran (%7.4) da olsa, "hastalık bulaşma düşüncesine" sahip olan öğrencilerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. "Hastalık bulaşacağına" ilişkin olumsuz zihinsel şemalar öğrencinin hastalığa neden olabileceğini düşündüğü ortam veya hasta ile karşı karşıya geldiğinde yoğun bir şekilde kaygı yaşamasına ya da hastalık bulaşma olasılığı olan kişi ya da yerlerle karşılaştığında yaşanan stres durumu ile kaçma veya kaçınma davranışı göstererek başatmesine neden olabilir^{35,37,39}. Bu nedenle klinik deneyim öncesi öğrencilerin düşüncelerinin irdelenmesi yaşadıkları kaygı ve stres düzeyini optimal düzeye çekerek, klinik uyumlarını kolaylaştırmak bakımından anlamlıdır.

Orta düzeyde stres ve kaygı, öğrencilerin yaratıcılığını ve gelişmesini artırabilecek iken, stres yoğun olduğunda, kaygı durumunun artmasıyla dikkat, konsantrasyon ve öğrenme azalmakta, yapılan işte yanlışlıklar yapma, insan ilişkilerinde bozulma,

iş veriminde azalma gibi durumlar görülebilmektedir^{9,10}. Böylece, klinik ortamda yaşanan yüksek düzey anksiyete öğrencinin klinik performansını olumsuz yönde etkileyebilmektedir¹⁹. Yapılan bir çalışmada, kaygının öğrencinin başarısını olumsuz etkilediğini, kaygı düzeyinin azalması ile öğrenci başarısının arttığını kaygısı fazla olan öğrencinin hastasının gereksinimlerini iyi gözlemleyemediğini ve hastasının güvenini kaybettirdiğini göstermektedir³¹. Bu da, hasta ve hemşire arasındaki terapötik ilişkiyi bozarak, yapılan hemşirelik hizmetlerinin amacına ulaşmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özetle, kaygı eğitimde başarıyı engelleyen önemli bir faktör olup öğrencinin beceri geliştirme ve klinik performansını olumsuz yönde etkilemektedir^{24,31,32,34}. Bu doğrultuda bu çalışma, öğrencilerin klinik uygulamanın ilk günü ve devamında yaşadıkları kaygı düzeylerinin belirlenmesine ve riskli öğrencilerin tespit edilmesine yönelik çalışmalara ışık tutacaktır. Ayrıca, sürekli kaygı düzeyi yüksek olan öğrencilerin yaşadığı kaygı, gelecek eğitim ve meslek yaşantılarında da sürerek başarıyı ve verimliliği düşürebileceği ve psikolojik ve ruhsal yıpranmaya yol açarak daha önemli problemlere (*tükenmişlik ve ruhsal bozukluk gibi*) yol açabileceği için⁵ öğrencilerin klinik uygulamaya ilişkin yaşadıkları anksiyete ve stres durumları üzerinde durulması gerekli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Stres aşırı baskı altında kaldığında ya da kişi kendinden çok şey beklediğini hissettiğinde duyulan olumsuz reaksiyondur. Anksiyete ise, kişideki kaygı, huzursuzluk, endişe hatta panik duygusudur⁴⁰. Bu tanımlar bağlamında sonuçlar bütüncül değerlendirildiğinde, öğrencilerin klinik deneyim ilerledikçe kendilerinden beklenene ilişkin hissettikleri baskının yani stres düzeylerinin gittikçe azaldığı görülmektedir. Yaşadıkları bu stresin durumluluk kaygı düzeyleri ile hafif düzeyde, buna karşın sürekli kaygı düzeyleri ile orta düzeyde ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulguya göre, duruma ilişkin kaygı yaşayan öğrenciye kıyasla sürekli kaygı yaşayan öğrenci ilk klinik deneyime uyum sağlamada daha riskli grubu oluşturmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda öğrenci hemşirelerin İKD sonundaki durumluk kaygı düzeylerinin klinik deneyim öncesi ve sırasına göre yükseldiği; İKD öncesi ve sırasında aynı olan süreklilik kaygı düzeylerinin deneyim sonrasında azaldığı ve İKD öncesi en yüksek düzeyde olan klinik stres düzeylerinin ise deneyimleri arttıkça azaldığı görülmüştür. Ayrıca, öğrenci hemşirelerin orta düzeyde stresli oldukları ve bu streslerinin durumsal kaygılarından ziyade sürekli kaygıları ile yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, motivasyon üzerinde olumsuz etkiye sahip özellikleri taşıyan (*hemşirelik bölümünü istemeden seçen, hemşirelik mesleğini sevmeyen, İKD'ye ilişkin korku, stres, gerginlik hisseden ve merak duymayan, başaramama ve hastaya zarar verme kaygısı yaşayan ve mezuniyet sonrası hemşirelik mesleğini yapmak istemeyen*) öğrencilerin, İKD öncesi, sırası ve sonrasındaki durumluk-sürekli anksiyete ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu özelliklere sahip öğrenci hemşireler, İKD için anksiyete ve stres bakımından riskli grubu oluşturacaklardır. Buna karşın, ilk klinik uygulamaya çıkılan birimin/kliniğin niteliğinin, öğrencilerin yaşadıkları anksiyete ve stres üzerine etkisinin incelenmemiş olması bu çalışmanın güçsüz yanlarından. Daha sonra

yapılacak benzer çalışmalarda öğrencilerin ilk uygulamaya çıktıkları birimlerin/ kliniklerin ve/veya eğitimlerinden sorumlu olan kişilerin özelliklerinin ve tutumlarının öğrencilerin yaşadıkları anksiyete ve stres üzerine nasıl bir etkisi olduğu incelenebilir.

Çalışmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda, İKD öncesinde öğrenci hemşirelerin yakından değerlendirilmesi, korkan, kaygı duyan, heyecanlı olan öğrenci hemşirelerin yüksek anksiyete bakımından riskli grup olarak değerlendirilmesi ve ayrıca destek sağlanması önerilir. Bunun yanı sıra öğrenci hemşirelerin anksiyete düzeylerini aşağı çekmek için İKD öncesi kliniğe oryantasyon programlarının düzenlenmesi önerilir. Hafif ve orta düzey anksiyetenin öğrenme üzerine motive edici etkisi olsa da, yüksek anksiyetenin öğrencilerin öğrenme becerileri üzerindeki olumsuz etkisi düşünüldüğünde, hemşirelik eğitiminde rol alan eğitimcilerin, bu sorunların çözümünde doğrudan katkı sağlamakla sorumlu olduğu unutulmamalı ve öğrenim hedeflerinde konunun önemine dikkat çekilmelidir.

Kaynaklar

1. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.
2. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ.; 2004.
3. Civan A, Arı R, Görücü A, Özdemir M. Bireysel ve takım sporcularının müsabaka öncesi ve sonrası durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7 (1): 193-206. <http://www.insanbilimleri.com> ET: 02.06.2014.
4. Balcıoğlu İ. Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. Sempozyum Dizisi 2005; 47: 09-12.
5. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; 21 (1): 91-109.
6. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yılmaz S, Yıldırım A. Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11 (1): 69-75.
7. Jimenez C, Navia-Osorio P, Vacas Diaz C. Stress and health in novice and experienced nursing students. Journal of Advanced Nursing 2010; 66 (2): 442-455.
8. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi San.ve Tic. Ltd. Şti.; 2001.
9. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özcan S, Güldal D, Başak O. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 21 (1): 19-24.
10. Lee J, Graham AV. Student's perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. Medical Education 2001; 35: 652-659.
11. Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nursing 2005; 4 (6): 1-7.
12. Chesser-Smyth PA. The lived experience of general student nurses on their first clinical placement: a phenomenological study. Nurse Education in Practice 2005; 5: 320-327.
13. Şendir M, Acaroğlu R. Reliability and validity of Turkish version of clinical stress questionnaire. Nurse Education Today 2008; 28 (6): 737-743.
14. Audet MC. Caring in nursing education: Reducing anxiety in the clinical setting. Nursing Connections 1995; 8 (3): 21-28.

15. Adini H. Nursing students' stress during the initial clinical experience. *Journal Of Nursing Education* 1997; 36 (7): 323-327.
16. Jones MC, Johnston DW. Distress stress and coping in first year student nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26 (3): 470-474.
17. Pagana KD. Stresses and threats reported by baccalaureate students in relation to an initial clinical experience. *Journal Of Nursing Education* 1988; 27 (9): 418-424.
18. Price B. Moving wards how do student nurses cope? *Nursing Times* 1985; 81 (9): 32-35.
19. Melincavage SM. Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Educ Today* 2011; 31 (8): 785-789.
20. Mahat G. Stress and coping: Junior baccalaureate nursing students in clinical settings. *Nursing Forum* 1988; 33 (1): 11-19.
21. Parkes KR. Stressful episodes reported by first year student nurses: a descriptive account. *Society of Science and Medicine* 1985; 20 (9): 945-953.
22. Shipton SP. The process of seeking stress-care: Coping and experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *Journal of Nursing Education* 2002; 41 (6): 243-256.
23. Atalay M, Tel H, Altun E, Tel H. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamada yaşadıkları güçlükler ve yardım beklentileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1994; 1: 19-2.
24. Yetkin A, Özer H. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin incelenmesi. 6. Anadolu Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı; 1997 s.215-220.
25. Neary M. Project 2000 students' survival kit: A return to the practical room. *Nurse Education Today* 1997; 17 (1): 46-52.
26. Sheu S, Lin HS, Hwang SL. Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: The effect of coping behaviors. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39 (2): 165-175.
27. Atay S, Yılmaz F. Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14 (4): 32-37.
28. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for Stait-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologist Press. California: 1970.
29. Kartopu S. Lise öğrenci ve öğretmenlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi: Kahramanmaraş örneği. *İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2012; 17 (2): 147-170.
30. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ.; 2005. s.499-559.
31. Şirin A, Kavak O, Ertem G. Doğumhane stajına çıkan öğrencilerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7 (1): 27-32.
32. Sabuncu N. İlk defa kas içi enjeksiyon yapacak öğrenci hemşirelerde anksiyete düzeyi. *Hemşirelik Bülteni Dergisi* 1994; 8 (32): 1-7.
33. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin laboratuvar uygulamasında birbirlerine IM enjeksiyon uygularken ve klinik uygulamanın ilk gününde anksiyete durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7(1): 27-32.
34. Erbil N, Kahraman AZ, Bostan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9 (1): 10-16.
35. Çivitçi A. Akılcı duygusal eğitimin ilköğretim öğrencilerinin mantık dışı inanç, sürekli kaygı ve mantıklı karar verme düzeylerine etkisi. *Ege Eğitim Dergisi* 2005; 6 (2): 59-80.

36. Riskind JH. Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder: A second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Ther Res* 2005; 29: 1-5.
37. Sungur MZ. Bilişsel-davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımın yararları. *3P Dergisi* 2003; 11 (Ek.2): 31-38.
38. Çepikurt F, Yazgan-İnanç B. Mükemmeliyetçilik ve başarı hedeflerinin hentbolcuların müsabaka öncesi yaşadıkları durumluk kaygıyı belirlemedeki rolü. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2012; 10 (2): 43-51.
39. Bernard ME. Childhood emotion and cognitive behavior therapy: A rational emotive perspective. Ed:Kendall PC. *Advances Cognitive in Behavioral Research and Therapy*. 3 Edition London: Academic Press.; 1984. p. 213-253.
40. Anksiyete ve Stres Zorlukları. ETTAD. <http://tr.ettad.eu/challenges/managing-anxiety-stress>. ET: 18.11.2014.

Kadınlarda Zayıflık Prevalansı ve Emzirme Arasındaki İlişki

Leanness Frequency and Correlation With Breastfeeding Among Women

Abstract

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 17–25

Yeşim AKSOY DERYA*, Sermin Timur TAŞHAN**

* İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

** İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

*Bu çalışma "The Correlation Between Underweight Frequency and Breastfeeding Among Women: A Study From The East of Turkey" adıyla 1-3/09/2011 tarihinde Yunanistan'da düzenlenen "The 8th Congress on Women's Health&Disease" adlı kongrede poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 10 Ocak 2014

Kabul Tarihi: 09 Aralık 2014

ÖZ

Amaç: Bu araştırma kadınlarda zayıflık ile emzirme arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Toplum temelli, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu araştırma Şubat-Temmuz 2010 tarihleri arasında bir sağlık ocağının Aşı Polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmaya 327 kadın dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Katılımcı Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Student's t-test, χ^2 and Fisher's Exact test analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınlarda zayıflık prevalansı %15.9 bulunmuştur. Araştırmada zayıf kadınların doğum sonu bebek emzirme oranlarının (%84.6), olmayanlara göre (%95.7) daha düşük olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Ayrıca araştırmada BKİ normal olan kadınların (%87.5) zayıf olanlara (%60) göre bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri, zayıf kadınların (%84.6), normal BKİ olan kadınlara göre (%52) bebeklerini daha fazla karışık besledikleri saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca zayıf BKİ'ne sahip kadınların normal BKİ'ne sahip kadınlara göre daha fazla oranda 6.aydan önce ek besine başladıkları saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda zayıflığın, emzirme sürecini olumsuz etkilediği bu nedenle zayıf kadınların emzirme sürecinde sağlık bakımına daha fazla ihtiyaçlarının olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Kadın, Zayıflık

ABSTRACT

Objectives: This research was conducted to determine leanness frequency and correlation with breastfeeding among women.

Material and methods: The research was conducted as descriptive and cross-sectional, study between February and July 2010 at vaccination outpatient. 327 women were participated in

İletişim : yesim.aksoy@inonu.edu.tr

the study. Data was collected by Participant Information Form. Student's t-test, c^2 and Fisher's Exact test were used for data analysis.

Results: The prevalence of leanness among women was found as 15.9 %. Lean women' Post-partum breastfeeding rate (84.6 %) was found lower than women' who are not underweight (95.7 %) ($p<0.05$). It was found that women with normal range BMI (87.5 %) breastfeeding their babies longer time than lean women (60 %) and lean women (84.6 %) more preferring to feed their babies with mixed foods compared to women with normal BMI (52 %) ($p<0.05$). It was also determined that low BMI women tend to start supplementary food earlier than women with normal range BMI for their babies. ($p<0.05$).

Conclusions: These findings reveal that leanness effects breastfeeding negatively that lean women need more health care services during breastfeeding.

Key Words: Breastfeeding, Women, Underweight

Giriş

Sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması için en önemli besin kaynağı anne sütüdür¹. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) sağlıklı nesiller yetiştirme adına yürüttüğü emzirme politikaları ile tüm dünya ülkelerine önerilerde bulunmakta ve anne sütü ile beslenmenin önemini vurgulamaktadır¹⁻³. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2008) verilerine göre emzirme Türkiye'de oldukça yaygındır. Temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de tüm çocukların yüzde 97'si bir süre emzirilmektedir⁴. Yaş, eğitim seviyesi, sigara içme durumu, doğum şekli, parite, gebelik komplikasyonları, çevresel faktörler ve sosyal desteğe sahip olma gibi faktörlerin emzirme üzerinde etkili olduğu da ayrıca belirtilmektedir⁵⁻⁸.

Önemli klinik ve sosyal sonuçlara neden olmasına rağmen emzirme ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) arasındaki ilişki yeterince incelenmemiştir⁹. Vücut kompozisyonu genel sağlığın önemli bir göstergesidir. Emziren annelerin vücut kompozisyonunun süt üretimini etkilediği yaygın bir inanıştır¹⁰. Gebelik öncesi ya da gebelik süresince yetersiz kilo alımı ya da maternal obezite süt üretimi üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir^{9,11}. Obez kadınların normal kilolu ve zayıf kadınlarla karşılaştırıldığı çalışmalarda, obez kadınların daha az oranda ve daha kısa sürede emzirmeyi sürdürdükleri belirlenmiştir^{6,11-13}. Literatürde, fazla kilo alımı ya da obezitenin emzirmenin başlatılması ve süresi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu belirten birçok çalışma yer almaktadır^{5,6,12,14-18}. Ancak, yetersiz kilo alımı ve emzirme arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma bulunmakta ve bu konunun epidemiyolojisine yönelik bilgi yetersiz kalmaktadır^{9,10,19}. Bu nedenle bu çalışma zayıflık ve emzirme arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma toplum temelli, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Veriler, Malatya ilindeki Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) Aşı Polikliniğinde 2 Şubat 2010 - 20 Temmuz 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Malatya

ilinde 0-1 yaş arası çocuğu olan 12776 kadın oluşturmuştur. Malatya il merkezinde 24 ASM faaliyet göstermektedir. Araştırma 24 ASM içerisinde en büyük kadın nüfusuna sahip olan ve ASM'ye kadınların ulaşım kolaylığı olan rastgele seçilmiş 1 ASM'de yürütülmüştür. Bu ASM'nin seçilmesinde bebeklerin emzirilme sürecini ve BKİ'ni etkileyebileceği düşünülerek kadınların sosyoekonomik düzeyinin daha çok ortayı temsil ettiği bir ASM'nin seçilmesine de dikkat edilmiştir. Araştırmada ASM'nin Aşı Polikliniğine başvuran ve 0-1 yaş arası bebeği olan 327 kadın örnekleme oluşturmuştur. Araştırmaya beden kitle indeksi normalin üstünde olan ya da gebelikten önceki kilosunu bilmeyen kadınlar dahil edilmemiştir. Ayrıca araştırmaya doğumdan sonra sağlık problemleri (prematür bebek, yarık damak ve dudak vb.) nedeni ile bebekleri ile birlikte olamayan, bebeğini emzirmesine engel teşkil eden bir hastalığı olan (meme apsesi vs.) ve çoğul gebelik geçirmiş kadınlar dahil edilmemiştir.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen Katılımcı Bilgi Formu kullanılmıştır^{4,14-16,20-22}. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yüz yüze görüşme yoluyla araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır. Araştırmada veriler, aşının çocuk üzerinde yarattığı rahatsızlığın kadını etkileyeceği düşünüldüğü için çocuklarına aşı yaptırmadan önceki dönemde toplanmıştır. Katılımcı bilgi formunu örneklem grubuna uygulanmadan önce, 20 kadın üzerinde ön uygulama yapılmış ve forma son şekli verilmiştir. Beş kadının yeterli vakti olmadığı için, 6 kadın ise eşinin izin vermeyeceği düşüncesi ile araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Emzirme durumu kadınların son 24 saatlik uygulamalarına aittir. Sadece anne sütü, başka katı ve sıvı gıdalar ve su dahi verilmeden sadece anne sütü alan çocukları tanımlamaktadır. Karışık besleme, ek gıda olarak adlandırılan su, şekerli su, çay, bal, inek sütü ve formula mama vb. gıdaların anne sütü ile birlikte verilmesi durumudur^{4,9}. Araştırmada gebeliğe bağlı kazanılan kilonun durumsal değişkenliği ve literatürde daha çok kadınların gebelikten önceki BKİ'nin alınmış olması nedeni ile araştırmada kadınların gebelikten önceki BKİ'lerinin alınmasına karar verilmiştir^{9,16}. DSÖ kriterlerine göre; BKİ < 18.5 zayıf, 18.5-24.9 normal olarak kabul edilmiştir²³. Kadınların BKİ'leri gebelikten önceki kiloları ve boyları kullanılarak SPSS 10.0 programı ile hesaplanmıştır. Kadınların boyları ASM'deki boy ölçüm çubuğu kullanılarak ölçülmüştür.

Katılımcı Bilgi Formu: Kadının tanıtıcı özellikleri (yaş, meslek, eğitim düzeyi, gelir durumu, aile tipi, boy, kilo), doğurganlık özellikleri (doğum sayısı, doğum şekli) ve emzirme uygulamalarına (doğumdan sonra bebeklerini emzirme durumu, şu anda anne sütü alma durumu, bebeğini besleme şekli, ek besine başlama zamanı) ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmacının yapılacağı ASM'den yazılı izin alınmıştır. Ayrıca kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş, bireysel bilgilerin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Kadınların gebelikten önceki kilolarını doğru hatırlayamama olasılıkları araştırmanın en önemli sınırlılığını oluşturmuştur.

İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS 10.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel analizlerde ki-kare, ANOVA ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t) analizleri kullanıldı. Ölçülebilir veriler ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS) ile birlikte verildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ kabul edildi²⁴.

Bulgular

Araştırmada kadınların yaş ortalaması 27.31 ± 4.96 olup, %85.3'ü ev hanımı, %53.5'i lise ve üzeri eğitime sahiptir. Ayrıca kadınların %47.7'si gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Araştırmada kadınların %85.3'ü çekirdek ailede yaşadığını, %47.4'ü ilk çocuğunu dünyaya getirdiğini belirtmiştir. Araştırmada kadınların %55'i normal, %45'i sezeryan doğum yapmıştır. Ayrıca araştırmada kadınların %15.9'unun zayıf, %84.1'inin normal BKİ'ne sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 1'de kadınların emzirme özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırmada kadınların %93.9'u doğumdan hemen sonra bebeğini emzirmeye başladığını, %84.1'i şuanda bebeğini emzirmeyi sürdürdüğünü ve %42.8'i ise bebeğini sadece anne sütü ile emzirdiğini belirtmiştir. Araştırmada bebeği 6 ay ve üzerinde olan kadınların %41.9'unun ilk altı ay bebeğine sadece anne sütü verdiği saptanmıştır. Ayrıca bebeği 6 aydan küçük olan kadınların % 32.5'i bebeğine 6 aydan önce ek besin vermeye başladığını belirtmiştir.

Tablo 2'de kadınların emzirme davranışları ile gebelikten önceki beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin dağılımı gösterilmektedir. Araştırmada zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirme oranı %84.6 iken, normal BKİ'ne sahip kadınlarda bu oran %95.7 olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmada normal BKİ'ne sahip olan kadınların %87.5'i bebeklerini hala emzirdiğini belirtirken, bu oran zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda %60 olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca araştırmada zayıf kadınların %84.6'sı, normal BKİ'ne sahip kadınların ise %52'si bebeklerini karışık beslemektedir ($p < 0.05$). Zayıf BKİ'ne sahip kadınların hiçbirini, bebeklerini ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslememiştir. Normal BKİ'ne sahip kadınlarda ise bu oranın %51.9 olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Bebekleri 6 aydan küçük annelerde ek besine başlama oranı zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda %60, normal BKİ'ne sahip kadınlarda %28.6 olup aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tartışma

Bebeklerin emzirilmesi çocukların sağlıklı büyümesine katkıda bulunan en önemli unsurlardan biridir. Anne sütü yaşamın ilk dönemleri için en ideal besin kaynağıdır ve annelerin ilk 6 ay emzirmeye devam etmesi önerilmektedir^{4,9,10}. Gelişmekte olan ülkelerde 6 aydan daha küçük bebekler arasında emzirme sıklığının 1995 yılında

Tablo 1. Kadınların Emzirme Özelliklerine Göre Dağılımı (N: 327)

Emzirme Özellikleri	n	%
Doğumdan hemen sonra bebek emzirme		
Evet	307	93.9
Hayır	20	6.1
Anne sütü alma durumu		
Hala Emiyor	275	84.1
Emmiyor	52	15.9
Emzirme şekli		
Sadece anne sütü	140	42.8
Karışık besleme	187	57.2
İlk 6 ay sadece anne sütü alma durumu (n:167)*		
Aldı	70	41.9
Almadı	97	58.1
Ek Besine Başlama (n:160)**		
Evet	52	32.5
Hayır	108	67.5
TOPLAM	327	100.0

*Bebeği 6 ay ve üzerinde olan kadınlar cevaplamıştır **Bebeği altı aydan küçük kadınlar cevaplamıştır.

%33 iken 2010 yılında %39'a yükseldiği ve dünya genelini kapsayan bu yükselişin gelişmekte olan ülkelerin hemen hemen tamamında gerçekleştiği belirtilmektedir²⁵. Emzirme ülkemizde de oldukça yaygındır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre (TNSA 2008), temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterecek şekilde tüm çocukların %97'si bir süre emzirmektedir⁴. Gün ve arkadaşlarının² 3038 hane üzerinde yapmış olduğu çalışmada da doğum sonu emzirme oranının %98.4 olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda ise kadınların %93.9'u doğum sonu bebeklerini emzirdiklerini belirtmişlerdir. Bulgumuz ulusal düzeyde bir araştırma olan TNSA 2008 verileri ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların %41.9'u bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü verdiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Bülbül ve arkadaşları²⁶ yalnız anne sütü ile beslenme süresinin ortalama 4.58±1.80 ay olduğunu ve tek başına anne sütü ile beslenme sürelerinin bir, dört ve altıncı aylar için sırasıyla %90.3, %79.5 ve %41.1 olduğunu belirtmiştir. Buna karşın Gün ve arkadaşları² ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranını %35.7 olarak saptamıştır. UNICEF ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını (başka katı ve sıvı gıdalar ve su almadan) ve yedinci aydan itibaren katı ve lapa ek gıdalara başlanılmasını önermektedirler⁴. TNSA 2008 araştırmasında ise ilk altı ayda yaklaşık her beş çocuktan

Tablo 2. Kadınların Emzirme davranışları ile Gebelikten Önceki Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki (N: 327)

Doğumdan hemen sonra bebek emzirme	Gebelikten Önceki BKİ (kg/m ²)		İstatistiksel Analiz
	Zayıf n (%)	Normal n (%)	
Evet	44 (84.6)	263(95.7)	χ^2 :19.649
Hayır	8 (15.4)	12(4.3)	p<0.05
Anne sütü alma durumu			
Hala Emiyor	24(60.0)	251(87.5)	χ^2 :19.790
Emmiyor	16 (40.0)	36(12.5)	p<0.05
Emzirme şekli			
Sadece anne sütü	8(15.4)	132(48.0)	χ^2 :19.000
Karışık besleme	44(84.6)	143(52.0)	p<0.05
İlk 6 ay sadece anne sütü alma durumu (n:167)*			
Aldı	0(0.0)	70(51.9)	χ^2 :28.567
Almadı	32(100.0)	65(48.1)	p<0.001
Ek Besine Başlama (n:160)**			
Evet	12(60.0)	40(28.6)	χ^2 :7.880
Hayır	8(40.0)	100(71.4)	p<0.05

*Bebeği 6 ay ve üzerinde olan kadınlar cevaplamıştır. **Bebeği altı aydan küçük kadınlar cevaplamıştır.

ikisi sadece anne sütü ile beslenmektedir.

Gebelik süresince artan maternal yağ miktarının emzirme sürecinde zamanla azalması beklenmektedir²⁰. Emzirme süreci yaşanabilecek bu enerji kayıplarına karşı dayanıklıdır. Ancak uzun süreli kalori yetersizliklerinin emzirme sürecini olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir^{10,27}. Bu bulgu zayıflığın emzirme sürecini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Üreme çağındaki kadınlar arasında zayıflık oranının dünya genelinde değişiklik gösterdiği ve Afrika ve Güney Asya gibi yetersiz beslenme oranlarına sahip ülkelerde oldukça yaygın olduğu belirtilmektedir²⁸. Çalışmamızda zayıflık prevalansı %15.9 olarak saptanmıştır. Türkiye’de üreme çağındaki kadınlar arasında zayıflık oranının belirtildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de 15 yaş ve üzeri kadınlar arasında zayıflık oranının 2008 ve 2010 yıllarında %5.9, 2012 yılında ise %5.1 olduğu belirtilmektedir^{29,30}.

Diyet ve beslenme durumunun laktasyonel performans üzerine etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar öncelikli olarak süt miktarı ve içeriği üzerine odaklanmıştır^{5,27}. ETTYANG ve arkadaşları¹⁹ maternal vücut kompozisyonu ve biyokimyasal bulguların süt miktarı üzerindeki etkisini araştırmış ve yetersiz besin alımının süt miktarında

azalma olasılığını artırabileceğini belirtmiştir. Nazlee ve arkadaşları¹⁰ Pakistanın kırsal bölgelerinde yetersiz beslenen ve 6 aylık bebeği olan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada maternal beden kitle indeksinin 16.6 ve 29.1 arasında değiştiğini ve düşük beden kitle indeksine sahip olan kadınların yetersiz emzirme eğiliminde olduğunu saptamıştır. Araştırmamızda da, zayıf BKİ'ne sahip kadınların doğum sonu emzirmeye hemen başlama oranının ve bebeklerini emzirme sürelerinin normal BKİ'ne sahip kadınlara göre daha düşük olduğu ayrıca zayıf kadınların bebeklerini daha fazla karışık besledikleri, bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranlarının hiç olmadığı ve ek gıdaya daha erken başladıkları saptanmıştır ($p<0.05$). Bulgumuz literatürü desteklemektedir. Ancak Giovannini ve arkadaşları⁹ zayıf BKİ'nin emzirme ile ilişkisini araştırdığı izlem çalışmasında düşük BKİ'nin emzirme süresi ve emzirmeye başlama zamanı ile ilişkisinin olmadığını saptamıştır. Bulgumuz Giovannini ve arkadaşlarının (2007) bulgusu ile farklılık göstermektedir. Bulgular arasındaki farklılığın çalışmalar arasındaki dizayn farklılığından ve sosyoekonomik ve kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Nitekim çalışmamızda kadınların yaklaşık yarısı gelirin giderinden az olduğunu belirtirken Giovannini ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kadınların tamamına yakınının sahip olduğu sosyal sınıfın orta ya da yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada kadınların beşte birinden daha azı zayıf BKİ'ne sahip olup, tamamına yakını doğum sonu bebeğini emzirmiştir. Araştırmada kadınların yarıya yakını ilk 6 ay bebeklerine ek besin vermeye başladıklarını belirtmiştir. Araştırmada zayıf BKİ'ne sahip kadınların normal BKİ'ne sahip kadınlara göre doğum sonu daha az bebeklerini emzirdikleri, daha fazla karışık besledikleri, emzirmeyi devam ettiremedikleri ve daha fazla 6. aydan önce ek besine başlamak zorunda kaldıkları saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Sağlık çalışanlarında, zayıf BKİ'nin emzirme süreci üzerine olumsuz etkisine yönelik farkındalık yaratılması, sağlık çalışanlarının zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda olası emzirme sorunlarına ilişkin daha fazla duyarlı olması, emzirme sürecini daha dikkatli ele alması ve gerekli ek sağlık bakımı sunması önerilmektedir.

Ayrıca bu alanda yapılan çalışmaların yetersiz olması nedeni ile kapsamlı çalışmaların planlanmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Atıcı A, Polat S, Turhan H. Anne sütü ile beslenme. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi 2007; 3(6):1-5.
2. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O ve ark. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52(4):176-182.
3. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M ve ark. İlk 6 ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi 2011; 11(1):5-13.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Ankara; 2008.

5. Rutishauser IHE, Carlin JB. Body mass index and duration of breast feeding: A survival analysis during the first six months of life. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992; 46: 559-565.
6. Li R, Jewel S, Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2003; 77: 931-936.
7. Kondolot M, Yalçın SS, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009; 52:122-127.
8. Alikasıfoğlu M, Erginoz E, Taşdelen Gür E, Baltaş Z, Beker B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. *Journal of Human Lactation* 2001; 17(3):220-226.
9. Giovannini M, Radaelli G, Banderali G, Riva E. Low prepregnant body mass index and breastfeeding practices. *Journal of Human Lactation* 2007; 23 (1):44-50.
10. Nazlee N, Bilal R, Latif Z, Bluck L. Maternal body composition and its relationship to infant breast milk intake in rural Pakistan. *Food Nutrition Sciences* 2011; 2(9): 932-937.
11. Apay SE, Kılıç M, Pasinlioğlu T. Obez gebelerde doğum eylemi ve doğum sonu dönem. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010; 9(2): 151-156.
12. Donath SM, Amir LH. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration? *Journal of Paediatrics and Child Health* 2000; 36(5):482-486.
13. Oddy WH, Janghong B, Landsborough L, Kendal CE, Henderson S, Downe J. The association of maternal overweight and obesity with breastfeeding duration. *The Journal of Pediatrics* 2006;149:185-191.
14. Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, Sørensen TIA. Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain. *American Journal of Clinical Nutrition* 2004; 80:1579-1588.
15. Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede JM. High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. *Journal of Human Lactation* 2004;20(1):18-29.
16. Kugyelka JG, Rasmussen KM, Frongillo EA. Maternal obesity is negatively associated with breastfeeding success among Hispanic but not black women. *The Journal of Nutrition* 2004; 134(7):1746-1753.
17. Rasmussen KM, Kjolhede CL. Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *Pediatrics* 2004;113:465-471.
18. Driul L, Forzano L, Londero AP, Fachechi G, Liva S, Marchesoni D. Maternal body mass index and breast feeding. *Minerva Ginecologica* 2012; 64(2):117-120.
19. Etyang GA, Van Marken Lichtenbelt WD, Esamai F, Saris WH, Westerterp KR. Assessment of body composition and breast milk volume in lactating mothers in pastoral communities in Pokot, Kenya, using deuterium oxide. *Annals of Nutrition & Metabolism* 2005; 49(2):110-117.
20. Hatsu IE, McDougald DM, Anderson AK. Effect of infant feeding on maternal body composition. *International Breastfeed Journal* 2008; 3:18.
21. Hilson JA, Kathleen M, Rasmussen KM, Kjolhede CL. Excessive weight gain during pregnancy is associated with earlier termination of breast-feeding among white women. *JN The Journal of Nutrition* 2006; 136:140-146.
22. Liu J, Smith MG, Dobre MA, Ferguson JE. Maternal obesity and breast-feeding practices among white and black women. *Obesity* 2010;18:175-182.
23. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. URL:<http://apps.who.int/bmi/index.jsp>
24. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2007.
25. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 2012; 7(1):12. doi: 10.1186/1746-4358-7-12.

26. Bülbül L, Baysal SU, Gökçay G, Vehid HE, Bülbül A. Altı aylık süt çocuklarında yalnız anne sütü ile beslenme süresi ile kan hemoglobin düzeyi ve eritrosit indeksleri ilişkisi. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2008;43:119-126.
27. Galpin L, Thakwalakwa C, Phuka J, Ashorn P, Maleta K, Wong WW, Manary MJ. Breast milk intake is not reduced more by the introduction of energy dense complementary food than by typical infant porridge. *The Journal of Nutrition* 2007; 137: 1828–1833.
28. The World Health Raport. Quantifying selected major risk to health. *The World Health Raport* 2002.
29. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yılığı 2012. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı: Ankara; 2013.
30. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sağlık araştırması 2012. Türkiye İstatistik Kurumu: Ankara; 2013.

Hemşirelik Öğrencilerinin Şiddet Konusundaki Görüş ve Deneyimleri

Nursing Students` Views and Experiences of Violence

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 26–36

Özlem KARABULUTLU*

* Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu, Kars, Türkiye

Geliş Tarihi: 21 Ağustos 2013

Kabul Tarihi: 03 Ocak 2015

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin şiddete ilişkin görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, 2012-2013 Eğitim-Öğretim yılında bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde 3. sınıfta öğrenim görmekte olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 110 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taramaları sonucunda geliştirilen bir anket formu kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kız öğrencilerin %18.4'ü, erkek öğrencilerin ise % 17.4'ü fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Kız öğrenciler daha çok baba ve ağabeyi tarafından şiddete uğratılırken, erkek öğrenciler akranları ve diğer kişilerce şiddete maruz bırakıldığını belirtmiştir. Duygusal şiddete maruz kaldığını belirten kız öğrenci oranı %25.3 ve erkek öğrenci oranı %21.7 bulunmuştur. Cinsel şiddet erkek öğrencilerde saptanmazken, kadınların %2.3'ü sarkıntılığa maruz kaldığını belirtmiştir.

Sonuç: Gençler daha çok aile içindeki bireylerden şiddet görmekte ve bu yaş grubu içinde arkadaş şiddeti de aile içi şiddete eklenmektedir. Öğrencilerin şiddetin önlenmesi konusunda farkındalıklarını arttıracak, yasal haklar ve süreçler konusunda bilgi edinmelerini sağlayacak çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Şiddet, hemşirelik, üniversite öğrencisi.*

ABSTRACT

Objective: Study was conducted to determine the nursing students` experiences of violence and views about violence.

Method: This descriptive study was conducted with third-year 110 nursing students enrolled in 2012-2013 academic year. A questionnaire form developed by the researcher, was used for data collection.

İletişim : okarabulutlu@kafkas.edu.tr

Results: Of the participants 18.4% of female students and 17.4% of male students reported an exposure to physical violence. While female students were generally exposed to violence from their fathers and brothers, male students were exposed to violence from their peers and other people. 25.3% female, 21.7% male students claimed that they exposed to emotional violence. While no sexual violence was determined among male students, 2.3% of female students stated that they were exposed to molestation.

Conclusion: Young adults were exposed to domestic violence, accompanied violence from friends. Studies are needed to raise the awareness and improve knowledge about violence prevention, legal processes and their rights.

Key Words: Violence, nursing, university students.

Giriş

Şiddet, 21. yüzyılın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde, insanların toplumsal sorunlarından biri olarak varlığını sürdürmektedir¹⁻³. Dünya Sağlık Örgütü¹ (DSÖ) şiddeti “bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma” olarak tanımlamıştır.

Fiziksel, duygusal, cinsel veya sözel şiddet şiddetin türleri olmakla birlikte aralarında çok kesin çizgiler yoktur. Şiddet türleri birbirinin içine girmiş durumdadır, birbirlerini besler ve üretirler. Ayrıca çoğu zaman birinin görüldüğü durumda bir diğere rastlamak da olasıdır. Her çeşit şiddet başladıktan sonra artarak devam eder⁴.

Şiddet nedeniyle dünyada her yıl 1.6 milyon kişi hayatını kaybetmekte, bundan daha fazla kişi de yaralanmaktadır¹. Ülkemizde ailelerin %30'unda fiziksel, %53'ünde sözel şiddet olduğu ve çocukların %46'sının fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir⁵. Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada gençlerin %68.3'ü annelerinin fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldığını belirtmişlerdir⁶. Üniversite öğrencisi kadınların şiddete ilişkin görüşlerinin araştırıldığı bir çalışma, gençlerin cinsiyetçi bakış açısına sahip olduğunu ve çiftler arasında kadına yönelik şiddetin oldukça yaygın yaşanan bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır⁷. Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan⁸ tarafından yapılan çalışmada çocuklara şiddet uygulayanların daha çok anneler olduğu belirlenmiştir. Kanbay ve arkadaşları⁹ yaptığı çalışmada; öğrencilerin %44.1'inin ebeveynlerinden şiddet gördüğünü ve %57.6'sının başka birine şiddet uyguladığını belirtmiştir. Yiğitalp ve arkadaşları¹⁰ yaptığı çalışmada; kız öğrencilerin %6.2'sinin erkeklerin %7.9'unun son 15 gün içinde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, kız öğrencilere fiziksel şiddet anne, baba, arkadaş, öğretmen tarafından yapıldığı, erkek öğrencilere ise ek olarak çalıştıkları işyerlerinde de fiziksel şiddet uygulandığını belirlemiştir. Duygusal şiddete maruz kalma oranı hem kız öğrencilerde (%23.7) hem de erkek öğrencilerde (%20.5) diğer şiddet türlerine göre yüksek bulunmuştur.

Hemşirelik öğrencilerinin şiddet ile ilgili görüş ve deneyimlerinin belirlenmesinin, şiddete karşı farkındalık oluşturma ve şiddeti önleme çalışmaları için önemli olabileceği düşünülmektedir. Çünkü toplumsal tutumlar, hemşirelerin olaylara bakış açısını, mesleki tutumlarını ve rollerini etkilemektedir. Ancak profesyonel bir mesleğin üyesi olmaya aday hemşirelik öğrencilerinin önyargılarını, inançlarını ve olumsuz tutumlarını mesleklerine yansıtmadan ve geleneksellikten uzak modern tutum içinde olmaları gerekmektedir. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin şiddete ilişkin

deneyimlerini ve şiddet hakkındaki görüşlerini belirleyerek bu alandaki gereksinime katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, bir Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü üçüncü sınıf öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin deneyimlerini, görüşlerini ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2012-2013 öğretim yılı bahar yarıyılında bu bölümde öğrenim görmekte olan 120 3. sınıf öğrencisi oluşturmaktadır. Örneklemi ise, araştırmaya katılmayı kabul eden 110 öğrenci oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında konuya yönelik yapılan araştırmalardan ve literatür bilgilerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır^{6,9,10}. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde gençlerin şiddetle ilgili deneyimlerini ve görüşlerini içeren sorular yer almaktadır (aile içi şiddete maruz kalma durumu, maruz kaldığı şiddetin türü, cinsiyet rollerine ve şiddete ilişkin görüş ve deneyimleri vb.). Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli etik kurul onayı alınarak ilgili kurum yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilere anket doldurulmadan önce araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılımın gönüllü olması gerektiği belirtilerek sözel izin alınmıştır. Hazırlanmış olan anket formu öğrencilere bir ders bitiminde sınıfta 30 dakika süre verilerek uygulanmıştır. Hazırlanan anket formu dağıtılarak öğrencilerin bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır. Anketler, kimin anketi kime ait olduğunun belirlenemeyeceği şekilde toplanmıştır. Öğrencilerin şiddet konusundaki görüşleri 5'li Likert skalası kullanılarak alınmıştır¹⁰.

Verilerin analizi için SPSS 18.0 istatistik paket programından faydalanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik dağılımlar, ortalamalar ve ki-kare analizi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo demografik özellikleri incelendiğinde; öğrencilerin yaş ortalamasının 21.36 ± 1.87 olduğu (19-35 yaş arası), %79.1'inin kız (n=87), %20.9'unun erkek (n=23) öğrencilerden oluştuğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %75.5'i il merkezli, %38.2'si devlet yurdunda barınmakta ve %70.9'u çekirdek aileye sahipti. Ayrıca öğrencilerin %53.6'sı anne eğitimini ve %42.7'si baba eğitimini ilkökul düzeyi olarak belirtmiştir. Öğrencilerin annesinin %98.2'sinin, babasının %35.5'inin çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 1'de öğrencilerin şiddet konusundaki deneyimleri gösterilmiştir. Öğrencilerin %90'nı şiddetle ilgili daha önce eğitim almadığını, %28.2'si yaşamının herhangi bir döneminde annesi tarafından, %22.7'si babası tarafından şiddete maruz kaldığını ve %29.1'i ebeveynler arasında şiddete tanık olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %18.2'si fiziksel, %24.5'i duygusal ve %2.7'si cinsel şiddete maruz kaldığını, fiziksel şiddeti %95 oranında aile içinden, duygusal şiddeti %52 oranında partnerinden, cinsel şiddeti %66.7'si tanımadığı insanlardan ve %33.3'ü partnerinden gördüğünü belirtmektedir.

Tablo 1. Öğrencilerin Şiddet Konusundaki Deneyimleri (n=110)

Deneyimler	Evet Sayı %		Hayır Sayı %	
	Sayı	%	Sayı	%
Daha önce konuyla ilgili eğitim programına katılma	11	10.0	99	90.0
Anne tarafından şiddete maruz kalma	31	28.2	79	71.8
Baba tarafından şiddete maruz kalma	25	22.7	85	77.3
Fiziksel şiddete maruz kalma	20	18.2	90	81.8
Duygusal şiddete maruz kalma	27	24.5	83	75.5
Cinsel şiddete maruz kalma	3	2.7	107	97.3
Herhangi birisine şiddet uygulama	31	28.2	79	71.8
Ebeveynlerin şiddetine tanık olma	32	29.1	78	70.9

Diğer yandan öğrencilerin %28.2'si herhangi bir sebepten dolayı başka birisine şiddet uyguladığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 2'de görüldüğü gibi, "Kızlar da meslek sahibi olmalıdır" görüşüne katılmayan erkeklerin oranı kadınların on üç katı, "Kadınlar kazandıklarını istedikleri gibi harcayabilirler" görüşüne katılan kadınların oranı erkeklerin iki buçuk katı, "kadınlar eşleri için kariyerlerinden fedakârlık edebilirler" görüşüne katılan erkeklerin oranı yaklaşık olarak kadınların iki katıdır. Öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin "Kızlar da meslek sahibi olmalıdır" ve "Kadınlar kazandıklarını istedikleri gibi harcayabilirler" görüşlerinde cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 3'te öğrencilerin flörtleriyle ilgili şiddet deneyimleri incelendiğinde; flörtünü kıskanma oranı kadınlarda %56.5 iken erkeklerde %43.7'dir. Her iki cinsiyette yaklaşık olarak eşit oranlarda birbirlerinin giyimine karıştığı ve birbirlerine bağdırdıkları belirlenmiştir. Flörtü tarafından arkadaşlarının yanında küçük düşme ve arkadaşlarıyla görüşmenin engellenmesi kadınlarda %17.2 iken erkeklerde %26.1 oranındadır. Flörtü tarafından istemediği zamanlarda cinsel yakınlaşmaya sık sık zorlanma, kadınlarda %14.9 iken erkeklerde %30.4 oranındadır.

Öğrencilerin şiddet hakkındaki görüşlerinin dağılımı Tablo 4'te incelendiğinde; Gençlerin, söz dinlememe, açık saçık giyinme, üstüne düşen sorumlulukları yerine getirmeme gibi tutum ve davranışları şiddeti hak ettiren nedenler olarak gördüğü saptanmıştır. Evlilik dışı cinsel ilişki öğrencilerin %42.7'si tarafından şiddeti hak ettiren bir durum olarak görülmekte, evlilik dışı çocuk doğurma durumunda bu oran %28.2'ye düşmektedir. Öğrencilerin %23.7'sinin homoseksüel ilişkisi olanların şiddeti hak ettiği görüşüne sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde, kadınların %95.4'ü şiddet gören kadınlara devletin destek olması gerektiği görüşüne katılırken erkeklerde bu oran %73.9 olarak belirlenmiştir. Eşini döven erkeklerin cezalandırılmasını ve şiddet mağduru kadınlar için sığınma evleri açılmasını isteyen kadınlar erkeklerden fazladır. Bu oranlar kadınlarda sırası ile %92 ve %90.8 erkeklerde ise %43.5 ve %56.5'tir.

Tablo2. Öğrencilerin Cinsiyet Rollerine ve Şiddete İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Görüşler	Kadın (n= 87)						Erkek (n=23)						p
	Katılırim	Katılmam	Fikrim yok	Katılırim	Katılmam	Fikrim yok	Katılırim	Katılmam	Fikrim yok	Katılırim	Katılmam	Fikrim yok	
Ev işleri eşler arasında paylaşılmalıdır	83	95.4	2	2.3	2	2.3	19	82.6	3	13.0	1	4.3	.073
Kadınlar eş ve annedir	76	87.4	7	8.0	4	4.6	20	87.0	3	13.0	--	--	.459
Kızlar da meslek sahibi olmalıdır	84	96.6	1	1.1	2	2.3	17	73.9	3	13.0	3	13.0	.002
Kadınlar kazandıklarını istedikleri gibi harcayabilirler	67	77.0	17	19.5	3	3.4	7	30.4	14	60.9	2	8.7	.000
Kadınlar eşleri için kariyerlerden fedakârlık edebilirler	35	40.2	36	41.4	16	18.4	15	65.2	7	30.4	1	4.3	.068
Haklı görülebilecek dayak yoktur	65	74.7	13	14.9	9	10.3	15	65.2	7	30.4	1	4.3	.188
Bazı durumlarda erkekler eşlerini dövebilirler	12	13.8	64	73.6	11	12.6	5	21.7	16	69.6	2	8.7	.600
Ailede aile reisinin erkek olması gerekir	36	41.4	42	48.3	9	10.3	15	65.2	8	34.8	--	--	.069

Tablo 3. Öğrencilerin Flörtleriyle İlgili Şiddet Deneyimlerine İlişkin Dağılımlar

Görüşler	Kadın (n= 87)				Erkek (n=23)							
	Evet (sık sık)	Evet (Bazen)	Hayır		Evet (sık sık)	Evet (Bazen)	Hayır					
Beni kiskanır	38	43.7	38	43.7	11	12.6	11	12.6	7	30.4	3	13.0
Giyimime karışır	28	32.2	38	43.7	21	24.1	21	24.1	7	30.4	10	43.5
Bana bağırır	24	27.6	34	39.1	29	33.3	29	33.3	6	26.1	7	30.4
Hakaret eder	15	17.2	31	35.6	41	47.1	41	47.1	3	13.0	7	30.4
Başkalarının yanında azarlar	16	18.4	25	28.7	46	52.9	46	52.9	1	4.3	7	30.4
Arkadaşlarının yanında küçük düşürür	15	17.2	23	26.4	49	56.3	49	56.3	6	26.1	2	8.7
Arkadaşlarıyla görüşmemi engeller	15	17.2	35	40.2	37	42.5	37	42.5	6	26.1	3	13.0
Beni dayakla tehdit eder	10	11.5	24	27.6	53	60.9	53	60.9	1	4.3	6	26.1
Bana fiziksel güç uygular	15	17.2	25	28.7	47	54.0	47	54.0	2	8.7	5	21.7
Beni istemediğim zamanlarda cinsel yakınlaşmaya zorlar	13	14.9	25	28.7	49	56.3	49	56.3	7	30.4	2	8.7

Tablo 4. Öğrencilerin Şiddet Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı (n=110)

GÖRÜŞLER	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	Bir genç anne babasının sözünü dinlemiyorsa kötü davranışı hak ediyordur	6.4	24.5	16.4	38.2
Bir genç açık saçık giyiniyorsa cinsel taciz vs. hak ediyordur	3.6	14.5	19.1	34.5	28.2
Bir genç kendi üstüne düşen sorumlulukları yerine getirmiyorsa kötü davranışı hak ediyordur	1.8	27.3	12.7	40.0	18.2
Sokakta cinsel tacize uğrayan gencin davranışları buna neden olmuştur	4.5	13.6	29.1	26.4	26.4
Bir genç gereğinden fazla para harcıyorsa kötü davranışı hak ediyordur	1.8	9.1	17.3	45.5	26.4
Bir genç laf dinlemiyorsa kötü davranışı hak ediyordur	4.5	20.9	15.5	40.0	19.1
Bir gencin yasak cinsel ilişkisi varsa kötü davranışı hak ediyordur	11.8	30.9	17.3	28.2	11.8
Bir gencin gayrimeşru çocuğu varsa kötü davranışı hak ediyordur	10.9	17.3	28.2	29.1	14.5
Bir gencin homoseksüel ilişkileri varsa kötü davranışı hak ediyordur	5.5	18.2	22.7	36.4	17.3
Her aile içinde şiddet vardır ve bu doğaldır	1.8	18.2	20.9	29.1	30.0

Tablo 5. Öğrencilerin Kadına Yönelik Şiddeti Önlemek İçin Yapılması Gerekenlere İlişkin Görüşleri

Birden çok seçenek tercih edilebilmiştir	Kadın (n= 87)						Erkek (n=23)					
	Evet		Hayır		Fikrim yok		Evet		Hayır		Fikrim yok	
Devlet şiddet uygulanan kadınlara destek olmalı	83	95.4	4	4.6	--	--	17	73.9	1	4.3	5	21.7
Eşini döven erkeklere mahkemeler ceza vermeli	80	92.0	5	5.7	2	2.3	10	43.5	8	34.8	5	21.7
Şiddet gören kadınlar için sığınma evleri açılmalı	79	90.8	4	4.6	4	4.6	13	56.5	3	13.0	7	30.4

Tartışma

Araştırmada hemşirelik bölümü üçüncü sınıf öğrencilerinin şiddete ilişkin görüşleri ve deneyimleri değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kız öğrencilerin %18.4'ü erkek öğrencilerin ise % 17.4'ü fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Kız öğrenciler daha çok baba ve ağabeyi tarafından şiddete uğratılırken, erkek öğrenciler akranları ve diğer kişilerce şiddete maruz bırakıldığını belirtmiştir. Duygusal şiddete maruz kaldığını belirten kız öğrenci oranı %25.3 ve erkek öğrenci oranı %21.7 bulunmuştur. Cinsel şiddet erkek öğrencilerde saptanmazken, kadınların %2.3'ü sarkıntılığa maruz kaldığını belirtmiştir. Araştırmada sevgili, arkadaş şiddeti yanı sıra anne baba tarafından uygulanan şiddet ön planda yer almıştır. Cinsel şiddet erkek öğrencilerin hiç biri tarafından bildirilmemiştir. Ancak bu, genç erkeklerde olmadığı anlamına

gelmediği, buna ilişkin bilgiyi erkeklerin daha çok sakladığı düşünülmekte ve cinsel şiddet olgusunun oranını çalışmamızda düşük çıkmasıyla sonuçlandırıldığı tahmin edilmektedir. Kız öğrencilerde cinsel şiddet deneyiminin aynı şekilde gizlenmiş olabileceği olasılığına rağmen %2.7 çıkmıştır (Tablo 1). Yapılan diğer çalışmada fiziksel ve duygusal şiddetin başı çektiği belirtilmiş ancak cinsel şiddet ile ilgili bilgi verilmemiştir¹¹. Yiğitalp, Ertem ve Özkaynak'ın¹⁰ çalışmasında; kız öğrencilerin %6.2'si erkeklerin %7.9'u son 15 gün içinde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, kız öğrencilere fiziksel şiddet anne, baba, arkadaş, öğretmen tarafından yapıldığı, erkek öğrencilere ise ek olarak çalıştıkları işyerlerinde de fiziksel şiddet uygulandığını belirlemiştir. Aynı çalışmada; duygusal şiddete maruz kalma oranı hem kız öğrencilerde (%23.7) hem de erkek öğrencilerde (%20.5) diğer şiddet türlerine göre yüksek bulunmuştur.

Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan⁸ tarafından yapılan benzer bir çalışmada da çocuklara şiddet uygulayanların daha çok anneler olduğu ayrıca katılımcıların kardeşleri tarafından şiddet görme oranı (%33.2) ile kardeşlerine şiddet uygulama oranı (%32.2) çok yakın bulunmuştur. Vahip ve Doğanavşargil'in¹² aile içi fiziksel şiddet ile ilgili çalışmasında, çocukken şiddet görenlerin oranı %21 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, çocukluk döneminde aile içinde şiddete maruz kalma, şiddet uygulama veya tanık olma gibi şiddete ilişkin yaşantıların oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Şiddet döngüsü olarak adlandırılan bu olgunun kadınların şiddete maruz kalma, erkeklerin şiddet uygulama olasılığını arttırdığı düşünülmektedir. Bu nedenle, bu sonuçlar katılımcı gençlerin ileriki yıllarda şiddetle karşılaşması veya uygulaması olasılığının ipuçları olarak değerlendirilebilir^{13,14}.

Araştırmada öğrencilerin cinsiyet rollerine ve şiddete ilişkin görüşlerinin dağılımı incelendiğinde; "Kızlar da meslek sahibi olmalıdır" görüşüne katılmayan erkeklerin oranı kadınların on üç katı, "Kadınlar kazandıklarını istedikleri gibi harcayabilirler" görüşüne katılan kadınların oranı erkeklerin iki buçuk katı, "kadınlar eşleri için kariyerlerinden fedakârlık edebilirler" ve "Ailede aile reisinin erkek olması gerekir" görüşüne katılan erkeklerin oranı yaklaşık olarak kadınların iki katı olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin "Kızlar da meslek sahibi olmalıdır" ve "Kadınlar kazandıklarını istedikleri gibi harcayabilirler" görüşlerinde cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo 2). Yüksek öğrenim gören kadınların, büyük ölçüde ataerkil-geleneksel cinsiyet rollerini benimsediklerini gösteren bu sonuçlar (örneğin, %41.4 ile aile reisi olarak erkeği görmeleri) oldukça dikkat çekicidir. Erkeklerin ise, toplumsal cinsiyet rollerinde kadınlara göre daha ataerkil-geleneksel görüşleri benimsedikleri görülmektedir. Bu sonuçlar kadın öğrencilerin ekonomik özgürlük ve kariyer gibi alanlarda kadın erkek eşitliği düşüncesini erkek öğrencilere göre iki-üç kat daha fazla benimsediğini göstermektedir. Benzer şekilde Kabasakal ve Girli'nin¹⁵ çalışmasında da "Bazı durumlarda erkekler eşlerini dövebilirler" ve "ailede, aile reisinin erkek olması gerekir" görüşlerine katılmayan kadınların oranı erkeklerin iki katıdır. "Ev işleri eşler arasında paylaşılmalıdır", "kızlarda meslek sahibi olmalıdır" ve "haklı görülecek dayak yoktur" görüşüne katılan kadınların oranı erkeklerin iki katıdır. "Kadınlar kazandıklarını istedikleri gibi harcayabilirler" görüşüne katılan kadınların oranı erkeklerin üç katı, "kadınlar eşleri için kariyerlerinden fedakârlık edebilirler" görüşüne katılan erkeklerin oranı kadınların üç katıdır.

Öğrencilerin flörtleriyle ilgili şiddet deneyimleri incelendiğinde; “flörtünü sık sık kıskanma” oranı kadınlarda %56.5 iken erkeklerde %43.7’dir. Her iki cinsiyette yaklaşık olarak eşit oranlarda birbirlerinin giyimine karıştığı ve birbirlerine bağırdıkları belirlenmiştir. Flörtü tarafından arkadaşlarının yanında küçük düşme ve arkadaşlarıyla görüşmenin engellenmesi kadınlarda %17.2 iken erkeklerde %26.1 oranındadır. Flörtü tarafından istemediği zamanlarda cinsel yakınlaşmaya sık sık zorlanma, kadınlarda %14.9 iken erkeklerde %30.4 oranındadır. Kadınlar flörtleri tarafından dayakla tehdit edilmeye %60.9, fiziksel şiddete %54 oranında hayır cevabı vermişlerdir (Tablo 3). Kabasakal ve Girli¹⁵ yaptıkları çalışmada; “sık sık kıskanma”nın, kadınlarda %52.5 erkeklerde %79.5 oranında, “giysisine karışma”nın kadınlarda %62.8 erkeklerde %61.4 oranında, “başkalarının yanında azarlanma”nın kadınlarda %15.4, erkeklerde %6.8 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir. Gençlerle yapılmış bir başka çalışmada da, kadınların üçte birinden fazlası babaları ve erkek kardeşleri tarafından “giysileri veya erkek arkadaşları” nedeniyle fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir¹⁶. Türkiye’de ki bazı çalışmalar da evli kadınların sözel ve duygusal şiddete, fiziksel şiddete oranla daha az maruz kaldıklarını göstermektedir. İlgili çalışmalarda kadına yönelik şiddetin nedenleri arasında kıskançlık temelli kavgaların önemli oranda yüksek olduğu belirtilmektedir^{13,17}.

Tablo 4’te gençler tarafından söz dinlememe, açık saçık giyinme, üstüne düşen sorumlulukları yerine getirmeme gibi tutum ve davranışlar şiddeti hak ettiren nedenler olarak görülmektedir. Yasak cinsel ilişki öğrencilerin %42.7’si tarafından şiddeti hak ettiren bir durum olarak görülmekte, gayri meşru çocuk durumunda bu oran %28.2’ye düşmektedir. Öğrencilerin %23.7’sinin homoseksüel ilişkisi olanların şiddeti hak ettiği görüşüne sahip olduğu belirlenmiştir. Yiğitalp, Ertem ve Özkaynak’ın¹⁰ çalışmasında; “gençlerin bazı davranışlarının şiddeti hak ettirdiği” düşüncesi oldukça yaygın bulunmuştur. Bu sonuç araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin kadına yönelik şiddeti önlemek için yapılması gereken çalışmalara ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5’te incelendiğinde; kadınların %95.4’ü şiddet gören kadınlara devletin destek olması gerektiği görüşüne katılırken erkeklerde bu oran %73.9 olarak belirlenmiştir. Eşini döven erkeklerin ceza almasını ve şiddet mağduru kadınlar için sığınma evleri açılmasını isteyen kadınlar erkeklerden fazladır. Bu oranlar kadınlarda sırası ile %92 ve %90.8 erkeklerde ise %43.5 ve %56.5’tir (Tablo 5). Kabasakal ve Giril’in¹⁵ çalışmasında; hem kadın hem de erkeklerin çoğunun şiddet gören kadınlara devletin destek olması gerektiği görüşüne katıldığı görülmektedir. Bu sonuç araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin şiddetle ilgili görüş ve deneyimlerinin değerlendirildiği bu çalışmada; gençlerin daha çok aile içindeki bireylerden şiddet gördüğü, bu yaş grubunda arkadaş şiddetinin aile içi şiddete eklendiği belirlenmiştir. Öğrencilerin şiddetle ilgili görüşleri de özellikle cinsellikle ilgili durumlarda şiddetin hak edildiği yolunda olmuştur. Öğrencilerin şiddete ilişkin görüşlerini incelemek amacı ile daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiği, şiddet konusunda farkındalıklarını arttırmak, zihniyet dönüşümünü sağlamak, bireysel ve toplum temelli eğitim programlarının

oluşturulmasına, yasal süreçler ve haklar konusunda bilgi edinmelerini sağlayacak çalışmalara gereksinim olduğunu düşünülmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışma sadece Erzurum'da ve sınırlı bir örnekleme yürütüldüğünden sonuçları genellenemez.

Kaynaklar

1. WHO. World report on violence and health. Geneva: 2002. p. 1-46.
2. Kepenkçi Y, Çinkir S. Bullying among Turkish high school students. Child Abuse & Neglect 2005;1717:1-12.
3. U.S. Department of Education. Crime, violence, discipline, and safety in U.S. public schools. Findings from the school survey on crime and safety: 2005-06. Retrieved September 27, 2007. from <http://nces.ed.gov/pubsearch>. ET: 28.11.2011.
4. Kemerli, N. Aile içinde kadına yöneltilen şiddet, Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu Kitabı, Tabip odası yayınları Ankara, 2003; 41-59.
5. Akın A, Üner S, Aslan D, Esin Ç, Coşkun A. Kadın sağlığı ve sigara, şiddet, beslenme. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Kitabından Akın A. (Ed).TC Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Gen.Müd., HÜKSAM, UNFPA. Ankara 2003. s.88.
6. Güneş, G., Kaya, M. Pehlivan, C. Tıp fakültesi öğrencilerinin ailelerinde kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili bir araştırma. Toplum ve Hekim, 2000; 15 (5): 391-397
7. Turak, P. Women's view on violence in Turkey: a study of female university students in Turkey. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 2001;8 (1): 77-91.
8. Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal/ fiziksel istismar-ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2002; 24 (3): 128-134.
9. Kanbay Y., Işık E., Yavuzaslan M., Keleş S. Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Görüş Ve Tutumlarının Belirlenmesi. Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2012;1(2): 107-119.
10. Yiğitalp G., Ertem M., Özkaynak V. Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Konusunda Deneyimleri ve Bu Konudaki Görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (2): 131-136
11. Ergin, N., Bayram, N., Alper, Z., Selimoğlu, K. Bilgel, N. Domestic violence: a tragedy behind the doors. Women Health, 2005; 42 (2): 35-51.
12. Vahip, I., Doğanavşargil, Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006; 17 (2): 107-114.
13. Altınay, A.G., Arat, Y. Türkiye'de kadına yönelik şiddet. İstanbul: Punto Baskı Çözümler, 2008.
14. Medaric, Z. Domestic violence against women in Slovenia: a public problem? Revija za Socijalnu Politiku (Croatian Journal of Social Policy), 2011; 18 (1): 25-45.
15. Kabasakal Z., Girli A. Üniversite öğrencilerinin kadına yönelik şiddet hakkındaki görüşlerinin, deneyimlerinin bazı değişkenler ve yaşam doyumu ile ilişkisi (DEÜ Buca Eğitim Fakültesi örneği). DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012; 14(2): 105-123.

16. Arı Hareketi ve KAGİDER, (2008). Eşitlik için nesiller arası köprüler projesi: kadına yönelik şiddet araştırması. <http://genckadin.net/basinbulteni.htm>. (27.05.2009).
17. Güler, N., Tel, H. Özkan-Tuncay, F. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 27 (2): 51-56.

Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları ve Etkileyen Faktörler Araştırma

Nursing Students' Self Evaluation of Problem Solving Skills and Related Factors (Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 37-49

Arzu YÜKSEL*

* Aksaray Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik, Aksaray, Türkiye

*15-16 Nisan 2011, Ankara V.Ulusal Hemşirelik Araştırma Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 30 Aralık 2013

Kabul Tarihi: 30 Aralık 2014

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve etkilediği düşünülen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntemler: Araştırmanın örneklemini 2009-2010 öğretim yılında bir devlet üniversitesinin sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte olan 160 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu" ve Heppner ve Petersen tarafından geliştirilen, Savaşır ve Şahin tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Problem Çözme Envanteri" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin problem çözme envanteri puan ortalamaları 95.46 ± 19.44 , kişisel kontrol alt ölçeği 16.81 ± 03.59 , problem çözme yeteneğine güven alt ölçeği 30.04 ± 08.46 , yakınlaşma/kaçınma alt ölçeği 48.62 ± 11.52 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu, cinsiyet, sınıf, mezun olunan okul, üniversite yaşantılarında kaldıkları yer, anne ve baba yaklaşımlarını algılamalarının problem çözme beceri ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir. Öğrencilere problem çözmeye yönelik eğitimler önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: *Problem, problem çözme, hemşire, hemşirelik öğrencisi*

ABSTRACT

Objective: This descriptive research was conducted to determine nursing students' problem solving skills and related factors.

Methods: Sample was consisted of 160 nursing students studying at a state university in 2009-2010 academic year. Data was collected with "Personal Information Form" and "Problem-Solving Inventory" developed by Heppner and Petersen and adapted to Turkish by Şahin and Savaşır. Data was analyzed with percentage, mean, significance test of difference between two means and one-way analysis of variance.

Results: Students' problem-solving inventory mean score was 95.46 ± 19.44 , personal control subscale mean score was 16.81 ± 3.59 , reliance subscale mean score was 30.04 ± 08.46 , convergence/avoidance subscale mean score was 48.62 ± 11.52 .

Conclusion: Nursing students' problem solving skill level was found as moderate. Gender, grade, graduated school, the place which they stay and perception of parental behavior do not have effect on problem solving skills. Problem-solving training may be offered to the students.

Key Words: Problem, problem-solving, nursing, nursing students

Giriş

Problem; bireyin iç ve dış görevlere tepki vermede güçlük çektiği bir durum olarak tanımlanmaktadır¹. Cüceloğlu² problemin, bireyin varmak istediği bir amaca ulaşmasına ket vuran engeller olduğunda ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Morgan³'a göre problem; temelde bireyin belli bir hedefe ulaşmada engellemeyle karşılaştığı bir çatışma durumudur. Engelleme hedefe ulaşmayı güçleştirmektedir. Böyle bir durumda problem çözme ise, engeli aşmanın en iyi yolunu bulmaktır. D'Zurilla ve Goldfried¹ problem çözme; problem durumu ile başa çıkabilmek için etkili alternatif çözümler oluşturmayı ve bu alternatif çözümler arasından en etkili olanını ön plana çıkarmayı içeren davranışsal bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Heppner ve arkadaşları⁴ problem çözme; gerçek yaşamda kişilerarası ve kişinin kendi zihninde oluşan problemler karşısında bilişsel, davranışsal ve kendi kendini olumlu değerlendirme tepkilerinin bir hedefe yöneltilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Problem çözme sürecini farklı isim ve aşamalarla inceleyen araştırmacılar^{1,2,5-7} bulunmasına rağmen temelde işleyen süreç; problemin tanımlanmasına, çözüme yönelik seçeneklerin belirlenmesine, en uygun görünen seçeneğin seçilmesine, uygulanmasına ve değerlendirilmesine dayanmaktadır.

Bireyin problem çözme bilmesi karşılaştığı problemleri çözebilmesi için yeterli değildir. Bir sorunun çözümlenebilmesinde problem çözme becerilerinin yüksek olması kadar bireyin karşılaştığı sorunu kendi sorumluluk alanı içinde görmesi de önemlidir. Bireyin karşılaştığı sorunların kaynağını nelere ve kimlere atfettiği nasıl baş edeceğine karar vermesinde etkilidir. Eğer birey problemi değerlendirirken sorunun oluşumunda ve çözümünde bireysel sorumluluğunun olmadığı düşüncesindeyse sorunu çözmek için çaba harcamamaktadır⁸.

Problem çözmeye karşılaşılan en önemli güçlüklerden biri, bireylerin problem çözmek için hiçbir çaba göstermemeleridir. Oysa problemlere sistematik olarak yaklaşırsa çözülebileceğinin bilinmesi önemlidir. Sistematik problem çözme yaklaşımı ile çözülebilecek sorunlar çoğu zaman problem çözümünde sistematik olmayan rastgele yöntemlerin kullanımı ya da hiçbir çabanın gösterilmemesi sonucunda çözülememektedir⁹.

Problem çözme becerisine sahip olan bireylerin; yenilikçi ve yeni oluşumlara açık, tercih ve kararlarını ifade edebilen, sorumluluk duygusuna sahip, düşüncelerinde esnek, cesaretli, alternatif fikirler üretebilen, zeki ve dikkatli, kendine güveni ve yeterliliği olan, ilgi alanları geniş, objektif, mantıklı, prosedür ve yöntemleri dikkate alan, rahat ve duygusal, aktif ve enerjik, yaratıcı, verimli, olaylara eleştirel bir bakışla yaklaşabilen kişiler olduğu belirtilmiştir¹⁰. Bu özelliklere ek olarak Neal ve Heppner¹¹, kendini etkili problem çözücü olarak algılayanların; kendilerini uyumlu, ciddi ve dikkatli olarak değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Problem çözme becerisi yüksek olan hemşireler, olumsuz duygu ve düşüncelerle baş ederek, etkili çözüm yolları üretir ve sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini artırabilirler. Heppner, Baumgardner ve Jackson¹², etkili problem çözme becerisi algısına sahip olmayan bireylerin, etkili problem çözme becerisi algısına sahip bireylere kıyasla, kaygılı, güvensiz, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz ve duygusal problemlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Hemşireler hem bireysel problemlerle başa çıkmak hem de her an stresli ve akut durumların yaşandığı, karmaşık ve hızlı değişim gerektiren bir ortam olan hastanede başkalarının problemlerine çözüm aramak zorundadırlar^{13,14}. Hemşireler çalışmalarını sırasında her gün çeşitli problemlerle karşılaşmaktadırlar. Farklı gereksinimleri olan hastalara bakım vermek, hastaların problemlerini belirlemek, öncelik sırasına koymak, girişimde bulunmak, sonuçları değerlendirmek gibi kararları vermek durumunda olan hemşireler hasta bakım kalitesini arttırmak ve bireylere yardım etmek için problem çözme becerilerini kullanmak durumundadırlar. Hasta bakımı, ekip çalışması ve yönetimle ilgili problemler gibi çeşitli ve karmaşık durumlarla karşılaşan hemşirelerden bu problemleri bilimsel metottan yararlanarak etkili bir şekilde çözmeleri beklenmektedir^{15,16}. Kaliteli hasta bakımı hastaların sağlık sorunlarını tanımayı ve çözmeyi gerektirdiği için hemşirelerden problem çözme becerilerinin iyi olması ve bu becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir¹⁷.

Hemşirenin kendisini problem çözümede yeterli olarak algılaması, birey, aile ve toplumun sağlığı ile ilgili problemleri görmesi ve çözüm üretme isteğinde olması anlamına gelmektedir. hemşire bireyin ve toplumun durumu değiştiğinde; değişimi anlar, yorumlar ve yeni bilgileri bir araya getirerek, problem çözme basamaklarını uygulamaya yansıtır¹⁸. Hemşirelik mesleği üyeleri ne kadar iyi düzeyde problem çözme becerisine sahip olurlarsa o ölçüde bireyin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini artırma yönünde etkin hizmet verirler^{15,19,20}.

Farklı şehirlerden, farklı kültürlerden ve farklı orta öğrenim yaşantılarından yeni bir şehre gelen öğrencilerin, yeni rol ve sorumluluklarında başarılı olabilmeleri için problem çözme becerilerini geliştirmeleri beklenmektedir. Problem çözme becerisi; bilişsel, duyuşsal ve davranışsal özellikleri içermektedir. Problem çözme çoğu zaman yaşantılar sonucu öğrenilir^{21,22}. Gittikçe karmaşık hale gelen ve zorlaşan yaşam koşulları hemşirelik öğrencilerini de hem özel hem de okul yaşamlarında çeşitli problemlerle karşı karşıya bırakmakta, bu durum performansın azalmasına, çeşitli fizyolojik ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir^{23,24}. Hemşirelik öğrencilerinden problemleri görebilme, problemin çözümüne yönelik yaratıcı düşünme, olaylar ve kavramlar arasında bağlantı kurma becerilerini kazanmaları beklenmektedir²⁵. Ancak etkili problem çözme yollarının günlük yaşantı içinde öğrenilmesi her zaman mümkün olmayabilir. Yapılan araştırmalar hemşirelik öğrencilerinde problem çözme

becerilerinin orta düzeyde olduğunu bildirmektedir^{18,26-30}. Hemşirelik öğrencilerinin kişisel gelişimleri ve gelecekte başarılı hemşireler olabilmeleri için problem çözme beceri algılarının gelişmiş olması önemlidir. Çünkü öğrencilerin yüklü mesleki eğitim sürecini başarıyla tamamlama, sağlığı bozulmuş ya da sağlıklı bireye hizmet verme ve bu hizmeti de etkin olarak yerine getirme gibi sorumlulukları karşılayabilmesi için olaylara ilişkin değerlendirmeleri gerçekçi çözüm üretebilen olmalıdır. Bu nedenle, bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve etkilediği düşünülen faktörlerin belirlenmesi (sınıf düzeyi, cinsiyet, mezun olunan lise, üniversite öğrenimi sırasında kaldığı yer, anne ve babalarının yaklaşımları) amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerini ve etkilediği düşünülen faktörlerin belirlenmesi (sınıf düzeyi, cinsiyet, mezun olunan lise, üniversite öğrenimi sırasında kaldığı yer, anne ve babalarının yaklaşımları) amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2009-2010 öğretim yılında bir devlet üniversitesinin sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte olan 2,3 ve 4. sınıftaki tüm öğrenciler (N:192 öğrenci) oluşturmuş, çalışmaya katılmayı kabul eden 160 öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır. Evrenin %83.3'üne ulaşılmıştır. Hemşirelik 1. sınıf öğrencileri müfredatta yer alan kişilerarası ilişkiler dersi kapsamında problem çözme beceri eğitimi aldıkları için örneklem dışı bırakılmıştır. Hemşirelik 2,3 ve 4. sınıf öğrencileri problem çözme beceri eğitimi almamışlardır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ve “Problem Çözme Envanteri” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak 6 sorudan oluşan form kullanılmıştır^{1,4,5,15,19,21,26,31}. Kişisel bilgi formundaki sorular öğrencilerin sınıf düzeyi, cinsiyet, mezun olunan lise, üniversite öğrenimi sırasında kaldığı yer, anne ve babalarının yaklaşımlarını algılamalarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Problem Çözme Envanteri

Heppner ve Petersen³¹ tarafından geliştirilen Problem Çözme Envanteri ergen ve yetişkinlerin problem çözme becerisi konusunda kendi algılayışını ölçen 35 maddeden oluşan 1-6 arası puanlanan likert tipi bir öz değerlendirme anketidir. Her madde için kişilere kendilerinin hangi sıklıkla ölçek maddelerindeki gibi davrandıkları sorulmaktadır. Seçenekler: “Her zaman böyle davranırım”, “Çoğunlukla böyle davranırım”, “Sık sık

böyle davranırım”, “Arada sırada böyle davranırım”, “Ender olarak böyle davranırım” ve “Hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir. Verilen yanıtlara 1 ile 6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlama sırasında 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. Kişinin yeni problemleri çözme yeteneğine olan inancını ifade eden “problem çözme yeteneğine güven” (5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34, 35. maddeler), gelecekte başvurmak için ilk problem çözme çabalarını yeniden gözden geçirmek ve değişik alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırma yapmayı ifade eden “yaklaşma-kaçınma” biçimi (1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30, 31. maddeler) ve sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini belirten “kişisel kontrol” boyutudur (13, 14, 25, 26, 27, 32. maddeler). Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, problemler karşısında etkili çözümler bulamamayı, problem çözme düzeyinin düşük düzeyde olduğunu; düşük puan ise problem çözmede etkin olduğunu ve başarılı problem çözme becerilerine sahip olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan ise 192’dir. Ölçeğin orjinalinin Cronbach alfa tutarlılık katsayısı .90, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise, .72 ile .85 arasında bulunmuştur. Problem çözme envanteri, Savaşır ve Şahin³² tarafından Türkçeye uyarlanmış ve bu ölçeğin Cronbach alfa tutarlılık katsayısı .88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa tutarlılık katsayısı .84 olarak saptanmış ve ölçeğin alt gruplarında bu değer .64 ile .87 arasında değişmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler, 29 Kasım-10 Aralık 2010 tarihleri arasında sağlık yüksekokulunda çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden toplanmıştır (n=160). Araştırmacı tarafından çalışma hakkında açıklamalar yapıldıktan sonra, sözel izinleri alınarak veri toplama formları öğrencilere dağıtılmış ve formlar öğrenciler tarafından sınıf ortamında, 15-20 dakikalık sürelerde doldurulmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan ve öğrencilerden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında her hangi bir yerde kullanılmayacağı açıklandıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, sağlık yüksekokulu 2009-2010 eğitim öğretim yılında 2, 3 ve 4. sınıflarda öğrenim gören ve yalnızca çalışma kapsamına alınan öğrencilerin bildirimleri ile sınırlıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 11.5 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde öğrencilere ilişkin tanıtıcı özellikler bağımsız, problem çözme envanteri puan ortalamaları ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi

ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 160 öğrenciden, %34.4'ü ikinci, %33.1 üçüncü ve %32.5'i ise dördüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %70.6'sı kız, %29.4'ü ise erkek, %70.6'sı düz liseden mezundur. Öğrencilerin %54.4'ü arkadaşları ile evde kalırken, %26.2'si de devlet yurdunda kalmaktadır. Öğrencilerin %41.5 annelerinin %28.1'de babalarının tutumunu koruyucu olarak değerlendirmektedir.

Tablo 1'de öğrencilerin problem çözme envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin problem çözme envanteri puan ortalamaları 95.46 ± 19.44 , kişisel kontrol alt ölçeği 16.81 ± 03.59 , problem çözme yeteneğine güven alt ölçeği 30.04 ± 08.46 , yaklaşma/kaçınma alt ölçeği 48.62 ± 11.52 olarak saptanmıştır.

Tablo 2'de öğrencilerin cinsiyete göre problem çözme envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Erkek öğrencilerin kız öğrencilerine göre problem çözme envanteri puan ortalamaları daha düşüktür fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 3'te öğrencilerin sınıflarına ve mezun oldukları liseye göre problem çözme envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Üçüncü sınıf

Tablo1. Öğrencilerin problem çözme envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

Problem Çözme Envanteri ve Alt Ölçekleri (n=160)	Ölçek $\bar{X} \pm SS$
Kişisel Kontrol	16.81 ± 3.59
Problem Çözme Yeteneğine Güven	30.04 ± 8.46
Yaklaşma Kaçınma	48.62 ± 11.52
Toplam Problem Çözme Envanteri	95.46 ± 19.44

Tablo 2. Öğrencilerin problem çözme envanteri puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Problem Çözme Envanteri (n=160)	Cinsiyet		İstatistiksel Değerlendirme	
	Kız	Erkek	t	p
Kişisel Kontrol	17.03 ± 3.41	16.30 ± 3.99	0.692	0.407
Problem Çözme Yeteneğine Güven	31.00 ± 8.30	27.72 ± 8.46	0.487	0.486
Yaklaşma Kaçınma	49.35 ± 11.06	46.85 ± 12.49	0.379	0.539
Toplam Problem Çözme Envanteri	97.36 ± 18.88	90.87 ± 20.20	0.069	0.793

Tablo 3. Öğrencilerin problem çözme envanteri puan ortalamalarının sınıflara ve mezun olunan liseye göre dağılımı

Problem Çözme Envanteri (n=160)	Sınıf			İstatistiksel Değerlendirme	
	İkinci	Üçüncü	Dördüncü	F	p
Kişisel Kontrol	16.93±3.77	17.30±3.55	16.19±3.430	1.298	0.276
Problem Çözme Yeteneğine Güven	30.80±8.91	29.19±7.91	30.10±8.58	0.489	0.614
Yaklaşma Kaçınma	48.33±11.47	48.42±11.32	49.13±11.97	0.077	0.926
Toplam Problem Çözme Envanteri	96.05±19.98	94.87±18.81	95.42±19.87	0.050	0.951
Problem Çözme Envanteri (n=160)	Mezun olunan lise			İstatistiksel Değerlendirme	
	Düz Lise	Süper Lise	Anadolu Lisesi	F	p
Kişisel Kontrol	16.83±3.64	17.13±3.27	16.81±3.59	0.248	0.781
Problem Çözme Yeteneğine Güven	29.82±8.72	30.21±8.09	30.04±8.46	0.163	0.850
Yaklaşma Kaçınma	48.32±12.00	48.04±9.89	50.70±10.85	0.439	0.645
Toplam Problem Çözme Envanteri	94.95±19.92	95.37±17.62	98.00±19.49	0.232	0.793

öğrencilerinin diğer iki sınıfa göre problem çözme envanteri puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Düz lise mezunu öğrencilerin süper lise ve anadolu lisesi mezunu öğrencilerine göre problem çözme envanteri puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4'te öğrencilerin kaldıkları yere göre problem çözme envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Ailesiyle evde kalan öğrencilerin, devlet yurdu, özel yurt ve arkadaşlarıyla kalanlara göre daha yüksek problem çözme envanteri puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı yoktur ($p>0.05$).

Tablo 5'te öğrencilerin anne ve baba yaklaşımını algılamalarına göre problem çözme envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Annesinin yaklaşımını otoriter olarak algılayan öğrencilerin, koruyucu, eğitici-öğretici ve demokratik olarak algılayanlara göre daha yüksek problem çözme envanteri puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı yoktur ($p>0.05$). Babasının yaklaşımını demokratik olarak algılayan öğrencilerin otoriter, koruyucu ve eğitici-öğretici olarak algılayanlara göre daha düşük problem çözme envanteri puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4. Öğrencilerin problem çözme envanteri puan ortalamalarının kaldığı yere göre dağılımı

Problem Çözme Envanteri (n=160)	Kaldığı Yer				İstatistiksel Değerlendirme	
	Devlet Yurdu	Özel Yurt	Arkadaşlarla	Ailesiyle	F	p
Kişisel Kontrol	17.00±3.65	17.87±4.67	16.34±3.48	17.86±2.38	1.437	0.234
Problem Çözme Yeteneğine Güven	30.95±7.72	30.56±5.90	28.86±8.98	33.73±8.83	1.723	0.165
Yaklaşma Kaçınma	48.76±9.81	51.87±6.90	46.90±12.75	54.20±10.61	2.234	0.086
Toplam Problem Çözme Envanteri	96.66±16.20	100.31±13.47	92.19±20.92	105.80±20.73	2.701	0.048

Tablo 5. Öğrencilerin problem çözme envanteri puan ortalamalarının algılanan anne ve baba yaklaşımına göre dağılımı

Problem Çözme Envanteri (n=159)	Algılanan Anne Yaklaşımı				İstatistiksel Değerlendirme	
	Koruyucu	Eğitici-Öğretici	Demokratik	Otoriter	F	p
Kişisel Kontrol	17.10±3.46	17.18±3.54	15.76±4.00	17.09±3.08	1.390	0.248
Problem Çözme Yeteneğine Güven	29.48±7.91	31.41±3.31	28.81±8.78	32.73±6.72	1.113	0.346
Yaklaşma Kaçınma	48.07±11.79	50.20±9.99	47.75±11.28	49.45±16.60	0.409	0.746
Toplam Problem Çözme Envanteri	94.65±19.06	98.79±18.27	92.27±20.15	99.27±24.01	0.939	0.424
Problem Çözme Envanteri (n=149)	Algılanan Baba Yaklaşımı				İstatistiksel Değerlendirme	
	Koruyucu	Eğitici-Öğretici	Demokratik	Otoriter	F	p
Kişisel Kontrol	17.06±3.18	17.22±4.09	16.00±3.57	17.73±3.99	1.369	0.255
Problem Çözme Yeteneğine Güven	31.58±9.60	30.05±7.68	28.11±7.52	32.63±8.32	1.888	0.134
Yaklaşma Kaçınma	50.62±11.64	47.70±9.91	47.00±11.97	52.36±13.41	1.453	0.230
Toplam Problem Çözme Envanteri	99.26±26	94.97±16.13	91.06±18.46	102.73±21.78	2.217	0.089

Tartışma

Problem çözme becerisi hemşirelerin sahip olması gereken temel yetenek ve yeterlilikler arasındadır. Farklı sorunları olan bireylere bakım veren ve klinik ortamda karşılaşılan bu sorunları çözmek durumunda olan hemşirelerin problem çözme becerilerinin yüksek olması beklenmektedir³³. Bu çalışmada öğrenci hemşirelerin problem çözme

envanteri puan ortalaması 95.46 ± 19.44 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplamından elde edilecek toplam puan aralığının 32-192 olduğu ve elde edilen toplam puanın düşük olmasının, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yeterli olarak algıladığını gösterdiği düşünüldüğünde, bu çalışmada öğrencilerin kendilerini orta düzeyde problem çözücü olarak algıladıkları söylenebilir. Durmaz ve ark.³⁴'nin yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin problem çözme envanteri puan ortalamalarını $82,37 \pm 19,23$ olarak bulmuştur. Problem çözme envanteri kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda da öğrencilerin kendilerini orta düzeyde problem çözücü olarak algıladıkları belirlenmiştir^{18,26-30}.

Çalışmada sınıflar arasında öğrencilerin problem çözme beceri toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında öğrenim yılının problem çözme becerilerinde farklılık yarattığını belirtilen çalışmaların^{18,19,28,35} yanı sıra fark yaratmadığını bildiren^{14,27,36-38} çalışmaların da olduğu görülmüştür. Temel sağlık bakımının sunulmasında anahtar rol oynayan hemşirelik mesleği, eleştirel ve analitik düşünebilen, karşılaştığı farklı sorunları çözebilen bireyler gerektirmektedir³⁹. Gelişen ve değişen sağlık bakım sisteminde hemşirelik öğrencilerinin de bilgi ve deneyimlerini kullanabilen, kritik düşünebilen, karşılaştığı problemlere çözüm getirebilen bireyler olması beklenmektedir^{34,39}. Çalışmada öğrencilerin problem çözme becerilerinin istenilir düzeyde olmadığı göz önüne alındığında, hemşirelik eğitimi programlarında problem çözme becerilerine yer verilmesine gerek olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre problem çözme beceri puan ortalamalarında; erkek öğrencilerin kız öğrencilerine göre kişisel kontrol, problem çözme yeteneğine güven ve yaklaşma kaçınma alt ölçeğinden daha düşük puan aldığı ve problem çözme becerilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir, ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Olgun ve arkadaşları¹⁷ araştırmalarında kız ve erkek öğrencilerin problem çözme becerileri arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir. Yılmaz ve arkadaşları⁴⁰, Tümkaya ve İflazoğlu³⁵'nin çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar cinsiyetin problem çözme becerisini etkileyebilecek kesin belirleyici olmadığını düşündürmektedir.

Öğrencilerin mezun olduğu liseye göre problem çözme beceri puan ortalamalarına bakıldığında; anadolu lisesi mezunu olan öğrencilerinin problemlerinde durumlarında kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini belirten kişisel kontrol alt ölçeğinden, kişinin problemleri çözme yeteneğine olan inancını gösteren problem çözme yeteneğine güven alt ölçeğinden düz lise mezunlarının, gelecekte başvurmak için önceki problem çözme çabalarını yeniden gözden geçirmeyi ve alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırmayı kabul ettiği anlamına gelen yaklaşma kaçınma alt ölçeğinden süper lise mezunlarının daha düşük puan aldığı ve problem çözme becerilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir, ancak bu değişimler istatistiksel açıdan anlam taşımamaktadır. Dolayısıyla önceki öğrenme yaşantılarının tek başına öğrencilerin problem çözme becerilerinde bir fark yaratmadığı söylenebilir. Korkut²², yaptığı araştırmada düz lise ve süper lise öğrencileri arasında problem çözme becerilerini algılamada okul türünün düz lise öğrencileri lehine etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Çalışmada arkadaşlarıyla evde kalan öğrencilerin kişisel kontrol, problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma alt ölçeklerinden ve problem çözme envanteri

toplam puanından en düşük, ailesinin yanında kalan öğrencilerinde ise en yüksek puan aldığı saptanmıştır, fakat bu değişimlerin istatistiksel olarak bir anlamı bulunmamaktadır. Yılmaz ve arkadaşları⁴⁰, Ulupınar²⁸ ve Altun³⁶'un çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum yaşamın sorumluluğunu tek başına üstlenmiş bireylerin kendine güveninin arttığı, sorunlarıyla karşılaşma cesareti kazandıkları ve dolayısıyla sorunlarını çözebildiklerini düşündürmektedir.

Çalışmada anne ve babasının yaklaşımını otoriter olarak değerlendiren öğrencilerin her üç alt ölçek puanlarından ve problem çözme envanteri toplam puandan yüksek puan aldığı saptanmıştır. Anne ve babalarının yaklaşımını demokratik olarak değerlendiren öğrencilerin ise problem çözme envanteri toplam puan ve alt ölçeklerinden diğerlerine göre daha düşük puan aldığı ve problem çözme becerilerinin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz, ancak bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu çalışmaya benzer şekilde Yılmaz ve arkadaşları⁴⁰ yaptıkları çalışmada da üniversite öğrencilerinin problem çözme becerisi üzerine aile yaklaşımının etkisinin olmadığını saptamıştır. Ulupınar²⁸ çalışmasında aile yaklaşımının sorun çözüme başarıyı etkilediğini belirtmiştir. Temel problem çözme becerilerinin çocukluk döneminde ailede kazanılmaya başlandığı dikkate alındığında, bu bireylerin aile özellikleri açısından da incelenmesi gerektiği düşünülebilir.

Çalışmamızda sosyodemografik özellikler ve problem çözme envanteri puanları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmamasının, araştırmanın yapıldığı öğrenci grubunun sosyodemografik özellikler bakımından homojen bir grup olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin problem çözme becerilerinin iyi olduğu, kişisel kontrol, problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma alt ölçekleri ile problem çözme envanteri toplam puan ortalamaları ile öğrencilerin cinsiyet, sınıf, mezun olunan lise, üniversite yaşamında kaldıkları yer, anne ve babalarının yaklaşımlarını algılama gibi faktörlerin etkili olmadığı saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, erkek öğrencilerin kız öğrencilerine göre, üçüncü sınıf öğrencilerinin ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerine göre, arkadaşları ile evde kalan öğrencilerin ailesi ile kalan öğrencilere göre, anne ve babasının yaklaşımını demokratik olarak değerlendiren öğrencilerin problem çözme becerilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde hemşirelik mesleğinin uygulanması ile ilgili yaşanan sorunlar göz önüne alındığında problem çözme becerisi gelişmiş mezunlar verilmesine gereksinim duyulduğu açıktır. Bu bağlamda hemşirelik eğitimi verilen okullarda kritik düşünen, problem çözme becerisi gelişmiş, otonomisini kullanan ve bakıma odaklı hemşirelere gereksinim duyulmasından dolayı müfredat ile ilgili düzenlemeler ve içerik çalışmalarında bulunulabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Öğrencilere problem çözme becerisi kazandırmaya yönelik eğitim programlarının hazırlanması,
- Hemşirelik öğrencilerine problem çözme becerilerini geliştirebilmelerine

yönelik düzenli kitap okuma ve sosyal aktivitelerin planlaması,

- Çalışmanın her yıl düzenli olarak yapılarak öğrencilerdeki problem çözme becerilerindeki değişimin saptanması,
- Meta-analiz bir çalışma ile genel değerlendirmeye ulaşılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. D'Zurilla TJ, Goldfried M R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 1971; 18: 407-426.
2. Cüceloğlu, D. İnsan ve davranışı. 9 Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1999.
3. Morgan CT. Psikolojiye giriş. Çev. H. Arıncı ve ark. 13. Baskı. Ankara: Meteksan Yayınları; 1999.
4. Heppner PP, Hibel P, Neal GW, Weinstein CL, Rabinowitz FE. Personal problem solving; a descriptive study of individual differences. *Journal of Counseling Psychology* 1982; 29 (6): 580-590.
5. Heppner PP. A review of problem-solving literature and its relationship to the counseling process. *Journal of Counseling Psychology* 1978; 25 (5): 366-375.
6. Çalık T. Yönetimde problem çözme teknikleri. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2003.
7. Öğülmüş S. Kişilerarası sorun çözme becerileri ve eğitimi. 3. Basım. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti; 2006.
8. Eskin M. Temel kavram ve tanımlar: sorun çözme terapisi. 3. Basım. Ankara: HYB Basın Yayın; 2009.
9. Rugancı N. Stresle başa çıkma: olumlu bir yaklaşım (Ed: Nesrin Hisli Şahin). 3. Basım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1998.
10. Nezu AM, Nezu MN. Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 2001; 11: 187-205.
11. Neal GW, Heppner PP. Problem-solving, self-appraisal, awareness, and utilization of campus helping resources. *Journal of Counseling Psychologist* 1986; 33(1): 39-44.
12. Heppner PP, Baumgardner AH, Jakson J. Depression and attributional style: are they related?. *Cognitive Therapy and Research* 1985; 9(1): 105-113.
13. McAllister M. Doing practice differently: solution focused nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(6): 529-535.
14. Akın S, Güngör İ, Mendi B, Şahin N, Bizat E, Durna Z. Üniversite öğrenimlerini sürdüren hemşirelik bölümü öğrencilerinin problem çözme becerileri ve iç-dış kontrol odağı algısı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2007; 4(2): 30-36.
15. Kelleci M, Gölbaşı Z. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 8(2): 1-8.
16. Taşçı S. Hemşirelikte problem çözme süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) (14): 73-78.
17. Olgun N, Öntürk Z, Karabacak Ü, Aslan F, Serbest Ş. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri: Bir yıllık izlem sonuçları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 1(4): 188-194.
18. Yurttaş A, Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik becerileri ile problem çözme becerilerinin karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6(1): 1-13.
19. Günüşen NP, Üstün B. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeyleri ile kontrol odağı arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011; 4(2): 72-77.

20. Abaan S, Altıntoprak A. Hemşirelerde problem çözme becerileri: öz değerlendirme sonuçlarının analizi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 62-76.
21. McCabe RE, Blankstein KR, Mills JS. Interpersonal sensitivity and social problem-solving: relations with and social self-esteem, depressive symptoms and academic performance. Cognitive Therapy and Research 1999; 23 (6): 587-604.
22. Korkut F. Lise öğrencilerinin problem çözme becerileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 22: 177-184.
23. Dyson R, Renk K. Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping. Journal of Clinical Psychology 2006; 62(10): 1231-1244.
24. Verger P, Combes JB, Masfety VK, Choquet M, Guagliardo V, Rouillon F, Wattel PP. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44: 643-650.
25. Eşer İ, Khorshid L, Özkütük N, Orgun F. Hemşirelik öğrencilerinin karar verme ve problem çözme becerilerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 25(3): 9-25.
26. Özyazıcıoğlu N, Aydınöğlü N, Aytekin G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(3): 46-53.
27. Tezel A, Arslan S, Topal M, Aydoğan Ö, Koç Ç, Şenlik M. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(4): 1-10.
28. Ulupınar S. "Hemşirelik eğitiminin öğrencilerin sorun çözme becerilerine etkisi". İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul, 1997.
29. Keskin G, Yıldırım GÖ. The evaluation of university students in terms of problem solving, autonomy, multiple intelligences based on constructive approach norms. İnönü University Journal of the Faculty of Education 2008; 9(16): 67-88.
30. Şahiner G, Açıksöz S, Açıklı C. Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin problem çözme becerilerinin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12(6): 673-680.
31. Heppner PP, Petersen CH. The development and implications of a personal problem-solving inventory. Journal of Counseling Psychology 1982; 29 (1): 66-75.
32. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. No:9. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
33. McEwen M, Brown SC. Conceptual frameworks in undergraduate nursing curricula: report of a national survey. Journal of Nursing Education 2002; 41(1): 5-14.
34. Durmaz Ş, Kaçar Z, Can S, Koca R, Yeşilova D, Tortumluoğlu G. Çanakkale sağlık yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerileri ve etkileyen bazı faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(4): 63-71.
35. Tümkaya S, Aybek B, Aldağ H. An investigation of university students' critical thinking disposition and perceived problem solving skills. Eurasian Journal of Educational Research 2009; 36: 57-74.
36. Altun I. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. Nurse Education Today 2003; 23: 575-584.
37. Mert H, Gökçe S. Dokuz Eylül Üniversitesi hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme ve empatik becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 3. Aktif Eğitim Kurultayı. 3-4 Haziran. İzmir; 2006.
38. Kanbay Y, Aslan Ö, Işık E, Kılıç N. Hemşirelik lisans öğrencilerinin problem çözme ve eleştirel düşünme becerileri. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2013; 3(3): 244-251.
39. Ülker S. Hemşirelikte etkinliğe doğru eylem. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1995.

40. Yılmaz E, Karaca F, Yılmaz E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12 (1): 38-48.

Bir Elektro Analjezi Yöntemi: Transkütan Elektriksel Sınır Stimülasyonu ve Hemşirenin Rolleri

An Electroanalgesia Method: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation and Nurses` Role

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 50–60

Sevilay ERDEN*, Sevilay ŞENOL ÇELİK**

*Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Adana, Türkiye

** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 13 Haziran 2014

Kabul Tarihi: 24 Kasım 2014

ÖZ

Ağrı rehberleri ve yapılan çalışmalar, etkili ağrı yönetimi için analjeziklerin farmakolojik olmayan yöntemlerle birlikte kullanılmasını önermektedir. Bu yöntemlerden biri Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonudur (TENS). TENS, ameliyat sonrası ağrı kontrolünde yaygın olarak kullanılmakta olup, etkisi hala tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda TENS'in şiddetli ağrıda etkili olmadığı, bazılarında ise ağrıyı ve analjeziklerin tüketimini azalttığı belirtilmiştir.

Hemşirelerin en az yan etki ile en etkin analjeziyi sağlama konusunda sorumlulukları vardır. Tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olan TENS uygulamasında hemşirelerin görevleri bulunmakta olup, bu görevler mesleğin otonomisini arttırmaktadır. Ancak gözlemlerimiz, ülkemizdeki hastanelerde TENS uygulamasına ilişkin bir protokolün olmadığını, hemşirelerin bu uygulamayı yapmadıklarını göstermektedir. Oysa ülkemizde TENS hemşirelik yönetmeliğinde, hemşirenin doktor ile birlikte yaptığı uygulamalar arasında yerini almıştır. Ağrı yönetiminin bir ekip işi olduğu göz önünde bulundurulacak olursa, hemşire ağrı yönetiminde anahtar rolü üstlenmeli ve farmakolojik olmayan bu yöntemi uygulamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, TENS, elektroanaljezi, farmakolojik olmayan analjezi, hemşire

ABSTRACT

For effective pain management, pain guidelines and studies recommend the use of non-pharmacological methods combined with analgesics. One of these methods is Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). Even though TENS has been extensively used in postoperative pain control, its' effects are still controversial. Some studies indicate that TENS

is ineffective in severe pain control, whereas, some indicate as it is effective and reduces analgesics use.

Nurses have responsibilities in providing most effective analgesia with least side effect. Nurses' roles and responsibilities in TENS, which is a complementary treatment method, believed to strengthen their autonomy as a profession. Based on our observations, hospitals in Turkey don't have TENS protocol and nurses don't administer TENS, whereas nursing regulation states and lists TENS administration as one of a nursing intervention. As pain management requires teamwork, nurses should take the key role in pain management and use this non-pharmacological pain control method.

Key Words: Pain, TENS, electroanalgesia, nonpharmacologic analgesia, nurse

Giriş

Etkili ağrı yönetimi için geliştirilen klinik uygulama rehberlerine ve yeni analjezi tekniklerine rağmen hastalar ameliyat sonrası orta ve şiddetli düzeyde ağrı çekmektedir¹. Hastanın ağrı ve rahatsızlık çekmesine ek olarak, kontrol edilmeyen ağrı hasta için fizyolojik ve psikolojik, bakım verenler için ise maddi bir yüküdür¹. Ameliyat sonrası gelişen ağrı kaynağının birden fazla olması (cilt ve kasların kesilmesi, sinir hasarı vb) nedeniyle tek bir analjezi tekniği ağrı kontrolünde etkin olamamaktadır. Birden fazla tekniğin ya da ilacın kullanıldığı analjezi yaklaşımı, tek bir analjezi yaklaşımına göre ameliyat sonrası ağrı kontrolünün etkinliğini arttırmaktadır²⁻⁴. Amerika Sağlık Bakım Politika ve Araştırmaları Ajansının Akut Ağrı Yönetimi Rehberleri ve yapılan çalışmalar ameliyat sonrası ağrıda analjezik kombinasyonları ile farmakolojik olmayan yöntemlerin birlikte kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır⁵⁻⁷. Bu şekilde ağrının duyuşal, duygusal ve bilişsel yönlerinin daha iyi kontrol altına alındığı belirtilmektedir⁸.

Ameliyat sonrası analjezik etkiyi güçlendirerek analjeziklerin kullanımını azaltacak farmakolojik olmayan yöntemler arasında solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri (hipnoz, meditasyon vb), müzik, interkostal sinirlerin -600 derecede bloke edilmesi esasına dayanan kriyoanaljezi, insizyon bölgesine hafif bası uygulanması, hasta ile ağrısı hakkında konuşulması, sessiz ortam sağlanması ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (Transkütan Electrical Nerve Stimulation TENS) yer almaktadır^{2,9-11}. TENS, cilde yerleştirilen elektrodlar aracılığıyla, cilt yoluyla sinir sistemine kontrollü ve düşük voltajlı elektrik akımı uygulama yöntemidir¹².

Çok karmaşık ve çok boyutlu bir deneyim olan ağrının yönetiminde ilaçlarla birlikte invaziv olmayan, kolay, ucuz ve güvenilir bir tedavi yöntemi olarak TENS önerilmektedir⁷⁻⁹. Bir elektro analjezi yöntemi olan TENS uygulaması deri stimülasyonu yoluyla analjezik etki göstermektedir. Bu etki çeşitli teorilerle açıklanmıştır. Teorilerden biri kapı-kontrol teorisidir. Bu teoriye göre kalın A lifleri ile omuriliğin arka boynuzuna taşınan, düşük eşik değerli mekanoreseptörlerden gelen şiddetli duyuşal uyarılar, nosiseptörlerin aktivitesini baskılamaktadır. Kalın A lifleri dokunma, basınç, vibrasyon ve elektriksel duyuşları içermekte olup, bu lifler ile taşınan uyarılar ağrı oluşturmaz. Bu mekanizmaya göre, yüksek frekanslı düşük yoğunluktaki TENS uygulaması ile uyarılan kalın A lifleri, spinal kapının kapanmasına yol açarak ağrının beyin tarafından algılanmasını önlemektedir. Bir diğer teori ise duyuşal sinirlerin düşük frekanslı yüksek yoğunluktaki TENS ile uyarılması endorfin salınımını artırmakta, böylece ağrının algılanması azalmaktadır¹³⁻¹⁵.

Günümüzde TENS'in en yaygın kullanılan tipi yüksek frekanslı, kısa akım geçiş süreli ve düşük yoğunlukta uyarının verildiği konvansiyonel (geleneksel) TENS'tir. Bu tip uyarının kapı kontrol teorisi ile analjezik etki sağladığı düşünülmektedir. Bu TENS her türlü ağrıda kullanılsa da, en çok akut ve postoperatif ağrıda tercih edilmektedir^{13,16}.

TENS konusunda yapılan çalışmalarda TENS'in ağrı kontrolünde güvenle kullanılabileceği, ancak şiddetli ağrıyı azaltmadığı bildirilmiştir¹⁷⁻²⁰. TENS'in etkinliğinin stimülasyon alanı, frekans, yoğunluk ve elektrik stimülasyon süresi gibi etmenlere bağlı olduğu tahmin edilmektedir⁴⁰⁻⁴⁴. TENS'in şiddetli ağrıda etkisiz olduğunu bildiren çalışmaların yanında, bu yöntemin ağrıyı ve analjeziklerin kullanımını anlamlı derecede azalttığını; opioidlere eklenmesiyle analjezik etkiyi arttırdığını ve solunum fonksiyonlarını iyileştirdiğini gösteren çalışmalar da vardır^{9,21-28}. Hastanın ağrı kontrolünde etkin olabilen bu yöntemin ağrı ve rahatsızlığı azaltarak hastaya hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan yararlı olacağı düşünülmektedir.

TENS'in en önemli avantajı; hemşireler tarafından kolaylıkla uygulanabilmesi ve hasta ya da ailelere kolayca öğretilmesidir. Ancak, gözlemlerimiz hastanelerde ameliyat sonrası ağrı kontrolünde sıklıkla farmakolojik yöntemlerin kullanıldığını, TENS'in bilinmediğini ve uygulanmadığını düşündürmektedir.

Hasta ile 24 saat birlikte olması nedeniyle ameliyat sonrası hasta izleminde hemşirenin rolü büyüktür. Hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu olan hemşireler, en az yan etki ile en etkin analjezinin sağlanması konusunda ekip içinde üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmelidir. TENS uygulamasına yönelik yurt dışında yapılan hemşirelik çalışmalarına bakıldığında hemşirelerin ağrı tedavisinde farmakolojik olmayan bir yöntem olarak TENS'i uyguladıkları ve TENS'in evde uygulanmasına yönelik hastalara eğitim verdikleri görülmektedir²⁹⁻³¹. Buna ek olarak, New York Hemşireler Derneği TENS'in tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olduğunu ve hemşirelik bakımında kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Dernek, bu tür tedavi yöntemlerinde özel uygulamalı eğitimin ve klinik deneyimin önemli olduğunu, hemşirenin tedavinin yararlarına ve risklerine yönelik hastayı bilgilendirme ve destekleme konularında sorumluluğu bulunduğunu ifade etmiştir. Dernek ayrıca, hemşirenin TENS uygulamasında yardımcı ve koordinatör rollerinin bulunduğunu, bu rollerin hemşirenin mesleki otonomisini güçlendirdiğini belirtmiştir³².

Klinik gözlemlerimiz ameliyat sonrası ağrının azaltılması için TENS kullanımına ilişkin bir protokol olmadığı, hemşirelerin TENS'i uygulamadıkları ve sadece doktor istemindeki analjezik ilaçları uyguladıkları yönündedir. Ayrıca ülkemizde hemşirelerin ameliyat sonrası analjezide, TENS uygulamasına yönelik çalışmalarının olmadığı belirlenmiştir. Yurt dışında hemşirelerin ağrı tedavisinde uyguladıkları bu yöntem, ülkemizde hemşirelik yönetmeliği (19 Nisan 2011 yılında yayınlanan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik) ile hemşirenin hekim ile birlikte yaptığı uygulamalar arasında yerini almış olup, hemşirenin ağrı kontrolü konusunda önemli rollerinin olduğunu göstermektedir. Bu yönetmelikte hemşire, TENS uygulamasını "Hekim kararı ile uygular" ve "Hekim ile birlikte yapar" ifadeleri yer almaktadır. Ağrı yönetiminin bir ekip işi olduğu göz önünde bulundurulacak olursa, ameliyat sonrası dönemde hastanın yakın izleminden sorumlu, tanı ve tedaviye yön verici olan hemşire, bu konuda anahtar rolü üstlenmelidir. Bu nedenle bu makalede TENS uygulamasından ve hemşirenin rollerinden bahsedilecektir

Transkütan Elektriksel Sınır Stimülasyonu (TENS)

TENS en yaygın kullanılan elektroanaljezi yöntemidir³³. İnvaziv olmayan bu yöntemde, cilde yerleştirilen yüzeysel elektrotlar aracılığıyla sinir sistemine kontrollü ve düşük voltajlı elektrik akımı uygulanmaktadır^{34,35}.

TENS'in Tarihi

Modern tıp tarihinde elektriksel uyarı, değişik şekillerde hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. Dünyada ilk kez M.Ö. 46 yılında Scirbonius Largus baş ağrısı ve artrit bağı gelişen ağrılarda elektrikli yılan balığının tedavi edici etkisini yayınlamıştır. James Churchill gibi araştırmacılar 19. yüzyıl başlarında değişik cihazlarla elde ettikleri elektriksel uyarıları tedavi etmek amacıyla kullanmışlardır. İlk kez 1965 yılında Melzack ve Wall'un ortaya attığı kapı kontrol teorisi ile TENS' in ağrı tedavisindeki önemi artmıştır^{16,36}. Gerek kapı kontrol teorisinin açıklanması, gerekse 1967 yılında yapılan bir çalışmada yüksek frekanslı akım ile kalın liflerin uyarılması sonucunda nöropatik ağrının azalması, TENS'in o tarihten bugüne ağrı tedavisinde en sık kullanılan biyomedikal yöntem olmasına yol açmıştır³⁵.

TENS'in yüzeysel elektrotlarla cilt üzerinden uygulanabilmesi, kolayca taşınabilmesi, hastanın kendi kendine uygulayabilmesi, her zaman her yerde kullanılabilmesi ve yan etkisinin bulunmaması gibi avantajları nedeniyle günümüzde bu yöntemin kullanımı artmıştır^{12,37}. TENS ağrı tedavisinde kolay uygulanabilen, güvenilir ve etkili olduğu için Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration-FDA) tarafından birçok cerrahi girişimden sonra, doğumda ve çeşitli hastalıkların yol açtığı akut ve kronik ağrıda kullanım onayı alınmıştır^{13,16}.

TENS Cihazı

Piyasada değişik özelliklere sahip birçok TENS cihazı bulunmaktadır. Etkili analjeziyi sağlayacak TENS cihazını seçmek, ancak kullanım endikasyonlarını ve cihazın teknik özelliklerini bilmekle mümkün olabilmektedir. Cihaz cepte ya da kemere takılarak taşınabilen büyüklükte olup, pille çalışmaktadır. Yeni model TENS cihazları 2 kanallıdır ve her kanalın parametreleri diğerinden bağımsız olarak ayarlanabilmektedir. Bu durum ağrının değişik karakterlerde ve yaygın olduğu hastalarda avantaj sağlamaktadır³⁸.

Periferik sinir sisteminin uyarılması için güç kaynağı, ampifikatör (yükselteç) ve elektrotlar gerekmektedir. Güç kaynağı ve amplifikatör TENS cihazı içinde yer almaktadır. Üretilen akım genellikle bifazik dalga şeklinde olup sıfır elektrik yüküne sahiptir. Bu şekilde iyonizasyonun neden olduğu deri irritasyonu engellenmektedir. Güç kaynağında üretilen akım ampifikatörde artırılarak elektrotlara ulaşmaktadır³⁸.

TENS Elektrotları

TENS'in amacı elektrotlar aracılığıyla deriyi hasara uğratmadan deri altındaki sinir liflerini kontrollü şekilde uyararak ağrı kontrolünü sağlamaktır. Elektrotların tek



Şekil.1. TENS Cihazı (www.a3bs.com)

kullanımlı veya tekrar kullanımlı birçok çeşidi bulunmaktadır. Tekrar kullanımlı elektrotlar karbonize silikondan yapılmış olup 4-6 ay süreyle kullanılabilir. Elektrotlar ve deri yüzeyi arasında akımın iletimini kolaylaştıran bir jel kullanılmaktadır. Bu jel sayesinde deri direnci azaltılmaktadır. Yeni tip TENS cihazlarında elektrotlar kendinden jellidir. Elektrotların yüzeyi ortalama 10-15 cm çapında olmalıdır. Daha küçük yüzeyli elektrotlar yüksek akım şiddetleri kullanıldığında ciltte irritasyona, daha geniş elektrotlar ise yetersiz akıma neden olabilmektedir^{13,16,39}.

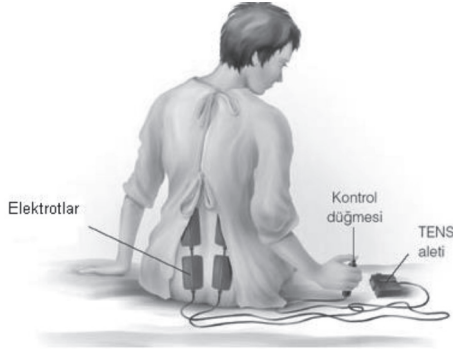
Elektrotlar genellikle vücudun ya da ekstremitelerin fonksiyonel hareketine engel olmayacak biçimde yerleştirilmelidir. Çoğu uygulama modellerinde stimülasyon alanları akupunktur noktalarını; tutulan dermotomal alanı; ağrılı, tetik, motor ve periferik sinir yüzeyel noktaları içermektedir^{13,16,39}.

Elektrotlar yerleştirilirken ağrının lokalizasyonu, hastanın yaşı ve cilt duyarlılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Cilt irritasyonunun oluşmaması için; cilt ve elektrotlar temiz tutulmalı, cilt alkol ile temizlenmeli, birbirine yakın konulmamalı ve değişik bölgelere yerleştirilmelidir^{13,16,39}. Bazı TENS cihazlarında hastaların elektrik akımının akım şiddetini (yoğunluğunu) ayarlayabilecekleri kontrol düğmeleri bulunmaktadır. Kullanımı basit olan kontrol düğmeleri, yoğunluk ayarlarında hassasiyeti mümkün kılmaktadır.

TENS'in Parametreleri

TENS uygulamasında farklı modeller bulunmaktadır. Bu modellerin daha iyi anlaşılması için TENS değişkenleri bilinmelidir. Bu değişkenler amplitüd, frekans ve atım süresi olup, tanımları aşağıda yer almaktadır.

Amplitüd (akım şiddeti); akım dalgasının yüksekliğini göstermektedir. Miliamper (mA) ile ölçülmektedir. Amplitüd yükseltildiğinde uyarılan sinir liflerinin sayısı artmaktadır. TENS, kalın miyelinli hızlı ileten lifleri uyardığından, yüksek amplitüde



Şekil 2. TENS cihazı ve elektrotların yerleşimi (saglikpark.com)

ayarlanmasına gerek duyulmamaktadır. Amplitüd hastanın akımı algılamasıyla ve uyarının şiddetiyle ilgili olduğundan, amplitüdü hasta parestezi algılayacak, ancak ağrı duymayacak şekilde artırmak daha doğru bir yaklaşımdır³⁸.

Frekans; bir saniyede üretilen elektriksel uyarın sayısı olup, Hertz (Hz) ile ölçülmektedir. Frekans, 1-200 Hz arasında ayarlanabilmektedir. Konvansiyonel TENS uygulamasında 30-100 Hz arası, akupunktur benzeri TENS uygulamasında ise 1-2 Hz arası uygundur³⁸.

Atım süresi (atım genişliği); akımın süresini ifade etmektedir. Genellikle 50-250 milisaniye (msn) arasında ayarlanmaktadır. Bu aralık kalın miyelinli hızlı ileten sinir liflerinin uyarılması için en uygun aralıktır³⁸.

Günümüzde kullanılan TENS aletleri amplitüd 0-80 mA, frekans 1-150 Hz ve atım genişliği 10-300 msn arasında değişen uyarı akımları vermektedir³⁸.

TENS Uygulama Modelleri

TENS'in uygulama modelleri arasında 5 tip model bulunmaktadır. Bunlar^{13,16,39}:

- **Konvansiyonel (Geleneksel) TENS:** En yaygın kullanılan uygulama modelidir. Her türlü ağrı için kullanılsa da, en çok ameliyat sonrası ağrı ve akut ağrı tercih edilmektedir.

Bu modelde yüksek frekanslı, kısa atım süreli ve düşük amplitüdü uyarı verilmektedir. Frekansı genellikle 50-100 Hz, atım süresi 200 msn ve amplitüd yoğunluğu ise kontraksiyon oluşturmadan, aşırı rahatsızlık hissi vermeden ve hafif karıncalanma oluşturacak şiddette 1-100 mA arasındadır.

Konvansiyonel TENS yönteminde en iyi etkiyi elde etmek için elektrotlar ağrılı bölgenin altına ve üstüne yerleştirilmelidir. Konvansiyonel TENS'in etkisi 30 dakikada başlamakta ve tedavi kesildikten sonra yaklaşık 2 saat içinde de kaybolmaktadır. Tedavi süresi 30 dakikadan birkaç saate kadar uzayabilmektedir. Teorik olarak 24 saat aralıksız uygulansa da yarım saatlik uygulamalar analjezi için yeterli olmaktadır.

- **Akupunktur Benzeri TENS:** Akupunkturun elektrodlarla uygulanması olup frekans 1-10 Hz, atım süresi 0-200 msn olarak ayarlanmaktadır. Amplitüd yoğunluğu hastanın tolere edebileceği yükseklikte olmakla birlikte, genellikle gözle görülür bir kontraksiyona yol açmaktadır. Bu tip TENS küçük çaplı C liflerini etkilemekte olup, stimülasyonun endorfin salınımını etkileyerek analjezik etki sağladığı düşünülmektedir. Daha çok kronik ağrıda ve tetik nokta (kas dokusundaki düğüm bölgeleri ve bantlar) üzerinde uygulanmaktadır.

Günümüzde konvansiyonel TENS'in Kapı Kontrol Teorisine göre; Akupunktur benzeri TENS'in ise Endorfin Teorisine göre analjezi sağladığı kabul edilmektedir.

- **Kısa-Yoğun TENS:** Hiperstimülasyon analjezisi de denilen bu tip uygulamada kısa süreli yüksek frekansta ve hastanın dayanabileceği en yüksek şiddette akım verilmektedir. Frekansı 50-150 Hz, atım süresi 100-200 msn olarak ayarlanmaktadır. Ağrıyı gidermek için şiddetli akım uygulandığında ritmik olmayan kas kontraksiyonu, hatta tetanik kontraksiyon görülmektedir. Bu modelde bütün duyuşsal ve motor lifler etkilenmektedir. Analjezi 1-15 dakikada başlamakta, buna karşın uyarı sonrası analjezi oldukça kısa sürmektedir.
- **Patlayıcı (burst) TENS:** Bu yöntemle yüksek (50-100 Hz) ve düşük (1-10 Hz) frekansta akımlar birbiri ardından verilmektedir. Bu tip stimülasyon gözle görülür kas kontraksiyonuna neden olmaktadır. Analjezik etki geç başlasa da uzun sürmektedir.
- **Modüle Edilmiş TENS:** TENS'in son 10 yıldır kullanılmaya başlanan yeni bir uygulama yöntemidir. Sinirin uyumunu azaltmak için atım süresi veya şiddeti ya da her ikisi birden belirli aralıklarla değil, rastlantısal verilmektedir.

TENS'in Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

TENS'in etkili ve güvenilir bir analjezi yöntemi olarak kullanılabilmesi için endikasyonlarına ve kontrendikasyonlarına dikkat edilmelidir. TENS tedavisi için endikasyonlar ağrı sendromlarıdır. Bunlar arasında kas-iskelet sistemi ile ilgili akut ağrılı durumlar (kırık ağrısı, kas zorlanması, artrit vb), akut ameliyat sonrası ağrı, kardiyopulmoner ağrı, kronik ağrı (bel ve boyun ağrısı vb), migren, doğum ağrıları, dismenore, atroza bağlı ağrılar, fantom ağrısı, trigeminal nevralsi, interkostal nevralsi, periferik nöropatiler, ilerlemiş malignensi ile ilişkili ağrılar yer almaktadır.^{13,16,35,38} Bu ağrılara ek olarak TENS, tedavilerden önce (kontraktür ve debrütman gerilmesi gibi) hastanın ağrı eşliğini yükseltmek için de kullanılmaktadır.

TENS, kalp pili olan hastalarda elektriksel uyarılar kardiyak pacemaker çalışmasını bozabileceği için; kardiyak hastalığı olanlarda göğüs ön duvarına; larinks iç kaslarının hasarına neden olabileceği için boyun ön-iç tarafına; hipotansiyona ve vazovagal reflekse neden olabileceğinden karotis sinüs üzerine veya yakınına; epilepsi, geçici iskemik atak ve serebrovasküler olay geçiren hastaların baş ve boyun bölgesine; göz ve mukozalar üzerine ve ciltte tahriş olduysa kullanılmamalıdır. Ayrıca TENS'in embriyo üzerine etkileri bilinmediğinden gebeliğin ilk 3 ayında kullanılması uygun değildir.^{13,16,35,40} Yan etki olarak uzun süreli (24 saat aralıksız) uygulamalarda ciltte bazen elektrotlar altında allerjik reaksiyon gelişebilmektedir. Bunların dışında ciddi bir uygulama kısıtlaması bulunmamaktadır.

TENS Uygulamasında Hemşirenin Rollerini

TENS, ağrı merkezindeki uzman doktor tarafından istem edilen bir analjezi yöntemidir. TENS'in hangi hastaya uygulanacağı, parametreleri, uygulama alanı ve süresi doktor tarafından belirlenmektedir. Bu uygulama, TENS konusunda eğitimli hemşire (TENS uygulaması konusunda fizyoterapi ya da algoloji uzmanından) ve doktorun işbirliğini gerektirmektedir³⁹. TENS uygulamasında hemşirenin rollerini;

- Uygulamadan önce cihazın şarj/pil durumunun, elektrotlarının ve jelin kontrol edilmesi,
- İsteme uygun TENS modunun (konvansiyonel, akupunktur benzeri vb) ve parametrelerinin ayarlanması,
- Hastaya TENS konusunda bilgi verilmesi (süresi, yan etkileri vb),
- TENS uygulamasının etkin olması ve uygulama süresince hastanın rahatının sağlanması için hastaya uygun pozisyon verilmesi,
- TENS uygulanacak bölgenin/cildin hazırlanması (temiz ve kuru olması, görünür olması),
- Uygulama sırasında hastanın izlenmesi,
- Uygulama sonrasında tedavi modu, parametreleri, süresi ve hasta cevabı konularında kayıt tutulmasıdır.

Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası analjezi konusunda çelişkili sonuçlar bildirilse de, çalışmalardaki ortak nokta TENS'in farmakolojik yöntemlere eklenmesinin ağrı düzeylerini ve dolayısıyla analjezik kullanımını azalttığı ve yan etkilere yol açmadığı için güvenle kullanılabileceği yönündedir^{38,39}. Ancak, gözlemlerimizden ve incelediğimiz çalışmalardan yola çıkılarak, hastanelerde torakotomi sonrası ağrı kontrolünde sıklıkla farmakolojik yöntemlerin kullanıldığı, TENS'in uygulanmadığı görülmektedir. Oysa elektro analjezi yöntemi olarak TENS sağladığı etkin analjezi ile torakotomi sonrası önerilmektedir^{9,21}.

Sonuç

Ağrı yönetiminin bir ekip işi olduğu göz önünde bulundurulacak olursa, ameliyat sonrası dönemde hastanın yakın izleminden sorumlu, tanı ve tedaviye yön verici olan hemşireler bu konuda anahtar rolü üstlenmelidir. Bu bağlamda, ameliyat sonrası yeterli analjezi sağlamak, analjezik tüketimini azaltmak ve ameliyat sonrası dönemde hastanın rahatını sağlamak için, yönetmelikte belirtildiği şekilde hemşireler tarafından TENS uygulanabilmelidir.

Bu makalenin, hemşirelerin farmakolojik olmayan analjezi uygulamalarını geliştirmesinde yol göstereceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG, Sjöström B. Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. *J Clin Nurs* 2008; 17(15):2042-50.
2. Slinger P, Kanellakos G. Post-operative analgesia for thoracic surgery. *US Surgery. Reference Section* 1-5. Hill,2007. s. 569-619.
3. Ferreira FC, Issy AM, Sakata RK. Assessing the effects of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in post-thoracotomy analgesia. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2011; 61(5): 561-567.
4. Pınar A, Hepağuslar H, Pınar U, Önen A, Şanlı A, Karaçam V, Açikel Ü, Elar Z. Torakotomi uygulanan hastalarda interkostal sinir blokunun epidural analjezi üzerine etkisi. *Gogus Kalp Damar Cerrahi Dergisi* 2012; 20(1):94-100.
5. AHCP. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma, Part 1. *Clinical Pharmacology* 1992; 11 (4): 309-331.
6. Kol E, Erdogan A, Karşlı B, Erbil N. Evaluation of the outcomes of ice application for the control of pain associated with chest tube irritation. *Pain Management Nursing* 2013; 14 (1):29-35.
7. Ettrich U, Seifert J, Scharnagel R, Günther KP. A Multimodal and multidisciplinary postoperative pain management concept. *Orthopade* 2007; 36(6): 546-51.
8. Keskinbora, K. The non-pharmacological approaches for postoperative pain treatment. In A. Yücel (Ed.), *Postoperative Analgesia*, (1st ed.) Istanbul-Turkey: Mavimer Printing House Publishing Ltd, 2004.s. 77-87.
9. Fiorelli A, Morgillo F, Milione R, Pace MC, Passavanti MB, Laperuta P, Aurilio C, Santini M. Control of post-thoracotomy pain by transcutaneous electrical nerve stimulation: effect on serum cytokine levels, visual analogue scale, pulmonary function and medication. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 2012;40: 861-868.
10. Topçu S. Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, 2008, Edirne.
11. Kol E, Erdoğan A, Karşlı B. Nature and intensity of the pain following thoracotomy. *International Journal of Nursing Practice* 2012;18: 84-90.
12. Coşkun-Çelik E. Medulla spinalis yaralanmalı hastalardaki nöropatik ağrıya akupunktur benzeri TENS'in etkisi. *Uzmanlık Tezi*, 2005, İstanbul.
13. Alper S. Transkutan elektriksel sinir stimülasyonu. Editor Beyazova M, Gokce Kutsal Y. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* 2000; 790-798.
14. Köke AJ, Schouten JS, Lamerichs-Geelen MJ, Lipsch JS, Waltje EM, van Kleef M, Patijn J. Pain reducing effect of three types of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with chronic pain: A randomized crossover trial. *Pain* 2004;108(1-2):36-42.
15. DeSantana JM, Walsh DM, Vance C, Rakel BA, Sluka KA. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation. *Curr Rheumatol Rep* 2008;10(6): 492-499.
16. Akyuz G. Transkutan elektriksel sinir stimülasyonu. Editor Tuna N. *Elektroterapi* 2001;163-176.
17. Rooney SM, Jain S, Goldiner PL. Effect of transcutaneous nerve stimulation on postoperative pain after thoracotomy. *Anesth Analg* 1983; 62: 1010-12.
18. Stubbing JF, Jellicoe JA. Transcutaneous electrical nerve stimulation after thoracotomy. Pain relief and peak expiratory flow rate-a trial of transcutaneous electrical nerve stimulation. *Anaesthesia* 1988; 43: 296-8.
19. Benedetti F, Amanzio M, Casadio C, Cavallo A, Cianci R, Giobbe R, Mancuso M, Ruffini E, Maggi G. Control of postoperative pain by transcutaneous electrical nerve stimulation after thoracic operations. *Ann Thorac Surg* 1997;63: 773-6.

20. Carrol EN, Badura AS. Focal intense brief transcutaneous electric nerve stimulation for treatment of radicular and postthoracotomy pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:262-4.
21. Erdogan M, Erdogan A, Erbil N, Karakaya HK, Demircan A. Prospective, randomized, placebo-controlled study of the effect of tens on postthoracotomy pain and pulmonary function. *World J Surg* 2005; 29,1563-70.
22. Rooney SM, Jain S, McCormack P, Bains MS, Martini N, Goldiner PL. A comparison of pulmonary function tests for postthoracotomy pain using cryoanalgesia and transcutaneous nerve stimulation. *Ann Thorac Surg* 1986; 41:204-7.
23. Warfield CA, Stein JM, Frank HA. The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain after thoracotomy. *Ann Thorac Surg* 1985;39:462-465.
24. Liu YC, Liao WS, Lien IN. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation for post-thoracotomy pain. *J Formosan Med Assoc* 1985; 39:462-465.
25. Desantana JM, Sluka KA, Lauretti GR. High and low frequency TENS reduce postoperative pain intensity after laparoscopic tubal ligation: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2009;25(1):12-9.
26. Solak O, Emmiler M, Ela Y, Dünder U, Koçoıullari CU, Eren N, Gökçe IY, Cekirdekçi A, Kavuncu V. Comparison of continuous and intermittent transcutaneous electrical nerve stimulation in postoperative pain management after coronary artery bypass grafting: a randomized, placebo-controlled prospective study. *Heart Surg Forum* 2009;12(5):266-71.
27. Chandra A, Banavaliker JN, Das PK, Hasti S. Use of transcutaneous electrical nerve stimulation as an adjunctive to epidural analgesia in the management of acute thoracotomy pain. *Clinical Investigation* 2010; 54 (2): 116-120.
28. Solak O, Turna A, Pekcolaklar A, Metin M, Sayar A. Transcutaneous electric nerve stimulation for the treatment of postthoracotomy pain: a randomized prospective study. *Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 55:182-5.
29. Mobily PR, Herr KA, Nicholson AC. Validation of Cutaneous Stimulation Interventions for Pain Management. *Int J Nurs Stud* 1994;31(6):533-44.
30. Mitchell A, Kafai S. Patient Education in TENS Pain Management. *Prof Nurse* 1997;12(11): 804-7.
31.(t.y) Use of complementary and alternative therapies in the practice of nursing.<http://www.nysna.org/practice/positions/position14.htm>. 20.07.2013
32. Rakel B, Frantz R. Effectiveness of Transcutaneous electrical nerve stimulation on postoperative pain with movement. *J Pain* 2003; 4(8):455-64.
33. Çapan N. Temporomandibular eklem rahatsızlıklarında fizik tedavi yöntemleri, egzersizler ve postoperatif rehabilitasyon. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2010;56 (1):15-8.
34. Çelik Y, Günüşen İ, Eyigör C, Karaman S, Uyar M, Durmaz B. Abdominal histerektomi operasyonundan sonra düşük frekanslı tens ile konvansiyonel tens uygulamasının postoperatif analjezik etkilerinin karşılaştırılması. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi* 2011; 39(5): 224-231.
35. Ashburn MA, Caplan RA, Carr DB, ve ark. Practice Guidelines for Acute Pain Management In The Perioperative Setting. *Anesthesiology* 2004; 100: 1573-81.
36. Mysıw J, Jakson R. Electrical stimulation. In: Braddom R, eds. *Physical Medicine Rehabilitation*. 1996.s.464-491.
37. Adams ML, Arminio GL. Non-pharmacologic pain management intervention. *Clin Podiatr Med Surg* 2008; 25(3):409-29.
38. Aldemir T. Transkütan elektiriksel sinir stimülasyonu (TENS): In: Erdine S, ed.Ağrı. İstanbul: Nobel Kitabevi. 2000. s. 533-545.

39. Gayaud R. Nursing expertise in transcutaneous neurostimulation. *Rev Infirm* 2013; 187: 40-3.
40. Hughes R, Gao F. Pain control for thoracotomy. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* 2005; 5(2): 56-60.

Hematopoietik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Bakım Verme Yükü ve Hemşirelik Bakımı

Caregiver Burden in Primary Caregivers of Patients Undergone Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Nursing Care

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 61-69

Nur İZGÜ*

* Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 9 Aralık 2014

Kabul Tarihi: 30 Aralık 2014

ÖZ

Hematopoietik kök hücre naklinde tedavi süreci primer bakım vericiyi de en az hasta kadar etkilemektedir. Bu süreçte bakım vericinin yaşadığı sosyal çevreden ayrılması, diğer sorumluluklarını yerine getirmede zorlanması, hastanın yaşadığı semptomların yoğunluğu ve finansal sorunlar bakım verme yükü yaşanmasına neden olabilir. Hemşireler bakım verme yükünün belirlenmesi ve yükün azaltılmasında hasta ve ailesi ile geçirdiği süre bakımından önemli role sahiptirler. Bu makale hematopoietik kök hücre naklinde bakım verme yükü ve yükün azaltılmasında uygulanabilecek hemşirelik girişimlerine dikkat çekmek amacı ile yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: bakım verici, bakım verme yükü, hematopoietik kök hücre nakli, hemşirelik

ABSTRACT

The treatment process of hematopoietic stem cell transplantation effect primary caregivers, as well as patients. The fact that caregivers leave their social environment, have difficulty in fulfilling their previous responsibilities and have financial issues combined with intensity of patients' symptoms may lead to caregiver burden. Nurses have a key role for determining and relieving caregiver burden in terms of time spent with patients and their families. This review was written to point out caregiver burden in hematopoietic stem cell transplantation period and nursing interventions to decrease burden.

Key Words: caregiver, caregiver burden, hematopoietic stem cell transplantation, nursing care

İletişim : akglnur@gmail.com

Giriş

Malign hematolojik hastalıkların ve solid tümörlerin tedavisinde yaygın olarak kullanılan hematopoietik kök hücre nakli, hasta bakım ihtiyaçlarının yoğun olduğu uzun ve belirsiz bir tedavi sürecidir. Günümüzde tedaviye ilişkin maliyeti ve hastanede uzun süre yatmaya bağlı riski azaltmak için hematopoietik kök hücre nakli sonrası erken dönemde taburculuk planlanmaktadır. Bu durum yoğun bir eğitim almaya istekli, hastanın psikolojik ve fiziksel bakım aktivitelerini yerine getirebilecek; primer bir bakım vericisi gerektirmektedir¹.

Literatürde hematopoietik kök hücre nakli sürecinde ve sonrasında bakım veren bir aile üyesi olduğu durumda hastalısız yaşam süresinin uzadığı², hastanın tedavi sürecini daha kolay kabul ettiği³, daha az fiziksel ve psikolojik sorun yaşadığı⁴ belirtilmektedir. Nakil sonrası akut semptomların ve tıbbi yardım gerektiren komplikasyonların tanınması ve yönetimi, fırsatçı enfeksiyonların önlenmesi ve hastaya psikososyal destek sunma, bakım veren aile üyesinin sorumluluğunu arttırmaktadır^{5,6}. Hematopoietik kök hücre naklinde primer bakım vericiler artan sorumluluklar nedeniyle ev ve iş yaşamında değişiklik yaşayabilirler. Primer bakım vericinin yaşadığı sosyal çevreden ayrılması, önceki sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşamaması ve hastanın yaşadığı semptomların yoğunluğu bakım verme yükü için risk oluşturabilir⁷.

Bu makale hematopoietik kök hücre naklinde bakım verme yükü ve yükün azaltılmasında uygulanabilecek hemşirelik girişimlerine dikkat çekmek amacı ile yazılmıştır.

Primer Bakım Verici ve Bakım Verme Yükü Kavramları

Primer Bakım Verici

İnformel bakım vericiler fiziksel, bilişsel ya da mental sorunlar nedeniyle desteğe ihtiyaç duyan aile üyesi ya da arkadaşına ücret talep etmeksizin bakım ve destek sunan kişilerdir⁸. Cooke ve arkadaşları⁹ informal bakım vericisi hastanın tıbbi bakımına ya da günlük yaşam aktivitelerine düzenli olarak yardım eden, haftada en az on saat bakım sunan ya da hastayla birlikte yaşayan kişi olarak tanımlamışlardır.

Hastanın bakım sorumluluğunu sürdürmede birinci dereceden sorumlu olan kişi, primer bakım verici olarak tanımlanmaktadır¹⁰. Sekonder bakım vericiler ise, primer bakım vericisi destekleyen yardımcı kişiler olarak belirtilmektedir¹¹. Hematopoietik kök hücre naklinde primer bakım verici, nakil olan hastaya doğrudan fiziksel ve psikolojik destek sunan, hastanın ihtiyaçlarını karşılayan kişi olarak tanımlanmaktadır¹².

Bakım Verme Yükü

Bakım verme yükü, algılanan talepler, ihtiyaçlar ve mevcut kaynaklar arasındaki dengesizlik nedeniyle ortaya çıkan bir durumdur. İhtiyaçlar bakım vericiden, diğer aile üyelerinden, çalışılan iş veya toplumdaki kaynaklardan sağlanabilir. Kaynaklar ise bireyin kendi kaynaklarını ve ona yardımcı diğer formal ve informal destekleri içerir. Hasta bireyin ihtiyaçlarını karşılamada kaynaklar yetersizse bakım verici bunlarla baş etmede kendini aşırı yük altında hissedebilir¹³.

Fife ve arkadaşları¹⁴, hematopoietik kök hücre naklinin erken dönemlerinde bakım veren aile üyelerinin bu süreçten olumsuz etkilenmesine neden olabilen beş faktör belirlemiştir. Bunlar; kanser tanısı ile ilişkili olarak önceden var olan stres durumu, transplantasyon süreci ile ilgili belirsizlik, nakil sonucunda hastalığın tedavi edilemeyeceği korkusu, bakım vericinin önceki yaşantısını değiştirme zorunluluğu ve finansal sıkıntıların yaşanması şeklindedir.

Bakım vermenin neden olduğu yük çok boyutludur, bakım vericinin fiziksel, psikolojik, finansal, sosyal ve spiritüel yaşam alanlarında görülebilir. Fakat bakım verici tüm boyutları tek bir zamanda algılamaz. Bakım verme yükü bakım verilen bireyin ihtiyaçlarının artması/azalması ve ailenin hastadan beklentilerinin değişmesi nedeniyle zaman içerisinde değişim gösterir¹³.

Foxall ve Johanson¹⁵, hematopoietik kök hücre nakli yapılmış hastaların bakım vericilerinde bakım verme yükünü objektif ve subjektif olarak çalışmışlar, subjektif yükün değersizlik, korku, zorlanma, sinirlilik ve suçluluk gibi duyguları kapsadığını, objektif yükün ise; finansal güçlükler, kişisel aktivitelerde sınırlanma, aile sürecinde değişim ve aile ilişkilerinde gerginlik gibi durumları içerdiğini belirtmişlerdir.

Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalar ve bakım vericileri tıbbi durumdaki hızlı değişimler, sık invaziv girişimler, komplike semptomlar ve mortalite riski nedeniyle uzun süre hastanede kalmakta ya da kliniğe yakın bir yere taşınarak bildiği çevreden ayrılmaktadır. Bununla birlikte kök hücre nakil hastaları bakım gerektiren fiziksel ve psikolojik birçok ihtiyacı devam ederken taburcu edilmekte ve bakım veren aile üyelerinden bu bakım ihtiyaçlarının birçoğunu karşılamaları beklenmektedir. Bu süreçte bakım vericinin sorumluluklarında artış, ev ve iş yaşantısında değişikliklere neden olmaktadır. Bu durum, müdahale edilmezse hasta sonuçlarını olumsuz etkileyebilecek bakım verme yükü riskini arttırmaktadır^{1,15}.

Hematopoietik Kök Hücre Naklinde Primer Bakım Vericilerin Gereksinimleri

Hematopoietik kök hücre naklinde hasta büyük ölçüde bakım vericiye bağımlıdır. Bu durum primer bakım vericinin sosyal, psikolojik ve spiritüel iyilik haline potansiyel bir tehdit oluşturmakta ve bu nedenle bakım veren aile üyesinin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması gerekliliği önem kazanmaktadır^{1,14}. Literatürde hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların primer bakım vericilerinin karşılanmayan psikolojik ve sosyal ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir^{7,16,17}.

Hematopoietik kök hücre naklinde bakım vericilerin ihtiyaçlarının tanımlandığı çalışmalar incelendiğinde; Stetz ve arkadaşları¹⁸, bakım veren aile üyelerinin bakım vermeye hazırlanma, bakımın yönetimi, zorluklarla yüzleşme, destekleyici stratejilerin geliştirilmesi, bakım vermenin olumlu yönlerinin keşfedilmesi gibi konularda bilgilendirme ihtiyaçları olduğunu belirlemişlerdir. Aslan ve arkadaşlarının¹⁹ çalışmasında; bakım vericiler tedavi sonrası bakım ve tanı ile ilgili daha fazla bilgilendirme ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir. Grimm ve arkadaşlarının¹⁷ çalışmasında ise primer bakım vericiler hastanın bakım ihtiyaçlarını kendileri için en önemli ihtiyaçlar olarak sıralamışlar, semptom yönetimi, finansal konular ve normal aile yaşantısını sürdürme ile ilgili bilgilendirme ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir.

Primer bakım vericinin iyilik halini sürdürmek hasta sonuçlarını etkilediğinden tedavinin başarısı için informal bakım vericilerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak önem taşımaktadır. Bakım vericilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimleri iyi bir şekilde tanımlanır ve giderilirse, bakım vericilerin nakil sürecindeki rolleri yerine getirmede daha az güçlüklerle karşılaşacakları belirtilmektedir¹⁹.

Hematopoietik Kök Hücre Naklinde Primer Bakım Vericilerin Değerlendirilmesi

Bakım vericinin değerlendirilmesi, sistematik bir süreçtir. Bu süreçte bakım vericinin iyilik halini sürdürmek için, kendi kültür ve algısıyla kendi durumuna bakış açısını, gereksinimlerini, mevcut kaynaklarını ve güçlü yönlerini belirlemek amaçlanır. Değerlendirme sonucunda, bakım veren aile üyesinin fiziksel ve mental sağlık açısından taşıdığı riskler ile ek bir desteğe ihtiyacı olup olmadığı belirlenebilir²⁰.

Hematopoietik kök hücre naklinde hasta ile birlikte bakım verici ve ailenin değerlendirilmesi fiziksel engeller, olumsuz baş etme mekanizmaları ve finansal güçlükler açısından nakil ekibi için uyarıcı olabilir²¹. Literatürde kadın olma²²⁻²⁷, ileri yaşta olma⁵, çalışmıyor olma^{27,28} ve düşük sosyoekonomik statüye sahip olmanın^{15,29} bakım vermenin stresli bir deneyim olarak algılanma riskini arttırdığı belirtilmektedir. Bakım vericinin cinsiyeti yük açısından riski belirlemede önemli bir faktördür. Çünkü yük kadın ve erkeklerde farklı deneyimlenebilir. Yetersiz gelir durumunun da kaynaklara ulaşılabilirliği kısıtladığı belirtilmektedir¹³. Hematopoietik kök hücre nakli maliyeti yüksek bir tedavi olduğu için değerlendirmede sosyal güvencenin ve sosyoekonomik durumun da göz önünde bulundurulması önem taşımaktadır³⁰.

Sağlık durumu kötü olan bakım vericilerin, sağlık durumu iyi olanlara göre yük açısından daha fazla risk taşıdığı literatürde belirtilmiştir^{13,31}. Bu nedenle bakım veren bireyin yaşı, sağlığı ve fiziksel durumu da bakım sorumluluğunu alabilme açısından değerlendirilmelidir²¹. Bunun yanı sıra; bakım vericinin kendine zaman ayırmasını sağlayacak, bakım rollerinde ona destek olabilecek aile üyesi ya da arkadaşların olup olmadığı belirlenmeli, baş etme stratejileri tanımlanmalı, sigara, alkol, madde kullanımı gibi alışkanlıkları sorgulanmalı ve öğrenim ihtiyaçları da doğru bir şekilde belirlenmelidir^{21,30}. Bakım vermenin onun için ifade ettiği anlam konuşularak, yaşadığı stres semptomları (anoreksiya, uykusuzluk, aşırı yemek yeme vb.) gözlenmelidir³².

Bakım Verme Yükünün Ölçülmesi

Bakım verme yükünün belirlenmesinde hemşireler, hasta ve ailesi ile geçirdikleri zaman bakımından önemli bir role sahiptirler. Bakım verme yükü objektif, subjektif ya da çok yönlü olarak değerlendirilebilir³³. Objektif yükün ölçümünde bakım için harcanan saatler, bakımda üstlenilen rollerin miktarı ve bu rolleri yerine getirmede harcanan çaba gibi değişkenler göz önünde bulundurulmaktadır^{33,34}. Objektif ölçümün avantajı, bu amaçla kullanılan ölçüm araçlarının genellikle kısa olması ve kolay uygulanabilmesidir. Ayrıca bu tür bir ölçüm, girişim planlanması gereken alanlar için anlaşılması daha kolay bir yol sunmaktadır. Ancak yükün sadece objektif yönünü ölçmenin bakım vermeden kaynaklanan olumsuz sonuçlarla ilgili riski tanılamada yetersiz olabileceği belirtilmektedir³³.

Bakım verme yükünün subjektif ölçümü, bakım vermenin bakım verici üzerinde oluşturduğu sıkıntının derecesini inceler. Bu ölçümün bakım vericinin bakım rollerine ilişkin duygusal tepkisini daha doğru ifade ettiği belirtilmektedir^{33,34}. Ancak sadece subjektif yönü ölçen bir aracı kullanmanın da sınırlılıkları bulunmaktadır.

Hem objektif hem de subjektif yönü ölçen araçların kullanılması, yükün farklı boyutlarını değerlendirme olanağı sağladığı için önemlidir. Ancak bu ölçeklerin uygulanması da uzun sürdüğü için klinik açıdan uygulanabilirliği sınırlı kalabilir. Klinik uygulanabilirliği geliştirmek için, kısa tarama araçlarının ya da uzun ölçeklerin alt boyutlarını kullanmanın yararlı olabileceği belirtilmektedir³³. Bakım verme yükünün ölçülmesi ile ilgili birçok ölçüm aracı bulunmaktadır^{33,35}. Bakım Verme Yükü Ölçeği, Bakım Verenlerin Reaksiyon Tanılama Ölçeği, Bakım Veren Stres İndeksi, Aile Bireyine Yardımcı Olmaya Gösterilen Tepkiler Formu, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçüm araçlarıdır³⁶⁻³⁸.

Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirelik Girişimleri

Nakil süreci bakım vericiyi de en az hasta kadar etkilemektedir. Bu nedenle hasta semptomlarının tedavi edilmesine ek olarak bakım verme yükünü azaltmak için bakım vericiyle ilgili semptomların tanımlanması ve tedavi edilmesi de önem taşır¹.

Bakım veren bireye destek sunmak çok boyutlu ve aile merkezli bir bakış açısını gerektirir²⁰. Sağlık personelinin sadece bakım vericinin hasta bireye nasıl yardımcı olacağını değil, bakım vericiyi bu süreçte nasıl destekleyeceğini de göz önünde bulundurması gerekir^{20,37}. Kök hücre nakli merkezlerinde çalışan hemşireler bakım verici ile ilgili sorunlar ortaya çıkmadan spesifik sorularla bakım vericilerin yaşadıkları deneyimleri öğrenip ihtiyaçlarını zamanında değerlendirebilir ve bu ihtiyaçların karşılanmasında gerekli girişimleri planlayabilirler.

Bakım vericiyi destekleyici girişimler her birey için farklılık gösterse de genellikle dört farklı alandaki desteği içermektedir. Bunlar; bilgi verme, psikolojik destek sunma, fiziksel destek sunma ve kaynakları harekete geçirme olarak sınıflandırılmaktadır³⁹.

Bilgilendirme ihtiyacı, bakım vericinin primer ihtiyaçları arasında yer alır. Hematopoietik kök hücre naklinde değerlendirmenin başladığı andan itibaren eğitim süreci de başlamaktadır. Literatürde hem yazılı hem de sözel bilgilendirmenin, verilen bilgilerin sentezi ve soru sorma için hasta ve ailesine yeterli zaman tanımanın yararlı olduğu belirtilmektedir^{30,39}. Psiko-egitimsel girişimler bakım vericileri bilgilendirmek amacıyla geliştirilmiş programlardır. Bu tür girişimler bireysel ya da grup formatında uygulanabilmektedir. Grup formatında uygulandığında bir grup lideri konuyu anlatıp, grup tartışmalarını destekleyerek yazılı materyaller sunabilir. Psiko-egitimsel girişimler bakım verici olmaya hazırlanma, semptom yönetiminin öğretimi, psikososyal konuların tartışılması, kaynakların tanımlanması, hizmet koordinasyonunun konuşulması, bakım vericiye öz bakımın öğretilmesi gibi konuları içerebilir^{33,39}.

Hastanede yatış süresince hasta ve ailesi için düzenli bir desteğin sürdürülmesi de bakımın önemli bir bileşeni olarak belirtilmektedir. Bu süreçte hemşirenin hasta ve ailesinin yaşadığı gerçeğin farkına varması ve duruma onların gözüyle bakması gerektiği vurgulanmaktadır. Taburculuk sonrası dönemde psikolojik destek sunmada; bakım vericiyi telefonla arayıp nasıl olduğunu sormanın önemli olduğu bilinmektedir. Bakım

vericiyle yapılan düzenli telefon görüşmeleri bakım vericinin karşılaştığı sorunları ifade etmesinde ve duygularını paylaşmasında katkı sağlayabilir. Bakım vericilere bireysel ya da grup danışmanlığı yapmak da onların karşılaştığı güçlükleri tanılamada ve çözüme ulaştırmada yarar sağlayabilir³⁹. Bakım vericiler için psikoterapi ve bilişsel davranışsal yaklaşımlar bakım verici ve profesyonel kişiler arasındaki terapötik ilişkiyi kolaylaştırır. Profesyonel terapist bakım vericinin deneyimlediği sıkıntıyla başa çıkması için stratejiler belirlemesine yardım ederken, bilişsel davranışsal yaklaşımlarla bakım vericilere kendini izleme becerilerini de öğretir³³.

Fiziksel destek sunmada; bakım veren aile üyesini kendine zaman ayırması konusunda cesaretlendirme bakım vericinin dinlenmesi için fırsat yaratan bir girişimdir³². Bakım vericinin dinlenmesine yönelik girişimler bakım veren bireylerin hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamaktan belli bir süre uzaklaşmasını sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Sorenson ve arkadaşlarının⁴⁰ farklı bakım verici gruplarıyla yaptığı bir meta analizde bakım vericiyi dinlendirmenin bakım verme yükünü azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir.

Kaynakların harekete geçirilmesinde; hastayı poliklinik randevularına getirmede diğer aile üyelerinden destek alma, ev işleri konusunda yardım alma, hasta ile vakit geçirme ve bakıma katkı yönünden diğer kişilerden destek alma için bakım vericiyi cesaretlendirme, destek grupları hakkında aileyi bilgilendirme gibi girişimler yer almaktadır^{32, 39}.

Bakım verme yükünün azaltılmasında çok yönlü girişimler de uygulanabilmektedir. Çok yönlü girişimler psikoedükatörel, destekleyici, psikoterapi ve bakım vericiyi dinlendirme gibi yaklaşımların çeşitli kombinasyonlarını içermektedir. Bakım vericinin farklı ihtiyaçlarına hitap ettiği için bakım verme yükünü azaltmada daha etkili olacağı öngörülmektedir³³.

Literatür incelendiğinde; hematopoietik kök hücre naklinde bakım verme yükünün tanımlayan çalışmalar bulunmasına rağmen^{5,15,41,42}, bakım vericilerin yaşadığı sorunların çözümüne yönelik spesifik girişimlerin uygulandığı araştırmalar sınırlı sayıdadır^{1,43,44}. Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaya bakım veren ebeveyn ve eşlerde stres ve sosyal izolasyonu azaltmak amacıyla grup görüşmesinin uygulandığı bir araştırmada; bakım vericiler aynı deneyimi yaşadıkları kişilerle paylaşımda bulunmanın kendileri için değerli olduğunu belirtmişlerdir⁴³. Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların bakım vericilerinde masaj ve terapötik dokunmanın bakım verme yükü üzerine etkisinin incelendiği bir diğer çalışmada; girişimin bakım verme yükünü azaltmada etkisi olmadığı, ancak masaj uygulanan bireylerin anksiyete ve depresyon skorlarında düşüş gözlemlendiği belirtilmiştir⁴⁴.

SONUÇ

Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalarda sağ kalım oranları artış göstermekte ve bunun sonucu olarak hastalara bakım veren informal bakım vericilerin sayısının artacağı öngörülmektedir. Nakil sürecinde hasta büyük ölçüde bakım vericiye bağımlıdır. Bu durum bakım veren bireyin sosyal, psikolojik ve spiritüel iyilik haline potansiyel bir tehdit oluşturmakta ve bakım verme yükü riskini arttırmaktadır. Primer bakım vericinin hasta bakım çıktıları üzerine olan katkısı düşünüldüğünde

bakım vericinin de hasta ile beraber bütüncül olarak değerlendirilmesi görüşü önem kazanmaktadır. Hemşireler hasta ve bakım veren aile üyesinin yaşadığı sorunları ele almada profesyonel bir meslek grubu olarak hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların bakım vericilerini destekleyen hemşirelik girişimlerini planlamalıdır.

Kaynaklar

1. Chow K, Coyle N. Providing palliative care to family caregivers throughout the bone marrow transplantation trajectory. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2011; 13(1):7-13.
2. Foster LW, McLellan L, Rybicki L, Dabney J, Copelan E, Bolwell B. Validating the positive impact of in-hospital lay care-partner support on patient survival in allogeneic BMT: a prospective study. *Bone Marrow Transplantation* 2013; 48:671-677.
3. Molassiotis A, Van Den Akker OB, Boughton BJ. Perceived social support, family environment and psychosocial recovery in bone marrow transplant long time survivors. *Social Science & Medicine* 1997; 44(3):317-325.
4. Rini C, Redd WH, Mosher CE, Moskowitz CH, Papadopoulos E et al. Effectiveness of partner social support predicts enduring psychological distress after hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(1):64-74.
5. Elredge DH, Nail LM, Maziarz RT, Hansen LK, Ewing D, Archbold PG. Explaining family caregiver role strain following autologous blood and marrow transplantation. *Journal of Psychosocial Oncology* 2006; 24:53-74.
6. Wilson ME, Eilers J, Heermann JA, Million R. The experience of spouses as informal caregivers for recipients of hematopoietic stem cell transplants. *Journal of Cancer Nursing* 2009; 32(3):15-23.
7. Beattie S, Lebel S. The experience of caregivers of hematological cancer patients undergoing a hematopoietic stem cell transplant: a comprehensive literature review. *Psycho-Oncology* 2011; 20(11):1137-1150.
8. Hunt CK. Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship* 2003; 35(1):27-32.
9. Cooke L, Grant M, Elredge DH, Maziarz RT, Nail LM. Informal caregiving in hematopoietic blood and marrow transplant patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 2011; 15:500-507.
10. Özer, S. Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010; 1(1):3-7.
11. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005; 8(3):101-106.
12. Caregivers & Transplant URL: <http://bethematch.org/For-Patients-and-Families/Caregivers-and-transplant/>. 5 Aralık 2014.
13. Chou KR. Caregiver burden: a concept analysis. *International Pediatric Nursing* 2000; 15(6):398-407.
14. Fife BL, Monohan PO, Abonour R, Wood LL, Stump TE. Adaptation of family caregivers during acute phase of adult BMT. *Bone Marrow Transplantation* 2009; 43:959-966
15. Foxall M, Johansson F. Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplantation patients. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24:915-923.
16. Zabora JR, Smith ED, Baker F, Wingard JR, Curbow B. The family: the other side of bone marrow transplantation. *Journal of Psychosocial Oncology* 1992; 10:35-46.
17. Grimm PM, Zawacki KL, Mock V, Krumm S, Frink BB. Caregiver responses and needs: an ambulatory bone marrow transplant model. *Cancer Practice* 2000; 8(3):120-128.
18. Stetz KM, Mc Donald JC, Compton K. Needs and experiences of family caregivers during marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum* 1996; 23(9):1422-1427.

19. Aslan O, Kav S, Meral C, Tekin F, Yeşil H, Öztürk U et al. Needs of lay caregivers of bone marrow transplant patients in Turkey: a multicenter study. *Journal of Cancer Nursing* 2006; 29(6):E1-E7.
20. Feinberg LF. State of the science, caregiver assessment, understanding the issues. *American Journal of Nursing* 2008; 108(9):38-39.
21. Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE. *Oncology nursing*. 5th Edition. United States of America: Mosby Elsevier; 2007. p. 620-649.
22. Bishop MM, Beaumont JL, Hahn EA, Cella D, Andrykowski MA, Brady MJ et al. Late effects of cancer and hematopoietic stem-cell transplantation on spouses or partners compared with survivors and survivor-matched controls. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25 (11):1403-1411.
23. Langer S, Abrams J, Syrjala K. Caregiver and patient marital satisfaction and affect following hematopoietic stem cell transplantation: a prospective longitudinal investigation. *Psycho-Oncology* 2003; 12:239-253.
24. Park CH, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baek YJ, Mo HN et al. Determinants of the burden and positivity of family caregivers of terminally ill cancer patients in Korea. *Psycho-Oncology* 2012; 21:282-290.
25. Selen F, Kav S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2014; 16(1):12-22.
26. Perz J, Ussher JM, Butow P, Wain G. Gender differences in cancer carer psychological distress: an analysis of moderators and mediators. *European Journal of Cancer Care* 2011; 20:610-619.
27. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. Exploring the side of cancer: the informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; 13:128-136.
28. Park B, Kim SY, Shin JY, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, Park JH. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: A nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer*, 2013; 21(10):2799-2807.
29. Yusuf AJ, Adamu A, Nuhu FT. Caregiver burden among poor caregivers of patients with cancer in an urban African setting. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 902-905.
30. Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. *Cancer nursing: principles and practice* 7th edition. United States of America: Jones and Barlett Publishers; 2010. p.526.
31. Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012; 2:73-80.
32. King CR, Hinds PS. *Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice*. 2nd edition. United States of America: Jones and Barlett Publishers; 2003. p.213-236.
33. Honea NS, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse LL. Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008; 12(3):507-516.
34. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing* 2008; 108(9):23-27.
35. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(3):513-552.
36. Uğur O, Fadilloğlu C. "Caregiver strain index" validity and reliability in Turkish society. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010; 11(6):1669-75.
37. İnci FH, Müyesser E. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008; 11(4): 85-95.
38. Çetinkaya, Y. Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumların ve etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. 2006.
39. Johnson RMC, Gorman LM, Bush NC. *Psychosocial nursing care: along the cancer continuum*. 2nd Edition. Pittsburg: Oncology Nursing Press; 2006. p.511-522.

40. Sorenson, S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective are Interventions with Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *Gerontologist*, 2002;42(3):356-372.
41. Boyle D, Blodgett L, Gnesdiloff S, White J, Bamford A, Sheridan M, Beveridge R. Caregiver Quality of Life After Autologous Bone Marrow Transplantation. *Journal of Cancer Nursing* 2000; 23(3):193-203.
42. Johansson FG, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy J. Psychological distress, fatigue, burden of care and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 2004; 31(6):1161-1169.
43. Patenaude AF, Levinger L, Baker K. Group meetings for parents and spouses of bone marrow transplant patients. *Social Work Health Care*, Fall 1986; 12(1):51-65.
44. Rexilius SJ, Mundt CA, Megel ME, Agrawal S. Therapeutic effects of massage therapy and healing touch on caregivers of patients undergoing autologous hematopoietic stem cell transplant. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29(3):E35-E44.,

Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar

Current Approaches to Oral Mucositis
Prevention and Treatment In Patients
Receiving Chemotherapy: Evidence-
Based Practices
(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 70-77

Kübra ÇITLAK*, Sevgisun KAPUCU*

* Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 12 Haz 2014

Kabul Tarihi: 16 Şub 2015

ÖZ

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, kanserli hücrelerin çoğalmasını ve gelişmesini önlerken hızlı bölünebilme özelliğine sahip oral mukoza epitel hücrelerinin büyüme ve olgunlaşmasını da baskılayarak primer mukozal bariyeri bozmaktadır. Mukoza bariyerinde bozulma, epitel hücrelerde zayıflama, eritem, ödem, kanama, ülserasyonlarla karakterize olan oral mukozit kanser hastalarında ses kısıklığı, konuşma güçlüğü, çiğneme ve yutma güçlüğüne yol açmaktadır. Mukozitin yol açtığı bu olumsuz etkiler hastaların beslenmesini olumsuz yönde etkiler iken, aynı zamanda tedavi dozunun azaltılmasına veya atlanmasına da sebep olabilmektedir. Oral mukozit üzerinde yapılan birçok çalışmalara rağmen, mukozitin önleme ve tedavisinde standart bir tedavi veya bakım uygulaması yoktur. Hemşirelik bakımının önemli bir parçası olan ağız bakımı ve kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukoziti önleme ve tedavisinde kullanılan güncel yaklaşımlar konusunda meslektaşlarımızı bilgilendirmek amacı ile bu derleme makale yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kemoterapi, Oral Mukozit, Tedavi Yöntemleri, Hemşirelik Bakımı.

ABSTRACT

Chemotherapy used in cancer treatment disrupts primary mucosal barriers by also suppressing the growth and differentiation of the rapidly dividing epithelial cells of the

İletişim : sevgisun@hacettepe.edu.tr

mucosa while preventing the proliferation and progress of cancerous cells. Oral mucositis, characterized with mucosal barrier disruption, erythema, edema, bleeding and ulceration, leads to hoarseness, difficulty in speech, chewing and swallowing. While these adverse effects of mucositis negatively affect the patients' nutrition, they also cause reduction or skip of treatment dose. In spite of many studies focusing on oral mucositis, there is no standard prevention or treatment practice for it. This review paper was prepared with the objective of informing our colleagues on current practices in mouth hygiene which is an important element of nursing care, and current practices on oral mucositis prevention and treatment in patients receiving chemotherapy.

Key Words: *Cancer, Chemotherapy, Oral Mucositis, Methods of Treatment, Nursing Care*

Giriş

Kemoterapi kanserin tedavisinde sıklıkla kullanılan yöntemler arasında yer alır ve kanserli hücrelerin gelişmesini ve çoğalmasını önlemek amacıyla kullanılır¹. Kemoterapi kanserli hücrelerin çoğalmasını ve gelişmesini önlerken normal hücrelere de zarar vermektedir^{1,2}. Kemoterapinin bu sitotoksik zararından en fazla etkilenen oral mukoza epitel hücreleridir³. Oral mukoza epitel hücreleri diğer hücrelere göre daha hızlı bölünebilme özelliğine sahip olduğu için kemoterapik ajanlar oral mukoza hücrelerinin büyüme ve olgunlaşmasını baskılayarak ağız ve boğazdaki primer mukozal bariyeri bozmaktadır. Bunun sonucu olarak gelişen oral mukozit mukoza bariyerinde bozulma, epitel hücrelerde zayıflama, eritem, ödem, kanama, sık ülserasyonlar, ses kısıklığı, konuşma güçlüğü, çiğneme ve yutma güçlüğü ile karakterizedir¹⁻³. Oral mukozit gelişmesine yol açan kemoterapi ilaçları; metotreksat, 5-florourasil gibi antimetabolitler, daktinomisin, adriamisin, bleomisin gibi antibiyotikler ve vinblastin gibi alkaloidlerdir³. Oral mukozit görülme oranı, hemopoetik kök hücre transplantasyonu için yüksek doz kemoterapi alan hastalarda %85-95, baş-boyun kanseri olan ve radyasyon ile birlikte kombine kemoterapi alan hastalarda ise %98'dir³. Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen oral mukozit derecelendirmesine göre oral mukozit, başlangıç enflamatuvar/vasküler fazı (Evre I), epitelyal faz (Evre II), ülseratif/bakteriyolojik faz (Evre III) ve iyileşme fazı (Evre IV) olmak üzere dört fazlı bir fonksiyon bozukluğudur⁴. Genel olarak kemoterapi uygulamasından bir hafta sonra ortaya çıkar ve 21 gün sonra iyileşir³. Ancak hastanın mukozit sorunu yaşadığı dönemlerde, hastalarda narkotik kullanımını gerektiren ağrı, çiğneme, yutma güçlüğü ve konuşma bozukluğuna yol açması sonucu dehidratasyon, malnütrisyon, anoreksi, kaşeksi meydana gelir ve hastaların günlük yaşam fonksiyonları ve beslenmesi olumsuz yönde etkilenir^{1,2}. Mukozitler ağrı nedeniyle opioid analjezik kullanımını ve beslenme sorunu nedeniyle total parenteral beslenmeye geçişi artırmaktadır^{5,6}. Ayrıca oral mukozit enfeksiyonlara giriş kapısı oluşturduğu için fırsatçı enfeksiyonların gelişmesini, sepsis nedeniyle mortaliteyi ve hastanede yatış süresini uzatarak tedavinin maliyetini artırır^{3,6}. Bunlara ek olarak bu durum hastanın mukoziti iyileşene kadar tedavi dozunun atlanmasına veya tedavi dozunun azaltılmasına da neden olabilir. Mukozitin yukarıda belirtilen olumsuz etkileri sonucunda, hastaların yaşam kalitesi önemli derecede azalır iken aynı zamanda tedaviye yanıt almada olumsuzluk ve hayati tehlike yaratan durumların gelişmesi de söz konusu olmaktadır⁵. Hasta bakımında primer rol oynayan ekibin en önemli üyesi olan hemşireler ağız bakımından ve mukozitin önlenmesinden sorumludurlar. Hemşirelerin hastada mukozit gelişmesini önlemede ve geliştiğinde takibi ve tedavisinde etkin

bakım verebilmesi için konu hakkında bilgi birikimine ve gelişmeleri takip edebilme potansiyeline sahip olmaları gerekir. Hemşirelik bakımının önemli bir parçası olan ağız bakımı konusunda güncel bilgilerin bir araya getirildiği ve kanıta dayalı uygulamalar ile zenginleştirildiği bu derleme makalenin meslektaşlarımızı bilgilendirilmesi konusunda yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu makalenin amacı kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukoziti önleme ve tedavisinde kullanılan güncel yöntemler ve etkinlikleri konusunda bilgi vermektir.

Oral Mukozitin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

1. Temel Ağız Bakımı

Ağız bakımında amaç, oral mikrobiyal floranın etkisini azaltmak ve fırsatçı enfeksiyonların gelişmesini önlemektir. Bunun için sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, yeterli ve dengeli beslenme, hidrasyon, tedavi öncesinde periodental değerlendirilmenin ve tedavinin yapılması, rutin olarak floridli diş macunu ile dişlerin fırçalanarak ağız bakımının sağlanması gerekmektedir^{1,2,7}.

Kanser tedavisi alan hastalarda mukozayı irrite edecek sıcak-soğuk yiyecekler, asitli içecekler, acılı-ekşili-baharatlı yiyecekler, alkol ve sigaradan uzak durulması önerilmektedir. Tedavi süresince hastaların ağız içi mukozası ve dudaklar mukozit belirtileri yönünden hergün değerlendirilmelidir^{1,2,6}.

2. Farmakolojik Yaklaşımlar

Klorheksidin: Klorheksidin geniş spektrumlu, antimikrobiyal ve antiseptik bir ajandır ve gram-pozitif ve gram-negatif bakteriler ve mantarlar üzerinde etkilidir. Tadı hoş değildir, uzun süreli kullanımda dişlerde renk değişikliği yapabilir ve %9.6 oranında alkol içermesi sebebiyle ağızda yanma yapabilir⁸.

Madan ve arkadaşları 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada 76 hastaya %0.12'lik klorheksidin (6 hafta boyunca günde iki kez ve 10 ml)'in radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda ağzın çalkalanması şeklinde kullanıldığında, epitel dokuya zarar verdiği, ağızda yanma ve ağrıya neden olduğu ve ayrıca da oral mukoziti önleyici etkisinin olmadığını göstermişlerdir⁹.

MASCC=ISOO klinik uygulama rehberine göre kemoterapi alan kanserli hastalarda, hematopoetik kök hücre nakli yapılan hematolojik malignansili hastalarda ve radyoterapi alan baş-boyun tümörlü hastalarda mukozitin önlenmesi ve tedavisinde klorheksidin önerilmemektedir¹⁰.

Benzidamin Hidroklorid: Lokal analjezik, anestetik, antimikrobiyal ve non steroidal antiinflamatuvar özelliklere sahiptir. Benzidamin hidroklorür tümör nekrosis faktör- α ve interlökin-1 β gibi proinflamatuvar sitokinleri inhibe eder. MASCC/ISOO klinik uygulama rehberine göre 50 gray dozuna kadar radyoterapi alan ve beraberinde kemoterapi almayan baş-boyun kanserli hastalarda oral mukozitlerin insidansının ve şiddetinin azaltılmasında benzidamin hidroklorür önerilmiştir. Ayrıca, antimikrobiyal ve anestezi özellikleri nedeniyle benzidamin hidroklorür mukozitlere bağlı ağrının azaltılmasında etkili olduğu bildirilmiştir^{2,3,10}.

Sodyum Bikarbonat: Sodyum bikarbonat iritan ve dehidrate edici olmayan ağızda alkali ortam yaratan bir gargara. Sodyum bikarbonat oral mukozit riski en az olduğu vakalarda tercih edilmelidir. Benzydamin hidroklorür, sodyum bikarbonat ve karadut şurubu ile yapılan bir çalışmada sodyum bikarbonatın anestezi etkisinin olmaması sebebiyle boğaz ağrısı yaşayan hasta sayısının en fazla görüldüğü grup olmuştur^{2,3}.

Serum Fizyolojik: %0.9'luk NaCl oral mukozayı irrite etmez ve tükürük pH'sını değiştirmez. Sodyum klorürün granülasyon dokusunun oluşmasına ve iyileşmenin sağlanmasına yardım ettiği düşünülmektedir^{2,11,12}.

Pilokarbin/Suni Tükürük: Pilokarbin tükürük sekresyonunu stimule eden kolinerjik agonisttir. Radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda, total vücut ışınlaması olsun ya da olmasın hematopoetik kök hücre nakli öncesi yüksek doz kemoterapi alan hastalarda ağız kuruluğunu önlemek için suni tükürük olarak kullanılmaktadır. Tükürüğün antibakteriyel özelliğine sahip değildir, ancak oral rahatlığın sürdürülmesinde yararlıdır. Bu yüzden MASCC=ISOO klinik uygulama rehberine göre oral mukoziti önlemek için kullanılmaz^{2,10,13}.

Povidon iyodin: Topikal olarak bakteri, mantar, protozoa ve bazı virüsler üzerinde etkilidir. Fakat mukoziti önleme ve tedavisinde kullanımına yönelik yapılmış çalışma bulunmamakta ve klinik uygulama rehberlerinde yer almamaktadır^{2,10,14}.

Destek Maddeler/Hücre Koruyucular: Kemoterapi ve radyoterapi oksidatif bir süreç olduğu için açığa çıkan serbest radikaller antioksidanlarla nötralize edilebilmektedir. Antioksidan görevi olan beta-karoten, A ve E vitaminleri; hücre koruyucu özelliği olan sükralfat süspansiyonu, amifostinin, sodyum hiyalüronat, prostaglandin E2 mukoziti önleme ve tedavisinde etkinliğini kanıtlayan çalışmalar yetersiz olmakla beraber MASCC=ISOO klinik uygulama rehberi kullanımını önermemektedir^{2,10,15,16,17}.

L-Glutamin: Vücutta en çok bulunan aminoasitlerden olup büyüme ve intestinal işlevin idamesi için vazgeçilmez bir diyet bileşenidir. Yüksek doz kemoterapi alan akut lösemili hastalarda oral glutamin ve intravenöz glutamin tedavisinin mukozit gelişimi üzerine etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada oral glutamin tedavisi verilen 35 hastanın 30 tanesinde hafif mukozit gelişirken 5 tanesinde ağır mukozit gelişmiştir. Buna karşılık intravenöz glutamin tedavisi uygulanan 35 hastanın tamamında hafif mukozit gelişirken ağır mukozit gelişmediği görülmüştür¹⁸.

MASCC=ISOO klinik uygulama rehberine göre intravenöz glutamin tedavisi total vücut ışınlaması olsun ya da olmasın hematopoetik kök hücre nakli uygulanmadan önce yüksek doz kemoterapi alan hastalarda mukoziti önlemek için kullanılmaması önerilmektedir¹⁰.

Sitokin Benzeri Ajanlar ve Büyüme Faktörleri: Büyüme faktörlerinin antisitotoksik aktivitesinin; kanser tedavilerinin mukozadaki etkisini durdurabilmesi, keratinosit ve fibroblast büyümesini artırabilmesi ve nötrofil ve makrofajların diferansiyasyonunu ve proliferasyonunu kolaylaştırması yoluyla doku tamiri ve iyileşmesi sağlanabilmektedir. Bu amaçla granülosit-koloni-uyarıcı faktör (G-CSF) ve granülosit-makrofaj-koloni-uyarıcı faktör (GM-CSF) topikal veya gargara şeklinde kullanılmaktadır².

Kaytan ve arkadaşlarının radyoterapi alan oral mukozitli hastalarla yapmış oldukları çalışmaya göre mukozit tedavisinde ağız içi çalkalama solüsyonu olarak GM-CSF uygulamasının grade 3-4 mukoziti olan 22 hastanın 14'ünde etkili olduğu bulunmuştur²⁰.

Buna karşılık MASCC=ISOO klinik uygulama rehberine göre alojenik veya otolog kök hücre nakli için yüksek doz kemoterapi alan hastalarda GM-CSF ile gargara yapılması önerilmemektedir²⁰.

Kemoterapi ile beraber radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda Palifermin (keratinosit büyüme faktörü) ile plesobonun etkinliğinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise Paliferminin mukozitin derecesini azalttığı bulunmuştur¹⁹. MASCC=ISOO klinik uygulama rehberine göre total vücut ışınlaması ve yüksek doz kemoterapi sonrasında otolog kök hücre nakli uygulanan hematolojik malignansili hastalarda transplant sonrası 3 gün boyunca 60 microgram/gün paliferminin oral mukoziti önlemek için kullanımı önerilmektedir¹⁰.

3. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar:

Kriyoterapi: Kriyoterapi ağıza alınan buz küpleri veya stikleri sayesinde oral kavitenin soğumasını ve vazokonstriksiyonu sağlayan bir tedavi yöntemidir. Yarılanma ömrü kısa olan ve bolus olarak verilen 5-Fu ve yüksek doz melphelan gibi ilaçların uygulanmasından 5 dakika önce başlanıp 30 dk boyunca oral kaviteye uygulanır². Yarılanma ömrü uzun olan antineoplastik ajanlarda (Methotrexat ve Doxorubicin gibi), 5-Fluorouracil'i (5-FU) infüzyon şeklinde alan kanser hastalarında, kombine kemoterapi tedavisi alan hastalarda, ağız kanseri, baş ve boyun kanseri olan hastalarda kriyoterapi yararlı değildir²¹.

Katrancı ve arkadaşlarının 5-FU bolus infüzyonu alan hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada oral kriyoterapi uygulanan 30 hastanın sadece 1 tanesinde grade-3 mukozit geliştiği gözlenmişken grade-4 mukozit gelişimi gözlenmemiştir²¹.

MASCC=ISOO klinik uygulama rehberi bolus 5-FU kemoterapisi alan hastalarda oral mukoziti önlemek için 30 dk. oral kriyoterapi uygulanması önermektedir. Aynı zamanda rehberde göre hematopoetik kök hücre nakli öncesi total vücut ışınlaması olsun ya da olmasın yüksek doz melphelan alan hastalarda oral mukoziti önlemek için kriyoterapi uygulanması önerilmektedir¹⁰.

Düşük Doz Lazer Tedavisi: Hematopoetik kök hücre transplantasyonundan önce yüksek doz kemoterapi ya da kemoradyoterapi uygulanan hastalarda düşük doz lazer tedavisinin yara iyileşmesini sağlamakta, ağrı ve inflamasyonu azaltmakta, tükürük bezini uyarmakta olup ayrıca kollajen sentezini arttırmakta, oral mukozada hücre proliferasyonunu ve epitelizasyonu uyarmaktadır. Ancak bu tedavi, pahalı teknoloji ve özel eğitim gerektirmektedir^{2,22}.

MASCC=ISOO klinik uygulama rehberine göre total vücut ışınlaması olsun ya da olmasın hematopoetik kök hücre nakli uygulaması öncesi yüksek doz kemoterapi alan hastalarda düşük doz lazer tedavisi oral mukoziti önlemek için kullanılması önerilmektedir. Rehberde göre baş ve boyun kanseri olan kemoterapi almaksızın radyoterapi uygulanan hastalarda oral mukoziti önlemek için düşük doz lazer tedavisi uygulanabilir¹⁰.

Khourı ve arkadaşlarının allojenik hematopoetik kök hücre nakli uygulanan hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada 22 hastanın 12'sine düşük doz lazer tedavisi uygulanmış ve DSÖ'nün oral mukozit değerlendirme skalasına göre 12 hastanın mukozit scoru ortalama 1.75± 0.45 olarak bulunmuştur. Bu hastaların %40'ında herhangi bir

lezyon gelişmezken %75'inde oral ağrı için analjezik kullanılmadığı rapor edilmiştir²². Eduardo ve arkadaşlarının hematopoetik kök hücre nakli uygulamasında melphelan alan hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmaya göre lazer tedavisiyle birlikte oral kriyoterapi uygulanan 54 hastada grade-3 ve 4 oral mukozit hiç görülmezken sadece bir hastada grade-2 oral mukozit görülmüştür²³.

Arı Sütü: Arı sütünün epitel hücre yenileme, antiinflamatuvar, antioksidan, antitümöral, antimikrobiyal, antiviral, antifungal, alerjik reaksiyonların baskılanması, hücre hasarının önlenmesi, iyileşme ve gelişmeyi hızlandırıcı özellikleri nedeniyle oral mukozitin iyileşme süresini kısaltmaktadır. Bulut Erdem'in diyabet hastalığı ve nötroopenisi olmayan kemoterapiye bağlı oral mukoziti olan 103 yetişkin hastayla yapmış olduğu çalışmada 51 hastaya 2x500 mg mukozit üzerine arı sütü uygulanmış ve mukozit iyileşme süresi 2.1 ± 1.4 gün olarak bulunmuştur¹.

Karadut Şurubu: Karadut şurubunun bileşiminde bulunan papyriflavonol A, kuraridin, saphoraflavanone D ve saphoraiso flavanone A iyi bir antifungal ve güçlü antimikrobiyal aktivite göstermektedir. Candida türlerinden özellikle Candida Albicans üzerinde antifungal aktivite göstermektedir. Yine yapısında bulunan 2- Arylbenzofurans metisilin dirençli stafilokoklar üzerinde antimikrobiyal etki göstermektedir. Karadut şurubunun özellikle bademcik iltihaplarının giderilmesinde, ağız ve diş yaralarının iyileştirilmesinde kullanıldığı bilinmektedir²⁴.

Çubukçu ve Çınar'ın kemoterapi alan ağız yarası olmayan kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada karadut şurubu kullanan 30 hastanın 23'ünde oral mukozit gözlenmemiştir. Aynı zamanda ağız kuruluğu ve boğaz ağrısı karadut şurubu kullanan hasta grubunda beklenenden daha az görülmüştür³. Doğan ve Can'ın baş boyun radyoterapisi alan 38 deney 42 kontrol grubu hastada her gün radyoterapiden 15 dakika önce, 15 dakika sonra ve tedavi bittikten 6 saat sonra olmak üzere günde 3 kez 20 ml Karadut pekmezi verdiği çalışmalarında mukozitin %38 oranında önlendiği bildirilmiştir²⁵.

Sonuç ve Öneriler

Kemoterapi alan kanser hastalarında oral mukozit yönetiminin yer aldığı tıp, diş hekimliği ve hemşirelik literatüründe mukoziti tamamen önlemeye yönelik standart bir tedavi veya bakım uygulamaları yoktur. Günümüzde, oral mukozit önleme ve tedavisine ilişkin çok sayıda araştırma olmasına rağmen hiçbir ajanın tam olarak etkin olduğu gösterilmemiş ve standart tedavi olarak kabul edilememiştir. Bunun nedeni farklı ağız bakım rejimlerinin uygulanması ve semptomların giderilmesi için kullanılan ajanların etkinliğinin değişkenlik göstermesidir. Bununla beraber semptomların hafifletilmesi ve hastaların yaşam kalitesinin artırılması bakımından bu ajanların kullanılması hastalarda yararlı etkilere sahip olabilmektedir. Oral mukoziti önleme ve tedavisine ilişkin kullanılacak yöntemlere dair rehberlerin geliştirilmesi ve kullanılan ajanların daha büyük örneklem üzerinde etkinliğini gösteren araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Bulut Erdem Ö. Kemoterapi alan yetişkin hastalarda arı sütü ile yapılan ağız bakımının mukozit derecelerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.
2. Kepçioğlu N. Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2012.
3. Ünal Çubukçu N, Çınar S. Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarda Oral Mukozitler Önlenebilir mi? Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2(4): 155-163.
4. Sonis S T. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. Oral Oncology 2009; 45(12): 1015-1020.
5. Güngörmüş Z, Bulut Erdem Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. Acı Badem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5(1): 24-30.
6. Peterson D, Lalla R. Oral mucositis: the new paradigms. Current Opinion in Oncology 2010; 22: 318-322.
7. Martinez J M, Pereira D, Chacim S, Mesquita E, Sausa I, Martins Â et.al. Mucositis care in acute leukemia and non-Hodgkin lymphoma patients undergoing high-dose chemotherapy. Supportive Care in Cancer, Springer Berlin Heidelberg publisher 2014; URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-014-2199-y>, 13 Mayıs 2014.
8. Antunes H, Sá de Ferreira E, De Faria L, Schirmer M, Rodrigues P, Small I et al. Streptococcal bacteraemia in patients submitted to hematopoietic stem cell transplantation: The role of tooth brushing and use of chlorhexidine. Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal 2010; 15: e303-309.
9. Madan P D, Sequeira P S, Shenoy K, Shetty J. The effect of three mouthwashes on radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck malignancies: a randomized control trial. Journal of Cancer Research and Therapeutics 2008; 4: 3-8.
10. MASCC=ISOO Evidence-based clinical practice guidelines for mucositis secondary to cancer therapy. URL: <http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc%20isoo%20mucositis%20guidelines%20summary%201feb2014.pdf>, 14 Mayıs 2014.
11. Nicolatou-Galitis O, Sarri T, Bowen J, Di Palma M, Kouloulis V E, Niccola P et al. Systematic review of anti-inflammatory agents for the management of oral mucositis in cancer patients. Support Care Cancer 2013; 21: 3179-3189.
12. Bhatt V, Vendrell N, Nau K, Crumb D, Roy V. Implementation of a standardized protocol for prevention and management of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. Journal of Oncology Pharmacy Practice 2010; 16: 195-204.
13. Jensen S B, Jarvis V, Zadik Y, Barasch A, Ariyawardana A, Hovan A et al. Systematic review of miscellaneous agents for the management of oral mucositis in cancer patients. Support Care Cancer 2013; 21: 3223-3232.
14. Saunders D P, Epstein J B, Elad S, Allemano J, Bossi P, Van de Wetering M D et al. Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. Support Care Cancer 2013; 21: 3191-3207.
15. Buentzel J, Micke O, Adamietz I A, Monnier A, Glatzel M, De Vries A. Intravenous amifostine during chemoradiotherapy for head-and-neck cancer: a randomized placebo-controlled phase III study. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 2006; 64: 684-91.
16. Nottage M, McLachlan S A, Brittain M A, Oza A, Hedley D, Feld R. Sucralfate mouthwash for prevention and treatment of 5-fluorouracil-induced mucositis: a randomized, placebo-controlled trial. Support Care Cancer 2003; 11: 41-7.
17. Alvarino-Martín C, Sarrion-Pérez M G. Prevention and treatment of oral mucositis in patients receiving

- chemotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry* 2014; 6(1): e74-e80.
18. Demir A D. Yüksek doz kemoterapi alan akut lösemi hastalarında oral ve intravenöz glutamin tedavisinin mukozit gelişimi üzerine etkisinin karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
 19. Henke M, Alfonsi M, Foa P, Giral J, Bardet E, Cerezo L et al. Palifermin Decreases Severe Oral Mucositis of Patients Undergoing Postoperative Radiochemotherapy for Head and Neck Cancer: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 2011; 29(20): 2815-2820.
 20. Kaytan E, Leblebicioğlu B, Coşar R, Taş Ş, Koyuncu H, Öngen B ve ark. Efficacy of granulocyte macrophage colony-stimulating factor on oral mucositis. *Türk Onkoloji Dergisi* 2010; 25(1): 20-27.
 21. Katrancı N, Ovayolu N, Ovayolu Ö, Sevinç A. Evaluation of the effect of cryotherapy in preventing oral mucositis associated with chemotherapy e A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing* 2012; 16: 339-344.
 22. Khouri V Y, Stracieri A B P L, Rodrigues M C, Moraes D A, Pieroni F, Simões B P et al. Use of Therapeutic Laser for Prevention and Treatment of Oral Mucositis. *Brazilian Dental Journal* 2009; 20(3): 215-220.
 23. Eduardo F P, Bezinelli L M, Lopes R M G, Sobrinho J J N, Hamerschlak N, Correa L. Efficacy of cryotherapy associated with laser therapy for decreasing severity of melphalan-induced oral mucositis during hematological stem-cell transplantation: a prospective clinical study. *Hematological Oncology* 2014; URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hon.2133/pdf>, 14 Mayıs 2014.
 24. Yigit N, Yigit D, Ozgen U, Aktaş E. Anticandidal activity of black mulberry. *Turkish Microbiological Society* 2007; 37(3): 169-173.
 25. Demir Doğan M. Baş-Boyun Radyoterapisi Alan Hastalarda Karadut Pekmezinin Oral Mukozitleri Önleme Etkisi İstanbul Üniversitesi SBE. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2014

Yayın Kabulü ile İlgili İlkeler

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik 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 Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik 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 Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik 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/>.

İletişim

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Nilay ERCAN ŞAHİN

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

Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal 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 Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal you must click "Online Article Processing" link in <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/>. You may also follow up all procedures from this link.

General Information

Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal 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/>.

Communication

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Nilay ERCAN ŞAHİN

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

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

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik 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 Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi yetkilidir.

Bu makale daha önce hiçbir kişi, grup ve kurum tarafından herhangi bir yayının 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
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
06100 Ankara

