

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 2 • Sayı/No 3 • Eylül-Aralık/September-December 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. Dr. Nilay Ercan Şahin**
Arş. Gör. Seher Başaran
Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman
İngilizce Düzeltme: **Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz**
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Doç. Dr. Sevgisun Kapucu**
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: **20 Nisan 2016**
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.

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

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

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

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. 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

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Danışma Kurulu*

Prof. Dr. Ahsen Şirin	İstanbul Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Anahit Coşkun	Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Ayişe Karadağ	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel Badır	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşe Okanlı	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Emekli
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Azize Karahan	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Besti Üstün	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Birol. Diana Voita	Riga Teacher Training and Educational Management Academy
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Daniel Pesut	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Darja Jarosova	Ostrava Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Deniz Koçoğlu	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şelimen	Maltepe Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Özden	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc	British Columbia Üniversitesi
Doç. Dr. Emine İyigün	GATA
Yrd. Doç. Dr. Emine Turkmen	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Oflaz	Okan Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Cebeci	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Demirkıran	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan	Acıbadem Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Gözükara	Harran Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Orgun	Ege Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Fethiye Erdil	Emekli
Yrd. Doç. Dr. Figen İnci	Niğde Üniversitesi
Doç. Dr. Filiz Hisar	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Fiona Bogossian	Queensland Üniversitesi
Prof. Dr. Firdevs Erdemir	Adıyaman Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Güler Cimete	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Doç. Dr. Gülnaz Karatay	Tunceli Üniversitesi
Prof. Dr. Gülseren Kocaman	İzmir Üniversitesi
Prof. Dr. Gülsün Taşocak	Emekli
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural	Sanko Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Hacer Gülen Savaş	Düzce Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu	Zirve Üniversitesi
Doç. Dr. Hatice Çiçek	GATA
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Havva Tel	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Hayriye Ünlü	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Hicran Bektaş	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Bulut	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Kulakçı	Bülent Ecevit Üniversitesi

Prof. Dr. Hülya Okumuş
Prof. Dr. Hülya Uçar
Doç. Dr. İbrahim Koruk
Prof. Dr. İsmet Eşer
Prof. Dr. Joanne Disch
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu
Doç. Dr. Kenan Köse
Prof. Dr. Lale Taşkın
Yrd. Doç. Dr. Levent Özbek
Prof. Dr. Linda Roussel
Prof. Dr. Linda D. Moneyham
Doç. Dr. Lisa Kane Low
Prof. Dr. Lisbeth Maria Fagerström
Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin
Prof. Dr. Mary E. Duffy
Yrd. Doç. Dr. Mary Jane Madden
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa
Doç. Dr. Melek Serpil Talas
Doç. Dr. Meral Bayat
Doç. Dr. Meral Demiralp
Doç. Dr. Meral Kelleci
Doç. Dr. Mevlüde Karadağ
Prof. Miaofen Yen
Doç. Dr. Naile Bilgili
Prof. Dr. Nalan Başaran Akbayrak
Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş
Prof. Dr. Neriman Akyolcu
Prof. Dr. Nermin Olgun
Prof. Dr. Nesrin Aştı
Prof. Dr. Nevin Kanan
Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban
Yrd. Doç. Dr. Nihal Ata
Prof. Dr. Nimet Karataş
Prof. Dr. Nimet Owayolu
Prof. Dr. Nuran Kömürcü
Doç. Dr. Nurcan Çalıskan
Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
Yrd. Doç. Dr. Nuriye Yıldırım
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu
Doç. Dr. Özlem Küçükçüçlü
Doç. Dr. Özlem Örsal
Doç. Dr. Perihan Güner
Doç. Dr. Pınar Özdemir
Doç. Dr. Rana Yiğit
Yrd. Doç. Dr. Ronald J. Piscotty
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş
Prof. Dr. Selma Doğan
Prof. Dr. Selma Görgülü
Doç. Dr. Semra Kocaöz
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu
Doç. Dr. Sevgisun Yılmaz Kapucu
Dr. Sevilay Karahan
Doç. Dr. Sevinç Taştan
Doç. Dr. Sinan Türkyılmaz
Prof. Dr. Stephen Tee
Prof. Dr. Sultan Kav
Prof. Dr. Susan Beck
Prof. Dr. Suzan Yıldız
Prof. Dr. Süheyla Özsoy

Şifa Üniversitesi
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Harran Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Minnesota Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
University of South Alabama
The University of Alabama at Birmingham
Michigan Üniversitesi
Buskerud Üniversitesi
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Utah Üniversitesi
Minnesota Üniversitesi
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Erciyes Üniversitesi
Emekli
Cumhuriyet Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
National Cheng Kung Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
SANKO Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Haliç Üniversitesi
Acıbadem Üniversitesi
İstanbul Arel Üniversitesi
Haliç Üniversitesi
Pamukkale Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Gaziantep Üniversitesi
Emekli
Gazi Üniversitesi
Zirve Üniversitesi
Düzce Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Eskisehir Osmangazi Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Mersin Üniversitesi
Wayne State Üniversitesi
Selahattin Eyyubi Üniversitesi
Üsküdar Üniversitesi
Doğu Akdeniz Üniversitesi
Niğde Üniversitesi
Emekli
Hacettepe Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
GATA
Hacettepe Üniversitesi
King's College London
Başkent Üniversitesi
Utah Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi
Ege Üniversitesi

Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar	Marmara Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Şule Ergöl	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Thom Mansen	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Tülin Bedük	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu	Atatürk Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin Kutlu	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Yeter Kitiş	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdagül Erdem	Kırıkkale Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Zahide Tuna	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Zeynep Özer	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Zuhâl Bahar	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal	Ege Üniversitesi

**İsimler isme göre alfabetik sırayla dizilmiştir.*

Değerli Okurlarımıza

2015 yılı Cilt 2, Sayı 3'ü de zamanında yayınlamanın mutluluğu ve bir o kadar da onurunu yaşamaktayız. Bir mesleği meslek yapan temel ölçütlerden birisi “araştırmalarla sürekli yenilenen ve geliştirilen bir bilgi birikimi olması”dır. Topluma güvenli ve kaliteli hemşirelik bakım hizmetlerinin sunulabilmesi için hemşirelerin, kanıtların ortaya konulmasına katkı veren araştırmalar yürütmesi ve mevcut araştırma sonuçlarını meslektaşlarıyla paylaşması beklenmektedir. Dergilere ve derginin yayınlanması sürecinde görev alan herkese bu aşamada çok önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumluluk bilimsel bilginin yayın etiği ilkeleri doğrultusunda, etkili bir değerlendirme sürecinden geçerek okuyucuyla buluşturulmasını içermektedir. Böylelikle bilimsel bilgi ulusal ve uluslararası geniş bir okuyucu kitlesine ulaşacak ve hemşirelik bakım hizmetlerinde hizmet alanların yararına farklılıklar yaratılmasına katkıda bulunulacaktır.

Bu önemli sorumluluğun bilincinde olarak, bu sayımızda da alanlarında önemli bilgiler ve sonuçlar sunan toplam dört araştırma ve üç derleme makaleyi sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayıda yayınlanan makaleler, halk sağlığı hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, hemşirelik esasları ve hemşirelikte yönetime ilişkin olup, bu makalelerin okurlarımızın sürekli mesleki gelişimlerine ve hemşirelik hizmetleri uygulamalarına katkı sağlayacağına inanıyorum.

Değerli okurlarımız, dergimizde bundan böyle sırasıyla her alandan davetli derleme yazılarına yer verileceği bilgisini bir önceki sayımızda sizinle paylaşmıştık. Bu sayımızda davetli derleme makalesi, hemşirelikte yönetim alanından ve hemşire insan gücü planlamasında çalışmaları olan Yard. Doç. Dr. Emine Türkmen tarafından yazılmış ve siz değerli okuyucularımıza sunulmuştur. İnsan gücü planlaması, hemşirelik hizmetleri yönetimi uygulamalarında oldukça önemli bir yönetsel aktivite olup, sonuçlarının doğrudan hasta çıktıları üzerine etkili olduğu görülmektedir. Bu makale başta yönetici pozisyonunda çalışan hemşireler olmak üzere, tüm hemşireler, hemşire eğitimciler ve öğrenciler için önemli bilgiler sunmaktadır. Bu makalenin, yöneticilerin çoğunlukla sordukları “hastaya etkili, güvenli, maliyet etkin bakımı verebilmek için mevcut hemşire insan gücünü nasıl planlamalıyım?” ve “bu planlama iyi yapılmazsa sonucu ne olur?” sorularına cevap oluşturacağını düşünüyorum.

Son olarak dergimizin bu sayısına yayınlamaları göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim. Ayrıca çalışmalarını, deneyimlerini ve en güncel bilgiyi geniş okuyucu kitlesine ulaştırmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını dergimize beklediğimizi bildirir, saygılar sunarım.

Doç.Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura _____ V

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Araştırma Makaleleri

Egzersiz Davranış Değişimi Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliği _____ 1

Yasemin GÜMÜŞ, Yeter KİTİŞ

Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı ve Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları _____ 20

İlknur GÖL, Müjgan ONARICI

Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi _____ 30

Canan KARADAŞ, Leyla ÖZDEMİR

Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları _____ 40

Canan BİRİMOĞLU, Sultan AYZAZ

Derleme Makaleleri

Kanser Hastalarında İnterlökin-2 Kullanımı ve Hemşirelik Yönetimi _____ 49

Sevgisun KAPUCU

Alzheimer Hastalarının Bilişsel ve Davranışsal Sorunları Üzerine Etkili Bir Yöntem: Anımsama Terapisi _____ 60

Güler Duru AŞİRET, Sevgisun KAPUCU

Davetli Derleme Makalesi

Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama _____ 69

Emine TÜRKMEN

Yazar Dizini _____ 81

Konu Dizini _____ 83

Yazarlara Bilgi _____ 85

Information for Authors _____ 91

Yayın İzni (Taahhüname) _____ 96

Egzersiz Davranış Değişimi Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliği

The Validity and Reliability of Exercise Behavior Change Scales

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 1–19

Yasemin GÜMÜŞ*, Yeter KİTİŞ*

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

Geliş Tarihi: 06 Mayıs 2015

Kabul Tarihi: 26 Ağustos 2015

ÖZ

Amaç: Bu metodolojik çalışmanın amacı Marcus (1992) tarafından geliştirilen “Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği, Egzersiz Karar Alma Ölçeği ve Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği”ni Türk dili ve kültürüne uyarlamak, ölçeklerin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini çalışmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma örneklemini Ankara/Gölbaşı Halk Eğitim Merkezine kayıtlı bireyler oluşturmaktadır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve “Değişim Aşamaları Modeli Ölçekleri” ile toplanmıştır. Araştırmada ölçek sahibinden, kurumdan, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan izin alınmıştır. Verilerin analizinde ölçeklerin geçerliğine ilişkin dil, kapsam ve yapı geçerliliği (doğrulamalı faktör analizleri, x2 uyum testi, karşılaştırmalı ve normlaştırılmış uyum indeksleri, uyum iyiliği indeksi, ortalama hataların ve yaklaşık hataların ortalama karekökü), güvenilirlik hesaplamasında alt boyut-toplam korelasyonu ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma 400 birey ile yürütülmüştür. Doğrulamalı faktör analizi sonucunda Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği maddelerin faktör yük değerlerinin 0.64-0.90, Egzersiz Karar Alma Ölçeği maddelerin faktör yük değerlerinin 0.55-0.73, Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği maddelerin faktör yük değerlerinin 0.62-0.84 arasında değiştiği görülmüştür. Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği, Egzersiz Karar Alma Ölçeği ve Egzersiz Öz-etkililik Ölçeği’nin cronbach alpha değerleri sırasıyla 0.97, 0.90 ve 0.85 olarak bulunmuştur. Hesaplanan uyum indeksleri analizinde ölçeklerin orijinaline ilişkin faktör yapılarının, Türk kültürü için de doğrulandığı gözlenmiştir.

Sonuç: Yetişkin bireyler için geliştirilen Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği, Egzersiz Karar Alma Ölçeği ve Egzersiz Öz-etkililik Ölçeği’nin Türk dili ve kültürüne uygun olduğu, Türkçe formunun geçerli ve güvenilir ölçümler sağlayabildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Değişim aşamaları modeli, egzersiz, geçerlilik, güvenilirlik, ölçek.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this methodological study is to adapt “Exercise Processes of Change Scale, Exercise Decisional Balance Scale and Exercise Self-Efficacy Scale” developed by Marcus

(1992) into Turkish language and culture, to examine validity and reliability of Turkish forms of these questionnaires.

Material and Methods: The study sample consists of individuals who are registered to Gölbaşı/Ankara Community Education Center. Data was collected by "Personal Information Form" and "Stages of Change Model Scale". Permissions were taken from the owner of Scale, the institution, the participants and Ethical Commission of Gazi University. In data analysis, relating to the validity of the scale, validity language, content and construct (confirmatory factor analysis, X2 compliance testing, comparative and normalized fit index, goodness of fit index, root mean square error of the mean and approximation errors); relating to the reliability of the scale, subscale-total correlation and Cronbach's alpha reliability coefficient was used.

Results: The study was conducted with 400 individuals. The results of confirmatory factor analysis showed that Exercise Processes of Change Scale factor loading values were between 0.64 and 0.90, Exercise Decisional Balance Scale factor loading values were between 0.55 and 0.73, Exercise Self-Efficacy Scale factor loading values were between 0.62 and 0.84. Cronbach alpha reliability coefficients of Exercise Processes of Change Scale, Exercise Decisional Balance Scale and Exercise Self-Efficacy Scale were found respectively as 0.97, 0.90, 0.85. The factor structures of the original instrument were confirmed for Turkish culture via calculated fit indexes analysis.

Conclusion: It was concluded that Exercise Processes of Change Scale, Exercise Decisional Balance Scale and Exercise Self-Efficacy Scale which had been developed for adults, are instruments that are congruent with Turkish language and culture and Turkish form of the scale can yield valid and reliable measurements.

Key Words: Stages of change model, exercise, validity, reliability, scale.

GİRİŞ

Egzersiz bireyin hem fiziksel ve fonksiyonel kapasitesi hem de sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahiptir¹. Araştırmalar çeviklik, zihinsel sağlık, duygusal sağlık, sosyal sağlık ve bedensel sağlık alanlarında yaşam kalitesinin egzersiz ile arttığını göstermektedir². Egzersizin yararları dikkate alındığında optimal düzeyde yapılan egzersiz bireylerin beraberinde de toplumun daha sağlıklı olmasını sağlamaktadır³.

Günümüzde sanayileşme ve modern yaşam tarzı, fiziksel hareketliliği azaltmakta ve bu durum her yaştan bireyi olumsuz yönde etkileyerek ciddi sağlık sorunlarını gündeme getirmektedir². Çağımızın en sinsi hastalığı olarak tanımlanan fiziksel hareketsizlik önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır⁴.

Hareketsiz yaşam tarzı, kalp damar hastalıkları ve diyabetin oluşumunda önemli bir etkidir. Ayrıca solunum kapasitesinde azalma, karın kaslarının gevşemesiyle sindirim ve boşaltım zorluğu, kaslarda zayıflama ve güç kaybı sonucu düşme ve kolay sakatlanma, duruş bozukluğu, kemik mineral yoğunluğunda kayıp, eklem kireçlemesi, gibi pek çok soruna neden olmaktadır¹⁻⁴.

Yapılan çalışmalarda dünya genelinde ölümlerin %6'sının, iskemik kalp hastalığının %30'unun, meme ve kolon kanserlerinin %21-25'inin, diyabetin %27'sinin temel sebebinin fiziksel hareketsizlik olduğu belirtilmektedir. Ayrıca fiziksel hareketsizliğin sadece bedensel sağlık sorunlarının ortaya çıkışında değil, bilişsel sorunlarında meydana gelmesinde etkili olduğu bildirilmektedir⁵. Ek olarak fiziksel hareketsizlik

mortaliteye neden olan risk faktörleri içinde dördüncü sırada yer almaktadır⁶.

Egzersiz sağlık üzerinde etkileri aktivitenin süre ve şiddeti ile ilişkilidir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention) düzenli ve orta dereceli egzersizin haftada üç-beş gün, 30 dakika süre ile yapılarak sağlanabileceğini belirtmektedir⁶. Dünya nüfusunun sadece %25'inin günde 30 dakika orta düzeyde egzersiz yaptığı bildirilmektedir⁵.

Amerika Birleşik Devletleri genel sağlık ve fiziksel aktivite raporunda yetişkinlerin %60'ından fazlasının egzersiz yapmadığı, %25'inin ise tamamen hareketsiz olduğu bildirilmektedir⁶. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Herkes İçin Sağlık" sloganlı hedeflerinden birinde egzersizin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir⁷. Uzayan yaşamın sağlıklı şekilde devam ettirilmesi egzersizin yaşam tarzı haline getirilmesi ile ilişkilidir⁷. Bu doğrultuda egzersizin yaşam tarzı haline gelmesinde sağlık profesyonellerine önemli sorumluluk düşmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırmak ve hastalık risklerini azaltmak sağlık profesyonellerinin temel işlevlerindedir. Hemşireler riskli davranışın belirlenmesi, davranış değişikliğine yönelik uygun girişimlerin planlanması ve uygulanmasında görev üstlenmektedir⁸. Bu amaçla hemşirenin bireye davranış değişimi için rehberlik etmesi, bunun için uygun yaklaşımı bulmaya çaba göstermesi gerekmektedir.

Sosyal bilimler alanında insan davranışı ve davranış değişimini açıklayan teoriler ve bu teorilere dayalı modeller geliştirilmiştir. Bu modeller arasında davranış değişimini dinamik bir süreç olarak inceleyen ve bu süreçte bireyin bilişsel ve davranışsal süreçlerini de tanılayan tek model Değişim Aşamaları Modeli (DAM)'dir. Sağlığın geliştirilmesi hedeflerine ulaşmada DAM hemşireler için önemli bir araçtır. Yapılan çalışmalar davranış değişiminde modelin etkinliğini göstermektedir^{7,8}.

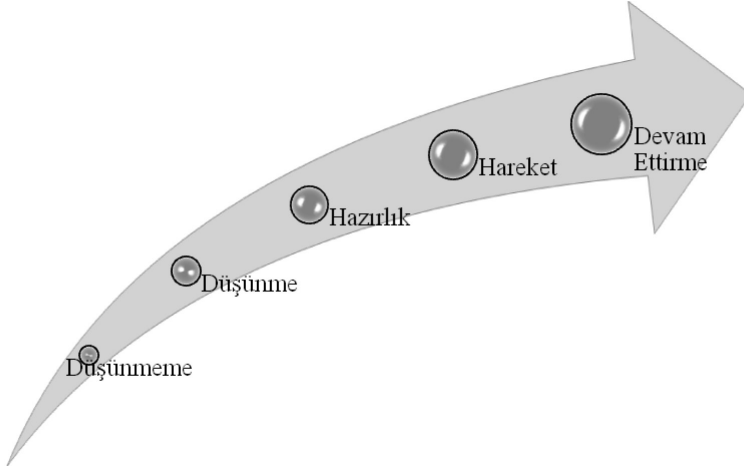
Prochaska ve Diclemente (1982) tarafından geliştirilen DAM'da bireylerin davranışındaki değişimin "düşünmeme", "düşünme", "hazırlık", "hareket" ve "devam ettirme" olmak üzere beş aşamadan oluştuğu bildirilmektedir (Şekil 1). Başarılı bir davranış değişimi için, bireyin bulunduğu aşamaya özgün girişimlere ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Davranış değişiminde aşamaları temel alan girişimlerin kullanılması modelin üstünlüklerinden biridir⁹.

Model ilk olarak bağımlılık yapıcı maddelerin bırakılmasında rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiş, daha sonra sağlığı koruyucu ve geliştirici aktiviteler ile ilgili çalışmalarda kullanılmıştır⁹⁻¹². DAM bireyde sadece davranışın gözlemlendiği aşamayı değil, davranış değişiminin bilişsel aşamalarını ve davranışın gözlenmesinden sonra sürdürme kararlılığını da önemseyen bir modeldir. Bireyde davranış değişikliğinin gönüllülük esasına dayandığını kabul eder⁹.

Davranış değişikliğini süreç olarak değerlendiren model, bireyin zamanla eski olumsuz davranışına dönebileceğini öngörmektedir. Fakat bireylerin içinde bulunduğu aşamaya uygun girişimlerde bulunulduğu takdirde bireyin relapslarının daha az görüleceği vurgulanmıştır^{9,10}.

Maliyet açısından da etkin olan modelin, bireylerin sağlığı geliştirici davranışı kazanmasına rehberlik etmek amacıyla hemşireler tarafından kullanımının uygun olduğu belirtilmektedir^{9,14}.

Bu bilgiler ışığında bu çalışma egzersiz alışkanlıklarının kazandırılmasında yararlanılan



Şekil 1. Davranış Değişimi Aşamaları

DAM ölçeklerinin Türkçe dili ve kültürüne uyarlanıp, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi ile sağlık profesyonellerinin kullanımına sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma DAM'ın yapısını oluşturan, yetişkinler için geliştirilmiş Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği (EDSÖ), Egzersiz Karar Alma Ölçeği (EKAÖ) ve Egzersiz Öz-etkililik Ölçeği (EÖEÖ)'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması amacıyla metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evren ve örneklemi

Araştırma evrenini Ankara ili Gölbaşı ilçesinde bulunan Halk Eğitim Merkezine kayıtlı (N=465) bireyler oluşturmaktadır. Ölçekteki madde sayısının on katı fazlası bireye ulaşılması yönündeki literatür bilgisi dikkate alınarak¹⁵ örneklem büyüklüğü madde sayısı en fazla olan EDSÖ'nin madde sayısının (40 madde) on katı olacak şekilde hesaplanmıştır (n=400).

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- Okuma yazma bilme,
- Görme ya da işitme engeli olmama,
- Mental sağlık sorunu bulunmama.

Veri toplama araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiş, bireylerin sosyo-demografik ve hastalık öyküsünün ele alındığı 11 sorudan oluşan bir formdur.

Egzersiz Değişim Aşamaları Ölçeği: Bu ölçek 1982 yılında Prochaska ve DiClemente tarafından sigarayı bırakma çalışmaları ile geliştirilmiş, 1992 yılında Marcus ve ark. tarafından egzersize uyarlanmış, test güvenirligi 0.78 olarak belirlenmiştir^{16,17}. Courney daha geniş bir örneklem grubunda aracın test güvenirligini 0.79 olarak bildirmiştir¹⁸.

Türk toplumuna Ay ve Temel (2008) tarafından uyarlanmış ve Kappa index geçerligi 0.81 olarak belirlenmiştir¹⁹. Bizim çalışmamızda ise test güvenirligi 0.79 olarak bulunmuştur. Problemlı davranışı değiştirmeye çalışan bireyin, bulunduğu değişim aşamalarını belirten ölçek, bireyin egzersiz yapma durumlarını tanımlayan beş aşamalı bir algoritmadır. Bu aşamalar düşünmeme, düşünme, hazırlık, eylem ve harekete geçme basamaklarından oluşmaktadır. Bireyin egzersiz davranışı ile ilgili içinde bulunduğu aşama tek soru ile açıklanmaktadır. Kişiden gelen yanıtlar bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına işaret etmektedir.

Egzersiz değişim aşamaları ölçeğinin tek maddeden oluşması ve Ay ve Temel (2008) tarafından Türk toplumuna uyarlanmasından dolayı araştırmamızda bu ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği değerlendirilmemiş sadece iç tutarlılık katsayısına bakılmıştır.

Egzersiz Değişim Aşamaları

Düşünmeme: Egzersiz yapılmayan ve önümüzdeki altı ay içinde egzersize başlamanın düşünülmediği aşamadır.

Düşünme: Egzersiz yapılmayan fakat önümüzdeki altı ay içinde egzersize başlamanın düşünüldüğü aşamadır.

Hazırlık: Düzensiz olsa da egzersiz yapılan ve önümüzdeki 30 gün içinde egzersize başlamanın planladığı aşamadır.

Hareket: Altı aydan daha kısa süredir düzenli egzersiz yapılan aşamadır.

Devam ettirme: Altı aydan daha uzun süredir düzenli egzersiz yapılan ařamadır²⁵⁻¹⁸.

Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği: Marcus ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilen ölçeğin test güvenirligi 0.83 arasında bulunmuştur¹⁷. Keller ve ark. tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada her bir madde için test güvenirligi 0.75-0.94 arasında olduğu bildirilirken²⁰; Melissa ve ark.'nın 2008'de yaptıkları çalışmada test güvenirligi bilişsel boyutunda 0.84, davranışsal boyutta 0.78 olarak bulunmuştur²¹. Ölçek bireyin değişim aşamaları ilerleme sürecinde hangi deneyimleri kullandığını göstermektedir. Ölçek on alt boyuttan oluşmakta ve ölçekte bu alt boyutları içeren iki temel süreç (bilişsel süreç ve davranışsal süreç) yer almaktadır. Her alt boyutun kendine özgü dört maddesi bulunmaktadır^{14,17}.

Alt boyutlar aşağıda özetlenmiştir.

Bilişsel Süreçler

- Bilinç düzeyinde artış; bireyin sebep-sonuç ilişkisini kurmaya başlaması ve egzersize ilişkin yeni bilgiler aramaya çalışmasıdır (1., 2., 3., 4. maddeler).
- Duygusal uyarılma; araştırma sonuçları ya da medya kampanyaları ile verilen duygusal mesajların bireylerin duygularını harekete geçirmesidir (5., 6., 7., 40. maddeler).
- Çevreyi yeniden değerlendirme; birey kendini sosyal çevreden nasıl etkilendiği konusunda değerlendirmesidir (8., 9., 10., 11. maddeler).

- Kendini yeniden değerlendirme; bireyin bedensel imajını değerlendirmesidir (12., 13., 14., 15. maddeler).
- Sosyal serbestlik; bireyin artan sosyal fırsatları ifade etmesidir (16., 17., 18., 19. maddeler).

Davranışsal Süreçler

- Karşıt durum; bireyin problemleri davranışı bilmesi ve sağlıklı davranışı öğrenmesidir (20., 21., 22., 23. maddeler).
- Destekleyici ilişkiler; bireyin güven, kabul etme ve destek gibi yardım edici ilişkileri kullanmasıdır (24., 25., 26., 27. maddeler).
- Güçlendirme; bireyin sağlıklı davranışında kendini ödüllendirmesidir (28., 29., 30., 31. maddeler).
- Kendisi ile anlaşma; bireyin kendisi ile sözleşme yapmasıdır (32., 33., 34., 35. maddeler).
- Uyarıların kontrolü; bireyin sağlıksız bir davranışı hatırlatacak şeyleri etrafından uzaklaştırması, sağlıklı davranışı hatırlatacak uyarıcıları etrafında bulundurmasıdır (36., 37., 38., 39. maddeler).

Ölçek 40 sorudan oluşup, beşli likert tipidir. Ölçekten en düşük 40, en yüksek 200 puan alınmaktadır. Ölçek puanlarının yüksekliği değişim konusunda başarılı olma şansının arttığını göstermektedir¹⁴⁻¹⁸.

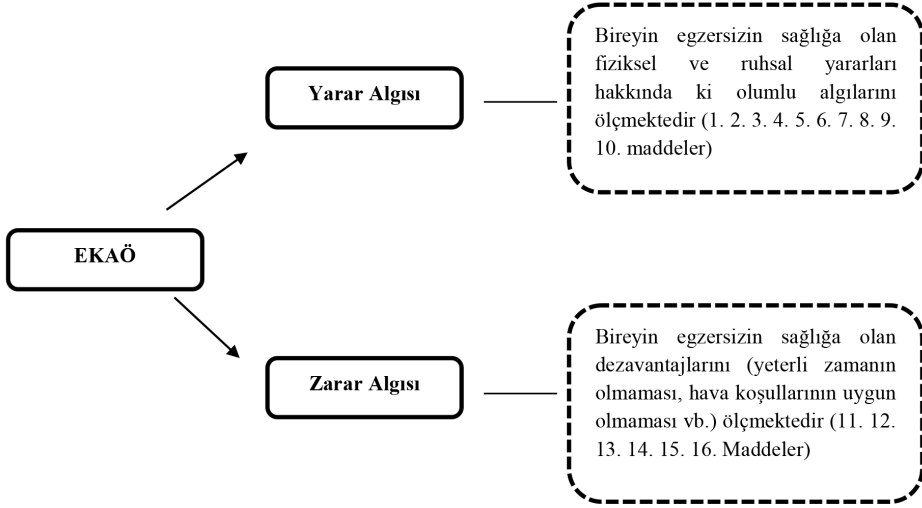
Egzersiz Karar Alma Ölçeği: Marcus ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilen ölçeğin yarar algısı alt boyutunun test güvenilirliği 0.95, zarar algısı alt boyutunun 0.79 olarak bulunmuştur²². Melissa ve ark.'nın 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.82 olarak bildirilmiştir²¹. Davranış değiştirmenin olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koyan ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır²¹. Alt boyutlar Şekil 2'de özetlenmiştir.

Ölçek 16 sorudan oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekte 10 sorudan oluşan yarar algısı için alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50 iken; zarar algısı için en düşük 6, en yüksek 30 puandır. Ölçeğin yarar ve zarar alt puanlarının yüksekliği bireyin, egzersiz davranışının yararları ve zararları konusunda bilinçli olduğunu, değişiklik ile ilgili olarak karar alma şanslarının fazla olduğunu göstermektedir²².

Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği: Marcus ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilen beş maddelik beşli likert tipi bu ölçeğin, test güvenilirliğini 0,76; test-tekrar güvenilirliğinin 0,90 olduğu belirtilmiştir²². Melissa ve ark. tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada testin cronbach alfa değeri 0,78 olarak bildirilmiştir²¹. Ölçek egzersiz davranışına başlamak için bireylerin kendilerine olan güvenini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçekten en düşük 5, en yüksek 25 puan alınmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması bireyin kendisine son derece güvendiğini ve değişim konusunda başarılı olma şansının yüksek olduğunu göstermektedir¹⁶.

Veri Toplama Formunun Hazırlanması ve Verilerin Toplanması

Ölçeklerin dil geçerliği çalışmaları tamamlandıktan sonra ölçeklere son hali verilmiş ve formlar bir araya getirilmiştir. Her bir ölçeğin yanıtlama sırası açısından eşitlenmesi amacıyla formlar beş ayrı şekilde sıralanmıştır. Her bir ölçeğin önünde yönlendirmesi



Şekil 2. Egzersiz Karar Alma Ölçeğinin Kuramsal Boyutu

yer almıştır. Araştırmacılar 15 Mart-15 Mayıs 2015 tarihleri arasında gündüz mesai saatleri içerisinde halk eğitim merkezine giderek araştırma grubuna alınan bireyleri araştırma hakkında bilgilendirdikten sonra gönüllü olurlarını almışlardır. Sakin bir ortamda araştırmacılar tarafından gözetim altında olmak üzere, formlar katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Formların doldurulması ortalama 25 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler SPSS 21.0 (Statistical Package of Social Sciences) ve LISREL 8.8 (Linear Structural Relations) programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları belirlenmiş ve normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile bulunmuştur. EDSÖ, EKAÖ ve EÖEÖ ölçeklerin geçerliğine ilişkin dil, kapsam ve yapı geçerliliği (doğrulamalı faktör analizleri, χ^2 uyum testi, karşılaştırmalı ve normlaştırılmış uyum indeksleri, uyum iyiliği indeksi, ortalama hataların ve yaklaşık hataların ortalama karekökü), güvenilirliği ise madde-toplam korelasyonu ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılarak belirlenmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırma öncesi ölçek sahibinden ve Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan onay alınıp, bireylere araştırma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra yazılı ve sözel onamları alınmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırma Ankara'ya bağlı bir ilçede yetişkin yaş grubu kadın ve erkekler uygulanmıştır. Bu nedenle farklı yaş grubunda geçerlik ve güvenilirliğinin yeniden değerlendirilmesi gerekebilir.

BULGULAR

Bireylerin yaş ortalaması 32.68 ± 8.63 (min:20, max:49), BKİ (Beden Kitle İndeksi) ortalaması 24.76 ± 4.28 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin %62.5'i kadın, %56'sı evli, %36.5'i lise mezunu, %52'si çalışmakta, %62.3'ünün gelir durumu orta düzeydedir (Tablo 1)

DAM Ölçeklerinin Geçerliğine İlişkin Bulgular

DAM ölçeklerinin geçerlik analizlerinde dil, kapsam ve yapı geçerlikleri hesaplanmıştır.

Tablo 1. Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri (n=400)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	250	62.5
Erkek	150	37.5
Medeni durumu		
Evli	224	56.0
Bekâr	176	44.0
Öğrenim durumu		
Okur-yazar	65	16.2
İlk ve ortaokul	138	34.5
Lise	146	36.5
Yüksekokul/üniversite	39	9.8
Lisansüstü	12	3.0
Çalışma durumu		
Hayır	208	52.0
Evet	192	48.0
Gelir durumu		
Kötü	65	16.3
Orta	249	62.3
İyi	86	21.4
Toplam	400	100.0

DAM Ölçeklerinin Dil Geçerliğine İlişkin Bulgular

Ölçeklerin orijinal formunun yönergesi ve maddeleri araştırmacılar tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Çevirinin başka uzmanlarca denetlenmesi yöntemiyle maddelerin eşdeğerliği sınanmıştır. Bu inceleme için, bir uzman değerlendirme formu hazırlanıp, bu form Hemşirelik Anabilim Dalı'nda çalışan ve İngilizceyi iyi bilen 9 öğretim üyesine verilmiştir. Formda ölçeğin yönergesi ve maddelerinin önce İngilizce ve Türkçe şekilleri, ardından da uzmanların çevirileri yer almıştır. Uzmanlardan ölçeğin yönergesi ve maddeleri için hangi çevirinin daha uygun olduğunu belirtmeleri istenmiştir. Uzmanlardan gelen eleştiriler ve öneriler doğrultusunda ölçeğin çeviri formu oluşturulmuştur. Ölçeğin ifadelerinde anlam değişikliği olmadığı belirlenmiş ve ölçeğin dil geçerliliği onaylanmıştır.

DAM Ölçeklerinin Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulgular

DAM ölçeklerinin kapsam geçerliği için ölçek formları alanında uzman akademisyen hemşire (9 öğretim üyesi)'nin görüşüne sunulmuştur. Görüşler kapsam geçerlik indeksi ile değerlendirilmiştir. Bunun için uzmanlarda her bir ölçek maddesini 1 ile 4 puan arasında puanlamaları istenmiştir. Her madde için 1 ile 4 arasında (uygun değil=1, büyük değişiklik gerekiyor=2, küçük değişiklik gerekiyor=3, çok uygun=4) puanlama yapılması istenmiştir. Yapılan değerlendirmede her madde için Content Validity Index puan ortalaması ikinin altında olan madde olmadığı için, madde çıkartılmamış ve uzmanlar arası görüş birliğinin olduğuna karar verilmiştir²³.

DAM Ölçeklerinin Yapı Geçerliğini İncelenmesi

Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi birçok değişkenin meydana getirdiği faktörlerin, orijinal verilerle ne kadar uyumlu olduğunu belirlemek amacıyla yapılan bir analiz yöntemidir. Bu analizde ölçeklerin yeterliğinin belirlenmesi için çok sayıda uyum indeksi kullanılmaktadır. Bunlardan sıklıkla kullanılanları;

- X^2 Uyum Testi (Chi-Square Goodness),
- Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)
- Ortalama Hataların Karekökü (Root Mean Square Residual (RMR)
- Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI),
- Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI),
- Normleştirilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI) değerleridir²³.

Ölçek verilerinin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla KMO-Barlett analizi yapılmış, elde edilen sonuç verilerin homojen olduğunu ve değişkenlere faktör analizinin yapılabileceğini göstermiştir.

Ölçeğin faktör ve madde yapılarının doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçeğin Türk kültürüne uygulanması

sonucu elde edilen uyum indeksleri ve bu indeksler için kabul edilen sınır değerleri Tablo 1’de verilmiştir.

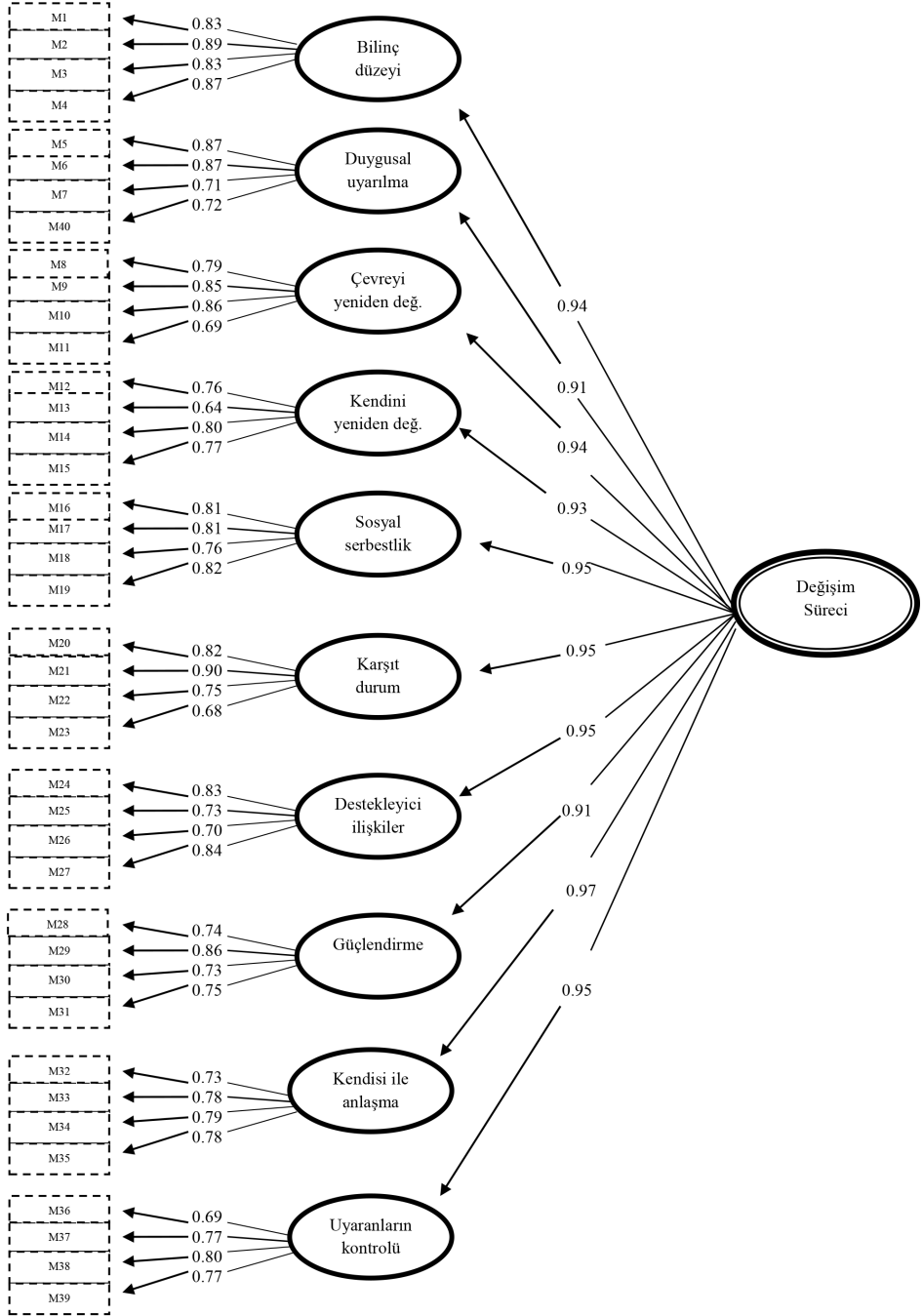
Doğrulamalı faktör analizi ile sınanan EDSÖ’nin alt boyutlarının faktör yükleri 0.64-0.90 arasında değişmektedir. Her madde için elde edilen bu değerler 0.10’un üstündedir ve kabul edilebilir değerlerdir. Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde; X^2 değerinin ($X^2=3174.96$, $N=400$, $sd=692$, $p=.000$) anlamlı olduğu görülmektedir. Hesaplanan X^2/sd oranı 4.57 bulunmuş ve $3 \leq X^2 /sd \leq 5$ arasındaki değerler normal değerler olarak kabul edilmektedir. Uyum indeksleri $RMSEA=0.043$, $RMR=0.09$, $GFI=0.92$, $CFI=0.97$, $NFI=0.97$ olarak bulunmuştur. Bu değerler normal sınırlar içerisinde. Ölçeğin faktöriyel yapısını oluşturan değişkenler (maddeler) ile ölçek faktörleri arasındaki ilişkiyi gösteren katsayılar incelendiğinde, uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Doğrulamalı faktör analizi ve uyum istatistikleri dikkate alındığında, ölçeğin daha önce belirlenen 40 maddeli, on faktörlü yapısının verilerle genel olarak uyum sağladığına karar verilmiştir (Tablo 2, Şekil 3).

EKAÖ’nin alt boyutlarının faktör yükleri 0.55-0.73 arasında değişmektedir. Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde Ki-Kare değerinin ($X^2=3065.1$, $N=400$, $sd=698$, $p=.000$) anlamlı olduğu görülmektedir. Hesaplanan X^2/sd oranı 4.39 bulunmuştur. Uyum indeksleri $RMSEA=0.02$, $RMR=0.07$, $GFI=0.99$, $NFI=0.90$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin faktöriyel yapısını gösteren modelin değişkenleriyle faktörleri arasındaki ilişkiyi gösteren katsayılar incelendiğinde, uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Doğrulamalı faktör analizi sonuçları, 16 maddeli ölçeğin iki faktörlü yapısının doğrulandığını göstermiştir (Tablo 2; Şekil 4).

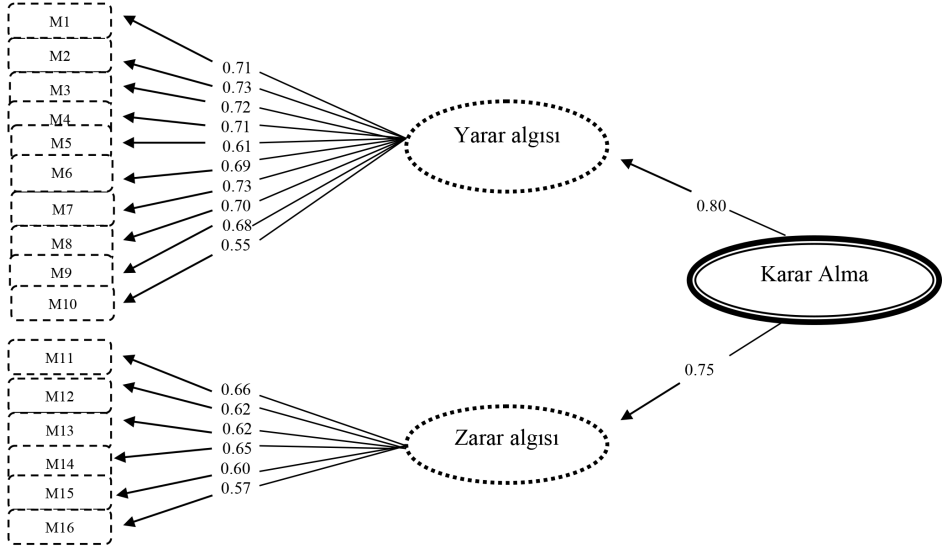
EÖEÖ’nin alt boyutlarının faktör yükleri 0.62-0.84 arasında değişmektedir. Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde Ki-Kare değerinin ($X^2=17.37$, $N=400$, $sd=5$, $p=.000$) anlamlı olduğu görülmektedir. Hesaplanan X^2/sd oranı 3.40 bulunmuştur. Uyum indeksleri $RMSEA=0.05$, $RMR=0.10$, $GFI=0.97$, $NFI=0.99$ olarak belirlenmiştir. Bu değerler normal sınırlar arasındadır. Bu nedenle ölçeğin faktöriyel yapısını gösteren modelin değişkenleriyle faktörleri arasındaki ilişkiyi gösteren katsayılar incelendiğinde, uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Doğrulamalı faktör analizi sonuçları, beş maddeli ölçeğin iki faktörlü yapısının doğrulandığını göstermiştir (Tablo 2; Şekil 5).

Tablo 2. DAM Ölçeklerinin Doğrulamalı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri Sonuçları

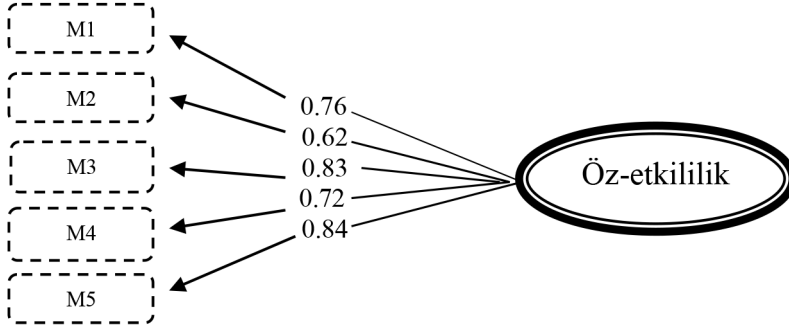
Ölçekler	Path Katsayısı	X^2/sd	RMSEA	RMR	GFI	CFI	NFI
EDSÖ	0.64-0.90	4.57	0.043	0.09	0.92	0.97	0.97
EKAÖ	0.55-0.73	4.39	0.02	0.07	0.99	0.91	0.90
EÖEÖ	0.62-0.84	3.40	0.05	0.10	0.97	0.99	0.99
Normal Sınırlar	≥ 0.25	$3 \leq X^2 /sd \leq 5$	≤ 0.05	≤ 0.10	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90



Şekil 3. Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği'ne İlişkin Path Diagramı ve Faktör Yükleri



Şekil 4. Egzersiz Karar Alma Ölçeği'ne İlişkin Path Diagramı ve Faktör Yükleri



Şekil 5. Egzersiz Özetkililik Ölçeği'ne İlişkin Path Diagramı ve Faktör Yükleri

DAM Ölçeklerinin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

DAM Ölçeklerinin İç Tutarlılık Analizleri

DAM ölçeklerinin iç tutarlılık analizlerinde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, alt boyut puanı-toplam puan korelasyonu ve madde analizleri yapılmıştır.

Ölçeklerin her bir boyutunda ve genelinde bulunan maddelerin Cronbach Alpha değerleri Tablo 2'de verilmiştir. Bulunan katsayılar, her madde için tek tek hesaplandığından, ölçeğin güvenilirlik yapısını diğer katsayılar göre en iyi yansıtan katsayıdır. Bu katsayı; $0.80 < \alpha < 1.00$ yüksek derecede güvenilir, $0.60 < \alpha < 0.80$ oldukça güvenilir, $0.40 < \alpha < 0.60$ düşük güvenilirlikte, $0.00 < \alpha < 0.40$ güvenilir değil şeklinde yorumlanır²⁴.

EDSÖ alt boyutlarına ait iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları şöyledir “bilinçlenme” 0.90; “duygusal uyarılma” 0.86; “çevreyi yeniden değerlendirme” 0.86; “kendini yeniden değerlendirme” 0.80; “sosyal özgürleşme” 0.84; “karşıt koşullanma” 0.87; “destekleyici ilişkiler” 0.81; “güçlendirme” 0.82; “kendisi ile anlaşma” 0.83 ve “uyaran kontrolü” 0.84. Tüm ölçek için elde edilen Cronbach alfa değeri 0.97’dir. Bu verilere göre ölçeğin alt boyutları ve tüm maddeleri için Cronbach Alpha değerleri “yüksek derecede güvenilir” olarak yorumlanabilir (Tablo 3).

EKAÖ iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.89; yarar algısı alt boyutu için 0.87, zarar algısı alt boyutu için 0.91 olarak bulunmuştur. Bulunan bu değerler ölçeğin “yüksek derecede güvenilir” olduğunu göstermektedir (Tablo 3).

EÖEÖ iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Bu katsayının 0.80 < α < 1.00 arasında çıkması ölçeği “yüksek derecede güvenilir” olduğunu göstermiştir (Tablo 3).

Tablo 4’de ölçeğin her bir alt boyutunun ortalama değerleri ve elde edilen alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonları yer almaktadır. EDSÖ alt boyutlarının ortalamaları sırasıyla “bilinçlenme” 11.95±4.58; “duygusal uyarılma” 12.41±4.36; “çevreyi yeniden değerlendirme” 12.26±4.36; “kendini yeniden değerlendirme” 12.34±4.04; sosyal özgürleşme” 12.18±4.38; “karşıt koşullanma” 12.08±4.23; “destekleyici ilişkiler” 11.66±4.28; “güçlendirme” 11.91±4.35; “kendisiyle anlaşma” 11.99±4.31; “uyaranların kontrolü” 11.20±4.32 bulunurken; toplam ortalama değeri 48.87±14.42 olarak belirlenmiştir. Bilinçlenme alt boyutunun toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.89, duygusal

Tablo 3. Boyutlara Ait Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

DAM Ölçekleri	Cronbach Alpha	Madde Sayısı
EDSÖ		
Bilinçlenme	0.90	4
Duygusal Uyarılma	0.86	4
Çevreyi Yeniden Değerlendirme	0.86	4
Kendini Yeniden Değerlendirme	0.80	4
Sosyal Özgürleşme	0.84	4
Karşıt Koşullanma	0.87	4
Destekleyici İlişkiler	0.81	4
Güçlendirme	0.82	4
Kendisi ile Anlaşma	0.83	4
Uyaranların Kontrolü	0.84	4
Toplam	0.97	40
EKAÖ		
Yarar Algısı	0.89	10
Zarar Algısı	0.87	6
Toplam	0.89	16
EÖEÖ	0.85	5

Tablo 4. Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri, Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalama Kolerasyon Sonuçları

DAM Ölçekleri	Ortalama \pm SS	Alt Boyut-Toplam Kolerasyon
EDSÖ		
Bilinçlenme	11.95 \pm 4.58	0.89
Duygusal Uyarılma	12.41 \pm 4.36	0.87
Çevreyi Yeniden Değerlendirme	12.26 \pm 4.36	0.89
Kendini Yeniden Değerlendirme	12.34 \pm 4.04	0.84
Sosyal Özgürleşme	12.18 \pm 4.38	0.88
Karşıt Koşullanma	12.08 \pm 4.23	0.98
Destekleyici İlişkiler	11.66 \pm 4.28	0.85
Güçlendirme	11.91 \pm 4.35	0.89
Kendisi ile Anlaşma	11.99 \pm 4.31	0.88
Uyaranların Kontrolü	11.20 \pm 4.32	0.85
Toplam	48.87\pm14.42	0.97
EKAÖ		
Yarar Algısı	30.09 \pm 9.70	0.93
Zarar Algısı	18.78 \pm 6.32	0.84
Toplam	120\pm37.96	
EÖEÖ	13.55 \pm 5.60	

uyarılma 0.87, çevreyi yeniden değerlendirme 0.89, kendini yeniden değerlendirme 0.84, sosyal özgürleşme 0.88, karşıt koşullanma 0.98, destekleyici ilişkiler 0.85, güçlendirme 0.89, kendisi ile anlaşma 0.88, uyaran kontrolü 0.85 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

EKAÖ yarar algısı ortalaması 30.09 \pm 9.70, zarar algısı ortalaması 18.78 \pm 6.32, ölçeğin genel ortalaması 120 \pm 37.96 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanının yarar algısı alt boyutu toplam puanı ile korelasyonu 0.93, zarar algısı alt boyutu toplam puanı ile korelasyonu ise 0.84 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

EÖEÖ ortalama puanı 13.55 \pm 5.60 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının olmaması nedeniyle madde toplam kolerasyonu hesaplanamamıştır (Tablo 4).

Madde Analizi

Yapılan madde analizi sonucunda EDSÖ'nin 14. maddesini (Fiziksel aktivite yapmadığım zaman kendimi engellenmiş hissedirim) en düşük, 22. Maddesinin (Kendimi yorgun hissettiğimde, sonrasında kendimi daha iyi hissedeceğimi bildiğim için kendimi bir şekilde fiziksel olarak aktif hale getiriyorum) ise en yüksek madde-toplam puan kolerasyonu değerine sahip olduğu belirlenmiştir.

EKAÖ'nin en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip maddesi 10. madde (düzenli egzersiz yaşama daha olumlu bakmama yardımcı olur), en yüksek madde-toplam puan korelasyonu sahip olan maddesi ise 7. madde (düzenli egzersiz yaparsam günlük işler yapmak benim için daha kolay olur)'dir.

EÖEÖ'nün en düşük madde-toplam puan korelasyonu 2. maddeye (kötü ruh halinde olduğumda düzenli egzersiz yapabileceğimden eminim), en yüksek madde-toplam puan korelasyonu ise 5. maddeye (yağmur ve kar yağdığında düzenli egzersiz yapabileceğimden eminim) aittir.

TARTIŞMA

Sağlığın geliştirilmesi alanında yararlanılan çok sayıda model ve kuram bulunmaktadır^{9,12-14,16}. Bunlar arasında bireye yönelik olanlar sağlık inanç modeli, değişim aşamaları modeli, sosyal öğrenme teorisi ve planlanmış davranış teorisidir. Bu teori ve modeller sağlık tutum ve davranışını özne konumundaki insan ve çevresi arasındaki özel ilişkiden doğan bilişsel ve davranışsal belirleyicilerle açıklayan paradigmlar içermektedir. Bu paradigmlar arasında DAM, davranışın yanı sıra davranışın içsel boyutunun (bilişsel süreçlerini) ve dışsal boyutunu (davranışsal süreçlerini) da izlemesi ve ölçülebilir hale getirmesi yönüyle özeldir.

Egzersiz davranışı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu herhangi bir modele temellendirilmemiş ve egzersiz davranışının değişiminde yer alan süreçler net olarak ortaya konulamamıştır. Modele temellendirilmeden yapılan bir program başarıya ulaşsa bile, bu başarının altında yatan süreç bilinmemektedir. Egzersiz davranışını geliştirmeye yönelik yapılan çalışmaların modele dayalı yürütülmesi davranışları anlama, öngörme ve değiştirmek için bir çerçeve belirlemektedir. Bu nedenle egzersiz davranışını geliştirmede modelleri kullanmak gereksinim haline gelmektedir^{17,18,26}.

Egzersiz davranışına özel geliştirilmiş olan DAM'da yer alan ana bileşenlerden biri egzersiz davranışı değişim sürecidir (Şekil 3). Egzersiz davranışı değişim süreci şekilde görüldüğü gibi bilişsel ve davranışsal aşamalardan oluşur. Birey kendini ve çevreyi değerlendirerek davranış değişim sürecinde ilerler. Bireyin davranış değişim sürecindeki ilerleyişi her zaman doğru yönlü değildir. Davranış değişim sürecinde gerilemeler ve davranışın sönmesi yaşanan bir durumdur.

Davranış değişim sürecinde etkili içsel değişkenlerden biri bireyin karar dengesidir. Karar dengesi bireyin davranışı yapması durumunda elde edeceği yararlarla ilişkin algısı (sağlık, zindelik, fit görünme, kabul görme vb) ve bu davranışı yapmanın kendisi açısından maliyetine ilişkin algısı (zaman, para, ilişkiler vb) ile ilişkilidir (Şekil 4). Karar dengesi 1977 yılında Janis ve Mann tarafından geliştirilmiş ve davranış değişiminin yarar ve zararına verilen önem olarak bahsedilmektedir. Daha sonra sağlık inanç modeli, sosyal bilişsel teori, kişiler arası davranış kuramı gibi kuramlarda da değişim yarar ve zararının bireyin davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu kuramlar sağlıklı davranışı baskılayan ve kolaylaştıran farklılıkları hedef almaktadır. Bu farklılıkların ortaya konması değişimin davranış haline getirilmesini hızlandırmaktadır. Bu nedenle karar verme dengesi DAM'ın önemli bir bileşenini oluşturmuştur.

Sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bileşenlerinden biri olan öz-yeterlilik algısı, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir (Şekil 5). Bireyin öz-etkililik algısının yüksek olması, onun olumlu sağlık davranışları göstermesini sağlamaktadır. DAM'da davranış değişimi ile öz-etkililik arasındaki ilişki ortaya konulmuş ve öz-etkililik kavramı daha sonra modele eklenmiştir. DAM'da yer alan öz-etkililik kavramını içerisinde "kendine güven" ve "motivasyon" kavramaları

yer almaktadır. Kendine güven, Bandura'nın öz-etkililik teorisinden adapte edilmiş olup, bireyin durum ile baş etmesini sağlayan öz-etkililik olarak tanımlanmaktadır. Motivasyon ise bireyin zorlu bir durumla karşılaştığında, sağlıklı davranışı sürdürme yoğunluğunu ifade etmektedir. DAM'ın farklı alanları düşünüldüğünde, öz-etkililik kavramı nicel alan olarak görülmektedir. Egzersiz ile ilgili yapılan çalışmalarda öz-etkililik en kuvvetli davranış belirteci olarak sunulmuştur^{14,17,18,26}. DAM'da öz-etkililik, modelin değişkenlerinden biri olarak görülebilir. Öz-etkililiğin, sağlıklı davranışa geçişte aşamalar arasındaki başarılı ilerlemede pozitif etki göstererek güçlenen bir etki olması beklenmektedir^{16,22}.

Metodolojik bir araştırma tasarımının kullanıldığı bu çalışma DAM üzerine temellidir. Çalışma DAM'da kullanılan yetişkinler için geliştirilmiş EDSÖ, EKAÖ ve EÖEÖ'nin Türk dili ve kültürüne uyarlaması, Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliğinin sağlanması amacıyla yapılmıştır.

Hemşirelik alanında son yıllarda sağlığı geliştirici davranışları değerlendirmek için uyarlanan veya geliştirilen ölçekler kullanılmaktadır. Ölçeklerin çoğunluğu farklı kültürlerde geliştirilmiş olup, Türk dili ve kültürüne uyarlanmaktadır. Ölçek uyarlaması uluslararası literatürde bilinen bir ölçeğin farklı dile çevrilerek kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntem araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği zamandan tasarruf sağlarken aynı zamanda araştırmacıya karşılaştırılabilir bilgi sağlamaktadır²³.

Ölçeklerin dil eşdeğerliği belirlenirken; çevirisi yapılan ölçekler orijinal hali ile karşılaştırılarak incelenmiş, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek uzman görüşüne sunulmuştur. Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, kültürel farklılıklar nedeniyle ölçeğin yapısının da değişmesine neden olmaktadır. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin ayrıntılarıyla incelenmesi uyarlama işleminin ana kuralıdır²³⁻²⁵. Dil uyarlaması yapılan ölçekler konu ile ilgili alanında uzman dokuz öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Yapılan değerlendirmede her madde için Content Validity Index puan ortalaması alınmış, ikinin altında olan madde olmadığı için, madde çıkartılmamış ve uzman görüşleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ölçeklerin yapı geçerliğinde doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi gözlenen bir değişkenin (örneğin egzersiz davranışı) oluşumuna etki eden ancak gözlenemeyen örtük değişkenlerin (bilgi, tutum, inanış, motivasyon vb.) ortaya çıkarılması esasına dayanır.

Ölçeğin faktöriyel yapısını gösteren modelin gözlenen değişkenleriyle faktörleri arasındaki ilişkiyi gösteren katsayılar incelendiğinde, uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum istatistikleri dikkate alındığında Türkçe ölçeğin orijinal ölçekle benzer faktörler altında toplandığı bulunmuştur. EDSÖ 40 madde olup 10 faktörde (Şekil 3), EKAÖ 16 madde olup 2 faktörde (Şekil 4) ve EÖEÖ 5 madde olup tek faktörde (Şekil 5) toplandığı görülmüştür.

Doğrulayıcı faktör analizinde ilk adımda modelde yer alan tüm gizil değişkenlerin bulunduğu ölçüm modeli test edilir. Ölçüm modeli için model veri uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeylerde olmaları ve gizil değişkenlere ait göstergelerin yol katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı bulunması beklenir. Model veri uyum indekslerinin yetersiz ve/veya katsayıların önemsiz olması durumunda elde edilen

verilere uygun yeni bir model oluşturularak test edilmesi aşamasına geçilir²⁷. Bu çalışmada, egzersiz davranışının değişimini değerlendirmek üzere DAM'a göre oluşturulmuş üç orijinal ölçeğin (EDSÖ, EKAÖ ve EÖEÖ) veri uyum indekslerinin yeterli düzeyde olduğu ve gizil değişkenlere ait yol katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamsız bulunan etki saptanmadığı için modelde herhangi bir revizyona gidilmemiş ve ölçeklerin Türkçe formunun orijinal ölçeklerine benzer şekilde geçerli ve güvenilir olduğu ve DAM'ı desteklediği kararına varılmıştır.

Ölçek çalışmalarında iç tutarlılık katsayılarının yüksek bulunması iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda EDSÖ bilişsel süreç alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.94, davranışsal süreç alt boyutu 0.93'dür. EKAÖ yarar algısı alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.89, zarar algısı iç tutarlılık katsayısı 0.87'dir. EÖEÖ iç tutarlılık katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Marcus ve ark. tarafından 1992'de EDSÖ iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bildirirken¹⁷; EKAÖ'nin iç tutarlılık katsayısını yarar algısı=0.79; zarar algısı=0.95 olarak belirtmiştir²². Yine Marcus ve ark.'nın 1992 yılında yaptığı başka bir çalışmada EÖEÖ iç tutarlılık katsayısı 0.76 olarak bulunurken; test-tekrar test ölçümünde 0.90 olarak bulunmuştur²². Melissa ve ark. tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada EDSÖ iç tutarlılık katsayısı 0.84 (bilişsel süreç) ve 0.78 (davranışsal süreç); EKAÖ iç tutarlılık katsayısı 0,82; EÖEÖ iç tutarlılık katsayısı 0.78 olarak belirtmiştir²¹. Nigg ve ark. tarafından 1998 yılında yapılan çalışmada ise EDSÖ EKAÖ ve EÖEÖ'lerinin cronbach alpha değeri sırasıyla 0.62-0.85; 0.92-0.81 ve 0.85 olarak bulunmuştur²⁶. Yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmaları ile araştırmamız arasında benzerlik olduğuna karar verilmiştir. Araştırmalarda kullanılacak ölçme araçları için öngörülen güvenilirlik düzeyinin 0.70 olduğu dikkate alınır, çalışmamızda kullanılan bütün ölçeklerin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik düzeyinin yeterli olduğu söylenebilir²³ (Tablo 3).

Çalışmamızda ölçme aracını oluşturan maddelerin, ölçek maddelerinin tamamıyla ne derece ilişkili olduklarını belirlemek amacıyla madde analizi yapılmıştır. Madde analizi için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Her bir madde için bulunan korelasyon katsayısının yüksek olması o maddenin istendik davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu göstermektedir²². Madde alt ölçek toplam puan korelasyonları incelendiğinde ölçeğin tüm maddelerinin buldukları alt boyutun toplam puanı ile yeterli korelasyon sağladığı saptanmıştır. Literatürde madde toplam korelasyonunun yorumlanmasında 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri ölçülen özellik bakımından iyi derecede ayırt ettiği göz önüne alındığında madde-toplam korelasyonlarının yeterli olduğu görülmektedir²² (Tablo 4).

DAM'da kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bulgular bu ölçeklerin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada DAM'ne göre geliştirilmiş olan orijinali İngilizce olan EDSÖ, EKAÖ ve EÖEÖ'lerinin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Kentsel yaşam tarzı ile birlikte artan hareketsizlik ve bu ekseninde gelişen bulaşıcı olmayan hastalıklar günümüzün en önemli sağlık sorunlarını oluşturmaktadır. Bu

nedenle birinci basamakta davranışsal risk faktörlerinin izlenmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesine yönelik çabaların gösterilmesi önem kazanmıştır.

Geçerlik ve güvenilirliği saptanan bu ölçeklerin Türk toplumunda bireylerin egzersiz davranış düzeylerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi çalışmalarında etkin olarak kullanılması beklenmektedir. Sağlık profesyonellerinin egzersiz davranışının gelişiminde yer alan değişkenlere bütüncül yaklaşım sunan bu ölçekleri sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında yaygın olarak kullanılması beklenmektedir. Dünya sağlık örgütü 2020 yılı hedeflerine ulaşılması açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasında hemşirenin rolü üzerinde durmaktadır. Belirtilen ölçekler egzersiz davranışının geliştirilmesinde birey ve gruplara yönelik hedeflerin belirlenmesinde ve yürütülen programların etkinliğinin değerlendirilmesinde ölçülebilir veri elde edilmesi için önemli bir araçtır.

Ölçeklerin Türkçe versiyonu ile Türk toplumunda yapılacak çalışmalarla egzersiz davranışının geliştirilmesinde DAM'ın etkinliği değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. Kocatepe Tıp Dergisi 2011; 12 (3): 145-50.
2. Baştuğ G, Akandere M, Yıldız H. Sedarter genç bayanlarda aerobik egzersizin vücut kompozisyonu ve kendini fiziksel tanımlama değerlerine etkisi. Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi 2011; 2(2): 22-7.
3. Miçooğulları O, Cengiz C, Aşçı H, Kirazcı S. Genç yetişkin bireylerin egzersiz öz yeterlik ve egzersiz bakış açılarının cinsiyet ve egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe 2010; 21 (2): 49-59.
4. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15(3): 219-24.
5. WHO. Global recommendations on physical activity for health. 2010. URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. (Erişim: 30 Mart 2014).
6. Center for Disease Control and Prevention. URL:<http://www.cdc.gov/physicalactivity/index.html> (Erişim: 30 Mart 2014).
7. Sağlık 21 Herkese Sağlık. Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara: 2001.
8. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 409-420.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice 1982; 19: 276-288.
10. Kleinjan M, Brug J, Eijnden RJ, Vermulst AA, Zundert RM, Engels RC. Associations between the transtheoretical processes of change, nicotine dependence and adolescent smokers' transition through the stages of change. Addiction 2009; 103: 331-338.
11. Karatay G, Kublay G, Emiroglu ON. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(6): 1328-1337.
12. Kim YH. Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 936-944.
13. Nigg CR. Explaining adolescent exercise behavior change: A longitudinal application of the transtheoretical model. Annals of Behavioral Medicine 2001; 23(1): 11-20.

14. Erol S, Erdoğan S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(2): 86-93.
15. Büyüköztürk Ş, Akgün Ö, Kahveci Ö, Demirel F. Güdülenme ve öğrenme stratejileri ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2004; 4(2): 207-239.
16. Pro-change Behavior System. Transtheoretical Model. Erişim:28.03.2015. URL:<http://www.prochange.com/ttm>.
17. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. Research Quarterly for Exercise and Sport. 1992; 63: 60-66.
18. Cooney AL. The transtheoretical model and its application to adolescents' physical activity behavior. University of Alberta Faculty of Physical Education and Recreation. Master of Arts. Edmonton. AB Nielsen 1996.
19. Ay S, Temel AB. The transtheoretical model of behavioral change to exercise in applying to adult Turkish people. Gait & Posture 2008; 118.
DOI: 10.1016/S0966-6362(08)70182-6. ISSN: 0966-6362.
20. Keller C, Allan J, Tinkle MB. Stages of change, processes of change, and social support for exercise and weight gain in postpartum women. Journal of Obstetrics Gynecol Neonatal Nursing 2006; 35(2): 232-240.
21. Melissa AN, George DP, Beth AL, Jessica AW, David MW, Abby CK. et. al. Mediators of physical activity behavior change a multivariate approach, Health Psychol. 2008; 27(4): 409-418.
22. Marcus BH, Rakowski W, Rossi JS. Assessing motivational readiness and decision making for exercise. Health Psychology 1992; 11(4): 257-261.
23. Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçeklere madde seçmede madde analizi tekniklerinin karşılaştırılması. Türk Psikoloji Dergisi 2004; 19 (54): 77-90.
24. Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1995; 4: 125-148.
25. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5(1): 3-14.
26. Nigg CR, Courneya KS. Transtheoretical model: exercise behavior examining adolescent. Journal of Adolescent Health. 1998; 22: 214-224.
27. Ullman JB. Statistical Developments And Applications Structural Equation Modeling: Reviewing The Basics and Moving Forward. Journal Of Personality Assessment, 87(1): 35-50.

Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı ve Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

Nurses' Knowledge and Practices About Pain and Pain Control in Children

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 20–29

İlknur GÖL*, Müjgan ONARICI*

*Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, Çankırı, Türkiye

Geliş Tarihi: 18 Mart 2015

Kabul Tarihi: 28 Ağustos 2015

ÖZ

Amaç: Çalışma hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı özellikteki bu araştırmanın evrenini, Orta Anadolu'da bir İl Merkezinde bulunan altı Aile Sağlığı Merkezi ve bir Toplum Sağlığı Merkezi'nde görevli toplam 26 hemşire ile Devlet Hastanesi çocuk servisinde görevli 19 hemşire oluşturmuştur. Veriler; hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini ve çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemeye yönelik hazırlanmış soru formu ile toplanmıştır. Veriler, yüzdeler ve ki-kare önemlilik testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çocuklarda ağrının değerlendirilmesinde büyük oranda davranışsal göstergelerden yararlandıkları belirlenmiştir. Hemşireler tarafından en sık ifade edilen ilk üç ağrı belirtisi ağlama (%97.5), huzursuzluk (%97.5) ve yüz ifadesi (%90)'dir. Hemşirelerin %95'i ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler hakkında bilgi sahibi olmamakla birlikte tamamı hem bireysel hem de çalıştıkları birimlerde herhangi bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanmamaktadır. Çocuklarda ağrının giderilmesi/azaltılması konusunda hemşirelerin %65'inin rutin analjezik uyguladığı ve bağımsız olarak uygulayabilecekleri yöntemleri yeteri kadar uygulamadıkları belirlenmiştir.

Sonuç: Hemşirelerin çocukta ağrı ve ağrı kontrolü konusunda bilgi eksiklikleri olduğu ve bağımsız olarak uygulayabilecekleri ağrı kontrol yöntemlerini yeteri kadar uygulamadıkları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, ağrı kontrolü, çocuk hasta, hemşire.

ABSTRACT

Aim: This study was conducted with the aim of determining nurses' knowledge and practices related to pain and pain control in children.

İletişim : ilknurnayirgol@gmail.com

Material-Methods: The population of this descriptive study comprised 26 nurses working in six Family Health Centers and one Community Health Center, and 19 nurses working in the pediatric clinic of a State Hospital located in the city center of a province in Central Anatolia. The data was collected using a questionnaire developed to determine nurses' socio-demographic characteristics and their knowledge and practices about pain and pain control in children. Data was analysed via percentage and chi-square tests.

Results: It was determined that the majority of the nurses utilized behavioral indicators to assess pain in children. The leading three of the most frequently reported pain symptoms by the nurses were crying (97.5%), restlessness (97.5%) and facial expression (90%). Although 95% of the nurses had no idea about the scales used to assess pain, they weren't using pain assessment scales individually or in the units they worked at. In respect of relieving/alleviating pain, it was determined that 65% of the nurses administered routine analgesics, and that they did not adequately carry out the methods they could perform independently.

Conclusion: It was determined that the nurses had lack of knowledge about pain and pain control in children and they did not carry out the pain control methods they can perform independently.

Key Words: Pain, pain control, pediatric patient, nurse.

GİRİŞ

Tüm insanların yaşadığı evrensel bir deneyim olan ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği'ne (International Association for the Study of Pain (IASP) göre "vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur"¹.

Ağrı duyusunun iletimi için, 1980'li yıllara kadar sinir liflerinin gelişimini tamamlanmış olması gerektiği düşünülmekteydi. Bu nedenle; sinir sisteminin yeterince gelişmemiş olduğu ve biyolojik olgunlaşmanın tamamlanmadığı düşünülerek yenidoğanın ağrıyı algılama ve yorumlamada yetersiz olduğu ve hatırlamadığı kabul edilirdi. Yine bu yıllarda analjeziklerin uygulanmasında yan etki ve bağımlılık riskinin yüksek olduğu, ağrı deneyiminin yenidoğanı olumsuz etkilemediği gibi yanlış ve etik kaygılar, yenidoğanda ağrı ve etkilerinin incelenmesini engellemiştir^{2,3,4}. Daha sonra yapılan çalışmalarda ise ağrının intrauterin yaşamdan itibaren hissedildiği ve yenidoğanların ağrıyı çok iyi algıladıkları ve hatırladıkları kanıtlanmıştır. Yapılan bir çalışmada (2003) gebeliğin 20. ve 24. haftalarından itibaren bebeğin ağrıya yanıt verme yeteneğinin geliştiği gözlenmiştir⁴.

Çocukların yaşadığı ağrı, davranışlarını, ailesi ile olan etkileşimini, beslenme düzenini etkilemenin yanında beyin ve duyuvarın gelişiminde de değişikliklere neden olarak büyümeyi olumsuz etkilemektedir^{4,5}. Çocukluk döneminde yaşanan birçok acı, ağrı ve korku yetişkinlik döneminde de tıbbi bakım almada korku ve kaçınmaya neden olabilmektedir. Kanada'da (2010) yetişkinlerin % 25'inin çocukluk döneminde gelişen bir iğne korkusu olduğu tahmin edilmektedir⁶. Bu nedenlerle çocuklarda ağrının tanımlanması, değerlendirilmesi aynı zamanda gerekli girişimlerin başlatılması ve uygulanması da önemlidir⁷. Bu nedenle çocuklar için savunucuları olan hemşirelerin bebeklerde ağrı mekanizmaları, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterince bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmalarının önemi göz önüne alınarak "Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları nedir?" sorusundan

hareketle bu çalışma planlanmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın amacı; birinci basamak sağlık hizmetinde ve hastane çocuk servisinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı ve kontrolüne ilişkin bilgilerini ve uygulamalarını belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı yer

Araştırma, Orta Anadolu'da bir il merkezinde bulunan altı Aile Sağlığı Merkezi (ASM), ve bir Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile Devlet Hastanesi çocuk servisinde yürütülmüştür.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini; Orta Anadolu'da bir il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan 26 ve hastane çocuk servisinde çalışan 19 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak bir hemşirenin yıllık izinde olması ve dört hemşirenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle toplam 40 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma % 90 katılım oranı ile gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında; hemşirelerin, sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru içeren kişisel bilgi formu ve araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan çocuklarda ağrı ve kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemeye yönelik 25 soru içeren anket formu kullanılmıştır^{11,15,17,18}.

Araştırmanın etik yönü ve veri toplama araçlarının uygulanması

Verilerin toplanması için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulundan ve araştırmanın yürütüldüğü İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği'nden izin alınmış ve hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin sözel onamları alınarak araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır. Veriler 20 Mayıs- 20 Haziran 2014 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından örneklem kapsamındaki hemşireler ile görev yaptıkları kurumlarda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hemşireler ile yapılan her bir görüşme ortalama 10-15 dk. arasında sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler, SPSS programında yüzdeler ve ki-kare önemlilik testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin 38'i (%95) kadın, 2'si (%5) erkek ve 28'i (%70) 31-40 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %20'si sağlık meslek lisesi, % 40'ı ön lisans ve %30'u lisans mezunu iken %10'u yüksek lisans mezunudur. Grubun %47.5'i hastane çocuk servisinde, %35'i ASM'de ve %17.5'i TSM'de çalışmaktadır. Hemşirelerin %37.5'i 11-15 yıl arası bir mesleki kıdeme sahip ve %60'ı 5 yıl ve altı zamandır aynı birimde çalışmaktadır. (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hemşirelere “ağrı değerlendirmede kullanılan bildiğiniz ölçekler var mı” diye sorulduğunda %5'i Vizüel Analog Skala (VAS)'yı bildiklerini ifade

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=40)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	38	95.0
Erkek	2	5.0
Mesleki kıdem		
5 yıl altı	8	20.0
6-10 yıl	6	15.0
11-15 yıl	15	37.5
> 16 yıl	11	27.5
Aynı birimde çalışma süresi		
5 yıl altı	24	60.0
6-10 yıl	11	27.5
11-15 yıl	3	7.5
> 16 yıl	2	5.0
Eğitim düzeyi		
Lise	8	20.0
Ön Lisans	16	40.0
Lisans	12	30.0
Lisansüstü	4	10.0
Çalışılan birim		
ASM	14	35.5
TSM	7	17.5
Hastane	19	47.5
Konu ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	4	10.0
Hayır	36	90.0
Çocukta ağrı kontrolü hakkında kitap okuma		
Evet	6	15.0
Hayır	34	75.0
Çocukta ağrı kontrolü hakkında makale okuma		
Evet	6	15.0
Hayır	34	75.0
Çocukta ağrı kontrolünde kendini yeterli görme		
Evet	24	60.0
Hayır	16	40.0
Toplam	40	100

ederken %95'i ağrı değerlendirmede kullanılan herhangi bir ölçek hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin tamamı çalıştıkları birimlerde çocuklarda ağrı değerlendirilmesinde herhangi bir ölçek kullanılmadığını ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin %60'ı çocuklarda ağrı kontrolü konusunda kendilerini yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki kıdem, çalışılan birim, konu ile ilgili kitap ve/veya makale okuma durumlarına göre çocuklarda ağrı kontrolü konusunda kendilerini yeterli görme durumları arasında yapılan istatistik analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p \geq 0.05$). Ancak, konuyla ilgili eğitim alanların almayanlara, çocuklarda ağrı kontrolü hakkında kitap ve /veya makale okuyanların okumayanlara göre çocuklarda ağrı kontrolü konusunda kendilerini daha fazla yeterli gördükleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin "çocuğun ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız" sorusuna verdiği ilk üç cevap, davranışları (%95), sözel ifadesi (%82.5) ve ebeveynin sözel ifadesi (%82.5)'dir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%97.5) çocuklarda ağrı belirtisi olarak ağlama ve huzursuzluk bulgusunu göstermiştir (Tablo 2). Hemşirelerin ağrısı olan çocuğa en sık uyguladıkları ilk üç yöntemin rutin analjezik uygulama (%65), masaj uygulama (%47.5) ve sıcak uygulama (%47.5) olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3'te hemşirelerin ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgilerini belirlemek amacıyla hazırlanan ifadelere verdikleri yanıtların dağılımları yer almaktadır. Bu tabloda da görüldüğü gibi, hemşirelerin %45'inin ağrının bir vital bulgu olduğunu, %47.5'inin bebeklerin ağrısı ilk olarak anne karnında hissettiğini, %65'inin çocukların da yetişkinler kadar ağrı duyduğunu bildiği belirlenmiştir.

Hemşirelerin cinsiyeti, eğitim durumu, mesleki kıdemi, çalıştığı birim, konu ile ilgili daha önce eğitim alma durumu, ağrı kontrolü hakkında kitap-makale okuma durumlarına göre çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolü bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanan ifadelere verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; eğitim durumu ve çalışılan birim dışında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p \geq 0.05$). Ancak hastanede çalışan hemşireler arasında "ağrı tedavisinde çocuk ya da yetişkin fark etmez" önermesini yanlış olarak ifade edenlerin oranının ASM ve TSM'de çalışan hemşirelerden daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çocuklar, bebeklik döneminden itibaren topuktan kan alınması, aşı uygulanması, arterial ve venöz girişimler gibi ağrılı girişimlerle sıkça karşılaşılırlar. Yaşamın erken dönemlerinde yaşanan kontrolsüz ağrıların merkezi sinir sistemi gelişimini olumsuz etkilemesi gibi uzun süreli ve istenmeyen etkileri olabilir⁸. Bu nedenle çocukların yaşam kalitesini etkileyebilecek ağrı bulgusunun hemşireler tarafından doğru değerlendirilmesi ve kontrolü önemlidir. Araştırma; birinci basamak sağlık hizmetleri ve çocuk hastalıkları servisinde çalışan hemşirelerin ağrı kontrolü konusunda bilgi durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%90) çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolü konusunda eğitim almamış ve daha önce konu hakkında kitap yada makale

Tablo 2. Hemşirelerin çocuklarda ağrıya ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=40)

Görüşler	n*	%*
Çocuğun ağrısı olduğunu nasıl anlarsınız?		
Sözel ifadesi	33	82.5
Davranışları	38	95.0
Ebeveynin sözel ifadesi	33	82.5
Hekim notları	22	55.0
Hepsi	12	30.0
Çocuklarda ağrı belirtileri nelerdir?		
Ağlama	39	97.5
Huzursuzluk	39	97.5
Yüz ifadesi	36	90.0
Beden hareketleri	30	75.0
Uykusuzluk	27	67.5
İştahsızlık	18	45.0
Ateş	21	52.5
Nabız hızında değişiklik	18	45.0
Çocuklarda ağrıya yaklaşımda sıklıkla uyguladığınız yöntemler?		
Rutin analjezik	26	65.0
Dikkati başka yöne çekme	16	40.0
Kanguru bakımı	2	5.0
Emzirme	17	42.5
Emzik verme	7	17.5
Tatlı madde verme	2	5.0
Masaj uygulama	19	47.5
Sıcak uygulama	19	47.5
Soğuk uygulama	11	27.5
Gevşeme egzersizleri	11	27.5
Müzik dinletme	4	10.0
Hayal kurma	4	10.0
Deriye mentol uygulama	2	5.0
Hiçbir şey	2	5.0

*Bir katılımcı birden fazla ifade belirttiği için toplam verilmemiştir.

okumamış olmasına rağmen yine büyük çoğunluğunun (%60) kendini bu konu hakkında yeterli görüyor olması çarpıcı bir bulgudur. Beytut ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, bu çalışma bulgusuna benzer şekilde hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%75.7) ağrı konusunda herhangi bir eğitim almadığını bildirmiştir⁹. Ayrıca, Mathew ve ark. (2011) pediatri yoğun bakım hemşirelerinin ağrıya yönelik bilgi-tutum ve davranışlarını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin üçte birinin konu hakkında eğitim almadığını belirtmişlerdir¹⁰.

Araştırmada, hemşirelerin %95'i ağrı değerlendirmesinde kullanılan herhangi bir ölçek hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Bilgi sahibi olduğunu belirten hemşirelerin de tamamı VAS'ı bildiklerini ifade etmişlerdir. Araştırmada, en çok bilinen ölçüm aracının VAS olarak belirtilmesi VAS'nın en eski ve en sık kullanılan ölçüm aracı olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür. Ayrıca, araştırma kapsamındaki kurumların tamamında çocuklarda ağrı değerlendirilmesinde herhangi bir ölçek kullanılmadığı belirlenmiştir. Çalışmada hemşirelerin yalnızca bir tane ağrı değerlendirme ölçeğini bilmeleri ve hem çalıştıkları kurumlarda hem de bireysel olarak çocuklarda ağrı değerlendirilmesinde herhangi bir ölçek kullanılmadığının

Tablo 3. Hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin ifadelere verdikleri yanıtlar

Ağrı kontrolüne ilişkin verilen ifadeler	Doğru		Yanlış		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağrı vital bir bulgudur	18	45.0	16	40.0	6	15.0
Çocuk/Annesi ağrısı olduğunu söylüyorsa, ağrısı vardır.	21	52.5	12	30.0	7	17.5
Bebekler ağrıyla ilk olarak anne karnında iken hisseder.	19	47.5	2	5.0	19	47.5
Bebekler ağrıyla algılayamazlar.	6	15.0	32	80.0	2	5.0
Çocuklarda yetişkinler kadar ağrı duyarlar	26	65.0	8	20.0	6	15.0
Ağrıya verilen tepki yaşa göre değişir.	29	72.5	7	17.5	4	10.0
Ağrısı olan çocuğun vücut ısısı değişmez.	10	25.0	27	67.5	3	7.5
Ağrısı olan çocuğun kalp atım hızı hızlanır.	27	67.5	9	22.5	4	10.0
Aktivitesini veya uykusunu sürdüren çocuğun ağrısı yoktur.	23	57.5	13	32.5	4	10.0
Çocuğun ağrısının nedeni her zaman bir hastalıktır.	5	12.5	31	77.5	4	10.0
Ağrı tedavisinde çocuk ya da yetişkin fark etmez.	13	32.5	23	57.5	4	10.0

Tablo 4. Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre “ağrı tedavisinde çocuk ya da yetişkin fark etmez” önermesine verdikleri yanıtların dağılımı

Çalışılan birim	Ağrı tedavisinde çocuk ya da yetişkin fark etmez								İstatistiksel analiz
	Doğru		Yanlış		Fikrim yok		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastane	2	10.5	15	78.9	2	10.5	19	100	x²=10.652 SD= 4 p=0.031
ASM	7	5.0	5	35.7	2	14.3	14	100	
TSM	4	57.1	3	42.9	0	0	7	100	

belirtilmiş olması bu konuda bilgi açığı olduğunu ve konuya yeterli önemin verilmiyor olduğunu düşündürmektedir. Özer ve arkadaşları (2006) çalışmalarında hemşirelerin %74.5'inin ve Ay ve Alpar (2010) ise %68'inin herhangi bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadığını bildirmişlerdir^{11,12}. Ayrıca Finlandiya'da yapılan bir çalışmada hemşireler ağrı ölçeklerini nadiren kullandıklarını ya da hiç kullanmadıklarını, Kuzey Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin tamamı herhangi bir ağrı ölçeği kullanmadıklarını bildirmişlerdir^{13,14}. Bu çalışmaların sonuçları mevcut araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada, çocuklarda ağrı belirtileri olarak ağlama (%97.5), huzursuzluk (%97.5) ve yüz ifadelerinde değişiklik (%90) hemşireler tarafından benzer oranlarda ifade edilmiştir. Özyazıcıoğlu ve Çelebioğlu (2007) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin ifade ettiği ilk üç belirti de ağlama (%88.9), huzursuzluk (%27.6) ve yüz ifadesi (%20.1)'dir¹⁵. Ayrıca; Nimbalkar ve ark. (2014) tarafından pediatri hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin %90'u ağlamayı ve %85'i de yüz ifadesini çocuklarda önemli ağrı belirtileri olarak belirtmişlerdir¹⁶. Bu çalışma bulguları mevcut çalışma bulguları ile tutarlılık göstermektedir.

Hemşirelerin çocuklarda ağrı durumunda yaptıkları girişimler sorgulandığında ilk sırada analjezik uygulama (%65), ikinci sırada aynı oranlar (%47.5) ile masaj ve sıcak uygulama ve üçüncü sırada (%42.5) emzirme yer almaktadır. Akdemir ve ark. (2008) hemşireler tarafından uygulanan farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri inceledikleri çalışmalarında hastanın dinlenmesini sağlanmanın, farmakolojik yöntemler ve uygun pozisyon vermenin ilk sırada, dikkati başka yöne çekme ve egzersizin ikinci sırada ve sıcak/soğuk uygulamanın da üçüncü sırada yer aldığını belirtmiştir¹⁷. Jacop ve Puntilla'nın çalışmalarında çocukların ağrısını gidermede hemşirelerin %66.5'inin farmakolojik olmayan yöntemlerden dikkati başka yöne çekme yöntemini, %48.8'inin de gevşeme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır¹⁸. Bu sonuçlar hemşirelerin bağımlı fonksiyonlarının yanında bağımsız fonksiyonlarının bilincinde olduklarını ancak yeteri kadar uygulamadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin %45'i ağrının vital bulgu olduğunu ifade etmiştir. Ay ve Alpar'ın (2010) yaptıkları araştırmada, hemşirelerin %49,8'inin ağrı varlığında yaşam bulgularını ve ağrı takibini yapmadıklarını bildirmiştir¹². Bu bulgular ağrının hemşireler tarafından bir yaşam bulgusu olarak değerlendirilmediğini

gösterebilmektedir. Araştırmada hemşirelerin %52.5'inin çocuk/annesinin ağrı ifade ettiklerinde gerçekten ağrısının olduğuna inandıkları görülmüştür. Ancak yapılan başka bir araştırmada hemşirelerin yaklaşık tamamı (%96.2) ağrı ifade eden hastaya her zaman inanmadıklarını belirtmiştir⁹. Bunun muhtemel nedeni yapılan iki çalışma arasında bulunan zaman farkı (13 yıl) içerisinde hemşirelerin ağrı konusundaki bilgilerinin artmış olabilesidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma sonucunda hemşirelerin büyük çoğunluğunun;

- Ağrının değerlendirilmesinde daha çok davranışsal göstergelerden yararlandıkları,
- Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler hakkında bilgi sahibi olmadıkları ve hem bireysel hem de çalıştıkları birimlerde herhangi bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadıkları,
- Ağrının giderilmesi/azaltılması konusunda bağımsız olarak uygulayabilecekleri yöntemleri yeteri kadar uygulamadıkları belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre; hemşirelerin ağrı ve kontrolü konusundaki farkındalıkları geliştirilmelidir. Ağrının davranışsal ve fizyolojik göstergeleri, ağrı değerlendirmesi ve ağrıyı gidermek ve/veya azaltmak amacı ile yapılacak girişimler hakkındaki bilgileri artırılmalıdır. Bu amaçla hemşirelerin hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinde konuya daha fazla zaman ayrılması ve sağlık kurumlarında ağrı kontrolü protokollerinin oluşturularak uygulamaya konulması önerilebilir. Ayrıca, hemşirelerin ağrı kontrolü konusunda bağımsız olarak uygulayabilecekleri yöntemleri uygulamama nedenlerine yönelik yeni çalışmalar planlanarak engellerin ortadan kaldırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. International Association for the Study of Pain (IASP) (2010). Pain terminology. <http://www.iasp-pain.org/>.
2. Howard VA, Thurber WF. The interpretation of infant pain: physiological and behavioral indicators used by NICU nurses. *J Pediatr Nurs*.1998; 13(3):164-74.
3. Yılmaz G, Gürakan B, Saatçi Ü. Topuk kanı alınma sonrası bebeklerin ağlama sürelerine etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2002; (45):233-236.
4. Derebent E, Yiğit R. Yenidoğanda ağrı: değerlendirme ve yönetim. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10 (2):41-48.
5. Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Yenidoğanlarda ağrı ve nonfarmakolojik tedavi. *Selçuk Üniversitesi, Tıp Dergisi* 2011; 27 (1):46-51.
6. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, et all. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *CMAJ* 2010; 182 (18):843-853.
7. World Health Organization. Kangaroo Mother Care, A practical Guide.2003. Geneva
8. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ Erişim Tarihi: 28.01.2014.
9. Cohen LL, Lemanek K, Blount RL, Dahlquist LM, Sim SK, Polermo TM. Evidence-based Assessment of Pediatric Pain. *Journal of Pediatric Psychology* 2008; 33 (9):939- 955.

10. Beytut D, Muslu KG, Başbakkal Z, Yılmaz BH. Pediatri hemşirelerinin ağrıya ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2 (3):12-18.
11. Mathew PJ, Mathew J L, Singhi S. Knowledge, attitude and practice of pediatric critical care nurses towards pain: Survey in a developing country setting. *J Postgrad Med* 2011; (57):196-200.
12. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı* 2006; 18(4):36-43.
13. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı* 2010; 22(1):21-29.
14. Salanterä S. Finnish nurses' attitudes to pain in children. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(3):727-736.
15. Subhashini L, Vatsa M, Lodha R. Knowledge, attitude and practices among health care professionals regarding pain. *Indian J Pediatr* 2009; 76 (9): 913-916.
16. Özyacıoğlu N, Çelebioğlu A. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Yenidoğanda Ağrıya İlişkin Bilgi Ve Görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11(3): 9-16.
17. Nimbalkar SA, Dongara RA, Phatak GA, Nimbalkar MS. Knowledge and attitudes regarding neonatal pain among nursing staff of pediatric department: an Indian experience 2014, *Pain Management Nursing*, 15(1):69-75.
18. Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü. Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2008; (54): 157-163.
19. Jacob E, Puntilla KA. Survey of nursing practice in the assesment and management of pain in children. *Pediatric Nursing* 1999; 25 (3): 278-286.
20. Özer N, Bölükbaş N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastaya yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 4(1):7-17.

Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Nursing Students' Awareness and Attitudes Towards Nursing Research (Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 30–39

Canan KARADAŞ*, Leyla ÖZDEMİR*

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 07 Temmuz 2015

Kabul Tarihi: 01 Ekim 2015

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, literatür tarama ve makale değerlendirme eğitiminin, öğrencilerin araştırmaya yönelik tutum ve farkındalıkları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Gereç ve Yöntem: Yarı deneysel tipte yapılan araştırma, lisans düzeyinde eğitim veren bir hemşirelik okulunun birinci sınıfında öğrenim gören 30 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler; öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini, araştırma bilgisi ve bilimsel aktivitelere yönelik bilgilerini içeren bir veri toplama ve “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma ve Gelişmelere Yönelik Farkındalık ve Tutumu Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U ve McNemar testi kullanılmıştır.

Bulgular: Literatür tarama ve makale değerlendirme eğitimi öncesi ve sonrası öğrencilerin araştırmalara yönelik farkındalık ve tutumları benzer şekilde yüksek bulunmuştur (ön test 4.19, son test 4.21) ($p>0.05$). Eğitim öncesi ve sonrası öğrencilerin %80'i araştırma yapmaya isteklidir. Ancak öğrencilerin %73.3'ü bilimsel bir etkinliğe katılmamıştır. Öğrencilerin hiçbiri İngilizce makale takip etmezken; düzenli Türkçe makale takip etme oranı eğitim sonrası %23'ten %36.7'ye yükselmiştir ($p>0.05$). Öğrencilerin makale takip edememe nedenlerinden biri olan “kaynaklara ulaşamama” eğitim sonrasında anlamlı düzeyde azalmıştır (Eğitim öncesi %36.7, sonrası %6.7) ($p<0.05$)

Sonuç: Literatür tarama ve makale değerlendirme eğitimi öncesi ve sonrası öğrencilerin araştırmalara yönelik farkındalık- tutumlarının ve araştırma yapma isteklerinin benzer şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamında verilen eğitimin etkisi sonucu öğrencilerin kaynaklara ulaşamama sorununda azalma belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Araştırma, hemşire, öğrenciler, farkındalık, tutum.

ABSTRACT

Aim: This study was conducted with the aim of evaluating the influence of literature review and evaluation education on nursing students' awareness and attitudes towards nursing research.

Material-Methods: This quasi-experimental study was carried out with 30 first year students of a nursing school that provides nursing education at the level of bachelor of science. Data was collected by a data collection form and Turkish version of "Nursing students' attitudes towards and awareness of research and development within nursing scale" that included information related to descriptive characteristics of the students and the students' knowledge about research and scientific activities. Numbers, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U and McNemar tests were used for data analysis.

Results: Students' awareness and attitudes towards nursing research was found similarly high before (4.19) and after (4.21) the education ($p>0.05$). 80% of the students were willing to do research before and after the education. However, 73.3% of the students has never attended to any scientific activities. While no student followed English articles, regular Turkish article follow-up ratio rised to 36.7% from 23% after the education ($p>0.05$). 'Inability of accessing references' which is one of the reasons for unfollowing articles decreased significantly after the education (Before the education 36.7% , after the education 6.7%) ($p<0.05$).

Conclusion: Awareness and attitudes of the students towards nursing research and their willingness for conducting research were similarly high before and after the literature review and evaluation education. As a result of the provided education in the context of the study, a reduction was determined in the problem of inability of accessing references.

Key Words: Research, nurse, students, awareness, attitude.

GİRİŞ

Araştırma, bilimsel gelişmenin en temel aracıdır. Araştırma ile elde edilen bilimsel bilginin hemşirelik uygulamasını olumlu yönde etkilemesi ve geliştirmesi beklenir. Hemşirelik bakımının araştırma bulgularına dayandırılarak verilmesi, hemşireliğin gelişimi, hemşirelik uygulamalarının etkinliği ve yeterliliği için temeldir¹. Uluslararası Hemşireler Birliği; 1999 yılında yayınladığı ve 2007 yılında revize ettiği raporda, profesyonel hemşireliğin araştırmalara dayalı uygulamalarla gerçekleştirilebileceğini belirterek; araştırma yapılmayı, araştırma kapasitesinin geliştirilmesini, hemşirelerin ve öğrencilerin araştırmaları eleştirel bakışla değerlendirebilmeleri için araştırma eğitiminin gerekliliğini vurgulamıştır². Lisans eğitiminin araştırma ile ilgili temel bakış açısının ve becerisinin kazandırıldığı önemli bir aşama olduğu ve araştırmacı kimliğinin öncelikle lisans eğitiminde kazandırıldığı belirtilmektedir^{3,4}. Lisans mezunu hemşirenin, etkili bir araştırma tüketicisi olması ve araştırma bulgularını uygulamaya aktarabilmesi için; araştırma raporlarını anlayabilmesi, eleştirel değerlendirebilmesi ve araştırma sürecinin aşamalarını kavraması önemlidir^{5,6}.

Eğitim müfredatlarında araştırmaya yönelik daha fazla sorumluluk ve uyaran verilerek, öğrencilerin araştırma bilgi ve becerileri geliştirilmelidir. Öğrencilerin hemşirelik araştırmalarına karşı ilgi ve isteklerinin artırılmasını sağlayan yolları bulmak ise en önemli sorunlardan biridir⁵. Phillips'in⁷ çalışmasında bahsettiği gibi sorumluluk verildiğinde ve aktif öğrenme yöntemi kullanıldığında, öğrencilerin motivasyonları da artmaktadır. Aktif öğrenme yöntemi kullanılıp, yüksek motivasyonla kliniğe çıkan öğrenci; araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını kullanma ile ilgili dört önemli engeli

aşabilecektir^{7,8,9,10}. Bu engeller; araştırmayı gerekli görmemek, araştırma raporlarını anlama ve değerlendirme becerisinin yetersiz olması, araştırma sonuçlarının kullanılabilmesi için yeterli zamanlarının olmaması, araştırma sonuçlarını uygulama için kurumsal desteğin yetersiz olmasıdır^{1,7,11,12}.

Moch ve Lonsdorf'a¹³ göre öğrenci hemşireler, araştırmanın gerekliliğine ilişkin sahip oldukları bilgileri aktararak ya da belirli bir konuyla ilgili sorular yönelterek, kliniklerde çalışan hemşireleri araştırmanın gerekliliği ile ilgili motive edebilir. Ayrıca araştırma bilgi ve becerisine sahip öğrenciler, ortak çalışma ortamlarında öğrendiklerini hemşirelere aktarabilir. Bazı durumlarda hemşireler, öğrenciler ve akademisyenler ortak araştırmalar yapıp, kongrelerde bildiri olarak yayınlatabilir. Ortak çalışmalarda öğrenci ve klinisyen hemşireler birbirini destekleyerek, araştırma yapma ve uygulama ile ilgili motivasyonlarını artırabilirler. Öğrenciler, yoğun iş yükü nedeniyle araştırmaları yakından takip edemeyen hemşirelere, okudukları araştırmalar ve güncel kanıtlarla ilgili bilgi verebilirler¹⁴.

Hemşirelikte araştırma eğitiminin yeterliliğinin sağlanması; hemşirelik rollerinin yerine getirilmesi, kaliteli hemşirelik bakımı sunulması ve hemşirelerin profesyonel rollerini yerine getirebilmesi için önemlidir. Araştırma yapmak için gerekli bilgi-beceriye sahip ve istekli öğrencilerin mezun olarak çalışmaya başlaması; hasta bakımının sağlandığı tüm ortamlarda kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşmasını sağlayacaktır. Ayrıca bu durum; bakımın ve hizmetin kalitesini artıracak; kalite göstergeleri arasında bulunan mortalite-morbidite oranlarını olumlu yönde değiştirecektir.

Literatürde öğrenci hemşirelerin araştırma farkındalık ve tutumlarının belirlenmesinin önemi vurgulanmaktadır^{6,15,16}. Ancak hemşirelik öğrencilerinin araştırma tutum ve farkındalığını belirleyen az sayıda araştırma bulunmaktadır^{5,15,17}. Yapılan bir çalışmada¹⁵ öğrencilerin araştırmalara yönelik farkındalık ve tutumları incelenerek; olumlu tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmalara yönelik olumlu tutumu olan öğrenciler, araştırmaların hemşirelikte profesyonelleşmeye katkı sağlayacağına ve bakımın kalitesini yükselteceğine inanmaktadır¹⁷. Bir çalışmada⁵, öğrencilerin araştırma bilincini geliştirmek için derslerde hemşirenin araştırmacı rolünün vurgulanması, araştırma ödevleri verilmesi, öğrencilerin projelere dahil edilmesi ve bilimsel toplantılara katılımlarının desteklenmesi önerilmiştir.

Çalışmamızda, bir hemşirelik okulunda öğrenim gören 1. sınıf öğrencilerine toplam 14 hafta olmak üzere, haftada dört saat uygulamalı olarak verilen literatür tarama ve makale değerlendirme eğitiminin, öğrencilerin araştırmaya yönelik farkındalık ve tutumları üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

H₀: Verilen literatür tarama ve makale değerlendirme eğitiminin araştırmalara yönelik ölçek madde puan ortalamasına etkisi yoktur.

H₁: Verilen literatür tarama ve makale değerlendirme eğitiminin araştırmalara yönelik ölçek madde puan ortalamasına etkisi vardır.

YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünün 1. sınıfında öğrenim gören 57 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem hesaplanmasında güç analizi

kullanılmıştır. Bu hesaplamada test ortalaması 4.21, standart sapma 0.14 ve %90 güven aralığında örnekleme en az 30 öğrencinin alınması gerektiği belirlenmiştir. 10 öğrencinin çalışmaya katılmayı reddetmesi, 8 öğrencinin anket formunun tamamını doldurmaması, 4 öğrencinin iletişim bilgilerinin olmaması, 4 öğrencinin hemşirelik bölümünden olmaması ve 1 öğrencinin Türkçe bilmemesi nedeniyle toplam 27 öğrenci örneklem dışında kalmıştır. Çalışma; katılmaya gönüllü olan 30 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmanın yöntemi

Araştırmanın yöntemi ön test-son test tek grulu desen düzeninde ön deney tasarımı olarak planlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen ve iki bölümden oluşan anket formu^{6, 15, 17} ve Temel ve arkadaşları⁵ tarafından Türkçeye uyarlanan “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma ve Gelişmelere Yönelik Farkındalık ve Tutumu Ölçeği” ile toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde yaş, cinsiyet ve mezun olunan lise türü gibi tanımlayıcı özellikler (9 soru); ikinci bölümde bilimsel yayın takip etme, makale okuma, anlama, bilimsel etkinliğe katılma gibi araştırma bilgisi ve bilimsel aktivitelere yönelik sorular (12 soru) bulunmaktadır. “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma ve Gelişmelere Yönelik Farkındalık ve Tutumu Ölçeği” 29 maddeden oluşup; İsveç’te Björkström ve arkadaşları¹⁵ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumda geçerlik-güvenilirlik çalışması Temel ve arkadaşları⁵ tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik indeksi 0.98 bulunmuştur. Ölçeğin tümü için belirlenen Cronbach Alfa katsayısı 0.89 olup, maddelerin korelasyon katsayıları 0.24 ile 0.6 arasındadır (p=0.00). Ölçeğin; çalışmamız için Cronbach Alfa katsayısı 0.73 olup; geçerli olduğu saptanmıştır.

Ölçek maddelerinin 17’si olumlu (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22,24, 25, 27, 28, 29), 12’si olumsuz (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 23, 26) yapıda olup; olumsuz maddeler ters puanlanmaktadır. Likert tipindeki ölçekten (Hiç katılmıyorum=1,Çok az katılıyorum=2, Kısmen katılıyorum=3, Katılıyorum=4, Çok katılıyorum=5) katılımcının aldığı toplam puan, toplam madde sayısına bölünerek ölçeğin madde puan ortalaması hesaplanır. Ölçeğin madde puan ortalamasının alabileceği en düşük değer 1, en yüksek değer ise 5’tir. Madde puan ortalamasının beşe yaklaşması, araştırma farkındalığının ve olumlu tutumun yüksek olduğunu gösterir.

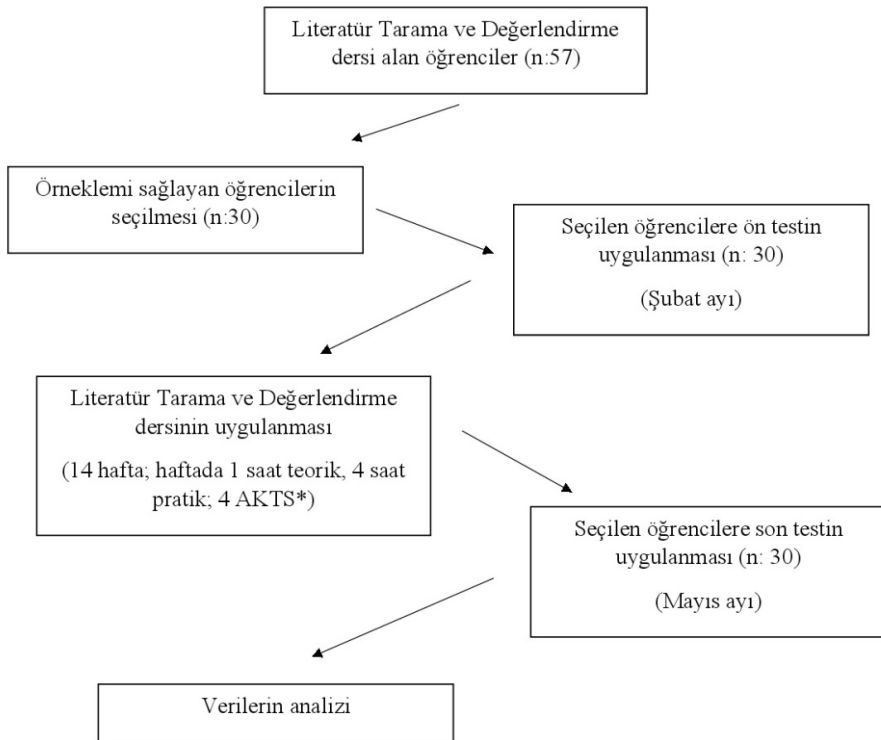
Araştırmanın Uygulaması

Araştırma kapsamında anket formu ve “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma ve Gelişmelere Yönelik Farkındalık ve Tutumu Ölçeği” eğitim uygulamasından hemen önce (Şubat 2014) öğrencilere dağıtılarak uygulanmıştır (ön test). Haftada dört saat pratik, 1 saat teorik olmak üzere toplam 14 hafta süre ile öğrenci hemşirelere veri tabanına ulaşma yolları, kütüphane kullanımı, makale değerlendirme ve hemşirelik alanına özgü makale seçme ve değerlendirme başlıklarını içeren eğitim

uygulamalı olarak verilmiştir. Ders etkinlikleri kapsamında; kütüphane ziyareti yapılmış olup; teorik olarak konunun anlatılmasını takiben, öğrenciden kendilerine ayrılan serbest zamanda “Hemşirelik Alanına Özgü Makale İncelemesi” yaparak, raporlaması istenmiştir. Eğitim uygulaması bittikten bir hafta sonra (Mayıs 2014) anket formunun araştırma bilgisi ve bilimsel aktivitelere yönelik verileri içeren ikinci bölümü ve “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma ve Gelişmelere Yönelik Farkındalık ve Tutumu Ölçeği” tekrar uygulanmıştır (son test). Anket formu ve ölçeğin doldurulması yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür. Uygulama akış şeması şekil 1’de gösterilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri SPSS 16.0 paket programında; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyrekler arası genişlik), Mann-Whitney U, Wilcoxon İşaret Testi ve McNemar testi kullanılarak değerlendirilmiştir.



*AKTS: Avrupa Kredi Transfer Sistemi

Şekil 1. Uygulama Akış Şeması

Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmada kullanılan “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma ve Gelişmelere Yönelik Farkındalık ve Tutumu Ölçeği” Türkçe formunun kullanılabilmesine ilişkin yazılı izin alınmıştır.
- Çalışma Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. (Onay kodu: 99950669).
- Çalışmanın yapıldığı okuldan yazılı izin alınmıştır.
- Araştırmaya katılan öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma sadece bir hemşirelik okulunda yürütülmüştür. Bu nedenle çalışmadan elde edilen bulgular sadece araştırmanın uygulandığı hemşirelik okulunu kapsamaktadır. Çalışmanın yürütülmesinde kullanılan ölçek tek boyutlu olup, öğrenci hemşirelerin araştırma farkındalık ve tutumunu ölçmektedir. Bu nedenle öğrencilerin araştırma becerileri, araştırma gerekliliği/yararlılığı, araştırmalara yönelik bireysel ilgi ve araştırmaları klinik uygulamada kullanma şekli değerlendirilememiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19.4'tür. Tamamı birinci sınıf ve %86.7'si kız öğrencidir. %66.7'si Anadolu-Fen Lisesi, geri kalanlar ise Düz Lise, Anadolu Öğretmen veya Sağlık Meslek Lisesi mezunudur. Öğrencilerin %76.7'si kendi isteği ile hemşirelik bölümünü seçmişlerdir. Öğrencilerin %90'ı araştırmaya yönelik bir ders almadıklarını ve %66.7'si daha önce bilimsel bir etkinliğe katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %73.3'ü herhangi bir araştırmaya katılmamıştır. Katılanların %60'ı ise denek olarak araştırmaya katılmıştır.

Eğitim öncesinde (%60) ve sonrasında (%63.3) öğrenciler benzer oranda Türkçe makale okuduklarında anladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 1). Eğitim öncesi öğrencilerin %30'ü İngilizce makale okuduğunda anlamadığını ifade ederken; bu oran eğitim sonrası %46.7'ye yükselmiştir (Tablo 1). Yapılan istatistik analizinde bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.180$).

Düzenli olarak Türkçe makale takip etme oranı ise eğitim sonrası %23'ten %36.7'ye yükselmiştir (Tablo 1). Ancak bu artış istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0.219$). Eğitim öncesinde öğrencilerin %20'si aylık en fazla 1-2 Türkçe makale okurken; eğitim sonrasında %33.3'ü aylık 1-2, %6.6'sı 5-6 Türkçe makale okumaktadır. Eğitim öncesi ve sonrası öğrencilerin hiçbiri İngilizce bilimsel yayın takip etmemektedirler. Eğitim öncesinde ve sonrasında öğrencilerin yayın takip etmeme nedenleri benzerlik göstermektedir. Buna göre öğrenciler çoğunlukla yeterli zamanın olmayışı (eğitim öncesi %40, sonrası %50), hangi makaleyi seçeceğini bilememe (eğitim öncesi %40, sonrası %40) ve kaynaklara ulaşamama (eğitim öncesi %36.7, sonrası %6.7) nedenleriyle yayın takip edememektedirler. Öğrencilerin yayın takip etmeme nedenleri arasında bulunan kaynaklara ulaşamama, eğitim sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı şekilde azalmıştır ($p=0.004$).

Eğitim öncesi ve sonrası öğrencilerin %80'i araştırma yapmaya istekli olduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Araştırma yapmaya istekli olduklarını belirten öğrenciler eğitim öncesi ve sonrası; araştırma yapmayı ilgi çekici bulduğunu (eğitim öncesi=%13.3, sonrası=%13.3) ve yeni şeyler keşfetmeye istekli olduğunu (eğitim öncesi=%23.3, sonrası=%16.7) benzer oranlarda belirtmişlerdir. Eğitim öncesi öğrencilerin %13.4'ü araştırmanın mesleki kariyere ve bilime fayda sağlayacağını belirtirken; eğitim sonrası bu oran %40'a yükselmiştir.

Eğitim sonrasında öncesine göre ölçek puan ve ölçek madde puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Hemşirelik; profesyonelleşme, mesleki uygulamalarını geliştirme, karar verme süreçlerini destekleme ve hasta sonuçlarını iyileştirme açısından araştırmanın son

Tablo 1. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilimsel Araştırmaya İlişkin Tanımlayıcı Bilgileri (n=30)

Tanımlayıcı Bilgiler	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		
		n	%		n	%
Türkçe makale okuduğunda anlama	Evet	18	60	Evet	19	63.3
	Kısmen	12	40	Kısmen	11	36.7
İngilizce makale okuduğunda anlama	Kısmen	21	70	Kısmen	16	53.3
	Hayır	9	30	Hayır	14	46.7
Türkçe bilimsel yayınları takip etme	Evet	7	23	Evet	11	36.7
	Hayır	23	77	Hayır	19	63.3
Araştırma yapma isteği	Evet	24	80	Evet	24	80
	Hayır	6	20	Hayır	6	20

Tablo 2. Öğrencilerin “Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma ve Gelişmelere Yönelik Farkındalık ve Tutumu Ölçeği” Ön Test-Son Test Ölçek Madde Puanı Değerlendirmesi (n=30)

Ön-test Ölçek Madde Puan Ortalaması	Med (min-maks)	Persantil			İstatistiksel değer
		25.	50.	75.	
	4,15 (3-5)	3,89	4,15	4,66	238,00* p= 0,66
Son-test Ölçek Madde Puan Ortalaması	4,32 (3-5)	3,92	4,32	4,52	

* : Wilcoxon İşaret Testi

derece önemli olduğu bir meslektir. Mesleğin araştırma bilgi ve kültürünün temelleri, lisans eğitimi sırasında atılmaktadır. Hemşirelik mesleğindeki bilimsel gelişmeler de hemşirelik eğitiminin araştırma ile temellendirilmesini desteklemektedir¹⁸. Bu nedenle literatür, hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya yönelik tutumlarını belirlemenin önemini vurgulamaktadır¹⁷.

Çalışmamızda öğrencilerin hemşirelik araştırmalarına yönelik tutum ve farkındalık madde puan ortalamaları medyanı ön testte 4,15 (3-5), son testte ise 4,32 (3-5) bulunmuştur (Tablo 2). Her iki ölçümde de hemşirelik öğrencilerinin araştırma farkındalığının yüksek olduğu ve olumlu tutuma sahip oldukları görülmüştür. Eğitim etkinliği sonrası araştırma farkındalığında ve tutumda artma olsa da; bu artış istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bunun nedeninin öğrencilerin eğitim öncesinde de hemşirelikte araştırmalara karşı olumlu tutuma sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Literatüre bakıldığında da çalışmamızın bulgusuna benzer şekilde öğrenci hemşirelerin araştırmalara yönelik farkındalık ve tutumunun olumlu olduğu görülmektedir^{15,17,19}. Veeramah'ın¹⁹ hemşirelik öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada, öğrencilerin araştırma tutumlarının olumlu olduğu tespit edilmiş ve bu durumun daha önce araştırmaya yönelik ders alınması ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Ancak çalışmamızda öğrencilerin %90'ı daha önce araştırma dersi almamıştır. Bu nedenle çalışmamızda öğrencilerin yüksek araştırma farkındalığına ve olumlu tutuma sahip olması, örnekleme oluşturan genç popülasyonun kültürel olarak teknoloji çağında yetişmesi ve araştırmanın önemini kavraması ile yorumlanmıştır.

Araştırma sürecinin tüm aşamalarına aktif olarak katılan öğrenciler, araştırma konusunda beklenen rolleri kazanabilmektedirler^{7,20}. Tabloda yer almamakla birlikte; çalışmamızda öğrencilerin büyük kısmı (%73.3) herhangi bir bilimsel araştırmaya katılmamıştır. Katılan öğrenciler ise denek olarak araştırmalarda yer almıştır. Toraman Uysal ve arkadaşları⁶ tarafından dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, öğrencilerin yaklaşık %75'inin en az bir bilimsel araştırmaya katıldıkları ve yaklaşık üçte ikisinin bir araştırmanın planlama ve uygulama aşamasında yer aldıkları belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bu farkın öğrencilerin henüz birinci sınıfta olmalarından, okula ve mesleğe uyum sürecinde bulunmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda öğrencilerin yayın takip edememe nedenlerinden biri olan 'kaynaklara ulaşamama' eğitim sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir azalma göstermiştir (p=0.004). Eğitim kapsamında verilen veri tabanına ulaşma yolları, kütüphane kullanımı konularındaki eğitimin bu azalmada etkili olduğu düşünülmektedir. Bu neden araştırma kapsamında literatüre ulaşma konusunda verilen eğitimin etkili olduğu söylenebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, literatür tarama ve makale değerlendirme eğitimi öncesi ve sonrası öğrencilerin araştırmalara yönelik farkındalık ve tutumlarının benzer şekilde yüksek görülmüştür. Eğitim öncesi ve sonrası öğrencilerin büyük kısmı araştırma yapmaya isteklidir. İçinde bulunduğumuz teknoloji çağının, öğrencilerin araştırmalara yönelik farkındalık ve tutumlarını olumlu etkilediği düşünülmüştür. Öğrencilerin yayın takip edememe nedenleri arasında bulunan kaynaklara ulaşamama, eğitim sonrasında

istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azalmıştır. Bu sonuç, araştırma müdahalesi kapsamında yapılan eğitimin etkisini göstermektedir.

Öğrenci hemşirelerin araştırmalara yönelik olumlu tutumlarının geliştirilmesi ve farkındalık düzeylerinin yükseltilmesi için;

- Bilimsel veri tabanlarına ulaşmayı sağlayacak teorik ve pratik temelli derslerin artırılması,
- Öğrencilerin bilimsel aktivitelere katılımının artırılması hususunda gerekli teşvik ve iş birliğinin sağlanması,
- Öğrencilerin bilimsel araştırma basamaklarında daha aktif rol almasının teşvik edilmesi,
- Geniş örneklemeler ile farklı ölçekler kullanılarak araştırmalara yönelik tutum ve farkındalık düzeylerinin ölçülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A. (2010). Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımında Engeller.İstanbul Üniv Florence Nightingale Hemşire Yo Derg 2010;18(3): 144-155.
2. International Council of Nurses.Position statements nursing research. (internet). Ulaşım adresi:
3. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Nsg_Research.pdf, (Ulaşım Tarihi: 02.03.2014)
4. Conn, V. S. Editorial: Nurse researchers begin as undergraduate students. West J Nurs Res 2007;29(3): 255-257.
5. Mattila LR, Koivisto V, Haggman-Laitila A. Evaluation of learning outcomes in a research process. Nurse Educ Today2005; 25: 487-495.
6. Temel AB, Uysal A, Erkin Ö, Koçer A. "Hemşire öğrencilerin hemşirelikte araştırma ve gelişmelere yönelik farkındalık ve tutumu" ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. DE Üniv Tıp Fak e-Derg 2008;1(2): 108-123.
7. Toraman Uysal A, Bayık Temel A, Kalkım A, Balyacı EÖ. Klasik ve entegre eğitim modeli ile öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya yönelik tutum ve farkındalıkları.DE Üniv Tıp Fak e-Derg 2013;6(3): 132-138.
8. Phillips RM. Creative classroom strategies for teaching nursing research. Nurse Educ 2014;39(4): 199-201.
9. Demir Y, Ak B, Çıtak Bilgin N, Efe H, Albayrak E, Çelikpençe Z, Güneri N. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2): 94-101.
10. French B. Evaluating Research For Use In Practice: What criteria do specialist nurses use? J Adv Nurs2005;50(3): 235-243.
11. Holleman G, Eliens AG, Van Vliet M, Van Achterberg T. Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literatüre review. J Adv Nurs 2006;53(6): 702-709.
12. Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M, Doğan S. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımında kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. Hemşire Araşt Gelişt Derg 2008;10(2): 3-16.
13. Meijers JMM, Janssen MAP, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, Halfens RYG. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. J Adv Nurs2006; 55(5): 622-635.

14. Moch SD, Lonsdorf A. Academic partnerships: Joining Students and Clinicians in Research. *Nurs Manage*2014;22(5): 13-15.
15. Jamerson PA, Fish AF, Frandsen G. Nursing student research assistant program: A strategy to enhance nursing research capacity building in a magnet status pediatric hospital. *Appl Nurs Res* 2011;24: 110–113.
16. Björkström ME, Johansson IS, Hamrin EKF ve Athlin EE. Swedish nursing students' attitudes to and awareness of research and development within nursing. *J Adv Nurs* 2003;41(4): 393–402.
17. Irvine F, Gracey C, Jones OS, Roberts JL, Tamsons RE, Tranter S. Research awareness: Making learning relevant for pre-registration nursing students. *Nurse Education in Practice* 2008; 8: 267–275.
18. Halabi, JO, Mansour AH. Attitudes of Jordanian nursing students towards nursing research. *J. Res. Nurs*2010;17(4): 363–373.
19. McNelis AM, Ironside PM, Zvonar SE, Ebright PR. Advancing the science of research in nursing education: contributions of the critical decision method. *J Nurs Educ* 2014,53(2): 61-64.
20. Veeramah V. Utilization of research findings by graduate nurses and midwives. *J Adv Nurs*2004;47(2): 183–191.
21. Blenkinsop, C. Research: an essential skill of a graduate nurse? *Nurse Educ Today* 2003;23(2): 83-88.

Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları

Nursing Students' Perceptions of Caring Behaviors

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 40-48

Canan BİRİMOĞLU*, Sultan AYAZ*

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

Geliş Tarihi: 23 Mayıs 2015

Kabul Tarihi: 12 Ekim 2015

ÖZ

Amaç: Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılamalarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırmanın evrenini bir üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencileri oluşturmuştur (N=620). Örneklem seçilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden 342 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler anket formu ve Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik dağılımları, ortalama, standart sapma, t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 20.33 ± 1.5 olup %91.2'nin kız, %94.4'ünün bekar, %59.1'inin hemşirelik bölümünü isteyerek tercih ettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin Bakım Değerlendirme Ölçeği ortalama puanı 5.23 ± 0.9 'dur. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen, bakım vermenin hemşirenin temel görevi olduğunu belirten, bakım verme ve bakım alma deneyimi olan öğrencilerin Bakım Değerlendirme Ölçeği ortalama puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Öğrencilerin bakım davranışları algılamalarının iyi düzeyde olduğu; öğrencilerin bakım davranışları algılamalarını mesleği isteyerek tercih etme, bakım alma ve bakım verme ile ilgili deneyim yaşama gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; öğrencilerin mesleği isteyerek tercih etmelerinin sağlanması; hemşirelik eğitimi süresince öğrencilerin olumlu bakım davranışlarının sürekliliğinin sağlanmasına yönelik uygulamaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılama, bakım, davranış, hemşirelik öğrencisi

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine nursing students' perceptions of caring behaviors.

Material-Methods: Universe of the descriptively-designed study consisted of nursing students of a university (N=620). No sample was selected, 342 students who accepted to participate in the study were included. Data was collected with questionnaire form and Caring Assessment Questionnaire. Frequencies, percentage distribution, mean, standard deviation, independent samples t test, and one-way variance analysis were used for data analysis.

İletişim : ayaz_sultan@hotmail.com

Results: The mean age of students was 20.33 ± 1.5 , 91.2% of the students were female, 94.4% of them were single and 59.1% of them chose nursing willingly. The students' mean score of Caring Assessment Questionnaire was 5.23 ± 0.9 . The students who chose the nursing profession willingly, who stated that caring is the primary duty of nurses and who experienced caring and being cared had higher Caring Assessment Questionnaire scores ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that nursing students' perceptions of caring behaviors were good; choosing the profession willingly and having experiences such as caring and being cared influenced their perceptions towards caring behaviors. In the line of these results; providing students to choose the profession willingly, providing practices regarding continuity of positive caring behaviors of the students during nursing education are recommended.

Key Words: Perception, care, behavior, nursing student

GİRİŞ

Hemşirelik birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme ya da yetersizlikleri ile baş etmesine yardımcı amaçlayan, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini. Hemşireliğin uygulama alanı insandır ve hemşirelik, insan bakımına temellenmiş bir meslektir¹⁻².

Bakım, insanın varoluşundan itibaren ihtiyaç duyduğu varlığının vazgeçilmez bir yapıtaşıdır. Birey yaşam deneyimlerinin herhangi bir noktasında, bakıma gereksinim duymaktadır. Bakım, kişinin yalnızca kendine yönelik değil ihtiyaç duyan başkasına yönelik de bir eylemdir. Kendi bakım gereksinimlerini karşılayan kişi, sosyal bir varlık olarak başkasının bakım gereksinimlerine karşı duyarlılık göstermektedir³⁻⁴.

Bakım hastaların sağlık ve iyilik halini artırmak ve sağlığı geliştirmek için hemşirenin temel işlevleri içinde yer almaktadır⁵. Bakım kavramı, hemşirelik eğitiminde, sağlık yasasında, hemşireler için etik kodlar gibi temel mesleki konu alanlarının odak noktasında yer almaktadır⁶. Hemşirelik bakımının bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hasta olduğunda iyileştirilmesinde vazgeçilmez bir yeri ve önemli bir rolü olduğu bilinmektedir¹.

Bakım duyuşsal ve teknik beceriler olmak üzere iki temel kategoriden oluşmaktadır. Duyuşsal davranışları güven oluşturma ve duygu, inanç ve gerçeklerin kabulü ile ilişkidir. Teknik beceriler tedavi uygulama, stres kontrolü, öğretme ve problem çözme gibi fiziksel ve bilişsel eylemleri içermektedir. Bakım tutum ve davranışlarının öğretilmesi hemşirelik eğitiminin temel ögesidir⁷. Hemşirelik eğitimi süresince edinilen bilgi ve deneyimler öğrencilerin hemşirelik bakımı ve uygulamalarına yönelik rollerini benimsemelerini ve sorumluluk almalarını etkilemektedir⁸. Geleceğin meslek üyesi olmaya aday öğrencilere, hemşireliğin en önemli işlevi olan bakım davranışlarının hemşirelik eğitimi süresince kazandırılması önem kazanmaktadır. Bu bilgiler ışığında araştırma, hemşirelik bölümü öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılamalarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Öğrencilerin bakım davranışları algılamaları nasıldır?
2. Öğrencilerin bakım davranışları algılamalarını etkileyen faktörler nelerdir?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örneklemi

Araştırmanın evrenini, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur (N=620). Örneklem seçilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden, veri toplama araçlarının uygulandığı günlerde derslere devam eden ve en az bir yarı yıllık klinik uygulamayı tamamlamış olan 484 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Ön uygulama yapılmış olan (n=30), araştırmanın uygulandığı günlerde devamsızlık yapan (n= 56), en az bir yarıyıl klinik uygulama yapmamış olan (n=16) ve anketi eksik dolduran (n=40) öğrenciler araştırma dışı bırakılmıştır. Bu nedenle araştırmanın örneklemi 342 öğrenciden oluşmuştur. Araştırmaya katılım oranı %78.1'dir.

Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri literatür bilgileri^{6,7,9-11} doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, öğrencilerin yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf gibi sosyo-demografik özellikleri hemşirelik mesleğini seçme ve bakım ile ilgili deneyimlerini belirlemeye yönelik kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) yer almaktadır.

Bakım Değerlendirme Ölçeği

Bakım Değerlendirme Ölçeği 1981 yılında Larson¹² tarafından geliştirilmiş olup hemşirelik literatüründe yer alan ilk kantitatif bakım değerlendirme aracıdır. Ölçek bakım davranışlarını içeren 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin içerdiği alt boyutlar; ulaşılabilirlik (6 madde), açıklamalar ve olanaklar (6 madde), konfor (9 madde), beklentiler (5 madde), güven verici iletişim (16 madde), gözlemler ve izlemlerdir (8 madde).

Her bir madde “Hiç (1), Hemen Hemen Hiç (2), Nadiren (3), Bazen (4), Genellikle (5), Hemen Hemen Her Zaman (6) ve Her Zaman (7)” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin puanlandırılması her bir bakım davranışına verilen yanıtı gösteren rakamsal değerler dikkate alınarak (1 puan – 7 puan arası) hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam ham puan 50, en yüksek toplam ham puan 350'dir. Toplam ham puan madde sayısına (50 madde) bölünerek, 1-7 arasında toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım davranışlarını uygulama sıklığı ve algılamaları olumlu yönde artar. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği Eskimez ve Acaroğlu¹³ tarafından 2012 yılında yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

Verilerin toplanması

Araştırma 2013-2014 eğitim öğretim yılında yapılmıştır. Anket formu her sınıfa farklı günlerde ve öğrencilerin ders dışı zamanlarında uygulanmıştır. Anket formu uygulanmadan önce öğrencilere bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formu dağıtılarak araştırmacılar gözetiminde doldurmaları sağlanmıştır. Anket formunun uygulanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 16.0 (Statistical Package of Social Sciences) paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik dağılımları, ortalama, standart sapma, t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesi ikili gruplarda t testi, ikiden fazla gruplarda ANOVA ile yapılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Araştırma öncesi, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere bilgilendirilmiş onam okunarak yazılı ve sözel onamları alınmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular sadece araştırmanın yapıldığı fakültede okuyan hemşirelik öğrencilerine genellenebilir. Araştırma veri toplama araçlarının uygulandığı tarihlerde okula devamsızlık yapmayan, en az bir yarıyıl klinik uygulama yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden elde edilen verilerle sınırlıdır.

Bulgular

Öğrencilerin %54,1'inin 18-20 yaş grubunda (yaş ortalaması 20.33 ± 1.5 yıl), %91.2'inin kız, %94.4'ünün bekar, %32.2'sinin 1. sınıfta okuduğu, %87,4'ünün çekirdek aile tipi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Öğrencilerin BDÖ toplam ortalama puanı 5.23 ± 0.98 'dir. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; "Konfor" alt grubu ortalama puanının 5.35 ± 0.93 , "Güven Verici İletişim" için 5.32 ± 0.99 , "Ulaşılabilirlik" için 5.20 ± 0.98 , "Açıklamalar ve Olanaklar" için 5.04 ± 1.07 , "Gözlemler ve İzlemler" için 5.37 ± 1.01 , "Beklentiler" için 4.77 ± 1.22 olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen, bakım vermenin hemşirenin temel görevi olduğunu belirten, mesleğe girmeden önce bakım verme ve bakım alma deneyimi olan öğrencilerin BDÖ ortalama puanının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). (Tablo 3).

Tabloda gösterilmemekle birlikte, öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, sınıf, aile tipi gibi sosyo-demografik özelliklerinin bakım algılamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p > 0,005$).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri (N=342)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş grubu		
18-20 yaş	185	54.1
21-24 yaş	157	45.9
Cinsiyet		
Kız	312	91.2
Erkek	30	8.8
Medeni durum		
Bekar	323	94,4
Evli	19	5,6
Sınıf		
1. sınıf	110	32,2
2. sınıf	99	28,9
3. sınıf	107	31,3
4. sınıf	26	7,6
Aile tipi		
Çekirdek aile	299	87,4
Geniş aile	43	12,6

Tablo 2. Öğrencilerinin Bakım Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar

Bakım değerlendirme ölçeği ve alt boyutları	± SS	Min-Max
Ulaşılabilirlik	5.20 ± 0.9	1-7
Açıklamalar ve Olanaklar	5.04 ± 1.1	1-7
Konfor	5.35 ± 0.9	1-7
Beklentiler	4.77 ± 1.2	1-7
Güven Verici İletişim	5.32 ± 1.0	1-7
Gözlem ve İzlemler	5.37 ± 1.0	1-7
BDÖ Toplam Puan	5.23±0.9	1-7

TARTIŞMA

Günümüzde, dünyada ve ülkemizde hemşirelik bakımının sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hasta olduğunda iyileştirilmesinde sağlık bakım sistemi içinde önemli bir yapıtaş olduğu bilinmektedir. Hemşirelik mesleğinin özünü bakım oluşturmaktadır. Hemşirelik mesleğine aday olan öğrencilerin bakım davranışlarını algılamaları

Tablo 3. Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğini Seçme ve Bakım ile İlgili Deneyimlerine Göre Bakım Değerlendirme Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı

Hemşirelik mesleğini seçme ve bakım ile ilgili deneyimleri	N	Bakım Değerlendirme Ölçeği ± SS	t; p
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme			
Evet	202	5.4 ± 0.9	t=-3.412 p=0.001
Hayır	140	5.1 ± 0.8	
Bakım verme hemşirenin temel görevidir			
Evet	320	5.29 ± 0.8	t=4.671 p=0.000
Hayır	22	4.41 ± 1.4	
Mesleğe girmeden önce bakım verme deneyimi			
Evet	163	5.50 ± 0.8	t=5.698 p=0.000
Hayır	179	4.98 ± 0.9	
Mesleğe girmeden önce bakım alma deneyimi			
Evet	71	5.43 ± 0.7	t= 2.151 p=0.032
Hayır	271	5.18 ± 0.9	

incelendiğinde; BDÖ ortalama puanının $5,23 \pm 0,98$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın “7” olduğu göz önüne alınırsa; öğrencilerin ortalama puanının yüksek olduğu ve bakım davranışlarını sıklıkla uyguladıkları düşünülmektedir. Hemşirelik mesleğinin özünü oluşturan bakım davranışları algısının hemşirelik mesleği adaylarında yüksek olması mesleğin gelişimi adına sevindirici bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Yapılan bir çalışmada da öğrenciler, hastaya saygılı olma, onlara yardım etme ve değer vermeyi hemşirelik bakımının olmazsa olmazları olarak tanımlamışlardır.¹⁴

Bakım genellikle sağlıklı/hasta birey ile hemşire arasındaki iletişime dayanmakta olup bireye bütüncül yaklaşım ile onu ferahlatma, huzura kavuşmasını sağlama ve temel insan gereksinimlerini karşılamayı içermektedir.¹⁵⁻¹⁶ Bu çalışmada da bakım davranışları algılamaları ölçeğine göre öğrencilerin en yüksek puanları “Gözlem ve İzlemler”, “Konfor” ve “Güven Verici İletişim” alt boyutlarından aldıkları belirlenmiştir (Tablo 2). Benzer şekilde, ülkemizde Eskimez ve Acaroğlu¹³ tarafından yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin “güven verici iletişim” alt grubundan aldıkları puanın yüksek olduğu belirlenmiştir. Zamanzedahet al.⁹ ve Khademanand Vizeshtar⁷ tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda; en yüksek ortalama puanın “gözlemler ve izlemler” alt boyutundan alındığı belirlenmiştir. Karaöz¹⁷ tarafından yapılan çalışmada; hemşirelik öğrencileri iyi hemşirelik bakımının iyi iletişime dayandığını, hastayı bütüncül değerlendirerek gereksinimlerinin uygun şekilde karşılanması gerektiğini belirtmişlerdir. İletişim hastaların kendi bakımlarına

katılmalarına teşvik edilmesinde ve duygusal olarak desteklenmelerinde önemli bir araçtır.¹⁷ Bu çalışmadan elde edilen bulgular öğrencilerin bakım verirken duyuşsal ve teknik becerilerini geliştirdiklerini göstermektedir.⁷

Öğrencilerin bakım davranışları algılamaları ölçeğine göre; en düşük puanı “beklentiler” alt grubundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 2). Benzer şekilde, yapılan çalışmalarda da öğrencilerin en düşük puanı “beklentiler” alt grubundan aldıkları belirlenmiştir.^{7,9,13} “Beklentiler” alt grubu hastanın durumundaki değişiklikleri tahmin etme ve ileriye yönelik eylemleri içermektedir. Öğrencilerin “beklentiler” alt grubundan aldıkları ortalama puanın düşük olması; henüz öğrenme sürecinde olmalarından dolayı bakım kavramının kapsadığı bilişsel, duyuşsal alanlar ve psiko-motor becerileri yeterince uygulamaya aktaramadıklarına ve eyleme dönüştüremediklerine bağlanabilir. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında bireysel özellikleri dikkate alarak bireye özgü, gerçekçi ve bütüncül yaklaşımla bakım vermenin önemi vurgulanmalıdır.^{7,8,11,18,19}

Birey yaşamının herhangi bir döneminde sağlık ya da hastalık nedeniyle bakıma gereksinim duymaktadır.² Geçmişte yaşanan bakım deneyimleri hemşirelerin bakım algılarını ve davranışlarını etkileyebilmektedir.¹⁷ Bu çalışmada da hemşirelik mesleğine girmeden önce bakım verme ya da bakım alma deneyimi olan öğrencilerin bakım davranışları algılarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Bu bulgu öğrencilerin daha önce yaşadıkları bakım deneyimlerinin bakım davranışlarına olumlu yansıdığını göstermektedir. Cunningham et al.¹⁰ tarafından yapılan çalışmada; öğrencilerin hasta bir aile üyesinin, arkadaşının ya da yakınının bakımına yönelik geçmiş deneyimlerinin öğrencilerin tutumlarını olumlu yönde etkilediği ve öğrencinin hasta birey ile bakım ilişkisi içerisine girme becerisini geliştirdiği saptanmıştır. Larsen et al.²⁰ tarafından yapılan çalışmada; hemşirelik öğrencilerinin geçmişte kendilerinin ya da yakınının hastalık/hastaneye yatma deneyimlerinin olması ve sağlık bakımı vermelerinin hemşire olma kararlarını etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Bireyin bir mesleği isteyerek tercih etmesi o mesleğe özgü sorumlulukları ve davranışları benimseyerek meslekle ilgili işlevleri yerine getirmesini ve verdiği hizmetten doyum almasını sağlamaktadır.^{21,22} Bu çalışmada hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden öğrencilerin bakım davranışları algılarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Safadiet al.²³ çalışmasında, hemşirelik mesleğini isteği ve ilgisi doğrultusunda seçen öğrencilerin diğerlerine göre klinik uygulamalarda daha başarılı olduğu ve mesleğinden daha fazla doyum aldığı vurgulanmıştır. Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden öğrencilerin lisans eğitimi süresince daha başarılı oldukları ve hemşireliğin esaslı olan bakım uygulamalarını özümstedikleri düşünülmektedir. Günümüzde meslek seçimleri, bir yandan öğrenci ailesinin beklentileri, mesleğin ekonomik boyutu diğer yandan öğrencinin istediği ve sevdiği mesleği tercih etme durumu arasında çatışmalara yol açabilmektedir. Bu nedenle **öğrencilerin hemşirelik mesleğini** isteyerek tercih etmeleri mesleğin gelişimi ve profesyonel olarak ilerlemesi açısından oldukça önemlidir.^{22,24,25}

Bakım verme eylemi, hemşirenin mesleki bilgi, beceri, yetenek ve deneyimler ile gerçekleştirdiği bağımsız bir işlemdir. Bu çalışmada da öğrencilerin tamamına yakını bakım vermenin hemşirenin birincil görevi olduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Benzer

şekilde, Özpancar ve ark.²⁴ ve Tan ve ark.²⁶ tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, öğrencilerin hemşireyi bakım veren kişi olarak gördükleri belirlenmiştir. Bununla birlikte, bu çalışmada “bakım vermenin hemşirenin birincil görevi olduğunu” ifade eden öğrencilerin bakım davranışları algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, bakımı hemşirenin birincil görevi olarak kabul etmenin, öğrencilerin bakım kavramının hemşirelik mesleğindeki yerini ve önemini kavradıklarını ve bunu bakım davranışına yansıtmasını kolaylaştırdığını düşündürmüştür. Granum²⁷ tarafından yapılan çalışmada da, hemşirelik öğrencilerinin mesleki bakım uygulamalarından edindikleri bilgiler doğrultusunda hemşireliği “bakım bilimi” olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Hemşirelik bakımında başarıya ulaşılabilmesi için bakım davranışlarının hemşirelik eğitimi sırasında kazanılması, mezuniyet sonrasına taşınması ve geliştirilmesi gerekmektedir.^{11,18,19,28}

SONUÇ ve ÖNERİLER

Öğrencilerin bakım davranışları algılamalarının iyi düzeyde olduğu; bakım davranışları algılamaları ölçeğine göre en yüksek puanları “Gözlem ve İzlemler”, “Konfor” ve “Güven Verici İletişim” alt boyutlarından, en düşük puanı “beklentiler” alt grubundan aldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin bakım davranışları algılarını mesleği isteyerek tercih etme, bakım ile ilgili deneyim yaşama gibi faktörlerin etkilediği ortaya konmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; öğrencilerin mesleği isteyerek tercih etmelerinin sağlanması; hemşirelik eğitimi süresince olumlu bakım davranışlarının sürekliliğinin sağlanmasına yönelik uygulamaların yapılması ve bakım kavramının kapsadığı bilişsel, duyuşsal alanlar ve psiko-motor becerilerin kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. İzmir: Etki Matbaacılık, 2010.s. 73-75.
2. Potter PA, Perry AG. Caring in Nursing Practice. Fundamentals of Nursing. (7th ed.) St. Louis: Mosby Elsevier, 2009.p. 95-105.
3. Öztunç G. Hemşireliğin Doğası. In: Aşti TA, Karadağ A., editörler. Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013. s.26-35.
4. Göçmen-Baykara Z. Hemşirelik bakımı kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi 2014;1(2):92-99.
5. Baldursdottir G, Jonsdottir H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. Heart Lung 2002; 31(1): 67-75.
6. Rolfe G. Some further questions on the nature of caring, Int Journal Nurs Stud 2009; 46:143-146.
7. Khademian Z, Vizesfar F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviours. J Adv Nurs 2007; 61(4), 456-462.
8. Bassett C. Educating for care: a review of the literature. Nurse Educ Pract 2001; 1 (2): 64- 72.
9. Zamanzadeh V, Valizadeh LR, Aminaie, N, Yousefzadeh S. First and Fourth-Year Student's Perceptions about Importance of Nursing Care Behaviors: Socialization toward Caring. Journal of Caring Sci 2014; 3(2): 93-101.
10. Cunningham S, Copp G, Collins B, Bater M. Preregistration nursing students' experience of caring for cancer patients. Eur Journal Oncol Nurs 2006; 10 (1): 59-67.

11. Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *J Adv Nurs* 2011; 67(6): 1191-1205.
12. Larson PJ. Oncology Patients' and Professional Nurses' Perceptions of Important Nurse Caring Behaviors Dissertation Abstracts International, 42/02, 568-B. University Microfilms No. 81-6511, unpublished dissertation, University Microfilms, University of California, San Francisco, 1981.
13. Eskimez Z, Acaroğlu R. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanlığı, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.
14. Mlinar S. First- and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nurs Ethics* 2010; 17(4): 491-500.
15. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; (4) 1: 198-202.
16. Potter PA, Perry AG. *Caring in nursing practice, fundamentals of nursing*, (6th ed.) America: Mosby Inc 2005;107-112
17. Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Educ Today*, 2005; 25(1): 31-40.
18. Murphy F, Jones S, Edwards M, James J, Mayer A. The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students. *Nurse Educ Today* 2009; 29: 254-264.
19. Khouri R. Impact of an educational program on nursing students' caring and self-perception in intensive clinical training in Jordan. *Advances in Medical Education and Practice* 2011; 2: 173-185.
20. Larsen PD, McGill JS, Palmer SJ. Factors Influencing Career Decisions: Perspectives of Nursing Students in Three Types of Programs. *Journal of Nurs Educ* 2003; 42 (4):168-173.
21. Çınar Yücel Ş, Kocaçal Güler E, Eşer İ, Khorshid L. İki Farklı Eğitim Sistemi İle Öğrenim Gören Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğini Algılama Durumlarının Karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011; 27 (3) : 1-8.
22. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Mesleği Uygulamaya Yönelik Görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2008; 83: 69-75.
23. Safadi RR, Saleh MYN, Nassar OS, Amre HM, Froelicher E.S. Nursing students' perceptions of nursing: a descriptive study of four cohorts. *Int Nurs Rev*, 2011;58: 420-427.
24. Özpancar N, Aydın N, Akansel N. Hemşirelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği İle ilgili Görüşlerinin Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12 (3): 9-17.
25. Tan M, Yuncu S, Şentürk Ö, Yıldız Ö. Üniversite Öğrencilerinin Hemşireliğe Bakış Açılıarı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; (10), 1: 22-29.
26. Kızıltut S, Ergöl Ş. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşireliği Algılayışı Hemşirelik Rollerine ve Hemşireliğin Geleceğine Bakışı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14(2): 10-15.
27. Granum V. Nursing students' perceptions of nursing as a subject and a function. *Journal of Nurs Educ* 2004; 43(7): 297-304.
28. Omari FH, AbuAlRub R, Ayasreh IRA. Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *J Clin Nurs* 2013; 22, 3183-3191.

Kanser Hastalarında İnterlökin-2 Kullanımı ve Hemşirelik Yönetimi

Nursing Management and Interleukin-2 Use in Patients with Cancer

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 49–59

Sevgisun KAPUCU*

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 08 Nisan 2014

Kabul Tarihi: 19 Mart 2015

ÖZ

Günümüzde biyolojik ajanlar başta onkoloji olmak üzere birçok klinik alanda kullanılmaktadır. Gelişen bu alanda, biyolojik ajanların uygulanması ve biyolojik tedavi alan hastanın yönetimi ile ilgili sağlık ekibi içerisinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu yazıda, biyolojik ajanlar arasında yaygın olarak kullanılan IL-2 kullanımı ve hasta bakımında hemşirenin sorumlulukları üzerinde duruldu.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, hasta yönetimi, immün sistem, interlökin-2, kanser, yan etkiler

ABSTRACT

Recently, biologic agents are used frequently in various clinical settings, besides being used initially in oncology units. In these developing area, among health care team nurses have major responsibilities in administration of biologic agents and management of patients receiving biologic agents. In this review we focused on responsibilities of nurses in use and management of IL-2 which is one of the biologic agents that are commonly used.

Key Words: Nursing, patient management, immune system, Interleukin-2, cancer, side effects.

GİRİŞ

Biyolojik Terapi (İmmünoterapi ya da Biyoterapi) kanserle savaşmak için vücudun kendi bağışıklık sisteminin kullanılmasıdır. Biyoterapide kullanılan *biyolojik ajanlar*, moleküler rekombinant DNA teknolojisi kullanılarak elde edilen proteinlerdir. Bu ajanların büyük çoğunluğu monoklonal antikordlardır. Monoklonal antikordlar, biyotoksinler ve interferonlar gibi biyolojik ajanlara, düşük yan etki potansiyelleri ve güçlü terapötik etkinliklerinden dolayı yakın gelecekte klasik yöntemlerin yerlerini alacakları gözle bakılmaktadır¹⁻³.

Bağışıklık sistemi hücreleri çok sayıda protein habercileri salgılamakta olup, bunlar konak hücrenin bölünmesini düzenler ve hem doğal hem de kazanılmış bağışıklık yanıtlarında görev alırlar. Bu habercilere *sitokinler* denilir ve her birinin kendi özgün adı vardır. Sitokinlerin görevi hücreler arası iletişimi sağlamaktır. Sitokinler, lenfosit ve makrofajlar gibi bağışıklık hücrelerinin glikoprotein ürünleridir. Sitokinler savunma fonksiyonlarına efektör aracılık etmektedir ve kendilerine karşı genellikle sitotoksik değildir. İnterlökinler, interferonlar (IFN), koloni-stimüle edici faktörler ve TNF sitokindir. Sitokinlerin immün, inflammatuar ve enfeksiyon durumlarda oldukça önemli rolleri vardır. Sitokinler, immün sistem hücrelerinin büyüme, gelişme, farklılaşma, aktivasyon kazanma aşamaları ve yönlendirilme işleriyle ilgilidir¹⁻³.

İnterlökin-2 (IL-2), aktive edilen yardımcı T hücreleri tarafından üretilen bir sitokindir¹. İlk kez 1976'da T hücre büyüme faktörü olarak tanımlanmış, 1979'da ikinci uluslararası lenfokin toplantısında IL-2 ismini almıştır. İnterlökin-2 kanser tedavisinde, ilk olarak 1983'te Bindon³ ve arkadaşları tarafından kullanımı bildirilmiştir. Doğal IL-2 melanomlu iki hastanın lenfositlerinde türetilmiş ve daha sonraki yapılan çalışmalardan sonra FDA (Food and Drug Administration) tarafından tedavi onayı verilmiştir. Daha sonra interlökinlere Uluslararası İmmunoloji Kongresi tarafından onaylanan bir rakam verilmiştir² (IL-2, IL-7, IL-11, IL-13, IL-15 vb). İnterlökinlerin terapötik etkileri hastanın bağışıklık sistemi ile doğrudan ilişkilidir. IL-2, lenfositleri ve makrofajları aktive eder ve lenfokin salınımını uyarır. IL-2 antijenlerin uyardığı T hücrelerinin çoğalmasını uyarır, sitotoksik T lenfositleri (CTLs) (CD8+), Natural Killer (NK) hücreleri aktive eder ve B hücrelerinin büyümesi ve farklılaşmasında kofaktör görevi görür. B lenfositleri uyarıldığında, immunglobülinler üretilir. Ayrıca interferon gamma (IFN- γ), granülosit makrofaj koloni-uyarıcı faktör (GM-CSF) ve TNF (Tumor Necrosis Factor) gibi sitokinler de T hücreler tarafından aktive edilir^{2,4}.

IL-2 Kullanım Endikasyonları

FDA, 1992 ve 1998'de metastatik renal hücreli karsinom hastalarının tedavisinde ve metastatik melanoma hastalarının tedavisinde yüksek doz intravenöz (IV) IL-2 kullanımını onaylamıştır. Günümüzde hala IL-2 tedavisinin birçok farklı kombinasyonu test edilmeye devam etmektedir. IL-2 ve IFN- α kombinasyonu umut verici görünmekte olup, hayvanlardaki prelinik veriler daha fazla immünolojik etki oluşturmada IL-2'nin IFN- α ile birlikte sinerji içerisinde çalıştığını göstermektedir^{2,3}. Adjuvan tedavide IL-2'nin faydalı olup olmadığı sorusu yıllardır düşünülmektedir. Genellikle adjuvan tedavide HD IL-2'nin toksik olabileceğine inanılmıştır². Hauschild⁵ ve arkadaşlarının orta veya yüksek riskli primer melanoma hastaları ve primer tümör rezeksiyonu sonrası hastalarda yaptıkları incelemede; rezeksiyon sonrası bir grup hastaya haftanın değişik

günlerinde SC IL-2 (9 milyon ünite [MIU]/m²/gün) ve IFN- α (3 MIU/ m²/gün) kombine rejimi uygulanmış, çalışma sonucunda kontrol grubu ile deney grubu arasında beş yıllık sağ kalım oranları arasında fark bulunmamıştır.

IL-2 ile ilgili diğer çalışmalar metastatik melanoma ve hematolojik malignensilerde biyokemoterapi kullanımı ile ilgili olup, Buzaid'in⁶ bildirdiği metaanaliz sonuçlarında, ileri evre melanomalı bireylerde Cisplatin, IL-2 ve IFN- α 'nın kombine kullanımı ile immün yanıt oranlarının artırabileceği bildirilmiştir. Yapılan bir analiz çalışmasında⁷, biyokemoterapi ajanları ile tedavi edilen 631 hastanın tedaviye olumlu yanıt oranlarının %45, IL-2 ve IFN- α veya yalnızca IL-2 ile tedavi edildiğinde ise sırasıyla %21 ve %15 olduğu belirtilmiştir. Ancak gruplar arasında sağ kalım açısından farkın önemli olmadığı bulunmuştur. Diğer metanaliz çalışması ise,⁸ 7000 hastayı içine alan 154 çalışmayı içermektedir ve Cisplatin, DTIC (dakarbazin), IL-2 ve IFN- α alan hastalarda yanıt oranının %47 olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma da sadece IL-2 kullanımı ve sağ kalım oranları karşılaştırılmamış, aynı zamanda kemoterapi veya immünoterapiyi biyokemoterapiyle karşılaştıran faz III çalışmaları da yapılmıştır.

IL-2 daha çok melanom ve böbrek karsinomlu hastalarda kullanılmakla birlikte lösemi ve lenfoma türü ve diğer kanser hastalıklarında da kullanımına ilişkin çalışmalar devam etmektedir².

Uygulama Yöntemleri

IL-2 için FDA'nın onayladığı tek tedavi rejimi yüksek doz IV bolus uygulamasıdır fakat IV olarak tedavi aslında düşük dozlarda verilmektedir. Bazı klinisyenler, maliyeti ve IV infüzyon sırasında görülen doz kısıtlayıcı toksisiteyi nedeniyle, IL-2'yi subkutan (SC) yolla uygulamaktadır. Çoğu klinik çalışmada IL-2 tek başına veya kemoterapi ile kombine olarak, aşılar veya diğer biyoterapi ajanları ile verilmektedir⁹.

Yang¹⁰ ve arkadaşlarının yüksek doz veya 1-2 düşük doz IL-2 rejimi alan metastatik Renal Cell Carcinoma (RCC) hastalarında yaptığı tedaviye yanıt oranlarını ve sağ kalımları karşılaştıran 3 gruplu randomize çalışmada, yüksek doz verilen grupta majör tümör gerilemesi ve yanıtların kalıcılığının daha iyi olduğu saptanmıştır. Ancak gruplar arasında sağ kalım açısından fark bulunmamıştır. Kammula¹¹ ve arkadaşları çalışmalarında, 1241 metastatik kanser hastasına verilen yüksek doz IV IL-2 tedavi uygulanmasını değerlendirmişler ve tedavinin ilk aşamasında, yan etki ve tedaviye yanıtı bakmışlardır. Çalışma sonunda, son 809 hasta başlangıçtaki hastalarla karşılaştırıldığında sepsis (%18-%4), diyare (%92-%12), nöropsikiyatrik toksisite (%19-%8) pulmoner entübasyon (%12-%3), hipotansiyon (%81-%31), ve kardiyak iskemi (%3-%0) gibi toksik etkilerin azaldığı saptanmıştır. Bunun nedeninin tedavi öncesi daha iyi tarama stratejilerinin kullanılması, toksisiteğin erken tanı ve tedavisi edilmesi ve güvenli doz sonlandırma gibi uygulamalar ile ilgili olduğu vurgulanmıştır. Araştırmacılar, çalışmalarında uygun hasta seçimi ve yan etki yönetimi ile güvenli yüksek doz IV IL-2 uygulamasının yararlı olacağını belirtmişlerdir¹¹.

IL-2 Kullanımında Görülen Sistemik Yan Etkiler: Hemşirelik bakımı

IL-2 kullanımında yan etkilerin şiddeti/ciddiyeti, uygulama yolu, dozu ve uygulama protokolüne göre değişiklik göstermektedir. IL-2 aralıklı IV bolus olarak uygulandığında yaklaşık 2-4. saatlerde yan etkilerin çoğu pik yapmaktadır. Genellikle, son dozdan

sonra zaman geçtikçe yan etkiler azalmaktadır. IL-2 tedavisi sonlandırıldığında ise, semptomların çoğunda azalma başlar ve 49-72 saat içinde ise normale döner. İlaça bağlı gelişen yan etkilerin çoğunun etyolojisi bilinmemesine rağmen, en yaygın görülen neden; IL-2 ilişkili kapiller kaçak sendromuna (CLS) dayandırılabilir. CLS ile TNF- α ve IL-5 gibi sitokinler, kompleman aktivasyon üretimi, nötrofil aktivasyonu, endotelial hücre uyarıcı antijenlerini içeren diğer sitokinlerin üretimini stimüle ederler. CLS semptomları jeneralize ödem, hipotansiyon, oligüri, plevral effüzyon, pulmoner konjesyon ve batında asiti içermektedir. IL-2 kullanılan bireylerde, görülen semptomlardan, en yaygın olanı üşüme ve titremeye neden olan **grip benzeri semptomlardır** ve IL-2'nin ilk dozunun uygulamasından 30 dakika ile 2 saat içinde başlar ve sonraki dozlarda azalma eğilimi gösterir. Başlangıçta, bu semptomlar sıcak battaniyelerle tedavi edilebilir fakat üşüme ve titremeler geçmezse, 25-50 mg IV meperidine uygulaması önerilebilir. Diğer belirtiler baş ağrısı, halsizlik, artralji, myalji, anoreksi ve abdominal ağrıdır. Bu semptomların çoğu, IL-2'nin ilk dozundan önceki gece indometacin, acetaminophen ve ranitidine (veya muadili) gibi non-steroidal antiinflamatuar ajanlarla (NSAIDs) profilaktik olarak tedavi edilebilir ve IL-2 tedavisinin sonlandırılmasından sonraki 24 saate kadar devam edilebilir. Yorgunluğu azaltmaya yardımcı olmak için, bireyler mümkün olduğunca aşamalı egzersiz programına alınabilir ve dinlenme periyodları düzenlenir. Kanser ve tedavi ilişkili yorgunluğu yönetme stratejileri; egzersizin günlük olarak orta derecede artırılması, yeterli hidrasyon ve beslenme, aktivitelerle dinlenmeyi dengeleme ve dikkati başka yöne çekme tekniklerini içerir. Uzun süreli SC IL-2 tedavisi alan bireyler için yorgunluğun yönetiminde eğitim ve destek önemlidir^{2,12,13}. IL-2 kullanan hastalarda görülebilecek semptomlar tablo 1'de verilmiştir.

Gastrointestinal Semptomlar: Bulantı, kusma, diyare ve anoreksi gibi gastrointestinal (GI) belirtiler genelde yaygın görülmez. Bu semptomları yaşayan hastalara azar azar, sık yemesi önerilir. Kuru, soğuk veya tuzlu yiyecekler baharatlı, yağlı veya çok şekerli yiyeceklere göre daha az bulantıya neden olacağından dolayı tercih edilir. Bulantının giderilmesi için profilaktik olarak ondansetron veya granisetron gibi antiemetiklerle ve birlikte compazine, prochlorperazine, lorezepam veya phenergan gibi kombine tedaviler kullanılabilir. Başlangıçta antiemetik tedavi yeterli olmazsa, diğer gruptan bir ilaç eklenmesi veya başlangıçtaki ajanın uygun olan maksimum doz aralığında artırılması veya her ikisinin kombinasyonu tedavide önerilebilir. Örneğin, hastanız ondansetron ve ya 5-HT₃ antagonisti alıyor ve bulantısı devam ediyorsa, tedaviye prochlorperazine gibi dopaminerjik antagonisti bir antiemetik eklenebilir. Rahatsız eden diğer bir GI yan etki ise, antiasitlerle kontrol altına alınan mide yanması veya reflü olabilir. Bu durumda gastrik toksisiteyi önlemek için proton pompa inhibitörleri verilmesi önerilir. Bazı vakalarda nadiren grade 3-4 toksitesine kadar ulaşan diyare görülebilmektedir. Bu hastalara loperamide gibi antidiyaretikler verilebilir. Diyare şiddetli ve bu ilaçlarla azalmıyorsa, opioid uygulanabilir. Tedavi sonrası intestinal ileusu ağırlaştırabileceği için bu ilaçların kullanımını sırasında hastaların abdominal distansiyonunu, ağrısını ve barsak seslerini değerlendirmek gereklidir. Optiumun psikotropik etkileri nedeniyle tedavi öncesi ve boyunca nörolojik değerlendirmenin yapılması gerekmektedir. Kafein, alkol ve liften zengin yiyeceklerden kaçınması, şeftali, armut gibi pektin içeriği yüksek, kabuğu soyulmuş meyvelerin ve beyaz pirinç, muz ve yulaf ezmesi gibi besinlerin alımını arttırması konusunda hemşireler tarafından eğitilmesi gerekir. IL-2 tedavisi sırasında nadiren iç organlarda perforasyon gelişebilmektedir, bu durumda hastalar yakinen izlenmelidir^{2,12-14}.

Kardiyopulmoner Semptomlar: IL-2 verilışı, kapiller sızıntı sendromu (CLS) olarak bilinen, intravasküler alandan interstisyel alana sıvı geçişine yol açan vasküler geçirgenlikte şiddetli artışa neden olmaktadır. Intravasküler alanda sıvı azaldığında, oligüri, taşikardi ve hipotansiyon gelişebilmektedir. Oligüri, genellikle hipotansiyondan önce gelişmekte olduğundan hastanın aldığı ve çıkardığının doğru bir şekilde ölçümü önemlidir. Hipotansiyon IL-2 tedavisi nedeniyle geliştiğinden, tedaviden bir gün önce antihipertansif ilaçlarını kesmeleri konusunda bilgi verilir^{2,15-17}. IL-2'nin kardiyovasküler sistem üzerindeki etkilerinden dolayı, kalp hastalığı olan ya da şüpheli kardiyak sorunu olan ve 50 yaş üzeri hastaların tedavi öncesi tarama sürecinin bir parçası olan **Talyum kardiyak stres** testinden geçmesi gerekmektedir. Bu önlemlerin hepsi miyokardiyal infarktın insidansını azaltmak için yapılır². IL-2 tedavisi alan hastalarda görülen miyokardit, lenfosit ve eozinofil infiltrasyonuna bağlıdır. Klinik açıdan artmış kreatinin kinaz enzimlerinden olan MB bantta yükseklik görülmektedir. IL-2 tedavisinin 1 ya da 2 gün sonrasına kadar bu enzimler görülmeyebilir ve günlük laboratuvar çalışmaları sırasında saptanır. Hastalar genellikle asemptomatik olsalar da, kardiyak monitorizasyon, troponin seviyeleri ve elektrokardiyogram göstergeleri durumu belirler. İleriki IL-2 dozlarını almadan önce miyokardiyal disfonksiyonu elimine etmek için hastalara ekokardiyogram yapılmalıdır. Eğer EKO normal ise, hasta ileriki IL-2 dozlarını alabilir. Tedavi sırasında hastaların %6'sında kardiyak aritmiler gözlenmiş olup, en önemlisi supraventiküler (atriyal fibrilasyon ya da taşikardi) aritmilerdir. Bu durumlar genellikle kısa sürmektedir ve hemodinamik dengesizliğe neden olmamaktadır. Sistemik toksisiteler, çoklu sıvı, elektrolit ve metabolik anormallikler olduğunda pik yaparak ortaya çıkmaktadır. Tedavide; IL-2 terapisi kesilir, diüretik tedavi ile kalp yükü azaltılır, elektrolit dengesizliği düzeltilir ve iyi oksijenasyonun sağlanması için önlemler alınır. Daha sonra digoksin, verapamil, diltizem ya da adenozin gibi ajanlarla hastaya müdahale edilir. Hasta güvenliği sağlandıktan sonra, kardiyak aritmi gelişme riski düşüktür. IL-2 kullanan hastalarda periferik ödem, karında asit ve pulmoner ödem gelişebilir, bu durumda; intravasküler sıvı kaybını tedavi etmek için, ya normal salin veya ringer laktat ile IV sıvı replasmanı yapılır. Respiratuvar semptomlar, sıvının fazla olduğunu ve kapiller sızıntı sendromuna bağlı pulmoner ödemin gerçekleştiğini gösteriyor ise, hastada taşipne, dispne ve oskültasyonla duyulan raller gelişebilir. Bu sebeplerden dolayı, solunum seslerinin sıvı tedavisi öncesi ve sonrası dinlenilir ve verilen sıvı bolusunun günde 1-2 lt'yi geçmemesi gerekir. Sigara içme ve pulmoner tümör öyküsü olan hastalara IL-2 tedavisi öncesi pulmoner fonksiyon testi yapılmalıdır^{2,12,15-17}.

Renal Semptomlar: IL-2'ye bağlı renal disfonksiyon, prerenal azotemi olarak tarif edilir. Hipotansiyon ve intravasküler volüm azaldığında, renal perfüzyon azalır ve oligüri gerçekleşir. Aynı zamanda IL-2, böbrekler üzerine direkt toksik etkisi ile idrar çıkarımda azalmaya katkı sağlayarak, serum kreatinin ve kan üre nitrojen (BUN)'da artışa neden olur. Nefrektomi olmuş RCC'lı hastalarda disfonksiyon gelişmesi açısından risk daha fazladır. Nefrotoksisiteye neden olan diğer risk faktörleri ileri yaş, erkek cinsiyet ve önceden var olan hipertansiyondur. Oligüri ilk olarak, dolaşan sıvı volümünü arttırmak için sıvı bolusu ile tedavi edilmelidir. Genellikle kreatinin seviyelerinin normale dönmesi 7 ile 14 günü bulabilmektedir. Hastalara sıvı replasmanı yapılmasına rağmen, hipokalemi, hipomagnezemi, hipokalsemi ve hipofosfatemiyi içeren elektrolit dengesizlikleri sıklıkla görülmektedir. Elektrolit seviyeleri günlük takip edilmeli ve gerektiğinde yerine konmalıdır^{2,12-14,16,18,19}.

Nörolojik Semptomlar: IL-2 kan beyin bariyerini geçmektedir ve beyin omurilik sıvısı (BOS)'nda artışa neden olabileceğinden dolayı hastalarda IL-2'ye bağlı nörolojik yan etkiler geliştirebilir. Bu yan etkiler; laterji, anksiyete, gerçeğe yakın rüyalar, konfüzyon, uyku bozuklukları, azalmış konsantrasyon, duyu durum dalgalanmaları, hırçınlık, halüsinasyonlar, depresyon ve koma durumu olabilir. Diğer yan etkilerin tedavisi için verilen ilaçlardan titremede kullanılan meperidin ve bulantı için kullanılan fenotiyazin ya da lorezepamin birlikte kullanımı da bu semptomların görülmesine neden olabilir. Bu durumda hastaların mental durum değişiklikleri dikkatle izlenmelidir. IL-2 tedavisi nöropsikiyatrik toksisitenin ilk işaretinin görülmesiyle birlikte bu etkileri daha da kötüleştirebileceğinden birkaç gün süreyle tedaviyi artırmadan önce kesilmelidir.

Nörotoksosite geliştiğinde, sedatize edilmiş hastalarda aspirasyon riski önemli bir tehdit haline gelebilir. Bu durumda bazen hastanın entübe edilmesi gerekebilir. Hemşirelik girişimlerinde önemli bir alanı kapsayan bu yan etkilerin nörolojik kötüleşme açısından yakından izlenmesi gerekmektedir. Hasta ve aileleri ile güven verici bir ilişki kurularak nörotoksosite nedeniyle oluşan yan etkilerin normal ve geri dönüşlü olduğunun söylenmesi anksiyeteyi azaltmada yardımcı olur. Yeniden oryante etme, gevşeme teknikleri ve müzik terapisi hastaların rahatsızlıklarını azaltmaya yardımcı olabilir^{2,12-14,16,20,21}.

Ciltle İlgili Semptomlar: IL-2 özellikle deri ve mukoz membranları etkiler. Genel kızarıklık ya da eritematoz döküntü, kaşıntı, ciltte kuruluk gibi sorunlar, tedavinin ilk 3. gününden başlayarak 6 haftaya kadar devam edebilir. Olası diğer dermatolojik yan etkiler ise ciltte yanma, palmar ve plantar deskuamasyon şikâyetlerini içerebilir. Dermatolojik rahatsızlık, yumuşak sabun ya da temizleyicilerle yıkama, alkol içermeyen losyon kullanımı ile giderilir. Topikal steroidlerden kaçınılmalıdır. Aşırı kaşıntısı olan hastalar için tıbbi destek alınmalıdır. Hastalar da çeşitli derecelerde mukozit, glossit, stomatit, faranjit ve tat alma değişimi sorunları görülebilir. Özellikle ağızda gelişebilecek mukozit için tedavinin başından itibaren Na klorürlü gargara önerilir. Gelişen mukozitin derecesine göre tıbbi yardım alınır. Aşırı sıcak, soğuk veya sert yiyecekler ağız mukozasına zarar verebileceği için bunlardan kaçınılmalıdır. Hastaların yumuşak veya sıvı yemesi ve tahriş edici olabileceğinden sigara ürünleri ile alkollü içeceklerden kaçınılması önerilir^{2,12-14,16,22,23}.

İmmunolojik/Metabolik Semptomlar: IL-2 tedavisi alan hastalarda, IL-2 nötrofil fonksiyonlarını bozduğu için enfeksiyon ölümcül komplikasyon olabilir. Bu nedenle perirektal alan dahil olmak üzere, IV girişim yerleri ve tüm mukozal alanların tedavi sırasında enfeksiyon riski arttığı için sık sık değerlendirilmesi gerekmektedir. Her kurumun kendi politikası gereğince periferik venöz kateterler rutin olarak değiştirilmeli ve santral venöz kateter bakımları titizlikle yapılmalıdır. Gerekirse, santral venöz kateterli hastalarda enfeksiyonu önlemek için profilaktik antibiyotik tedavisi kullanılabilir. Bazı kurumlarda IL-2 alan hastalarda uzun süreli kalıcı kateterler, enfeksiyona yatkınlığı arttırdığı için kullanılmaz. IL-2 tedavisine bağlı oluşan diğer yan etkileri laboratuvar değerlerindeki değişimler yansıtmaktadır ve düzenli olarak bu değerlerin izlenmesi gerekmektedir. Lenfositopeni/nötropeni hızla gelişir ve tedavi boyunca devam eder, bu durum hastalarda enfeksiyon gelişimi açısından risk oluşturur. Trombositopeni ve anemi gelişebilir ve hastanın peteşi, purpura, ekümoz, epistaksis, hematüri, gaitada gizli kan gibi gizli kan kayıpları için değerlendirilmesi gerekir. IL-2 tedavisi alan hastalarda

tedavi sırasında genel olarak alkalen fosfataz, alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), laktat dehidrogenaz (LDH) ve geri dönüşümlü kolestatin göstergesi olan total bilirubin seviyelerinde yükselmeler gözlenir^{2,12-14,16,22,23}.

Hipersensivite reaksiyonları: IL-2 ile tedavi edilen hastalarda kontrastlı boya ya da ilaçlara karşı aşırı duyarlılık gelişebilir. Bu durum hastaların %10'u ile % 28'inde görülür, IV kontrast madde verilmesinden kısa bir süre sonra wheezing, döküntü, diyare, titreme, ateş, bulantı, hipotansiyon, ödem ve oligüri gelişebilir. Aşırı duyarlılık reaksiyonları özellikle furosemid gibi diürez sağlayan ilaçların IL-2 sonrası alımı ile görülmektedir. Destekleyici önlemler ve difenhidramin semptomları hafifletmede yararlıdır. Steroidler, IL-2'nin etkisini bloke ettikleri için kullanılmamalıdır^{2,12-14,16,21-23}.

IL-2 Uygulaması ve dikkat edilecek noktalar

IL-2 uygulaması SC ve IV yolla yapılır. Genel olarak subkutan yolla IL-2 (SC IL-2)

Tablo 1. IL-2 Kullanımına Bağlı Hastada Görülebilecek Olan Semptomlar ve Müdahaleler (özet)

Sistemler	Semptomlar	Patofizyoloji	Müdahaleler
Kardiyovasküler	*Periferik ödem *Hipotansiyon *Taşikardi *Kilo artışı *Asit *Aritmi	Kapiller sızıntı sendromu (Capillary leak sendrom, CLS): Intravasküler alandan interstisyel alana sıvı geçişi kalp hızında artışa ve kan basıncında azalmaya neden olur.	*4 saatte bir kan basıncı monitorizasyonu *Order edilen sıvı replasmanı *Sık Aldığı-Çıkardığı Takibi *Günlük elektrolit takibi
Solunum	*Raller *Dispne/Nefes darlığı *Artmış solunum hızı *Hipoksi *Nazal/sinüs konjesyon	CLS	*Solunum seslerinin 4 saatte bir ya da gerektiğinde daha sık dinlenmesi *Solunum seslerinin sıvı replasmanı öncesi ve sonrası dinlenmesi *O ₂ saturasyon takibi *O ₂ tedavisi
GIS	*Anoreksia *Bulantı/Kusma *Mukozit *Diyare *ileus	Nedeni bilinmiyor	*Antiemetik *Antidiyaretik *Uygun ağız bakımı *Perirektal bakım *Nutrisyon danışmanlığı *Antiasit, proton pompası inhibitörü kullanımı
Renal	*Oligüri *Artmış kreatinin *Artmış BUN	1.CLS: Azalmış intravasküler volüm 2.IL-2 kümülatif etkisi: böbrekler üzerinde direkt etkiye neden olması	*Sıvı replasmanı *Düşük doz dopamin (2-4 mcg/kg/min) *Foley katater takılarak AÇİ'nin yapılması

Sistemler	Semptomlar	Patofizyoloji	Müdahaleler
Hematoloji	*Anemi *Trombositopeni *Lenfositopeni	1. Aneminin kısmen kemik iliği supresyonu 2. Kümülatif IL-2 dozu	*Günlük aralıklı CBC *Peteşi, purpura ve ekümozların değerlendirilmesi *Kusmukla ve feçesde kan takibi *Ateş monitorizasyonu *Cilt, perirectal ve oral mukozaya gibi potansiyel enfeksiyon alanlarının değerlendirilmesi
Grip benzeri semptomlar	*Ateş *Titreme *Halsizlik *Atralji *Yorgunluk	*IL-2'nin hipotalamik düzenleme merkezini etkileyebilir *TNF- α düzeyinin IL-2 tarafından uyarılması ile gerçekleşebilir	*Profilaktik olarak antienflamatuar ajanlar *Titreme için ılık/sıcak örtü *Titreme için meperidine
Hepatik	*Yükselmiş bilirubin *Artmış transaminaz	Reversible kolesistit sonucu ortaya çıkmaktadır.	*Günlük karaciğer fonksiyon testlerinin takibi
Deri	*Kaşıntı *Eritamöz rash *Kuru cilt, soyulma ve dökülme	Nedeni bilinmiyor	*Alkol içermeyen cilt losyonları *Yulaf ezmesi banyosu *Günlük duş alınması *Yumuşak sabunlar *Kaşıntı önleyici ilaçlar *Dışarı çıkmadan önce güneş koruyucu krem
Nöroloji	*Konfüzyon *Yorgunluk *Uyuklama *İrritasyon/Ajitasyon *Halüsinasyon *Anksiyete *Uyku bozuklukları	1.IL-2'nin kan beyin bariyerini geçmesi sonucu beyin omurilik sıvısının artması 2.Bozulmuş uyku düzeni/yoksunluk	*8 saatte bir ya da gerektiğinde mental durum değerlendirmesi *Anksiyolitik ve uyku ilaçlarının sınırlandırılması *Tedavinin kesilmesi *Bilinçsizlik durumunda airway ile koruma
Psikolojik	*Korku *Göz dalması *Depresyon *Değişken ruh hali	Nedeni bilinmiyor	*Emosyonel destek *Gevşeme tekniklerinin öğretilmesi *Güvenli çevrenin sağlanması *Sosyal hizmet uzmanı ile bağlantının sağlanması *Aile ve hastanın endişelerini gidermek

Kaynak: Yarbro, CH, Wujcik, D, Gobel, BH. Cancer Nursing, Principles and Practice, 7th. Edition, Jones And Bartlett Publishers, 2011, London.

Kısaltmalar: CLS: kapiller sızıntı sendromu, IL-2. interleokin-2, BUN: kan üre nitrojen, GIS: gastrointestinal sistem.

alan hastalarda yan etkiler daha az görülür. SC IL-2 kullanılan hastalarda bulantı ve kusma şikâyeti daha az görülür iken, yorgunluk, miyalji ve ateş gibi şikâyetler daha fazla görülebilir. Subkutan yolla tedavi süreci IV formlara göre daha uzun sürdüğünden (6 ay/daha fazla) semptomlar daha fazla gibi görünse de toksisiteyi daha düşüktür. Genelde ilacın SC uygulamasından ilk 2 ile 8 saat arasında hastanın ateşi 38-40 °C dereceyi bulur (enjeksiyon sonrası yaklaşık 4 saatte pik yapar), bu nedenle tedavi öncesi premedikasyon yapılması önerilir. Hastanın semptomları, oral analjezik, antipiretik ve antiemetiklerle tedavi edilebilir ve genel olarak bu şikâyetler tedavi sürecini etkilemez. Örneğin, IL-2 uygulaması akşam yemeği saatinde (st:18.00) yapılır ise, yatmadan önce yaşanacak olan ilk ateş ve titreme sorununun önüne geçilmiş olunur ve böylece hasta gece boyunca rahat uyuyabilir. Ayrıca hastaların hematolojik, renal ve hepatik fonksiyonlarının göstergelerinde orta düzeyde laboratuvar değişiklikleri görülebilir. SC IL-2 tedavisi alan hastalarla ilgili diğer konular; hastaları evde destekleme sistemlerinin olması, kendi kendine enjeksiyon yapabilme (uygun taburculuk eğitimi), hastaların genel durum bozukluğunda tıbbi ekibe ulaşma rahatlığının sağlanmasıdır^{1,2,12-16}.

Yüksek doz IL-2 uygulamasına bağlı yaşanabilecek sistemik toksisiteden dolayı, hasta seçiminin dikkatli ve titiz şekilde yapılması gerekir. IL-2 tedavisine başlamadan önce adayların dikkatli şekilde taramalarının yapılmış olması gerekmektedir. Pulmoner fonksiyonları sınırlı, aktif kalp hastalığı veya semptomatik beyin metastazı olan hastalar ciddi komplikasyonlar açısından anlamlı şekilde risk altındadır ve IL-2 uygulaması için nadiren uygundur. IL-2 tedavisi için hastaların bağışıklık sisteminin güçlü olması şarttır. HIV hastalarında araştırma amaçlı düşük dozda kullanılmasına rağmen, HIV ve diğer aktif enfeksiyon durumlarında, tedavi öncesi hastanın dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. IL-2 tedavisinin fetüs üzerine etkileri bilinmediğinden, hamile olma potansiyeli olan kadınların tedavi öncesinde gebelik testi yaptırmaları, tedavi sırasında da gebe kalmamak için doğum kontrol yöntemleri kullanmaları gerektiği anlatılmalıdır. Ayrıca, IL-2'nin etkileri bilinmediğinden tedavisi sırasında annelerin bebeklerini emzirmemeleri gerektiği belirtilir. Düşük doz veya SC IL-2 alan hastalarda akut toksisite minimize edilir ise, hastalar daha uzun süre tedavi alabilirler. Solunum sistemi tutulumu ya da diğer tıbbi nedenlerden dolayı kötü bir performans durumunda olan hastalar yüksek doz IL-2'yi tolere edemeyebilir bunun yerine düşük doz/ SC IL-2 uygun olabilir^{2,12-16}.

Taburculuk eğitimi

Taburculuk sonrası görülen yaygın kalıcı yan etkiler; döküntü, kuruluk, ciltte soyulma, yorgunluk ve anoreksidir^{2,12-15}. Bu nedenle hastalara taburculuk eğitimi verilmelidir. Hastalardan bir günlük tutmaları ve bu günlüğe günlük kilo ve vücut sıcaklıklarını, kendi kendilerine yaptıkları IL-2 enjeksiyonlarını ve tedavi sırasında meydana gelen yan etkileri kaydetmeleri istenir.

IL-2 Tedavisi alan hastaların taburculuk eğitiminde yer alacak bilgiler^{2,12-15}

- Yavaş yavaş besin alımınızı artırın. Eski iştahınız tamamen geri dönene kadar, yüksek kalorili ve proteinli yiyecekler almaya devam edin.
- Diyetinizdeki besin çeşitlerini kademeli olarak artırın.
- Günde 12 ya da 8 bardaktan fazla su için. Yeterli sıvı alıp almadığınızdan emin olmak için idrar renginizi takip edin. Yeterli sıvı tüketiyorsanız idrarınız açık

sarı ya da berrak renkte olmalıdır. İdrarınız koyu ya da koyu sarı renkli ise sıvı alımınızı artırın.

- Enerjinizin tamamen geri dönmesi yaklaşık bir hafta sürebilir. Yavaş yavaş egzersizleri artırma ve gün boyunca sık sık dinlenme molaları verme, enerji kazanmada size yardımcı olabilir. Tüm gün boyunca uyumamanız önemlidir. Bu durum yorgunluğunuzu artıracaktır.
- Uyku bozuklukları ve sıra dışı rüyalar tedaviden sonra 2 ila 3 haftaya kadar devam edebilir.
- Hava bulutlu ya da kapalı olsa dahi güneşten koruma faktörü (SPF) 15 ve üzerinde olan güçlü bir güneş koruyucu kullanın.
- Güneşe karşı ekstra korumalı geniş kenarlı şapka, uzun kollu elbise ve pantolon giyin.
- Cilt yan etkileri 6 hafta sürebilir. Hastanede kullandığınız krem, yağ ve losyonları kullanmaya devam edin.
- Yumuşak sabun kullanmaya devam edin, klorlu ya da tuzlu suda yüzmekten kaçının. Eğer yüzerseniz, hızlıca durulanın ve cildinize krem, losyon uygulayın.
- Tedaviden sonra en az bir hafta araba kullanmayın.
- Steroid ya da kortizon içeren hiçbir ürün KULLANMAYIN. Nemlendiriciler dahil pek çok ürün bu maddeleri içermektedir. Herhangi bir ilaç, krem ya da merhem kullanmadan ÖNCE mutlaka sağlık ekibi ile kontrol edin.

Sağlık bakım ekibine bildirilmesi zorunlu semptomlar

- 48 saatten uzun süren bulantı, kusma ya da diyare
- Herhangi bir bulantı, kusma ya da diyare başlangıcı
- Nefes almada zorluk
- 38.2 °C'den yüksek olan ateş
- Göğüs ağrısı
- Baş ağrısını da içeren yeni bir ağrı başlangıcı

Sonuç Olarak;

Gelecekte, kanser tedavisinde biyoterapi ajanlarının kullanımının artacağı ve daha başarılı sonuçlar elde edileceğine inanılmaktadır. Hemşireler olarak biyoterapi alanındaki gelişmeleri takip etmek, bu konuda bilgi ve tecrübe sahibi olmak durumundayız. Bu ajanların içinde yaygın olarak kullanılan IL-2 kullanımı ve hemşirelik bakımı hakkında bilgi veren bu makalenin meslektaşlarımızın konu hakkında zenginleşmesine yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. İliçin, G. Biberoglu, K. Süleymanlar, G. Ünal S. İç Hastalıkları, 3. Baskı, Güneş Tıp Kitapevi, 2012, Ankara.
2. Yarbro, CH. Wujcik, D. Gobel, BH. Cancer Nursing, Principles and Practice, 7th. Edition, Jones And Bartlett Publishers, 2011, London.

3. Bindon C, Czerniecki M, Ruell P, et al. Clearance rates and systemic effects of intravenously administered interleukin-2 (Il-2) containing preparations in human subjects. *Br J Cancer*. 1983; 47: 123–133.
4. Widmaier, EP. Raff, H. Strang, Kt. Çeviren: Özgünen, T. Vander İnsan Fizyolojisi, Vücut Foksiyon Mekanizmaları, 13. Baskı, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2014.
5. Hauschild A, Weichenthal M, Balda B-R, et al. Prospective randomized trial of interferon alfa-2b and interleukin-2 as adjuvant treatment for resected intermediate- and high-risk primary melanoma without clinically detectable node metastasis. *J Clin Oncol*. 2003; 21: 2883–2888.
6. Buzaid AC. Biochemotherapy for advanced melanoma. *Crit Rev Oncol/Hematol*. 2002;44: 103–108.
7. Atkins MB, Hsu J, Lee S, et al. Phase III trial comparing concurrent biochemotherapy with cisplatin, vinblastine, dacarbazine, interleukin-2, and interferon-alfa2b with cisplatin, vinblastine, and dacarbazine alone in patients with metastatic malignant melanoma (E3695): a trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol*. 2008; 26:1–9.
8. Bajetta E, Del Vecchio M, Nova P, et al. Multicenter phase III randomized trial of polychemotherapy (CVD regimen) versus the same chemotherapy (CT) plus subcutaneous interleukin-2 and interferon- α 2b in metastatic melanoma. *Ann Oncol*. 2006;17: 571–577.
9. Mavroukakis SA, Muehlbauer PM, White RL, Schwartzentruber DJ. Clinical pathways for managing patients receiving Interleukin-2. *Clin J Oncol Nurs*. 2001;5: 207–217.
10. Yang JC, Sherry RM, Steinberg SM, et al. Randomized study of highdose and low-dose interleukin-2 in patients with metastatic renal cancer. *J Clin Oncol*. 2003; 21: 3127–3132.
11. Kammula US, White DE, Rosenberg SA. Trends in the safety of high dose bolus interleukin-2 administration in patients with metastatic cancer. *Cancer*. 1998;83:797–805.
12. Schwartz RN, Stover DL, Dutcher J. Managing Toxicities of High-Dose Interleukin-2 *Oncology* 2002; URL:<http://www.cancernetwork.com/renal-cell-carcinoma/managing-toxicities-high-dose-interleukin-2#sthash.OR0anQGp.dpuf>, April 5, 2014.
13. Prometheus Announces Inclusion of Proleukin® (Aldesleukin for Injection) / Interleukin 2 in SITC Guidelines for Treatment of Cutaneous Melanoma, URL:<http://www.nestlehealthscience.com/newsroom/press-releases/prometheus-sitc-guidelines>, April 7, 2014.
14. Antonio C. Buzaid AC. Atkins M. Practical Guidelines for the Management of Biochemotherapy-related Toxicity in Melanoma, URL:<http://clincancerres.aacrjournals.org/content/7/9/2611.long>, April 7, 2014.
15. Fadiloğlu Ç. Tokem Y. Özçelik H. Biyolojik ajanların kullanımında hemşirenin sorumlulukları, *TOD* 2008; 23(1): 45-53.
16. Karadokovan, A. Eti Aslan, F. Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş Baskı, Nobel Kitapevi, Adana, 2011.
17. Kelle İ. Kanser tedavisinde biyotoksinler, *Dicle Tıp Dergisi*, 2007; 34(3): 226-232.
18. Erol, Ç. (Ed.). İç Hastalıkları, 1. Baskı, MN Medical&Nobel Ltd. Sti., Ankara, 2008.
19. Furuncuoğlu, Y. Dâhiliye Akıl Notları (Özet. Pratik.Referanslı), Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2013.
20. Habermann, TM. Ghosh, Ak. Çeviri Ed.: Ünal, S. Demir, AU. Mayo Clinic Internal Medicine Concise Textbook (Türkçesi). Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2009.
21. Ignatavicius, DD. Workman, MN. Medical-Surgical Nursing, Patient-Centered Collaborative Care, 6 Edition, Saunders Elsevier, USA, 2010.
22. Oliveria, GHM, Nesbitt, GC, Murphy, JG. Çeviri Ed. Ünal, S. Cankurtaran, M. Mayo Clinic Medical Manual (Türkçe), Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2010.
23. Runge, MS. Greganti, MA. Çeviri Ed.: Ünal, S. Demir, M. Netter İç Hastalıkları, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2009.

Alzheimer Hastalarının Bilişsel ve Davranışsal Sorunları Üzerine Etkili Bir Yöntem: Anımsama Terapisi

An Effective Method on Cognitive and Behavioral Problems of Alzheimer Patients: Reminiscence Therapy

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 60-68

Güler Duru AŞİRET*, Sevgisun KAPUCU**

*Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye

**Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 17 Kasım 2014

Kabul Tarihi: 19 Mart 2015

ÖZ

Alzheimer, bireylerde hem bilişsel hem de fiziksel fonksiyonlarda yıkıma neden olmakta ve artan yıkım ile birlikte bireyler zamanla bakıma muhtaç hale gelmektedir. Alzheimer tedavisinde kullanılan farmakolojik yöntemler genellikle hastalığın semptomları üzerinde etkili olmaktadır. Bu nedenle Alzheimer hastalarında görülen semptomların yönetiminde farmakolojik olmayan uygulamalar önem kazanmaktadır. Bu uygulamalar arasında en yaygın kullanılan yöntemlerden birisi "Anımsama Terapisi" dir. Bağımsız bir hemşirelik müdahalesi olan anımsama terapisinde, yaşlı bireylerin geçmiş olumlu deneyimlerini anımsamaları sağlanarak, bu deneyimler üzerine konuşulmakta ve bireysel ya da grup içerisinde olumlu duyguların paylaşımı sağlanmaktadır. Genellikle anımsama terapisinde, 2-5 kişilik gruplar ile haftada bir gün, 30-45 dakika süre ile toplam 12 hafta olarak yapılmaktadır. Araştırmalarda anımsama terapisinin Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Bu makalede anımsama terapisinin uygulaması için bir bilgi birikiminin sağlanması ve ülkemizdeki hemşirelik uygulamaları arasında anımsama terapisinin kullanımının yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, anımsama terapisinde, hemşirelik.

ABSTRACT

Alzheimer's disease causes deteriorations in both cognitive and physical functions and patients gradually require more care with these increasing deteriorations. Pharmacologic agents used in the treatment of Alzheimer's are usually effective on symptoms of the disease. Therefore, non-pharmacological therapies are gaining importance in management of the symptoms that are experienced by Alzheimer patients. Among those non-pharmacologic therapies,

“Reminiscence Therapy” is one of the most common methods. In reminiscence therapy, which is an independent nursing intervention, older adults are encouraged to recall and discuss their positive past experiences, and share their positive emotions in individual or group sessions. Usually, reminiscence therapy is administered for consecutive 12 weeks with 30-45 minute duration sessions within groups consisting 2-5 people. Recent studies showed the effectiveness of reminiscence therapy in management of cognitive and behavioral problems of Alzheimer patients. This article aims to provide basic information on reminiscence therapy and increase the use of reminiscence therapy among nursing interventions in our country.

Key Words: *Alzheimer’s disease, reminiscence therapy, nursing.*

GİRİŞ

Alzheimer, bilişsel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam faaliyetlerinde bozulmalara neden olmakta ve sonuçta yaşlı bireyde fiziksel ve psikolojik yönde ciddi ölçüde yıkıma yol açmaktadır. Klinik olarak üç evreye ayrılan Alzheimer hastalığının seyri boyunca görülen en yaygın belirtisi unutkanlıktır. Hastalık çoğunlukla kısa süreli bellek kaybıyla başlamakta ve bu dönemde uzun süreli bellek korunmaktadır¹⁻³. Hastalığın herhangi bir döneminde depresyon, ajitasyon, hezeyan ve halüsinasyon gibi davranışsal değişikliklerin görülme oranı %80 olarak bildirilmekte ve depresyon Alzheimer hastalığının ilk belirtisi olabilmektedir⁴. Hastalık ilerledikçe bireyler, alış veriş, para işlemleri, hesaplama ve alet kullanımı gerektiren kompleks günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanır. Hastalığın son döneminde, hastalar sürekli bakıma ihtiyaç duymakta ve kendilerini, yakın aile üyelerini ve bakıcılarını tanıyamaz, kendilerini besleyemez, yardımsız yürüyemez ve yatağa tamamen bağımlı hale gelirler¹⁻⁵.

Alzheimer hastalığında görülen semptomların tedavisinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Günümüzdeki tedaviler hastalara tanı konduktan sonraki ilk iki yılda kognitif koruyuculuk sağlanmakta ve hastalığın orta ve ileri evre semptomlarının ortaya çıkışını geciktirebilmektedir⁵. Bu nedenle, demans hastaları için farmakolojik olmayan müdahaleler giderek önem kazanmaktadır. Farmakolojik olmayan uygulamalar, hasta merkezli, bireyleri zorlamaktan ve eksikliklerine odaklanmaktan ziyade onları desteklemeye yönelik tedavilerdir⁶.

Günümüzde grupta ya da bireysel olarak evde ya da kurumda uygulanabilen bu tedavi yöntemleri; bilişsel, psikososyal, hareket ve duyuşsal uygulamalar olmak üzere dört başlık altında gruplandırılabilir. Bilişsel uygulamalar arasında bilişsel eğitim, bilişsel rehabilitasyon, bilişsel uyaran verme, gerçeğe oryantasyon terapisi; psikososyal uygulamalar arasında anımsama, geçerliliştirme ve onaylama terapisi; fiziksel aktivite uygulamaları arasında egzersiz terapisi; duyuşsal uygulamaları arasında ise aromaterapi, masaj, terapotik dokunma, müzik, ışık ve snoezelen (çoklu duyuşsal uyaran verme) terapileri yer almaktadır⁶⁻⁸. İngiltere’deki bakım evlerinde uygulanan farmakolojik olmayan yöntemler arasında ilk sırada anımsama terapisi yer alırken, ikinci sırada gerçeğe oryantasyon terapisinin yer aldığı bildirilmektedir⁹. Backhose ve arkadaşlarının (2013) İngiltere’de bulunan dört bakım evinde yaptığı çalışmada; bakım evlerinde en yaygın kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler arasında; anımsama

terapisinin (%75), müzik terapisinin (%73) ve hayvan destekli terapilerin (%64) yer aldığı belirlenmiştir¹⁰. Alzheimer ve diğer demans türlerine uygulanan farmakolojik olmayan uygulamalar arasında en yaygın olan anımsama terapisi¹¹⁻¹⁴.

Anımsama Terapisi: Tanımı, Kuramsal Temeli, Amacı

Anımsama süreci ilk olarak hafızadan seçme, düşünme, geri çekilme ve kapama şeklinde tanımlanmış ve daha sonra ise anımsama, bireylerin geçmişindeki önemli olayları, kişileri ve deneyimlerini içeren bir keşif olarak tanımlanmıştır¹². Woods ve diğerleri (2005) tarafından anımsama; bireyin grupla ya da yalnız yaşamındaki geçmiş bir olayı, sözlü ya da sözsüz hatırlaması olarak tanımlanmıştır¹⁴. Burnside ve Haight (1992) ise, sözlük anlamına dayalı anımsamayı “uzun bir süre unutulmuş ve kişi için hatırlamaya değer deneyim ve olayları hatırlama süreci olarak” tanımlamıştır¹⁵.

Stinson (2009)’un belirttiğine göre; Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Sistemi (NIC)’de anımsama terapisi, kurumda yaşayan bireylerin içinde bulunduğu zamana adaptasyonunun, yaşam kalitesinin ve kurumdan memnuniyetinin artırılması amacıyla geçmişte yaşanan olayları yeniden hatırlamaya dayalı bir müdahale olarak tanımlanmıştır. NIC’e göre anımsama terapisi geniş oranda hemşirelik bilgi sistemi, bakım planı kılavuzlarından ve hemşirelik kitaplarından türetilmiştir¹⁶.

Anımsama Terapisi’nin kuramsal temeli, Erikson ve Butler’in kuramlarına dayanmaktadır^{12,17}. Anımsama terapisi genellikle Erikson’un ortaya koyduğu Psikososyal Gelişim Kuramının son evresi olan “benlik bütünlüğü” ile ilişkilendirilmiştir^{18,19}. Erikson’a göre umutsuzluğun karşıtı olan “benlik bütünlüğü” ileri yetişkinliğin olumlu niteliğidir. Benlik bütünlüğü, geleceği korku ve endişe ile karşılamayıp, yaşamı olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul edip buna uyum sağlayabilen bireylerde görülür. Kişi, sonucu belli olan gelecekte yani ölümden korkmaz. Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun olan kişi, geçmişten bugüne kadar kendisi ve ailesi için yaptıklarını yetersiz bulup, yaşamını yeni baştan yaşama özlemi duymaktadır. Erikson’a göre benlik bütünlüğü ve kendini kabul etme, çevresel üstünlük elde etme, kişilik olarak olgunlaşma, diğerleriyle olan olumlu ilişki arasında pozitif bir ilişki vardır. Başarılı yaşlanma için, anımsamanın önemi de bu noktada vurgulanmaktadır²⁰. Parker (1995)’in bildirdiğine göre, Butler, Erikson’un görüşünü genişletmiş ve benlik bütünlüğüne geçmişteki bir olaya çözümsel ve eleştirel açıdan anımsama yoluyla ulaşacağını savunmuştur¹⁹. Parker (1995), aynı zamanda Atchley tarafından geliştirilen ilişki kesme ve süreklilik teorilerinin, anımsamanın doğasını anlamada ışık tutacağını düşünüp, daha fazla tercih edilebileceğini savunmuştur¹⁹.

Anımsama 1960’lı yıllardan önce, bir hastalık semptomu ya da ruhsal yönden bozulma sebebi olarak görülürken; 1963 yılında Butler’in tüm yaşamın gözden geçirilmesi çalışmasında anımsamanın, bütün yetişkinlerde evrensel ve doğal bir fenomen olduğunu belirtmesinden sonra, insanların anımsamaya ilişkin tutumları değişmeye başlamıştır¹⁵. 1960’lı yılların sonlarında, anımsama terapisi hemşirelik profesyonelleri tarafından bireysel ya da grup terapisi şeklinde, geçmişte yapılan faaliyetleri, olayları ve deneyimleri gruptaki diğer bireylerle ya da diğer insanlarla, genellikle eski bir müzik, ses kaydı, fotoğraf ve diğer tanıdık öğeler yardımı ile paylaşma şeklinde gerçekleştirilmiştir. Yine bu dönemde, anımsama terapisi, geçmiş deneyimlere saplantılı olarak yaşayan bireylere yardım etmek, kayıp duygusunu azaltmak ve sosyalleşmeyi artırmak amacıyla

uygulanmıştır¹². Ayrıca yaşlı bireylerin buldukları yaşama uyum sağlamalarına ve gelişim dönemine özgü karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmelerine yardım etmekte anımsama terapisinin amaçları arasında yer almaktadır²¹. 1980'lerde geriatri hemşireleri başta olmak üzere, sosyal hizmet uzmanları, uğraşı terapistleri ve psikologlar tarafından kurumda ya da kurum dışında kullanımı yaygınlaşmıştır²².

Günümüzde anımsama terapisi Avrupa ülkelerinde daha çok "Bugünü Yaşa Dünü Hatırla" adı verilen anımsama gruplarına demans hastaların yanı sıra onlara primer bakım veren bireylerinde dahil edildiği gruplar ile yapılmaktadır. Bu terapide basit anımsama terapisi uygulama amaçlarına ek olarak bakım veren bireylerin bakım yükü ve bakım vermeye bağlı yaşadıkları stres düzeyini azaltmaya yönelik haftalık aktiviteli oturumlar şeklinde yapılmaktadır. Schweitzer ve Bruce tarafından 1997 yılında "Dünü Hatırla Bugünü Yaşa" isimli bir proje olarak başlatılan uygulamanın, proje ekibinde doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, akademisyenler, şairler, müzisyenler, ressamlar, tiyatro sanatçıları ve tarihçiler gibi pek çok meslek grupları yer almaktadır¹³.

Anımsama terapisinin amacı; bireyler için meşgul olacakları bir şeyler yapmak, iletişim kurmalarını ve sohbet etmelerini sağlamak, zevk alacakları eğlenceli bir atmosfer oluşturmak, onların hayat hikâyelerine ve onlara birey olarak değer verildiğini göstermektir¹³. Anımsama terapisi, bireylerin geçmiş deneyimlerini gözden geçirmesi için bireye fırsat sağlamakta ve aynı zamanda hasta bireyin geçmişini anımsaması, terapiyi uygulayan bireye de doyum sağlamaktadır. Bu uygulama grup içinde karşılıklı etkileşim ortamı yaratarak, sosyal izolasyonu azaltmakta ve ruhsal iyilik halini artırmaktadır.

Anımsama Terapisi: Uygulama ve Araştırma Sonuçları

Anımsama terapisi sadece bakım evleri ya da huzurevlerinde değil aynı zamanda acil servis, gündüzlü yaşlı bakım evlerinde, uzun dönem bakım evlerinde, hastanelerde ve bireylerin kendi evlerinde uygulanabilmektedir¹⁵. Anımsama terapisi literatürde de belirtildiği gibi toplam 6-12 hafta, haftalık 1-2 kez ve yaklaşık 30-60 dakika süren oturumlar şeklinde yapılmaktadır. Literatürde en olumlu sonuçlara, kurumda yaşayan yaşlı bireyler ile oluşturulan 6-10 kişilik gruplarda ve bu gruplarda yer alan her bireye yeterli süre verilerek yapılan oturumlar sonucu ulaşıldığı bildirilmiştir^{15,23}. Anımsama terapisi oturumlarının yapılacağı odanın büyüklüğü, yeri, ulaşılabilirliği, akustiği, ısı, ışığı ve bireylerin oturacakları koltuk ya da sandalyenin rahatlığı önemlidir^{16,24}. Bireylerin yuvarlak bir masa etrafındaki sandalyede ya da kanepede oturmalarının sağlanması ve işitme ya da görme sorunu yaşayan bireylerin oturumları yöneten kişiye yakın oturacağı, her bireyin birbirini görebileceği ve işitebileceği, göz teması sağlayabileceği bir oturma düzeni sağlanması önem arz etmektedir. Anımsama terapisi oturumlarının haftanın belirli bir gününde, aynı saatte ve aynı yerde yapılması ve oturumlarda yer alacak grup üyelerinin kognitif seviyelerinin, hatırlama düzeylerinin ve konuşma becerilerinin benzer olması önerilmektedir¹⁶. Anımsama terapisi oturumları planlanırken, kadın ve erkek bireylerin oturum konularına gösterdiği ilginin farklı olması nedeni ile oturumlarda cinsiyet faktörünün göz önüne alınması önerilmektedir²⁵. Oturumların sıklığının ve süresinin grup üyeleri ile birlikte ayarlanması gerekmektedir. Jones (2003)'in yaptığı bir çalışmada ilk iki oturumun sonunda yapılan değerlendirmede bireylerin depresyon puanının arttığı, altıncı oturumunun sonunda ise bireylerin

depresyon puanında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu belirlenmiştir. Jones (2003) tarafından bireylerin depresyon düzeyinde olumlu yönde bir değişim olması için oturumların sayısının haftada bir kez olmak üzere en az altı hafta olması önerilmiştir²⁶. Yukarıda sayılan anımsama terapisi uygulaması üzerine etkili olabilecek faktörler göz önüne alındığında, oturumların daha etkin yapılabilmesi ve oturumlar sırasında oluşabilecek olası sorunların erken dönemde çözümü için oturumları yönetecek bireylerin anımsama terapisinin uygulanmasına ilişkin eğitim alması önem arz etmektedir.

Anımsama terapisi uygulaması ile ilgili yapılan çalışmalarda oturum konularının olumlu hatıralar üzerinden yapılması önerilmiştir^{16,27}. Her oturuma özgü bir konunun olması, en son oturumun kapanış oturumu olması ve bu oturumda genel bir özetlenme ve değerlendirmelerin yapılmasının gerektiği bildirilmektedir¹⁶. Literatürde oturum konuları arasında; giriş, çocukluk ve aile yaşamı, okul günleri, işe başlama ve iş yaşamı (ev hanımları için evde geçirilen bir gün), ev dışında eğlenceli bir gün, evlilik, bitkiler ve hayvanlar, bebek ve çocuklar, yiyecek ve yemek pişirme, tatil ve seyahat, kutlamalar ve değerlendirme ve kapanış yer almaktadır^{13,24,27}. Giriş oturumunun amacı, katılımın devamlılığını sağlamak amacıyla bireyleri motive etmek, rahat hissettirmek, birbirleriyle tanıştırmak, geçmişi anımsatmaya başlatmak ve kişide ilgi uyandırmaktır. İlk birkaç oturumda grup üyelerinin ve oturumları yöneten bireyin birbirlerini tanıması amacıyla isim kartları kullanılabilir. Oturumlarda hem grup etkileşimini artırmak hem de bireylerin hatırlamalarını kolaylaştırmak amacıyla oturumları yöneten kişinin, resim, müzik, kitap, dergi, yiyecek, eşya ve eski radyo ve televizyon programları tanıtımının yer aldığı broşür gibi nesnelere kullanılması önerilmektedir^{16,23,27}. Oturumları yöneten kişinin, grubun tüm üyelerine eşit süre vermesi ve her üyenin konuşması sağlanması gerekmektedir. Oturumlardageçmiş anımsayamayan bireylere oturumları yöneten kişi tarafından ek süre verilebilmektedir. Oturumları yöneten kişinin grubu yönetme, zayıf bireyleri koruma ve grup sürecini izleme, grup etkileşimini sağlama gibi görevleri de bulunmaktadır¹⁶. Her oturumun sonunda, oturumları yöneten kişi oturum boyunca konuşulanları, tüm gruba özetlemeli ve bir sonraki haftanın konusunu tüm gruba duyurmalıdır. Aynı zamanda grubu yöneten kişi tüm katılımcılara, bir sonraki haftanın konusuna uygun kendilerine ait fotoğraf, eşya gibi bir nesne getirebileceği hakkında bilgisi verilmelidir. En son oturum olan kapanış oturumunda bireylerin anımsama terapisine yönelik geri bildirim vermeleri istenmeli ve oturum sonlandırılmalıdır²⁸. Tablo 1'de anımsama terapisi uygulama süreci yer almaktadır.

Literatürde anımsama terapisi ile ilgili çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Anımsama grupları en yaygın olarak demans hastaları ile oluşturulmuştur. Genellikle araştırmalarda bakım evinde yaşayan bireyler örnekleme dahil edilmiş¹³ ve daha çok anımsama terapisinin depresyon üzerine etkisi incelenmiştir. Chueh ve Chang (2014)'in bakım evinde kalan yaşlı erkek bireyler ile yaptıkları bir çalışmada dört hafta süre ile sekiz oturum uygulanan anımsama terapisinin bireylerin depresyon düzeyini azalttığı belirlenmiştir²⁹. Chiang ve diğerlerinin (2010) bakım evinde kalan yaşlı bireyler ile yaptıkları çalışmada, grupla yapılan anımsama terapisinin bireyler arasındaki iletişimi arttırdığı ve bireylerin yalnızlık duygusunu azalttığı belirlenmiştir¹¹. Chao ve diğerlerinin (2006) dokuz oturumda yaptığı anımsama terapisinin depresyon ve yaşam doyumlarında bir değişim olmamakla birlikte öz saygı üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir²⁵. Melendez-Moral ve diğerlerinin (2013) huzurevinde yaşayan yaşlı

Tablo 1. Anımsama Terapisi Uygulama Süreci

<p>1. Anımsama terapisine başlamadan yapılacak hazırlıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Anımsama terapisine dahil edilcek bireylerin belirlenmesi (Eğer grup ile yapılması planlanıyorsa grupların oluşturulması)• Bireylerin uygun gün ve saatlerinin belirlenmesi• Bireylerin ortak özelliklerine göre haftalık oturum konularının belirlenmesi• Haftalık oturumlar başlamadan oturumun yapılacağı alanın düzenlenmesi (Masa, sandalye gibi eşyaların temini; ortamın ısı, ışık ve ses düzeninin sağlanması; haftalık oturum konularına özgü resim, eski eşya gibi materyallerin temin edilmesi; haftalık oturum konularına özgü resimli afişlerin hazırlanması)
<p>2. Anımsama terapisini uygulama aşaması</p> <p>İlk Oturumda;</p> <ul style="list-style-type: none">• Katılımcıları tanıştırma• Bireylerin/grubun amacını belirleme ve amacı açıklama• Anımsama terapisinin uygulaması hakkında bilgilendirme• Oturum konularını duyurma <p>2. oturumdan itibaren haftalık oturumlarda;</p> <ul style="list-style-type: none">• Bir önceki hafta içerisinde yaşadıkları olaylar hakkında sorular sorma• Bir önceki haftanın oturum konusu hakkında genel bir hatırlatma yapma• Haftanın oturum konu hakkında bilgilendirme• Haftalık oturum konusunda grup yöneticisinin getirdiği ya da katılımcıların getirdiği materyalleri gösterme• Haftalık oturum konusu hakkında anımsadıkları olumlu anıyı, olayı, öyküyü, şiiri ve şarkıyı grupla paylaşmalarını isteme• Haftalık oturumu özetleme• Bir sonraki haftanın oturum konusunu duyurma <p>Son oturumda;</p> <ul style="list-style-type: none">• Katılımcılara bu oturum son oturum olduğu hakkında bilgi verilmesi• Oturumlar hakkında katılımcılardan geri bildirim istenmesi• Son olarak oturumu sonlandırılması

bireyler ile yaptıkları bir çalışmada anımsama terapisini uygulanan bireylerin depresif semptomlarında azalma, yaşam doyumu, kendine güven ve psikolojik iyilik halinde olumlu yönde bir değişim olduğu bildirilmiştir³⁰. Chiang ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada kurumda yaşayan bireylerin anımsama terapisini sonunda iletişim ve kendine güven duygusunda artma, yalnızlık duygusunda da azalma olduğu belirlenmiştir¹¹. Literatürde anımsama terapisinin depresyon üzerine etkisinin olmadığı bildirildiği çalışmalar da mevcuttur^{25,31}.

Anımsama terapisinin bilişsel durum ve günlük yaşam faaliyetlerine olumlu etkilerinin yanında etkisinin olmadığı da yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. Van Bogaert ve diğerlerinin (2013) anımsama terapisinin hafif ve orta evre Alzheimer tipi demans hastalarına etkisini inceledikleri bir çalışmada, anımsama terapisini sonunda, bireylerin bilişsel düzeyinde olumlu yönde bir artış olduğu belirlenmiştir³². Thorgrimsen ve diğerlerinin (2002) demanslı bireyler ile yaptıkları bir çalışmada, anımsama terapisini sonunda müdahale grubunda yer alan bireylerin, kontrol grubundakilere göre davranış ve günlük yaşam aktivitesinin olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir³³. Lai ve diğerlerinin (2004) bakım evinde kalan demans hastaları ile yaptığı bir çalışmada, anımsama terapisinin, bireylerin günlük yaşam aktivitesi üzerine etkisinin olmadığı

saptanmıştır³⁴. Benzer olarak Serrani Azcurra (2012)'nin bakım evinde yaşayan Alzheimer hastaları ile yaptığı bir çalışmada anımsama terapisinin, bireylerin günlük yaşam aktivitesi üzerine olumlu etkisinin belirlenmediği bildirilmiştir³⁵.

Anımsama terapisi, uygulamasının kolaylığı, ekonomik oluşu ve bireyler tarafından rahatlıkla kabul edildiği gibi nedenlerle yurtdışında yaygın biçimde kullanılmasına³⁶, rağmen ülkemizde anımsama terapisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Siviş ve Demir (2007)'in kurumda kalan yaşlı bireyler ile yaptıkları bir çalışmada anımsama terapisinin yaşam doyumu üzerine etkisinin olmadığı, fakat bireylerin sosyalleşmesi ve duygusal iyilik hali üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir¹⁷.

Anımsama terapisi Alzheimer hastalarının yanı sıra bakım veren bireyleride olumlu yönde etkilemektedir. Alzheimer hastasının bilişsel ve fiziksel fonksiyonelliği arttıkça, yatağa bağımlı olma ve yatağa bağımlılık nedeni ile yaşanabilecek komplikasyonların azalması ve dolayısıyla yaşam kalitesinin artması, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyonun azalması ile bakım veren yüküde azalacaktır. Shellman (2007)'in çalışmasında anımsama terapisinin yaşlı bakımından sorumlu birey üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu belirtilmiştir³⁷. Gregory (2011)'nin demans hastalarının bakım verenleri ile yaptığı bir çalışmada, hatırlamaya dayalı egzersizlerinin bakım veren bireylerin yaşam kalitesini arttığı belirlenmiştir³⁸. Thorgrimsen (2002)'in demans hastalarının bakım verenleri ile yaptığı bir çalışmada ise anımsama terapisinin bakım veren bireylerin bakım yükünü azalttığı bildirilmiştir³³.

Anımsama Terapisi ve Hemşirelik

Temel sorumluluğu bakım vermek olan hemşirelerin görev tanımı içerisinde; hastaların gereksinimleri doğrultusunda hastaya ve bakım veren bireye yönelik hemşirelik girişimlerini planlama, bakım verme, verdiği bakımı değerlendirme ve bu bakım doğrultusunda gerekli eğitimleri ve danışmanlık hizmeti verme görev tanımı içerisinde yer almaktadır. Hemşire, bireyi, ailesi ve çevresi ile bir bütün olarak değerlendirmeli, yapmayı planladığı tüm aktiviteleri bu çerçevede doğrultusunda yapmalıdır. Günümüzdeki sağlık sistemi göz önüne alındığında, hem toplumda hem de kurumda yaşayan Alzheimer hastasına ulaşabilecek ilk sağlık personeli hemşiredir. Bireyi biyopsikososyal yönden değerlendirebilecek yeterlilikte yetiştirilen hemşirelerin, var olan bu güçlerini her ortamda kullanması gerekmektedir. Alzheimer hastaları ile tedavi kurumları, huzurevleri ve toplumda karşılaşılabilecek olan hemşirelerin, bu hasta grubunu diğer hasta ya da sağlıklı bireylerden ayırmadan, var olan fonksiyonların kapasitelerini artıracak hemşirelik bakımını planlamaları önemlidir.

Hemşireler, bağımsız fonksiyonları arasında yer alan anımsama terapisini, yaşlı bireylerin yaşadığı her ortamda, planlı ya da plansız şekilde grupla ya da bireysel olarak kolayca uygulayabilirler. Ülkemizde kurumlarda çalışan hemşirelerin günlük mesai saatlerinin büyük bir kısmını tedavi hizmetlerine ayırdığı ve anımsama terapisi gibi farmakolojik olmayan uygulamalara zaman ayıramadıkları bilinmektedir. Ayrıca kurumlarda çalışan hemşirelerin, Alzheimer hastalığını önlemeye ya da Alzheimer hastalığının sürecini yavaşlatmaya yönelik girişimlerde bulunmadığı da bilinmektedir. Oysaki anımsama terapisinin, Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon, sosyalleşme, yaşam kalitesi gibi birçok alanda olumlu etkileri vardır. Hemşirelerin bağımsız fonksiyonları arasında yer alan farmakolojik olmayan uygulamaları yapması

sadece hasta birey için değil, aynı zamanda kendi mesleki doyumları için de önemlidir. Sonuç olarak; hemşirelerin birçok yararı bulunan anımsama terapisi uygulaması hakkında bilgi birikiminin sağlanması ve anımsama terapisinin bireyler üzerine etkilerinin ortaya konması ile anımsama terapisi uygulaması yaygınlaşacaktır. Anımsama terapisinin ülkemizdeki hemşirelik uygulamaları arasında yaygınlaştırılması hem ülke ekonomisine hem de bir birey olarak hemşirelerin kanıt temelli uygulamaları kullanarak profesyonelleşme süreci katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karaman Y. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar. Kayseri: Lebib Yalkın Matbaası; 2002. s. 151-59.
2. Selekler K. Alzheimer ve diğer demanslar (Modern tıp seminerleri:26).Ankara: Güneş Kitapevi Yayınları; 2003. s. 9-13.
3. SeleklerK. Alzheimer orta yaşta başlar. İstanbul: Alfa Yayınları; 2012. s. 45-48.
4. Cankurtaran M, Şahin Cankurtaran E. Demansa bağlı davranış bozuklukları ve deliryum. İç Hastalıkları Dergisi 2008;15:33-43.
5. Cankurtaran M, Arıoğlu S. Demans ve Alzheimer hastalığı.URL: http://eski.teb.org.tr/images/upld2/eczakademi/makale/20110113040255demans_alzheime.pdf.28 Şubat 2014.
6. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord 2010;30(2):161-78.
7. Herholz SC, Herholz RS, Herholz K. Non-pharmacological interventions and neuroplasticity in early stage Alzheimer's Disease. Expert Rev Neurother 2013;13(11):1235-45.
8. Akyar İ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18(2):79-88.
9. Dementia Services Development Centre (DSDC)-Wales: Services for people with dementia in Wales. (2002). (Report No.1: Residential and nursing home care in Wales).URL:<http://dsc.bangor.ac.uk/documents/serviceevaluations/DSDC%20Report>
10. %20No.%201_Residential%20and%20nursing%20home%20care.pdf.02.03.2014.
11. Backhose T, Killett A, Penhale B, Burns D, Gray R. Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the east of England: a postal survey. Aging&Mental Health 2014;18(2):187-93.
12. Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al. The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. Int J Geriatr Psychiatry 2010;25(4):380-88.
13. Lin YC, Dai YT, Hwang SL. Reminiscence effect for elderly. Public Health Nurs 2003;20(4):297-306.
14. Schweitzer P, Bruce E. Remembering yesterday, caring today reminiscence in dementia care: a guide to good practice. London: Jessica Kingsley Publishers; 2008.s. 19-35.
15. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for Dementia. Cochrane Database, 2005, 2, CD001120.
16. Burnside I, Haight BK. Reminiscence and life review: analysing each concept. J Adv Nurs 1992;17(7):855-62.
17. Stinson KC. Structured group reminiscence: an intervention for older adults. J Contin Educ Nurs 2009;40(11):521-28.
18. Siviş R, Demir A. The efficacy of reminiscence therapy on the life satisfaction of Turkish older adults: a preliminary study. Turkish Journal of Geriatrics 2007;10(3):131-37.

19. Onur B. Gelişim psikolojisi. 3. Baskı. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları; 2006. s. 333-39.
20. Parker RG. Reminiscence: a continuity theory framework. *Gerontologist* 1995;35(4):515-25.
21. Pasupathi M, Carstensen LL. Age and emotional experience during mutual reminiscing. *Psychol Aging* 2003;18(3):430-42.
22. Wong PT, Watt LM. What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychol Aging* 1991;6(2):272-79.
23. Parker RG. Reminiscence as continuity: comparison of young and older adults. *J Clin Geropsychol* 1999;5(2):147-55.
24. Youssef FA. The impact of group reminiscence counseling on a depressed elderly population. *Nurse Pract* 1999;15(4):32-8.
25. Harrand AG, Bollstetter JJ. Developing a community-based reminiscence group for the elderly. *Clin Nurse Spec* 2000;14(1):17-22.
26. Chao SY, Liu HY, Wu CY, Jin SF, Chu TL, Huang TS, et al. The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and lifesatisfaction on elderly nursing home residents. *J Nurs Res* 2006;14(1):36-44.
27. Jones ED. Reminiscence therapy for older women with depression. effects of nursing intervention classification in assisted-living long-term care. *J Gerontol Nurs* 2003;29(7):26-33.
28. Stinson KC, Kirk E. Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *J Clin Nurs* 2006;15(2):208-18.
29. Wu LF. Group integrative reminiscence therapy on self -esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. *J Clin Nurs* 2011;20(15-16):2195-203.
30. Chueh KH, Chang TY. Effectiveness of group reminiscence therapy for depressive symptoms in male veterans: 6 month follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29(4):377-83.
31. Meléndez-Moral JC, Charco-Ruiz L, Mayordomo-Rodríguez T, Sales-Galán A. Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema* 2013;25(3):319-23.
32. Jonsdottir H, Jonsdottir G, Steingrimsdottir E, Tryggvadottir B. Group reminiscence among people with end-stage chronic lung diseases. *J Adv Nurs* 2001;35(1):79-87.
33. Van Bogaert P, Van Grinsven R, Tolson D, Wouters K, Engelborghs S, Van der Mussele S. Effects of solcos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer disease: a pilot study. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(7):9-13.
34. Thorgrimsen L, SchweitzerP, Orrell M. Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *Am J Art Ther* 2002;29(2):93-7.
35. Lai CKY, Chi I, Kayser-Jones J. A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr* 2004;16(1):33-49.
36. Serrani Azcurra DJL. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. a randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34(4):422-33.
37. Siviş R. Anımsama terapisi ve ileri yaştaki yetişkinlerle grupla psikolojik danışmadaki yeri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2007;28(3):129-38.
38. Shellman J. The effects of a reminiscence education program on baccalaureate nursing students' cultural self-efficacy in caring for elders. *Nurse Educ Today* 2007;27(1):43-51.
39. Gregory H. Using poetry to improve the quality of life and care for people with dementia: A qualitative analysis of the Try to Remember programme. *Arts & Health* 2011;3(2):160-72.

Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama

The Relationship Between Nurse Staffing and Patient, Nurse and Organizational Outcomes: Nurse Workforce Planning at Acute Care Hospitals

(Davetli Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 69–80

Emine TÜRKMEN*

*Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Hastanelerde, kaliteli ve güvenli hasta bakımının sağlanmasında hemşire insan gücü önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan çalışmalar, hemşire istihdamı ve hemşire çalışma ortamı özellikleri ile hasta, hemşire ve organizasyonel çıktılar arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Hastanelerde hasta başına hemşirelik saati ile karma hemşirelik ekibi içinde eğitim düzeyi ve deneyimi fazla olan hemşire oranı yüksek ise bası yarası, infeksiyon gibi hasta çıktılarının da iyi olduğu bildirilmektedir. Olumlu hemşire çalışma ortamına bağlı olarak hemşire iş doyumunu artmakta, hemşirelerde tükenme ve hemşire devir hızı azalmaktadır. Ayrıca, organizasyonel çıktılar olarak hastaların hastanede yatış süresi kısaltmakta, hastaneye geri dönüşü azaltmakta ve maliyetler düşmektedir. Türkiye’de, mevcut hemşire insan gücü yapısı ile hasta, hemşire ve organizasyonel çıktıları ilişkilendiren çok az sayıda çalışma vardır. Bu makalede, hastanelerde hemşire istihdamı ile ilgili özellikler ya da ölçütler, hemşire istihdamının hasta, hemşire ve organizasyonel çıktılara etkisi ele alınacak ve ülkemizde konu ile ilgili mevcut uygulamalar tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşireler, hasta çıktıları, personel planlama.

ABSTRACT

The nursing workforce plays an important role in providing high-quality and safe patient care in hospitals. Studies have revealed that there is a relationship between nurse staffing, nurse work environment, and patient, nurse and organizational outcomes. Patient outcomes such as

pressure ulcers and infections improve when there is an increase in nursing hours per patient and in the proportion of highly-educated and experienced nurses. There is an increase in job satisfaction and a decrease in nurse burnout and turnover in positive nursing practice environments. Additionally, as for organizational outcomes, there is a decrease in the length-of-stay at hospital and re-admission to the hospital. In Turkey, few studies have examined the relationship between nursing staffing and patient, nurse and organizational outcomes. This article reviews nurse staffing measures, the impact of nurse staffing on patient, nurse and organizational outcomes at hospitals related to the literature, and discusses nurse staffing practices in our country.

Key Words: Nurses, patient outcomes, staffing.

GİRİŞ

Dünyada ve Türkiye’de politik, ekonomik ve teknolojik değişim ve gelişmeler doğrultusunda sağlık sistemlerinde çok sayıda reform yapılmaktadır¹. Bu reformlar, hasta bakım hizmetlerinin etkin ve verimli biçimde sunulmasını sağlamak üzere sağlık kurumlarının yeniden yapılanmasını zorunlu hale getirmektedir^{1,2}. Mali sınırlamalar ile birlikte etkinlik ve verimlilik artırmayı hedefleyen bu çalışmalar ve nitelikli insan gücü bulmadaki güçlükler de sağlık insan gücü planlamalarının gözden geçirilmesi gereğini ortaya koymaktadır². Dünya Sağlık Örgütü (2013) hükümlere, topluma nitelikli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmak üzere öngördükleri çıktılar kapsamında hangi beceri düzeyinde insan gücü gereksinimi olduğunu belirlemesini ve buna göre insan gücü planlaması yapmasını önermektedir³. Bu bağlamda, sağlık kurumları ve hemşirelik hizmetleri yöneticileri, mevcut kaynakları en uygun şekilde kullanarak en iyi hasta ve çalışan sonuçlarını sağlayacak biçimde sağlık insan gücü planlama çalışmalarını yapma arayışı içindedir².

Günümüzde, kurumların en değerli varlığı insan kaynaklarıdır. Kurumu, rekabette olduğu diğer kuruluşlardan öne çıkaracak olan o kurumda çalışan insanlardır. Hastanelerde, hasta bakımının kalitesi, güvenli ve kesintisiz biçimde sürdürülmesinde hemşire insan gücü önemli bir etmendir. Ancak, kaynaklardaki sınırlılık ve ekonomik baskılarla birlikte pek çok sağlık kuruluşu hemşire bulmada sıkıntı yaşamaktadır. Bu soruna çözüm olarak uzun yıllardır pek çok ülkede kullanılan model “takım hemşireliği modeli”dir; bu modelde hemşirelik hizmetleri “beceri düzeyleri farklı karma yapıdaki ekip (nursing skill mix)” tarafından yürütülmektedir⁴⁻⁸. Bu karma yapıdaki ekipte bulunan hemşirelerin eğitim düzeyleri, profesyonel hemşirelerin genel toplam hemşire sayısına göre oranı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde 2010 verilerine⁹ göre yaklaşık %50’si lisans mezunu hemşirelerden oluşmaktadır. Bu karma yapı gösteren sistemlerde, eğitim düzeyi daha az olan hemşireler ve diğer destek hizmetlerde görev yapan kişiler profesyonel hemşirelerin liderlik ve denetimi altında çalışmaktadır^{6,8,9}.

Gelişmiş ülkelerde, hemşire istihdamı ve hemşirelerin çalıştığı ortamın özellikleri ile hasta, hemşire sonuçları ve organizasyonel çıktılar arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, hemşire istihdamı ve çalışma ortamı iyileştirildiğinde hasta, hemşire ve organizasyonel çıktılarda da iyileşme olduğunu göstermektedir. Bu makalede, hemşire insan gücünü planlama, yürütme ve sonuçlarını değerlendirme çalışmalarında yararlı olmak amacıyla hemşire

istihdamı ile ilgili özellikler ya da ölçütler, hemşire istihdamının hasta, hemşire ve mali çıktılara etkisi literatür doğrultusunda ele alınacak ve ülkemizde konu ile ilgili mevcut uygulamalar tartışılacaktır.

HEMŞİRE İSTİHDAMI İLE İLGİLİ TEMEL ÖLÇÜTLER

Uluslararası literatürde, hasta, hemşire ve organizasyonel çıktılarla ilişkili hemşirelik ekibi ya da istihdamına yönelik çok sayıda ölçüt ya da gösterge bulunmaktadır. Wilson ve arkadaşları¹⁰ tarafından (2011) yayınlanan bir inceleme makalesinde yer alan hemşirelik istihdam ölçütleri; hemşire:hasta oranı, hasta başına günlük hemşirelik bakım saati, hemşire bakım saati, hemşirelik ekibinin yapısı (hemşirelik ekibi içinde profesyonel hemşire oranı), dış kaynaklardan sağlanan hemşirelik bakım saati, hemşirelerin ünitadaki mesleki deneyim süresi ve hemşire iş yükü şeklinde sıralanmaktadır. Van den Heede ve arkadaşlarının¹¹ 2007 yılında, bir uzman panelinden görüş alarak oluşturdukları, uygulama ve araştırmalarda kullanılmasını önerdikleri 11 adet hemşire istihdam ölçütü bulunmaktadır. Bu ölçütler Tablo 1’de görülmektedir¹⁰⁻¹².

Hemşire istihdamı ile ilgili önemli ölçütlerden biri olan hemşire-hasta oranı ya da dolu yatak başına hemşire sayısı, birçok ülkede hemşire insan gücünü planlamada kullanılan geleneksel bir yöntemdir. Hasta-hemşire oranını yasal olarak ilk zorunlu kılan eyaletler Amerika Birleşik Devletleri’nde Kaliforniya¹³ ve Avustralya’da Viktorya’dır¹⁴. Bu düzenlemelere göre “hemşire: hasta oranı” dahiliye-cerrahi servisleri için 1:5 ve yoğun bakım üniteleri için 1:1 ya da 1:2’dir. Ülkemizde ise “hasta:hemşire oranı”na ilişkin ilk defa yasal olarak yapılmış düzenleme yoğun bakım üniteleri (2007) için söz konusu olup, bu oran 2013 yılı düzenlemelerine göre “II. düzey hastalar için 1:3” ve “III. düzey hastalar için 1:2”dir¹⁵. Ayrıca, Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde, hastanelerin tüm yatakları için yatak başına istihdam edilecek hemşire sayısı yer almakta (1:7) olup bu rakam vardiyada bulunması gereken hemşire sayısına projekte edildiğinde hemşire başına düşen hasta sayısının çok yüksek olduğu (1:25) görülmektedir¹⁶.

Hemşire istihdamı ile ilgili diğer önemli ölçütlerden biri hemşirelik çalışma ortamı özellikleridir. Hemşirelik çalışma ortamı özellikleri içinde işyerindeki liderlik uygulamaları, yeterli kararlara katılma, otonomi sahibi olma, mesleki gelişim olanakları, ekip çalışması, takdir görme ve saygınlık, yenilikçilik, uygun ücret, esnek çalışma, işyeri güvenliği ve fiziksel konfor gibi özellikler yer almaktadır. Uluslararası Hemşireler Birliği 2007 yılı temasına yönelik yayınladığı raporda, hemşire iş gücü krizini tetikleyen en önemli sorunun olumsuz çalışma ortamları olduğu ve bunun da hem hasta hem de hemşire çıktılarına negatif yönde etkilediği belirtilmektedir¹⁷. Amerikan Yetki Belgelendirme Merkezi’nin (American Nurses Credentialing Center=ANCC) hemşirelik çalışma ortamını değerlendirmeye yönelik “Magnet Standartları” olup bu standartları sağlayan hastaneler ANCC’ye başvuru yaparak akreditasyon belgesi alabilmektedir¹⁸. Ülkemizde henüz bu belgeye almış hastane yoktur¹⁹.

HEMŞİRELİĞE DUYARLI (HEMŞİRE İSTİHDAMI İLE İLİŞKİLİ) HASTA ÇIKTILARI/SONUÇLARI

Hemşire istihdamı ve hemşirelik çalışma ortamı özellikleri, güvenli ve kaliteli hasta bakımını sağlamada anahtar rol oynamaktadır. Hemşireler, günün 24 saati hasta yanında bulunmaları nedeniyle hastanın durumundaki değişiklikleri izleyebilecek ve

Tablo 1. Hemşire İstihdamı İle İlgili Ölçütler / Göstergeler¹⁰⁻¹²

Hemşire-hasta sayısı / Bakım saati	Açıklama
Hemşire-hasta sayısı ya da oranı	Bir vardiyada hemşire başına hasta sayısı
Hasta başına hemşirelik bakım saati/gün	Yirmidört saatlik zaman diliminde bir hastanın gereksinimi olan hemşirelik bakım saati*
Hasta başına hemşire bakım saati/gün	Profesyonel hemşireler tarafından hastaya doğrudan verilen ortalama günlük bakım saati**
Tam zamanlı (kalıcı kadroda) çalışan hemşirelik ekibi bakım saati/gün	Tam zamanlı çalışan hemşirelik ekibinin sunduğu bakım saati (ya da toplam bakım saati içindeki payı)
Dışarıdaki kaynaklardan sağlanan hemşirelik bakım saati/gün	Dışarıdaki kaynaklardan sağlanan hemşirelerin (hastanenin kalıcı kadrosunda yer almayan, gerek duyuldukça çağrılan hemşireler) sunduğu toplam bakım saati (ya da toplam bakım saati içindeki payı)
Çalışan çeşitliliği ve sayısı	
Hemşirelik ekibindeki toplam kişi sayısı	Toplam I. düzey hemşire + II. düzey hemşire + yardımcı hemşire ve/veya bakım destek personeli***
Toplam hemşire sayısı	Toplam I. düzey hemşire + II. düzey hemşire sayısı
Toplam I. düzey hemşire sayısı	
Hemşirelik ekibinin yapısı	
Toplam hemşire sayısının toplam hemşirelik ekibindeki kişi sayısına oranı	Toplam I. düzey hemşire + II. düzey hemşire/ Toplam I. düzey hemşire + II. düzey hemşire + yardımcı hemşire ve/veya bakım destek personeli
Toplam I. düzey hemşire sayısının toplam hemşirelik ekibindeki kişi sayısına oranı	Toplam I. düzey hemşire sayısı/Toplam I. düzey hemşire + II. düzey hemşire + yardımcı hemşire ve/veya bakım destek personeli kişi sayısı
Toplam I. düzey hemşire sayısının toplam hemşire sayısına oranı	Toplam I. düzey hemşire sayısı/Toplam I. düzey hemşire + II. düzey hemşire sayısı
Lisans eğitimi olan hemşire sayısının toplam hemşire sayısına oranı	Lisans mezunu hemşire sayısı/Toplam I. düzey + II. düzey hemşire sayısı
Yüksek lisans eğitimi olan hemşire sayısının toplam hemşire sayısına oranı	Yüksek lisans mezunu hemşire sayısı/Toplam I. düzey + II. düzey hemşire sayısı
Hemşirelik ekibinin deneyimi	
Hemşirelik ekibinin deneyimi	Hemşirelik ekibinin toplam, kurum ve ünite içindeki yıl/ay olarak deneyimi****
Hemşire iş yükü	
Günlük hemşire iş yükü	Hemşire başına hasta sayısı, gün içinde servise kabul ya da transfer veya taburcu edilen hasta sayısı, IV infüzyon sayısı

*Ünite o gün tüm hemşirelik ekibinde çalışanların (gündüz, akşam, gece vardiyalarında) çalışma saati toplanır; bu rakam ünite o gün yatan ortalama hasta sayısına bölünür ve hasta başına günlük ortalama hemşirelik bakım saati elde edilir.

** Profesyonel hemşireler tarafından (I. ve II. düzey hemşire) hastaya doğrudan verilen ortalama günlük bakım saati.

**** Ünite deneyimi çok önemli bir değişkendir.

olası hataları oluşmadan önce erken dönemde fark edebilecek en iyi konumda olan kişilerdir. Son 15 yıldır, hemşirelerin hasta bakımına katkılarını irdeleyen ve hemşire istihdamı ile hasta sonuçları ilişkisini ortaya koyan çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalar, kaliteli hasta bakım göstergeleri olarak da kabul edilen hasta çıktılarının hemşire istihdamı ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir^{20,21}. Bu çıktılar; hastane enfeksiyon oranı, hastane ilişkili sepsis, postoperatif yara enfeksiyonu, santral venöz kateter ile ilişkili enfeksiyon gibi enfeksiyonların yanı sıra derin ven trombozu, şok/kardiyak arrest, resüsitasyonda gecikme, metabolik dengesizlik, pulmoner yetersizlik, bası yarası, santral sinir sistemi komplikasyonları, üst gastrointestinal kanama, ilaç hatası, postoperatif kardiyopulmoner komplikasyonlar, sıvı yüklemeye, plansız ekstübasyon, periferik intravenöz infiltrasyon, hasta ve yakınlarının şikayetleri, mortalite ve hastanede uzun yatış süresi şeklinde sıralanmaktadır^{10,20} (Tablo 2). Magnet standartları içinde ise düşmeler ve düşmelere bağlı yaralanmalar, hastane ilişkili bası yaraları, santral kateter ilişkili sepsis, kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gibi göstergeler hemşireliğe duyarlı klinik göstergeler şeklinde tanımlanmaktadır⁸.

Yapılan çalışmalar, doğrudan hasta bakımında görev alan hemşirelerin niceliği ve niteliği arttığında hasta bakım sonuçlarında da iyileşme olduğunu göstermektedir. Yakusheva ve arkadaşları²² (2014) ile Cho ve arkadaşları²³ (2015) tarafından yayınlanan çalışmalarda, hemşirelik ekibinin %80 ve üzeri lisans eğitimi (Bachelor degree) olan hemşirelerden bakım alan hastalarda mortalitede azalma olduğu, hastane yatış süresinin kısaldığı, taburculuk sonrası yeniden yatışlarda azalma olduğu bildirilmektedir²². 2014 yılında 178 cerrahi yoğun bakım ve 269 cerrahi servisinde yapılan bir çalışma; ameliyathane/ anestezi sonrası bakım/perioperatif bakım sertifikası almış hemşire sayısı yüksek olan ünitelerde santral venöz kateter enfeksiyon oranında düşme olduğunu göstermektedir²⁴. Bolton ve arkadaşlarının²⁵ yaptığı çalışma; hemşirelik ekibi içinde profesyonel hemşire oranı ile hastane kadrosunda tam zamanlı çalışan hemşire oranı arttığında hastalarda düşme sıklığının azaldığını; daha yüksek eğitimli ve deneyimli hemşirelerin yer aldığı ve işbirliği içinde çalışma ortamının olduğu birimlerde hastalarda düşme ve bası yarası gelişme sıklığının azaldığını göstermektedir.

Hemşirelik ve diğer sağlık profesyonelleri için araştırmalardan kanıt elde eden bir merkez olarak Joanna Briggs Enstitüsü'nde 2011 yılında yapılan bir çalışma, hastaneye yatan çocuk hastaların bakımında görev alan hemşirelerin nitelik ve niceliği ile hasta çıktıları arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak, hangi sayıda "hasta:hemşire oranı" ve "hangi oranda karma kadro" soruları ile beklenmedik olaylar arasındaki ilişki net olarak belirtilmemektedir. Güvenli istihdam açısından; hemşirelik kadrosu içinde profesyonel hemşire oranının yüksek tutulması (Kanıt düzeyi- 3c), hemşirelerin kalıcı kadro statüsü ile çalıştırılması (Kanıt düzeyi- 3c), özellikle ilaç uygulamaları açısından dışarıdan kaynaklarla hemşire sağlanmasının mümkün olduğunca en aza indirilmesi (Kanıt düzeyi- 3c), eğer dışarıdan kaynaklarla çalışmak durumunda kalınıyor ise bu çalışanların kuruma iyi bir şekilde uyumunun sağlanması (Kanıt düzeyi- 4) önerileri yer almaktadır¹⁰.

Bu konuda dikkat çekici diğer çalışmalar, 2002 yılında "hemşire:hasta" oranına yönelik yasal düzenleme getirilen Kaliforniya deneyimi ile ilgili araştırmalardır. Bolton ve arkadaşlarının²⁵ 2002 öncesi ile 2002-2004 ve 2004-2006 yıllarını karşılaştırdığı bir çalışmada, hastanelerde yasa gereğince uygulanan "hasta:hemşire" oranı ile hasta

Tablo 2. Hemşirelik Hizmetlerine Duyarlı- Hasta Sonuçları/Çıktıları¹¹

Hasta Sonuçları / Çıktıları	
Güvenlik	Süreç / Bakım Güvenlik Önlemleri
Bası yarası	İlaç hataları
Düşme	Plansız ekstübasyon
Düşmeye bağlı yaralanmalar	Yeniden intübasyon
Dahili ve Cerrahi Komplikasyonlar	Kısıtlama
Üst gastrointestinal kanama	Hasta Sonuçları
Derin ven trombozu ve pulmoner emboli	Semptom yönetimi
Santral sinir sistemi komplikasyonu	Ağrı
Böbrek yetmezliği	Fonksiyonel durum
Metabolik bozukluklar	Kendi kendine bakım
Şok veya kardiyak arrest	Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı
Kalp yetmezliği	Hastane yatış süresi
Aspirasyon pnömonisi	Yoğun bakım ünitesinde yatış süresi
Postperatif komplikasyonlar	Hastaneye yeniden başvurular
Postoperatif solunum yetmezliği	Mortalite/Resüsitasyonda Yetersizlik
Postoperatif cerrahi yara enfeksiyonu	Mortalite
Hastane enfeksiyonları	Resüsitasyonda yetersizlik
Hastane enfeksiyonu	Bakım Sürecine Yönelik Objektif Ölçümler
Sepsis	Hastanede yatan pnömonili hastalarda zamanında kan kültürü örneği alma
Üriner sistem enfeksiyonu	Hastanede yatan ve pnömoni tanısı alan hastalara zamanında antibiyotik verilmesi
Hastane kaynaklı pnömoni	Genel Olarak Subjektif Ölçümler
Ventilatör ilişkili pnömoni	Hasta memnuniyeti
Hastane kaynaklı sepsis	Hemşirenin bakım kalitesi algısı

Tablo1 ve Tablo 2'nin kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır.

başına hemşire saati artmakla birlikte bunun hasta düşmeleri ve bası yarası gibi hasta sonuçlarında fark yaratmadığı bildirilmektedir. Aiken ve arkadaşlarının²⁶, 2006 verileri ile yine Kaliforniya hastanelerinde çalışan 22336 hemşire ile yaptığı bir çalışmada ise hastaların bakım kalitesinin daha yüksek olduğu ve hastalarda ölüm oranının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Benzer biçimde, Mark ve arkadaşlarının²⁷ (2007) yaptığı çalışmada, hasta başına bir saatlik hemşire bakım saatinin artması durumunda postoperatif pnömoni, sepsisemi ve diğer infeksiyon gibi komplikasyonlarda %4.4 azalma olduğu bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde "Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine=IOM)" 2010 yılında yayınladığı raporda, hemşirelik temel eğitimi ile ilgili olarak okullar ve diğer paydaşlara, 2020 yılına kadar lisans mezunu hemşirelerin sayısının %50'den %80'e ulaşacak şekilde planlama yapılması konusunda çağırıda bulunmaktadır²⁸.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında kamu hastanelerinde "kurumsal performans ve kalite geliştirme" çalışmaları başlatılmış olup; 2015 yılında yenilenen "Hastane Kalite Standartları" içinde hemşirelik hizmetlerini de içeren 557 adet standart ve 1100 kalite göstergesi yer almaktadır²⁹. Kuşkusuz bu standartlar, hastanelerde hemşirelik hizmetleri dahil olmak üzere hem sağlık hem de destek hizmetlerin iyi bir şekilde planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesinde çok önemli rol oynayacaktır. Ancak, ülkemizde konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; hemşirelik hizmetlerine duyarlı kalite göstergelerinden hasta düşmeleri, bası yaraları, ilaç hataları, infeksiyon gibi konularda çok sayıda çalışma olmakla birlikte, bu göstergelerin hemşire istihdamı ile ilişkisi üzerine yapılmış çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Daha sağlıklı hemşire insan gücü planlamalarının yapılabilmesi açısından hemşirelerin eğitimi, deneyimi, özel alana yönelik eğitimi, hemşire: hasta oranı, hemşirelik ekibinin yapısı ve devir hızı gibi hemşire istihdamına yönelik özellikler ile bakıma ilişkin kalite göstergeleri arasındaki ilişkinin incelenmesine gereksinim vardır.

Hemşire İstihdamı ile İlişkili Hemşire Çıktıları

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses=ICN) olumsuz çalışma ortamları ile hemşire başına hasta sayısı ve hemşire devir hızı yüksekliğinin, sadece hasta bakım kalitesi değil hemşirelerin iş sağlığını da olumsuz etkilediğini belirtmektedir¹⁷. Yapılan araştırmalar olumsuz hemşirelik çalışma ortamlarının hemşirelerde tükenmişliği³⁰⁻³³ ve stres düzeyini^{31,34} artırdığını; iş doyumunu azalttığını³⁰⁻³³ ve işten ayrılma niyetini artırdığını³²⁻³⁵, örgütsel bağlılıklarını azaltarak işten ayrılmalara neden olduğunu³⁴, bütün bu etmenlerin de hasta bakım sonuçlarını olumsuz etkilediğini^{30,32} göstermektedir.

Hemşire insan gücünün niteliği bağlamında önemli etmenlerden biri de hemşirelik ekibinin ne kadar eğitilmiş ve deneyimli olduğudur. Japonya'da Kanai-Pak ve arkadaşları³⁶ (2008) tarafından yapılan bir çalışma, ünitelerde deneyimsiz hemşire oranı %10 arttığında hemşirelerin iş doyumunda %24 azalma ve tükenmişlikte %24 artma olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada, bakım ortamı ile ilgili kaynaklarda bir birimlik azalmanın (1 ile 5 arasında yapılan değerlendirmeye göre), hemşire tükenmişliğinde %22 artma ve hemşire iş doyumunda %44 azalmaya neden olduğu belirtilmektedir.

Olumlu çalışma ortamı yaratan mıknatıs (magnet) hastanelerde, hemşire-hasta oranını istenen düzeyde tutma, hemşirelere gerekli kaynakları sağlama, özellikle

liderlik yönlerini geliştirme uygulamaların bağlı olarak hemşire ve hasta çıktılarının iyi olduğu bildirilmektedir³⁷⁻³⁹. Yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir araştırmada, bir hemşireye iki ve daha az hasta verilmesi durumunda hemşirelerde iş doyumunun arttığı, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetinin azaldığı bildirilmektedir⁴⁰. Hemşirelik çalışma ortamını iyileştirici birçok çalışma sonucu da hemşire çıktılarında iyileşme olduğunu göstermektedir. Örneğin, yönetici hemşirelerin dönüştürücü liderlik tarzını kullanması⁴¹ ve destekleyici çalışma ortamı oluşturması^{7,41}; mentor programlarının düzenlenmesi⁷, hemşirelerin güçlendirilmesi⁴² ve otonomilerinin artırılması⁴³ durumunda hemşirelerde iş doyumunun arttığı, işten ayrılma niyeti ve devir hızının düştüğü bildirilmektedir. Bu bağlamda, hemşire devir hızı, iş doyumunu, tükenmişlik, işe gelmeme, işten/meslekten ayrılma niyeti, örgütsel bağlılık gibi hemşire çıktılarından izlenmesi, hemşire insan gücünün daha verimli ve etkin çalışmasını sağlamada yöneticilere önemli veri sağlamaktadır. Hemşire istihdamı ve hemşirelik çalışma ortamı ile nedensel ilişki gösteren bu çıktılar, hemşireleri işte tutmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi açısından son derece önemlidir. Ülkemizde hemşire iş doyumunu, tükenmişlik düzeyi gibi bazı hemşirelik çıktıları ile ilgili çok sayıda yapılmış çalışma⁴⁴⁻⁴⁸ olmakla birlikte bu çıktıların hemşirelik çalışma ortamı ve hemşire istihdamı ile ilişkisini ortaya koyan veya hemşire devir hızını irdeleyen çalışma yok denecek azdır⁴⁹⁻⁵¹. Bu bağlamda ülkemizde, hemşirelik çalışma ortamlarının detaylı biçimde tanımlanmasına ve hem hasta hem de hemşire çıktılarından iyileştirmek açısından hemşirelerin güvenli istihdamını sağlayacak kriterlerin belirlenmesine gereksinim vardır.

Hemşire İstihdamı ile İlişkili Organizasyonel Çıktılar

Günümüzde, ekonomik kısıtlılıklar gerek devlet gerekse özel sağlık kuruluşları üzerinde önemli bir baskı oluşturmaktadır. Bu durum, sağlık kurumları ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerini maliyet etkili kararlar almaya zorlamaktadır. Hastanelerde, hasta bakımının güvenli ve kesintisiz biçimde sürdürülmesinde hemşire insan gücünün çok önemli bir yeri olduğu bilinmekle birlikte, hemşire insan gücü maliyet artırıcı bir unsur olarak görülmekte ve güvenli hemşire istihdamı göz ardı edilmektedir. Oysa, yapılan çalışmalar, hemşire başına hasta sayısı düşük, hemşire ekibi içinde profesyonel hemşire oranı yüksek ve hasta başına hemşirelik bakım saatinin artması gibi olumlu hemşire istihdamı ile ilgili özelliklerin hastaların hastanede yatış süresini kısalttığını, taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatma sıklığını azalttığını ve hastanelerdeki maliyeti düşürdüğünü göstermektedir^{22,52}. Avustralya'da hemşire-hasta oranı ile ilgili getirilen yasal düzenleme sonrasında, pek çok hasta bakım çıktısında iyileşme olduğu ve bu uygulamanın sağlık kurumları için maliyet etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmektedir⁵².

Ayrıca hemşire devir hızının yüksekliği, hem hastane hem de ülke ekonomisine ilave mali yük getirmektedir. Duffield ve arkadaşları⁵³ tarafından (2014) yapılan ve dört ülkede hemşire devir hızı ile maliyet araştırmalarının değerlendirildiği bir literatür inceleme çalışmasında; devir hızının %15.1 ile %44.3 arasında olduğu ve hemşire başına devir hızı maliyetinin 20561 ile 48790 \$ arasında değiştiği bildirilmektedir. Devir hızı maliyeti içinde yer alan temel unsurlar içinde; iş sonlandırma, tanıtım yapma, geçici kadro ya da dışarıdan hemşire sağlama, yeni işe başlayanların işe uyum eğitimleri,

yönlendirilmesi ve denetlenmesi, dışarıdan sağlanan ve yeni işe başlayan hemşirelerden etkin ve verimli şekilde yararlanamama gibi nedenlerle yapılan harcamaların olduğu belirtilmektedir⁵³. Ülkemizde ise hemşire istihdamı ile mali çıktıları karşılaştıran çalışmalara rastlanmamış olup güvenli istihdamla ilgili kriterlerin belirlenmesi açısından bu tür çalışmalara gereksinim vardır.

SONUÇ

Hemşire iş gücü açığı ile ilişkili olarak hemşire insan gücünü planlama tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli konu olarak gündemde yerini korumaktadır. Hastanelerde, hasta bakımının kaliteli, güvenli ve kesintisiz biçimde sürdürülmesi için hemşire insan gücü planlamasının çok iyi yapılması gerekmektedir. Dünya örneklerine bakıldığında, ülkemizdeki temel hemşirelik eğitimi ve hemşire istihdamı ile ilgili uzun yıllardır yürütülen politika ve uygulamaların hasta, hemşire ve organizasyonel çıktılar açısından önemli bir tehdit oluşturduğu görülmektedir. Bu bağlamda, lise düzeyinde mesleki eğitim verilmesi, farklı düzeylerde eğitim alan hemşirelerin sahada aynı görev-yetki ile çalıştırılması, uzman hemşirelere kadro verilmemesi, acil tıp teknisyeni, ebe ve diğer sağlıkla ilişkili meslek üyelerinin hemşire kadrolarında çalıştırılması, hemşire:hasta oranına ilişkin yasal düzenlemelerin olmaması, hemşirelerin hasta bakımı dışında görevler yapması hemşirelik mesleği için önemli sorun başlıklarıdır.

Halkımızın hak ettiği bakımı verebilecek hemşire insan gücünün planlanması, bu planların hayata geçirilmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek gerekli iyileştirmelerin yapılabilmesi için başta politika yapıcılar olmak üzere mesleki örgütlere, sağlık ve hemşirelik yöneticilerine ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Politika yapıcılar ve yöneticilerin hemşire insan gücü planlama çalışmaları sırasında uzun erimli düşünerek ve araştırmalardan elde edilen kanıta dayalı bilgileri dikkate alarak karar vermeleri, beraberinde hemşirelik çalışma ortamını iyileştirmeye ve hemşireleri işte tutmaya yönelik stratejiler geliştirmeleri hem hizmet alanlar, hem çalışanlar, hem de sağlık kurumları adına yararlı olacak sonuçları getirecektir. Özellikle yakın gelecekte çok sayıda lise düzeyinde eğitim almış hemşire ya da hemşire yardımcısının hemşire insan gücüne katılacağı düşünüldüğünde; yönetici hemşirelerin hemşire insan gücü planlama ve uygulamalarını görev-yetki temelinde gözden geçirmeleri; hemşire istihdamı ile hasta, hemşire ve organizasyonel çıktılarının ilişkisini ortaya koyacak araştırmalar yapmaları gerekmektedir. Mesleki örgütlerin de hemşirelik uygulama ve yönetim standartları ile birlikte hemşirelik çalışma ortamına ilişkin standartları geliştirmeleri önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Mevcut çalışan hemşirelerin ise hem mesleğimizin gelişmesi hem de hasta bakımını iyileştirmeleri adına, buldukları ortamlarda esas olarak sorumlu oldukları hasta bakım işlerine yönelmeleri ve bu konuda yöneticilerini harekete geçirmeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akdağ R. The Progress So Far: Turkey Health Transformation Programme. Ankara, Ministry of Health in Turkey. 2010. URL: <http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/2-1251/h/healthtransformationprogrammeinturkey.pdf> November 15, 2015.
2. Atunes V, Moreira JP. Skill mix in healthcare: An international update for the management debate. *International Journal of Healthcare Management* 2013; 6(1):12-17.

3. WHO. The World health report 2013: Research for universal health coverage. Genava, World Health Organization. 2013. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1 November 15, 2015.
4. Hall LM, Doran D, Pink GH. Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration* 2004; 34(1): 41-45.
5. Milne P. Devolution and nursing workforce policy and planning in the four countries of the United Kingdom 1997-2009. School of Health Sciences, Nursing, PhD thesis. Edinburgh: Queen Margaret University; 2013.
6. Welton JM. Hospital nursing workforce costs, wages, occupational mix, and resource utilization. *Journal of Nursing Administration* 2011; 41(7/8): 309-314.
7. Duffield C, Diers D, O'Brian-Pallas L, Aisbelt C, Roche M, King M, Aisbelt K. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research* 2011; 24(4):244-255.
8. AIHW. Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. URL: <http://www.aihw.gov.au/workforce/nursing-and-midwifery/how-many/> November 13, 2015.
9. The U.S. Nursing Workforce: Trends in Supply and Education. Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions National Center for Health Workforce Analysis. October 2013. URL: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/supplydemand/nursing/nursingworkforce/nursingworkforcefullreport.pdf> November 12, 2015.
10. Wilson S, Bremner A, Hauck Y, Finn J. The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *Int J Evid Based Healthcare* 2011; 9:97-121.
11. Van den Heede K, Clarke SP, Sermeus W, Vleugels A, Aiken LH. International experts' perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(4):290-297.
12. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM; Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Busse R, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 2011; 10(6). URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6>. November 12, 2015.
13. Coffman JM, Seago JA, Spetz J. Minimum nurse-to-patient ratios in acute care hospitals in California. *Health Affairs* 2002; 21(5):53-64.
14. Gerdtz MF, Nelson S. 5-20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management* 2007; 15(1):64-71.
15. Sağlık Bakanlığı (SB). Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. 2013. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130529-25.htm> 10 Ağustos 2015.
16. Özel Hastaneler Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 27.03.2002 Resmi Gazete Sayısı: 24708 URL: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=%C3%B6zel%20hastane> 10 Ağustos 2015.
17. Baumann A. International Council of Nurses (ICN) positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care, information an action tool kit [Electronic version]. Retrieved September 13, 2009. URL: <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf> August 10, 2015.
18. American Nurses Credentialing Center (ANCC) Magnet manuel_addendum_v19.pdf URL: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/MagnetManualUpdates/2014-MagnetManualUpdates.pdf> November 10, 2015.
19. American Nurses Credentialing Center (ANCC). URL:
20. <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility> November 10, 2015.
21. Twigg DE, Gelder L, Myers H. The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes. *J Adv Nurs* 2015; 71(7):1564-1572.

22. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19:2185-2195.
23. Yakusheva O, Lindrooth R, Weiss M. Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis. *Med Care* 2014; 52(10): 864-869.
24. Cho E, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M, Yoo IY, Lee HS, Aiken LH. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52(2):535-542.
25. Boyle DK, Cramer E, Potter C, Gatua MW, Stobinski JX. The relationship between direct-care RN specialty certification and surgical patient outcomes. *AORN Journal* 2014; 100(5):511-528.
26. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Sandhu M, Fridman M, Aronow HU. Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre-and postregulation. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2007; 8(4):238-250.
27. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health services Research* 2010; 45(4):904-921.
28. Mark BA, Harless DW, Berman WF. Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2007; 8(2):83-92.
29. Institute of Medicine (IOM) of the National Academies. The future of nursing focus on education. 2010. URL: <https://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Education%202010%20Brief.pdf> November 10, 2015.
30. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Akreditasyon Daire Başkanlığı. Sağlıkta kalite standartları, hastane. 1. baskı. Ankara: Pozitif Matbaa; 2015. URL: <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=355> 10 Ekim 2015.
31. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-1993.
32. Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK, Rose DN. Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical Care* 2005; 43(8):785-791.
33. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717.
34. Zhang LF, You LM, Liu K, Zheng J, Fang JB, Lu MM, et al. The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook* 2014; 62(2):128-137.
35. Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(2):297-314.
36. Hinno S, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K. Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review* 2011; 58(2):255-262.
37. Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(24):3324-3329.
38. Choi J, Bakken S, Larson E, Du Y, Stone PW. Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research* 2004; 53(6):370-378.
39. Schmalenberg C, Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research* 2008; 57(1):2-13.
40. Kramer M, Maguire P, Brewer BB. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management* 2011; 19(1):5-17.

41. Cho SH, June KJ, Kim YM, Cho Y, Yoo CS, Yun SC, Sung YH. Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(12):1729-1737
42. Cowden T, Cummings G, Profetto-Mcgrath J. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management* 2011; 19(4):461-477.
43. Spence Laschinger HK, Leiter M, Day A, Gilin D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management* 2009; 17(3):302-311.
44. Baernholdt M, Mark BA. The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management* 2009; 17(8):994-1001
45. Bakır B, Ozer M, Ozcan CT, Cetin M, Fedai T. The association between burnout, and depressive symptoms in a Turkish military nurse sample. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010; 20(2):160-163.
46. Çalışkan A. Yeni mezun hemşirelerde iş doyumunu tükenmişlik ve gerçeklik şokunun incelenmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. 2010.
47. Günüşen NP, ÜstünB. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. *DEUHYO ED* 2010; 3(1):40-51.
48. Tunç A, Gündüz B. Maslach Tükenmişlik Modeline dayalı müdahale çalışmalarının incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi* 2010; 11(1):84-106.
49. Öner S. Psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerde hasta agresyonuna gösterilen tepkiler ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. 2011.
50. Kocaman G, Seren Ş, Kurt S, Danış B, Erer T. Üç üniversite hastanesinde hemşire devir hızı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2010; 7(1):34-38.
51. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2011; 11(2):59-67.
52. Uğur Gök A, Kocaman G. Reasons for leaving nursing: a study among Turkish nurses. *Contemporary Nurse* 2011; 39(1):65-74.
53. Twigg DE, Geelhoed E, Bremner A, Duffield CM. The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(10):2253-2261.
54. Duffield CM, Roche MA, Homer C, Buchan J, Dimitrelis S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(12):2703-2712.

Yıl: 2015 Cilt 2 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3

YAZAR DİZİNİ

Baysan Arabacı L., Akın Korhan E., Tokem Y., Torun R. Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 1-16.

Aksoy Derya Y., Timur Taşhan S. Kadınlarda Zayıflık Prevalansı ve Emzirme Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 17-26.

Karabulutlu Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Şiddet Konusundaki Görüş ve Deneyimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 27-36.

Yüksel A. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları Ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 37-49.

Erden S., Şenol Celik S. Bir Elektro Analjezi Yöntemi: Tens ve Hemşirenin Rollerini Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 50-60.

İzgü N. Hematopoietik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Bakım Verme Yükü ve Hemşirelik Bakımı Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 61-69.

Çıtlak K., Kapucu S. Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlenmesi Ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 70-77.

Akalpler Ö., Eroğlu K. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Üniversite Öğrencilerinin Sık Görülen Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara İlişkin Bilgileri ve Cinsel Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 1-19.

Gök Metin Z., Özdemir L. Yoğun Bakımda Enteral Pompa İle Beslenen Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 20-29.

Küçük Biçer B., Acar S. Vaizoğlu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Küresel Isınma /İklim Değişikliği Hakkındaki Bilgi ve Farkındalıklarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 30-43.

Baykal A., Kapucu S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 44-58.

Arslan S., Ceylan B., Koçoğlu D. Hemşirelik Öğrencilerinin Ders Çalışma Yaklaşımları Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 59-70.

Onarıcı M., Karadağ M. Mekanik Ventilasyondaki Hastalarda Ventilator İlişkili Pnömoniye Önlemede Pozisyonun Önemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 71-76.

Üzar Özçetin Y.S., Hiçdurmaz D. İhmal Edilen Bir Gerçek: Duyusal Problemlerin Yoğun Bakım Hastalarına Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 77-84.

Kalender N., Tosun N. Endotrakeal Aspirasyon Öncesinde Tartışmalı Bir Uygulama: Serum Fizyolojik Kullanımı Gerekli mi? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 85-92.

Gümüş Y., Kitiş Y. Egzersiz Davranış Değişimi Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliliği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Göl İ., Onarıcı M. Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı Ve Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Karadaş C., Özdemir L. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Birimoğlu C., Ayaz S. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Kapucu S. Kanser Hastalarında İnterlökin-2 Kullanımı ve Hemşirelik Yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Duru Aşiret G., Kapucu S. Alzheimer Hastalarının Bilişsel ve Davranışsal Sorunları Üzerine Etkili Bir Yöntem: Anımsama Terapisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Türkmen E. Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2-3): ...

Yıl: 2015 Cilt 2 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3

KONU DİZİNİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Göl İ., Onarıcı M. Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı Ve Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Aksoy Derya Y., Timur Taşhan S. Kadınlarda Zayıflık Prevalansı ve Emzirme Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 17-26.

Akalpler Ö., Eroğlu K. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Üniversite Öğrencilerinin Sık Görülen Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara İlişkin Bilgileri ve Cinsel Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 1-19.

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Karabulutlu Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Şiddet Konusundaki Görüş ve Deneyimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 27-36.

Küçük Biçer B., Acar S. Vaizoğlu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Küresel Isınma /İklim Değişikliği Hakkındaki Bilgi ve Farkındalıklarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 30-43.

Gümüş Y., Kitiş Y. Egzersiz Davranış Değişimi Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliliği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Karadaş C., Özdemir L. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM VE YÖNETİM

Yüksel A. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları Ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 37-49.

Arslan S., Ceylan B., Koçoğlu D. Hemşirelik Öğrencilerinin Ders Çalışma Yaklaşımları Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 59-70.

Türkmen E. Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2-3): ...

HEMŞİRELİK ESASLARI

Baysan Arabacı L., Akın Korhan E., Tokem Y., Torun R. Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 1-16.

Erden S., Şenol Celik S. Bir Elektro Analjezi Yöntemi: Tens ve Hemşirenin Rollerini Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 50-60.

Anarıcı M., Karadağ M. Mekanik Ventilasyondaki Hastalarda Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemede Pozisyonun Önemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 71-76.

Kalender N., Tosun N. Endotrakeal Aspirasyon Öncesinde Tartışmalı Bir Uygulama: Serum Fizyolojik Kullanımı Gerekli mi? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 85-92.

Birimoğlu C., Ayaz S. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

İzgü N. Hematopoietik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Bakım Verme Yükü ve Hemşirelik Bakımı Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 61-69.

Çıtlak K., Kapucu S. Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi Ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıtı Dayalı Uygulamalar Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 70-77.

Gök Metin Z., Özdemir L. Yoğun Bakımda Enteral Pompa İle Beslenen Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 20-29.

Baykal A., Kapucu S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyularının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 44-58.

Kapucu S. Kanser Hastalarında İnterlökin-2 Kullanımı ve Hemşirelik Yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

Duru Aşiret G., Kapucu S. Alzheimer Hastalarının Bilişsel ve Davranışsal Sorunları Üzerine Etkili Bir Yöntem: Anımsama Terapisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(3): ...

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Üzar Özçetin Y.S., Hiçdurmaz D. İhmal Edilen Bir Gerçek: Duyusal Problemlerin Yoğun Bakım Hastalarına Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(2): 77-84.

Yazarlara Bilgi

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

Makale Gönderimi

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne makale göndermek için; www.hacettepehemsirelikdergisi.org adresindeki "Makale Gönderim" linki kullanılmalıdır. Makale ile ilgili tüm işlemler bu adresten takip edilebilir.

Genel Bilgiler

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

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

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

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

- o *Gereç ve yöntem*
 - o *Bulgular*
 - o *Tartışma*
 - o *Sonuç ve öneriler*
 - o *Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.*
- **Derleme:** Hemşirelik alanında güncel ve gereksinime yönelik konularda, ulusal ve uluslararası literatür kullanılarak konu ile ilgili tartışmaların ve yazar/ yazarların görüşlerinin ortaya konduğu çalışmalardır. En fazla 3000 kelime olmalıdır. Derleme makaleleri;
- o *Öz (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 *Öz (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 öz 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, yazışmanın yapılacağı 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.

Öz Sayfası ve Anahtar Kelimeler

Öz sayfasında; Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanan 150-200 kelimelik özetler bulunmalıdır. Araştırma makalelerinde öz; amaç, gereç, yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerini içerecek şekilde, derleme ve olgu sunumlarında bölümsüz olarak hazırlanmalıdır. Editöre mektup niteliğindeki yazılarda öz 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 yanıtma ve önlenmesi. In: TÜBA Dünyada ve Türkiye’de bilim etik ve üniversite. TÜBA Bilimsel Toplantılar Serileri No: 1. Ankara: 1994. s. 71-75

Kongre Özet Bildirileri

Örneğin;

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

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

Kongre Tam Metin Yayınları

Örneğin;

Brandes U, Wagner D. A bayesian paradigm for dynamic graph layout. In: DiBattista B (editör), Proceedings of the 11th International Symposium on Graph

Drawing; 2003 Nov 12-15; New York, USA. Philadelphia: USA; 2003. p. 236-237.

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

Kaynak Makale Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarın Kurum Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarı Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Elektronik Kaynaklar

Örneğin;

Elektronik dergi

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

İnternet Sitesi

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

CD-ROM

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

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

** Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bölümü Samanpazarı,
06100 Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

Information for Authors

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

Submitting An Article

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

General Information

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

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

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

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

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

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

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

Publication Types

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

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

- o *Discussion*
- o *Conclusion*
- o *References*

- *Review* includes discussions of current and need based nursing topics based on the international literature and authors' opinions. It should have maximum 3000 words. Review manuscripts content must be as below.
 - o *Abstract (150-200 words)*
 - o *Titles on related topics*
 - o *References*

- *Case Reports* must include unique and important clinical experiences and cases. It should have maximum 2000 words.
 - o *Abstract (150-200 words)*
 - o *Introduction*
 - o *Case report*
 - o *Discussion*
 - o *References*

- *Letters to Editor*: Letters to editors are commentary letters including comments, contribution, and issues written about previous articles in the journal. They include maximum 500 words, but don't include title and abstract. Letters should include notes indicating the attribution to article with title, number and date; and with the name, affiliation and address of the author.

Manuscript Preparation

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

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

Title Page

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

Abstract and Keyword Page

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

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

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

- Title must be written bold and 12 fonts with Times New Roman.

- Abstract, manuscript text page, and references must be written 12 fonts with Times New Roman.
- Tables must be written 10 fonts with Times New Roman.
- All pages must be written double-spaced, and justify text on both sides.
- Pages should have 2.5 cm spaces among all sides.
- Footnotes shouldn't be used in manuscripts, explanations should be given in the text.
- Figures, graphics, and photographs should be 11 cm in width, 8 cm in length.
- Manuscript text shouldn't contain author information for unbiased evaluation.
- Abbreviations used should be defined in parenthesis where the full word is first mentioned.

References

Vancouver style is used in referencing.

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

References in Text

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

Example:

A study¹ about this issue is.....

.....study²

In his article Reeves³

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

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

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

Reference List

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

Books

Personal Author/s

Example

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

Organization as author and publisher

Example

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

Chapter in a book

Example

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

Conference Proceedings

Example

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

Conference Paper

Example

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

Articles in journals

Standard Journal Article

Example

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

Organization as author

Example

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

No Author Given

Example

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

Issue With No Volume*Example*

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

No Issue and Volume*Example*

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

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

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

Web/ Internet*Example*

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

CD-ROM

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

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

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

Communication

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bölümü Samanpazarı,

06100 Ankara/TÜRKİYE

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

YAYIN İZNI (Taahhütname)

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

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

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

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