

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 4 • Sayı/No 1 • Ocak-Nisan/January-April 2017

Sahibi Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Leyla DİNÇ

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

Yayın Kurulu

Başkan **Doç. Dr. Sergül Duygulu**
Başkan Yardımcısı **Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar**
Sekreterler: **Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin**
Arş. Gör. Dr. Seher Başaran
Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz
İngilizce Düzeltme: **Doç. Dr. Şevgisun Kapucu**
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Arş. Gör. Dr. Hatice Pars**
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: **18 Mayıs 2017**
Yönetim Yeri: **H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği**
06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye
Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85
E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr
Web Adresi: <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org>

Basım Yeri: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 06100 Sıhhiye, Ankara
Telefon: 0 312 310 9790

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

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

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

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

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

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu

Hemşirelik Esasları
Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz

Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim
Doç. Dr. Süheyla Abaan

İç Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Leyla Özdemir

Psikiyatri Hemşireliği
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. Ayşe Karadağ	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel Badır	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşe Okanlı	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Azize Karahan	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Besti Üstün	Üsküdar Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Bilge Kalanlar	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Birol. Diana Voita	Riga Teacher Training and Educational Management Academy
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu	Ege Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Daniel Pesut	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Deniz Koçoğlu	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şelimen	Maltepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Dilek Cingil	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Darja Jarosova	Ostrava Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Özden	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Sarı	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay	Mersin Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Elif Gürsoy	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc	British Columbia Üniversitesi
Doç. Dr. Emine İyigün	GATA
Doç. Dr. Emine Turkmen	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Ofraz	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
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
Doç. Dr. Funda Özdemir	Ankara Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi

Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Güleğün Türk	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Güler Cimete	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Doç. Dr. Gülnaz Karatay	Tunceli Üniversitesi
Prof. Dr. Gülseren Kocaman	İzmir Üniversitesi
Prof. Dr. Gülsün Taşocak	Emekli
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural	Sanko Üniversitesi
Doç. Dr. Gülten Güvenç	GATA
Prof. Dr. Gülümser Kublay	Doğu Akdeniz Üniversitesi
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	Şifa Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Uçar	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Doç. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. İknur Gönenç	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. İsmet Eşer	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Joanne Disch	Minnesota Üniversitesi
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Kenan Köse	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Lale Taşkın	Başkent Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Levent Özbek	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Leyla Dinç	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Linda Roussel	University of South Alabama
Prof. Dr. Linda D. Moneyham	The University of Alabama at Birmingham
Doç. Dr. Lisa Kane Low	Michigan Üniversitesi
Prof. Dr. Lisbeth Maria Fagerström	Buskerud Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin	Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Prof. Dr. Mary E. Duffy	Utah Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Mary Jane Madden	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Doç. Dr. Melek Serpil Talas	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Bayat	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Demiralp	Emekli
Doç. Dr. Meral Kelleci	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Mevlüde Karadağ	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Miaofen Yen	National Cheng Kung Üniversitesi
Doç. Dr. Naile Bilgili	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan Başaran Akbayrak	SANKO Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Neriman Akyolcu	Haliç Üniversitesi

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

Dergimizin 2017 yılı Cilt 4, Sayı 1'ini zamanında yayınlamanın mutluluğu ve bir o kadar da onurunu yaşamaktayız. Bu sayımızda da alanlarında önemli bilgiler ve sonuçlar sunan toplam dört araştırma ve üç derleme makaleyi sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayımızda yayınlanan dört adet araştırma makalesinin başlıkları: “13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresine Katılan Öğrencilerin Kongreye İlişkin Görüşleri”, “Kemoterapi Ve Radyoterapi Uygulanan Baş-Boyun Kanserli Hastalarda Mukozit Yönetimine Yönelik Kullanılan Oral Ajanların Retrospektif Olarak İncelenmesi”, “Patient Communication Following Laryngectomy: A Pilot Study Using Visual Communication Guide” ve “Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Bireylere Yönelik Tutumları” şeklindedir. Dergimizin bu sayısında ayrıca iki adet derleme makalesi siz değerli okurlarımızla paylaşılmaktadır. Derleme makalelerin başlıkları: “Doğum Ağrısında Alternatif Bir Yöntem: Ayak Refleksolojisi” ve “Caring For Caregivers of Individuals With Dementia: Watson\’S Theory Of Human Caring Perspective” şeklindedir.

Bu sayımızda ayrıca Prof. Dr. Belgin Akın ve Doç. Dr. Deniz Koçoğlu tarafından yazılmış olan “Randomize Kontrollü Deneyler” başlıklı davetli derleme makalesi sizlerle paylaşılmaktadır. Makalede yazarlar tarafından; randomize kontrollü deneylerle ilgili temel kavramlar, yaklaşımlar ve randomize kontrollü çalışmaların planlanması, yürütülmesi, verilerin değerlendirilmesi ve raporlanması aşamalarında araştırmacıların göz önünde bulundurması gerekenler ele alınmıştır. Ülkemizde hemşirelik hizmetlerinde kanıt dayalı uygulamalar konusunda farkındalığın artması ve uygulamada kanıtların kullanılmaya başlanması olumlu bir gelişme olmasına karşın; uygulamalara kanıt oluşturabilecek çalışmaların sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle, hemşirelik uygulamalarını geliştirici kanıtlar sunan ve hemşirelik alanında bilimsel bilginin üretilmesine katkı sağlayan randomize kontrollü deneylere ilişkin kapsamlı bilginin yer aldığı bu makalenin, hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarında araştırmacılara katkısı olacağına inanıyorum.

Son olarak dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim. 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

13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresine Katılan Öğrencilerin Kongreye İlişkin Görüşleri _____ 1

Sevilay HİNTİSTAN, Seçil Gülhan GÜNER, Betül BAYRAK

Kemoterapi ve Radyoterapi Uygulanan Baş-Boyun Kanserli Hastalarda Mukozit Yönetimine Yönelik Kullanılan Oral Ajanların Retrospektif Olarak İncelenmesi _____ 15

Kübra ÇITLAK, Sevgisun KAPUCU

Patient Communication Following Laryngectomy: A Pilot Study Using Visual Communication Guide _____ 28

Melek ERTÜRK YAVUZ, Ayla GÜRSOY

Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Bireylere Yönelik Tutumları _____ 43

Sultan AYZ ALKAYA, Canan BİRİMOĞLU OKUYAN

Derleme Makaleleri

Doğum Ağrısında Alternatif Bir Yöntem: Ayak Refleksolojisi _____ 53

Zümrüt YILAR ERKEK, Türkan PASİNLİOĞLU

Caring For Caregivers of Individuals With Dementia: Watson\’S Theory of Human Caring Perspective _____ 62

Seher GÖNEN ŞENTÜRK, Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ, Jean WATSON

Davetli Derleme Makalesi

Randomize Kontrollü Deneyler _____ 73

Belgin AKIN, Deniz KOÇOĞLU

Yazarlara Bilgi _____ 93

Information for Authors _____ 99

Yayın İzni (Taahhütname) _____ 104

13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresine Katılan Öğrencilerin Kongreye İlişkin Görüşleri

Conference-Related Opinions of the Nursing Students Who Participated in the 13th National Nursing Students Conference

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 1–14

Sevilay HİNTİSTAN¹, Seçil Gülhan GÜNER¹, Betül BAYRAK²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
²Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Geliş Tarihi: 12 Şubat 2016

Kabul Tarihi: 02 Kasım 2016

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ne katılan hemşirelik öğrencilerinin kongreye ilişkin görüşlerini belirlemek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın örneklemini 1-3 Mayıs 2014 tarihinde 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ne katılan 381 hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan Anket Formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalaması 21.8±1.5'tir. Öğrenciler, kongrenin mesleki gelişimlerine katkı sağladığını (%98.7), hemşirelik mesleğine olan motivasyon ve heyecanlarını arttırdığını (%92.4), hemşirelik mesleğinin sorunlarını daha iyi anlamalarını sağladığını (%91.6), kongre duyurusunun zamanında yapıldığını (%89.5), daha sonra düzenlenecek hemşirelik öğrencileri kongrelerine katılımı ilgili öğrencilerin bilgilendirilmesi ve okul tarafından desteklenmesi (%99.7) gerektiğini belirtmişlerdir.

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerine yönelik düzenlenen 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, öğrencilerin mesleki gelişimleri açısından yararlı bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerine yönelik daha sonra düzenlenecek kongrelerde öğrencilerin de önerilerinin alınması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, kongre, meslek, öğrenci

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to identify the conference-related opinions of the nursing students who participated in the 13th National Nursing Students Conference.

Material and Methods: The sample of this descriptive study was composed of 381 nursing students who participated in 13th National Nursing Students Conference held between May 1-3, 2014. The data were gathered with face to face interview technique by using a questionnaire designed by the researchers. Numbers and percentages were used for data analysis.

Results: Mean age of the participant nursing students was 21.8 ± 1.5 . The students stated that the congress contributed to their professional growth (98.7%), increased their motivation and enthusiasm for nursing profession (92.4%), enabled them to understand problems of nursing profession better (91.6%), announcement of the congress was on time (89.5%) and students should be informed and supported about the participation in the future nursing students conferences by the managements of nursing schools (99.7%).

Conclusion: 13th National Nursing Students Conference held for nursing students was found useful in terms of students' professional growth. It was also recommended that opinions of the students should be taken into consideration for future nursing students conferences.

Key Words: Conference, nurse, profession, student

GİRİŞ

Meslek kavramı, uzun yıllardan beri çalışılan ve üzerinde çeşitli tartışmaların yapıldığı, teorilerin geliştirildiği, bireysel ve toplumsal boyutlarda etkilerinin incelendiği bir konu olmuştur. Meslek; genellikle uzun ve yüksek dereceli bir öğrenim gerektiren, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları bulunan ve bir kimsenin geçimini sağlayan uğraş olarak tanımlanmıştır^{1,2}. Toplumsal yaşamda her bireyin bir meslek sahibi olma, bir iş yapma, diğer bir deyişle etkin olma ihtiyacı içinde olması, toplumsal iş bölümünde ve istihdam politikalarında mesleklerin önemli bir yer tutmasına yol açmıştır³.

Toplumsal sistemin önemli bir parçası olan meslekler, geçmişten günümüze hem birey hem de toplum açısından önemli işlevler üstlenmişlerdir. Mesleklerin bireyler açısından işlevlerine bakıldığında, mesleki kimlik kavramı ile karşılaşılmaktadır. Mesleki kimlik, mesleğin ideolojisinden kaynaklanır ve bireye mesleki faaliyetler içinde "kim" olduğu yönünde anlayış kazandırır, dolayısıyla meslek üyesine mesleki yaşamdaki yerini belirten bir rol verir. Mesleki kimlik kazanılması, mesleki özdeşimi de beraberinde getirir. Mesleki özdeşim, bireyin mesleki kimliğini algılaması yoluyla, mesleki kimliğin öngördüğü şekilde davranmasını ve davranışlarını şekillendiren bakış açıları benimsemesini sağlar. Böylelikle birey hem rolünün gereklerini kimliği açısından değerlendirerek yerine getirir hem de kimliği ile uyumlu statü, saygınlık ve güce sahip olur^{3,4}.

Tarih boyunca hemşirelik, mesleklaşma ölçütlerine tam olarak sahip olmamakla birlikte özellikle 1980'lerden sonra belirgin bir ilerleme sağlamıştır. Ancak, hemşireliğin başta bilimsel bilgi temeli ve otonomi olmak üzere çeşitli alanlarda zayıflıkları vardır ve özellikle bu alanların güçlendirilmesi gereklidir. Hemşirelik mesleğinin temellerinin oluşturulduğu lisans eğitiminde, öğrencilerin kendilerini geliştirme davranışlarını destekleyici öğretim yöntemlerini içeren (vaka/eğitim sunumları, interaktif grup

çalışmaları, araştırma raporları, paneller vb.) çalışmaların yer aldığı kongrelerin düzenlenmesi ile hemşirelik güçlendirilmektedir⁵. Bunun yanı sıra hemşireliğin, meslek ideolojisini ve mesleki kimliğini benimsemeye, hemşirelik rolünü yerine getirmede sosyal, politik, kültürel, bilimsel ve teknolojik önemli sorun alanları vardır. Bu sorun alanları hemşireler için aşılması gereken durumlar olarak algılanmalı ve meslekleşme sürecinde ilerlemek için birer uyarıcı olarak kabul edilmelidir⁶. Aynı zamanda hemşirelik mesleği içerisindeki bilimsel, teknolojik, sosyal ve kültürel sorunların kongre ve sempozyum gibi bilimsel, interaktif ortamlarda tartışılarak, genç öğrencilerin yenilikçi fikirleriyle çözüme kavuşturulması gereklidir.

Türkiye’de hemşireliğin meslekleşme sürecinde yol alabilmesi ve rollerini yerine getirebilmesi için gelişmelerin sağlanması ve sürdürülmesi son derece önemlidir. Türkiye’de hemşirelerin uygulama alanında karşılaştıkları sorunlar ve belirsizlikler göz önüne alındığında, bu sorun ve belirsizliklerin hemşirelerin mesleki kimlik geliştirmelerini, hemşireliğe ilişkin görüş ve tutumlarını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür^{7,8}. Hemşirelerin meslekleşme ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmada, hemşirelerin büyük bir kısmı “hemşireliği sevdikleri için hemşirelikten ayrılmayı düşünmediklerini” ve yarısından fazlası “Türkiye’de verilen hemşirelik hizmetlerini yetersiz bulduklarını” ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada, hemşirelerin yarısından fazlasının mesleki kurs, seminerler gibi etkinliklere katıldığı belirtilmiş ve araştırmaların mesleğin gelişimi sağladığı ifade edilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin meslekleşme sürecinde hızla yol almasını sağlamaya yönelik hemşirelikte profesyonel kimlik ve profesyonel davranış geliştirmek üzere stratejik hedef ve politikaların yer aldığı kongrelerin oluşturulması önerilmiştir⁷.

Türkiye’de hemşirelik öğrencileriyle yapılmış çalışmalarda, öğrencilerin hemşirelik mesleğini bilinçli olarak tercih etmedikleri, mesleği çok iyi tanımadıkları, meslek hakkında kısmen bilgi sahibi oldukları, iş bulma kolaylığı, ailenin isteği ve tesadüfen bu mesleği seçtikleri saptanmıştır⁹⁻¹¹. Sorumluluk duygusu, mesleği benimseme ve meslek bilinci kavramlarının temeli, en önemli dönemlerden biri olan üniversite eğitiminde atılır ve tüm meslek yaşamı boyunca da devam eder. Sağlık bakım sisteminin en önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin, öğrencilik yıllarında edindiği bu meslek bilinci, çalışma hayatına başladıklarında mesleğin olgunlaşmasını ve olumlu yönde ilerlemesini sağlamaktadır. Hemşirelik bilinci profesyonel hemşirelik eğitimi ile geliştirilmektedir. Bu profesyonel hemşirelik eğitiminde; bilgi, beceri, tutum, davranış, karar verme, uygulama gücü ve değerlendirmenin yanı sıra kurs, sempozyum ve kongre gibi yenilikleri ve gelişmeleri izleme etkinlikleri yer almaktadır^{11,12}. Ayrıca, hemşirelik mesleğinde bakım kalitesinin artırılmasında araştırma sonuçları ve kanıt dayalı uygulamalara gereksinim vardır. Bu nedenle de özellikle mesleki gelişimin ilk basamaklarından biri olan üniversite eğitiminde öğrencilerin profesyonel özelliklerini geliştirmelerini destekleyecek kanıt temelli çalışmalar ve araştırma sonuçlarıyla buluşturulması oldukça önemlidir. Uluslararası Hemşireler Birliği ve Amerikan Hemşirelik Kolejlere Birliği gibi kuruluşlar, profesyonel hemşireliğin araştırmalara dayalı uygulamalarla gerçekleştirilebileceğini, bu nedenle araştırmaların yapılmasını, araştırma kapasitesinin geliştirilmesi gerektiğini, ayrıca hemşirelerin ve öğrencilerin araştırmaları eleştirel bakışla değerlendirebilmeleri için bilimsel ortamların oluşturulması gerektiğini vurgulamışlardır^{13,14}. Profesyonel hemşirelerin gelişmesine katkı sağlayan kongre ve sempozyum gibi bilimsel etkinliklerin öğrenci işbirliği ile

yapılması gerekir. Bilimsel etkinlikleri zenginleştirmek ve geliştirmek için öğrencilerin olumlu/olumsuz görüşlerinin ve önerilerinin dikkate alınması önemlidir.

Trabzon'da düzenlenen 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ne katılan ve ülkemizin farklı üniversitelerinde eğitim alan hemşirelik öğrencilerinin kongreye ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ile gelecekte öğrencilere yönelik yapılacak kurs, sempozyum ya da kongre gibi etkinliklere katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

ARAŞTIRMANIN AMACI VE SORULARI

Bu araştırma, 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ne katılan hemşirelik öğrencilerinin kongreye ilişkin görüşlerini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Bu araştırmada belirlenen amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelik öğrencilerinin 13. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi'ne ilişkin görüşleri nelerdir?
2. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi'nin öğrenci hemşirelerin mesleki gelişimine katkısına yönelik görüşleri nelerdir?
3. Daha sonra yapılacak olan hemşirelik öğrenci kongrelerine ilişkin öğrencilerin görüş ve önerileri nelerdir?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma 1-3 Mayıs 2014 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1-3 Mayıs 2014 tarihleri arasında Trabzon'da düzenlenen 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ne katılan 546 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesabına gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Ancak 42 öğrencinin kongreden erken ayrılması ve 123 öğrencinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeni ile araştırma 381 hemşirelik öğrencisi ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılım oranı %69.8'dir.

Araştırmanın Yapıldığı Kongre Hakkında Bilgi

Trabzon'da Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) tarafından düzenlenen 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi KTÜ kampüsü içerisinde yer alan kongre ve kültür merkezinde üç ayrı salonda 1-3 Mayıs 2014 tarihleri arasında 546 hemşirelik öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Kongrenin ana teması "Bilginin Cesaret ve Özgürlük Gücü: Düşün, Üret ve Yenilik Yap" olarak belirlenmiştir. Kongreden bir gün önce SBF'de "Diyabette Farkındalık", "Doğum Ağrısı İle Baş Etme Yöntemleri", "Yaratıcı Drama Teknikleri ile İletişim ve Empati Çalışmaları" adlı üç kurs düzenlenmiştir. Kongre panel konuları; "Ulusal ve Uluslararası Değişim Programları", "Hemşirelik Eğitiminin İyileştirilmesi", "Hemşirelikte Eğitim Yöntemleri", "Farklı Bilim Dalları ve Hemşirelik", "Nasıl Bir Mezun İstiyoruz", "Mesleki Örgütlenme Kültürü", "Kişisel Gelişim Becerisi Kazandırma", "Hemşirelikte Güçlü

Modeller Yaratma”, “Farklı Mesleklerle Çalışma”, “Hemşirelikte Kariyer Planlama”, “Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar”, “Özel Dal Hemşireliği”, “Mezuniyet Sonrası İş Yaşamı”, “Sağlık Politikaları ve Hemşirelik Eğitimi”, “Öğrenci Motivasyonunu Etkileyen Etmenler”, “Sağlık Eğitiminde Öğrencinin Rolü ve Hemşirelikten Deneyimler”, “Bakım Yönetimi”, “Hemşirelik ve Bilişim” ve “Hemşirelik ve Etik” konularından oluşmuştur. Kongrede ayrıca “Hemşirelik Lisans Eğitimi Geliştirme, Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, “Hemşirelik ve Medya”, “Hemşirelik ve Mizah”, “Girişken Davranış Geliştirme”, “İnovasyon” konularında konferanslar düzenlenmiş ve 20 ayrı oturumda 174 sözel bildiri ile 372 poster bildiri sunulmuştur.

Veri Toplama Aracı

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda^{1-8,14,15} geliştirilen 46 soruluk Anket Formu ile toplanmıştır. Anket Formunun işlerliğini belirlemek amacı ile 20 hemşirelik öğrencisi ile ön uygulama yapılmış ve 13, 26, 35 ve 40 numaralı sorular yeniden düzenlenmiştir. Anket Formu dört bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hemşirelik öğrencilerinin yaşını, cinsiyetini, sınıfını, daha önce hemşirelikle ilgili herhangi bir bilimsel etkinliğe katılma durumunu ve katılmama nedenlerini içeren beş soru (açık uçlu ve çoktan seçmeli); ikinci bölümde öğrencilerin kongrenin mesleki gelişimlerine katkısına yönelik görüşleri ile ilgili 20 soru (beşli likert tipte çok iyi, iyi, orta, iyi değil, hiç iyi değil); üçüncü bölümde öğrencilerin kongrenin değerlendirilmesine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 12 soru (üçlü likert tipte katılıyorum, katılmıyorum, fikrim yok); dördüncü bölümde öğrencilerin daha sonra yapılacak hemşirelik öğrencileri kongrelerine ilişkin önerileri ile ilgili dokuz soru (üçlü likert tipte katılıyorum, katılmıyorum, fikrim yok) yer almıştır.

Verilerin Toplanması

Hemşirelik öğrencilerine Anket Formu uygulanmadan önce kongre yürütücüsü olan KTÜ SBF Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinden alınan bireysel bilgilerin hiç kimseye açıklanmayacağı ve bu bilgilerin başkalarına verilmeyeceği, kendilerine açıklanan amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalınarak yazılı izin alınmıştır. Anket Formu, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelik öğrencilerine kongrenin son günü uygulanmıştır. Anket Formu'nun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler lisanslı SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.5 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Trabzon'da gerçekleştirilen 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ne katılan, araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelik öğrencileri ile yapılması ve evrenin tümüne ulaşılamaması araştırmanın sınırlılığdır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalaması 21.8 ± 1.5 'tir ve yaşları 18-28 yaş arasında değişmektedir. Öğrencilerin %83.2'si kadın ve %43.3'ü üçüncü sınıftadır. Öğrencilerin %54.3'ü daha önce hemşirelikle ilgili bilimsel bir etkinliğe katılırken, %45.7'si daha önce hemşirelikle ilgili bilimsel bir etkinliğe katılmamıştır. Bilimsel etkinliğe katılmama nedeni olarak öğrencilerin %21.5'i "bilimsel etkinlikten haberdar olmadıklarını" belirtmişlerdir (Tablo 1).

Hemşirelik öğrencilerinin kongrenin mesleki gelişimlerine katkısına yönelik görüşleri incelendiğinde; öğrencilerin %98.7'si kongrenin mesleki gelişimlerine katkı sağladığını, %92.4'ü hemşirelik mesleğine olan motivasyonunun ve heyecanının arttığını, %91.6'sı hemşirelik mesleğinin sorunlarını daha iyi anladığını ve hemşirelik mesleğinde işbirliğinin önemine olan inancının arttığını, %91.3'ü mesleği hakkında farkındalık oluşturduğunu, %90.8'i mesleğe olan ilgisinin ve mesleğin gelişimine katkıda bulunma isteğinin arttığını, ayrıca diğer hemşirelik öğrencileri ile bilimsel etkileşimlerinin arttığını ve farklı eğitimlerin önemini kavradığını, %90.6'sı hemşirelik mesleğine ilişkin sorumluluk duygusunun arttığını ve %90.0'i kongrenin kişisel gelişimine katkıda bulunduğunu ifade etmiştir. Yine öğrencilerin %88.2'si mesleğinde bilgi ve becerinin önemini anladığını, %87.7'si daha sonraki hemşirelik kongresine katılma isteğinin arttığını, %86.4'ü hemşirelik derneklerine ilişkin bilgisinin arttığını, %85.3'ü mesleği ile ilgili kritik/eleştirel düşünme ve sorun çözme yeteneğinin güçlenmesi gerektiğine olan inancının arttığını, %85.0'i hastalarla ve ekip üyeleri ile iletişimini güçlendirebileceğine olan inancının arttığını, %82.7'si hemşirelik mesleği ile ilgili yeniliklerden haberdar olduğunu, %81.9'u hasta bakım kalitesini arttırabileceğini, %81.4'ü kariyer planlamasına yardımcı olduğunu, %78.2'si özel dal hemşireliklerine ilişkin bilgilerinin arttığını ve %74.0'ı hemşirelik mesleği ile ilgili düşüncelerinin olumlu hale dönüştüğünü ifade etmiştir (Tablo 2).

Hemşirelik öğrencilerinin kongrenin değerlendirilmesine ilişkin görüşleri incelendiğinde; öğrencilerin %89.5'i kongre duyurusunun zamanında yapıldığını, %88.0'ı kongre düzenlenme tarihinin uygun olduğunu, %83.8'i kongre içeriğinin güncel olduğunu, %82.2'si kongre içeriğinin amacına uygun olduğunu, %80.8'i kongre sunum konularının anlaşılır olduğunu ve %79.3'ü kongre süresinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Yine öğrencilerin %70.9'u kongre içeriğinin zamanında duyurulduğunu, %69.0'ı kongre konuşmacılarının sunum hakimiyetinin iyi olduğunu, %65.6'sı kongre kahve aralarının iyi düzenlendiğini, %64.5'i kongre salonunun genel düzenini ve %53.3'ü kongre salonunun ses düzenini iyi bulduğunu belirtmişlerdir. Ancak öğrencilerin %58.0'ı kongre yemeklerini "kötü" bulmuştur (Tablo 3).

Öğrencilerin daha sonra yapılacak hemşirelik öğrencileri kongrelerine ilişkin önerileri incelendiğinde; öğrencilerin tamamına yakını (%99.7) kongrelere katılım konusunda öğrencilerin bilinçlendirilmesi ve okul tarafından desteklenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %99.0'ı kongrelerin öğrencilerin mesleki hedeflerini belirlemeye yönelik eğitimler içermesi, %98.4'ü kongrelerin öğrencilere hemşirelik mesleğine farklı alanlardan bakış açısı kazandırması, %97.9'u kongre içeriğinin öğrencilerin gereksinim ve beklentilerini karşılayacak şekilde planlanması, %96.9'u kongrelerde öğrencilere mezuniyetten sonraki çalışma alanlarının tanıtılması, %96.1'i kongre içeriğinin belirlenmesinde öğrenci görüşlerine önem verilmesi, %95.5'i

Tablo 1. Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=381)

Değişkenler	Özellikler	N	%
Cinsiyet	Kadın	317	83.2
	Erkek	64	16.8
Yaş	Ort±SS: 21.8±1.5 (Min= 18 Max= 28)		
Sınıf	1.Sınıf	24	6.3
	2.Sınıf	53	13.9
	3.Sınıf	165	43.3
	4.Sınıf	139	36.5
Daha Önce Hemşirelikle İlgili Bilimsel Etkinliğe Katılma	Evet	207	54.3
	Hayır	174	45.7
Bilimsel Etkinliğe Katılmama Nedeni	Haberdar olmama	82	21.5
	Ekonomik nedenler	43	11.3
	İlgilenmeme	24	6.3
	Ulaşım güçlüğü	11	2.9
	Gereksinim duymama	9	2.4

kongre içeriğinde öğrencilere karar verme, kritik düşünme, liderlik, yaratıcılık ve güven duygusunun kazandırılmasına yönelik eğitimlerin olması, %93.4'ü kongrenin hemşirelik mesleği ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik planlanması ve %45.4'ü kongre kursları sonunda sınav yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu bölümde 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ne katılan hemşirelik öğrencilerinin kongreye ilişkin görüşleri tartışılmıştır.

Araştırmamızda, hemşirelik öğrencilerinin %54.3'ü daha önce bilimsel bir etkinliğe katılırken, %45.7'si daha önce bilimsel bir etkinliğe katılmamıştır. Korkmaz ve Görgülü⁷, hemşirelerin %58.9'unun mesleki kurs ve seminerlere, Kelleci, Gölbaşı, Yılmaz ve Doğan¹⁵ hemşirelerin %78.9'unun en az bir kez mesleki bilimsel bir toplantıya (kongre, sempozyum vb.) katıldıklarını belirtirken; Karamanoğlu, Gök Özer ve Tuğcu¹⁶ hemşirelerin %50.5'inin Karadaş ve Özdemir¹⁷ ise hemşirelik öğrencilerinin %73.3'ünün mesleki bilimsel bir etkinliğe katılmadıklarını belirtmişlerdir. Düzenlenen kongrede öğrencilerin bilimsel etkinliğe katılmama nedenleri arasında öncelikle etkinliklerden haberdar olmama ve ekonomik nedenler yer almıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Hıdıroğlu, Önsüz, Topuzoğlu ve Karavuş'un¹⁸ çalışmasında, öğretim üyesi, uzman ve

Tablo 2. Öğrencilerin kongrenin mesleki gelişimlerine katkısına yönelik görüşlerinin dağılımı (N=381)

Öğrencilerin Görüşleri	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Kongre, mesleki gelişime katkı sağladı.	376	98.7	5	1.3	0	0
Kongre, hemşirelik mesleğine olan motivasyonumu ve heyecanımı arttırdı.	352	92.4	4	1.0	25	6.6
Kongre, hemşirelik mesleğinin sorunlarını daha iyi anlamamı sağladı.	349	91.6	12	3.1	23	6.0
Kongre, hemşirelik mesleğinde işbirliğinin önemine olan inancımı artırdı.	349	91.6	11	2.9	21	5.5
Kongre, mesleğim hakkında farkındalık oluşturdu.	348	91.3	9	2.4	24	6.3
Kongre, mesleğe olan ilgimi arttırdı.	346	90.8	9	2.4	26	6.8
Kongre, hemşirelik mesleğinin gelişimine katkıda bulunma isteğimi arttırdı.	346	90.8	9	2.4	23	6.0
Kongre, diğer hemşirelik öğrencileri ile bilimsel etkileşimi artırarak farklı eğitimlerin önemini kavramamı sağladı.	346	90.8	7	1.8	28	7.3
Kongre, hemşirelik mesleğine ilişkin sorumluluk duygumu artırdı.	345	90.6	8	2.1	28	7.3
Kongre, kişisel gelişime katkıda bulundu.	343	90.0	9	2.4	29	7.6
Kongre, mesleğimle ilgili bilgi ve becerinin önemini kavramamı sağladı.	336	88.2	12	3.1	33	8.7
Kongre, bundan sonraki hemşirelik kongresine katılmam için teşvik edici oldu.	334	87.7	10	2.6	37	9.7
Kongre, hemşirelik derneklerine ilişkin bilgimi arttırdı.	329	86.4	13	3.4	39	10.2
Kongre, mesleğimle ilgili kritik/eleştirel düşünme ve sorun çözme yeteneğimin güçlenmesi gerektiğine olan inancımı artırdı.	325	85.3	14	3.7	42	11.0
Kongre, hastalarla ve ekip üyeleri ile iletişimimi güçlendirebileceğime inandırdı.	324	85.0	15	3.9	42	11.0
Kongre sayesinde hemşirelik mesleği ile ilgili yeniliklerden (bilgi, inovasyon) haberdar oldum.	315	82.7	14	3.7	52	13.6
Kongre, sunacağım hasta bakımının kalitesini arttırabileceğimi düşündürdü.	312	81.9	20	5.2	49	12.9
Kongre, kariyer planlamama yardımcı oldu.	310	81.4	22	5.8	49	12.9
Kongre, özel dal hemşireliklerine ilişkin bilgimi arttırdı.	298	78.2	22	5.8	61	16.0
Kongre, hemşirelik mesleği ile ilgili düşüncelerimin olumlu hale dönüşmesini sağladı.	282	74.0	33	8.7	66	17.3

Tablo 3. Öğrencilerin kongrenin değerlendirilmesine ilişkin görüşlerinin dağılımı (N=381)

	İyi		Orta		Kötü	
	n	%	n	%	n	%
Kongre duyurusu zamanında yapıldı.	341	89.5	40	10.5	-	-
Kongre düzenlenme tarihi uygundu.	335	88.0	29	7.9	17	4.4
Kongre içeriği günceldi.	319	83.8	52	13.6	10	2.6
Kongre içeriği amacına uygundu.	313	82.2	59	15.5	9	2.3
Kongre sunum konuları anlaşılırdı.	308	80.8	64	16.8	9	2.4
Kongre süresi yeterliydi.	302	79.3	64	16.8	15	3.9
Kongre içeriği zamanında duyuruldu.	270	70.9	99	26.0	12	3.1
Kongre konuşmacılarının sunum hakimiyeti iyiydi.	263	69.0	103	27.0	15	3.9
Kongre kahve araları iyi düzenlenmişti.	250	65.6	81	21.3	50	13.1
Kongre salonunun genel düzeni iyiydi.	246	64.5	76	19.9	59	15.5
Kongre salonunun ses düzeni iyiydi.	203	53.3	112	29.4	66	17.3
Kongre yemekleri güzeldi.	90	23.6	70	18.4	221	58.0

asistan doktorların sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılmama nedenleri arasında en çok etkinliklerden haberdar olmama, ekonomik nedenler ve ulaşım güçlüğü yer almıştır.

Meslekleşme sürecinde sistematik bilginin sürekli olarak kongre, sempozyum ve araştırmalarla genişletilerek içeriğinin artırılması gereklidir. Düzenlenen kongrenin, hemşirelik öğrencilerinin mesleki gelişimlerine katkı sağladığı, mesleğe olan motivasyonlarını, heyecanlarını arttırdığı ve mesleği ile ilgili farkındalık oluşturduğu saptanmıştır. Korkmaz ve Görgülü⁷, hemşirelerin meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşlerini incelediği çalışmasında, hemşirelerin yarısının araştırmaların mesleki gelişimlerini artırdığını belirtmişlerdir. Kıdak ve Aksaraylı¹⁹, öğrencilerin kongre, sempozyum gibi bilimsel ve sosyal faaliyetlerde yer almasının, meslekte sorumluluk almalarını arttırdığını ve mesleki gelişimlerine katkı sağladığını; Öztürk Dönmez ve Bayık Temel²⁰ de hemşirelik öğrencilerinin mesleki uygulamalarını bilimsel çalışmalarla bütünleştirebilmesi, öğrencilik sürecinde araştırma becerisi ve farkındalık kazanabilmesi ve bu farkındalığı mesleklerine aktarabilmesinde hemşirelik öğrencileri kongrelerinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinlikler; meslek üyelerini bir araya getiren bilimsel düşünce ve bilgi alışverişini sağlayan, sosyal anlamda meslek üyeleri arasında iletişim ve etkileşimi gerektiren bilimsel etkinlikler arasında yer almaktadır²¹. Öğrencilerin, kongrede diğer hemşirelik öğrencileri ile bilimsel etkileşimlerinin arttığı ve farklı eğitimlerin önemini

Tablo 4. Öğrencilerin daha sonra yapılacak hemşirelik öğrencileri kongrelerine ilişkin önerilerinin dağılımı (N=381)

Öğrencilerin Önerileri	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Kongrelere katılım konusunda öğrencilerin bilinçlendirilmesi ve okul tarafından desteklenmesi	380	99.7	1	0.3	-	-
Kongreler, öğrencilerin mesleki hedeflerini belirlemeye yönelik eğitimler içermeli	377	99.0	1	0.3	3	0.8
Kongreler, öğrencilere hemşirelik mesleğine farklı alanlardan bakış açısı kazandırmalı	375	98.4	3	0.8	3	0.8
Kongre içeriği, öğrencilerin gereksinim ve beklentilerini karşılayacak şekilde planlanmalı	373	97.9	4	1.0	4	1.0
Kongrelerde öğrenci hemşirelere mezuniyetten sonraki çalışma alanları tanıtılmalı	369	96.9	10	2.6	2	0.5
Kongre içeriğinin belirlenmesinde öğrenci görüşlerine önem verilmeli	366	96.1	7	1.8	8	2.1
Kongre içeriğinde karar verme, kritik düşünme, liderlik, yaratıcılık ve güven duygusunun kazandırılmasına yönelik eğitimler olmalı	364	95.5	6	1.6	11	2.9
Kongre, hemşirelik mesleği ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik planlanmalı	356	93.4	16	4.2	9	2.4
Kongre kursları sonunda sınav yapılmalı	173	45.4	153	40.2	55	14.4

kavradıkları belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak, farklı üniversitelerin hemşirelik bölümünde eğitim alan öğrencilerin birbirleri ile hem eğitim hem de kültürel olarak etkileşimde bulunmaları düşünülmüştür. Hemşirelik kongre/sempozyum bildiri kitapları incelendiğinde, yıllar geçtikçe bildiri sayısında artış olduğu gözlenmiş ve hemşirelik bölümünde öğrenci ve akademisyen sayısının artması ile araştırma yapma ve bilimsel toplantılara katılma gibi bilginin paylaşımı da artmıştır²²⁻²⁴. Düzenlenen kongre, öğrencilerin hemşirelik mesleğine ilişkin sorumluluk duygusunu arttırmış ve kişisel gelişimlerine katkı sağlamıştır. Hemşirelik mesleğinde bireysel sorumluluk alma mesleğin güçlü bir özelliğidir⁷. Ancak, Karagözoğlu ve Kangallı'nın²⁵ çalışmasında, hemşirelerin genel otonomilerinin "orta düzeyde" olduğu; Karadağ, Hisar ve Özhan Elbaş'ın²⁶ çalışmasında ise otonominin hemşirelerin en düşük profesyonel davranış özelliği olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, Sabancıoğlu ve Doğan⁸ da kişisel kimliğin oluşması ve mesleki profesyonel kimliğin gelişmesinde kişisel kimlik boyutunun oldukça önemli olduğunu saptamıştır.

Chitty²⁷; Kelly, Flexner, Genevieve ve Roy, Bixler ve Povalko'nun, hemşireliğin meslekleşme sürecinde, meslek ölçütü olarak bilgi birikiminin önemli olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızda, öğrencilerin, meslekte bilgi ve becerinin önemini anladıkları ve daha sonraki hemşirelik kongrelerine katılma isteklerinin arttığı saptanmıştır. Bunun nedeni olarak, düzenlenen kongrede öğrencilerin mesleği ile ilgili bilgi, deneyim ve yenilikleri farklı interaktif ortamda edinmeleri, farklı kültürlerden

gelen meslektaşlarıyla bir araya gelerek sosyalleşme olanağı bulmaları ve kongreye katılım koşullarının uygun olması düşünülmüştür. Meslek üyelerinin bir araya gelerek oluşturdukları meslek örgütleri yoluyla mesleki rollerin tanımlandığı, mesleki ahlak kurallarının geliştirildiği, politikaların saptandığı, mesleki hakları elde edebilmek için güçlerin birleştirildiği, yayın organlarının kurulduğu, üyelerin grup bilincine ulaştığı, mesleğe güç kattığı ve meslek üyelerinin güdüldüğü belirtilmektedir⁷. Düzenlenen kongrede öğrencilerin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgileri artmıştır. Bir araştırmada, hemşirelerin %76.2'sinin mesleki herhangi bir derneğe üye olmadıkları belirtilmiştir⁷. Benzer şekilde Karadağ, Hisar ve Özhan Elbaş da²⁶, hemşirelerin mesleki örgütlere katılım oranını düşük bulmuşlardır. Ülkemizde hemşirelikte mesleki örgütlere katılım ve grup bilinci henüz istenilen düzeyde değildir. Bu anlamda da düzenlenen kongrede hemşirelik öğrencilerinde hemşirelik derneklerine ilişkin farkındalık sağlandığı düşünülmüştür.

Kongre sonrası hemşirelik öğrencilerinin mesleği ile ilgili kritik/eleştirel düşünme ve sorun çözme yeteneği ile hastalarla/ekip üyeleriyle iletişimlerini güçlendirebileceklerine olan inançları artmıştır. Hemşirelik mesleği; eleştirel düşünme, sorun çözümü ve analiz etme yeteneği gerektirmektedir. Bu kongre sürecinde eleştirel düşünme ve sorun çözmeye yönelik düzenlenen oturumlarda “kavram haritası, karar ağacı ve altı şapkalı düşünme tekniği” gibi yöntemler tartışılmıştır. Hem bu yöntemler hem de kongre sürecinde ele alınan diğer konular hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme ve sorun çözme yeteneklerinin farkına varmalarına ve farklı bakış açıları geliştirmelerine neden olduğu düşünülmüştür. Hemşirelik mesleğinde iletişim, mesleğin yapı taşlarından biridir. Kongrenin bilimsel program içeriğinde hasta ve ekip üyeleri ile etkili iletişime önemle vurgu yapılmıştır. Sağlık kurumlarında hasta ve ekip üyeleri ile iletişim çatışmalarına sıklıkla tanıklık eden öğrenci hemşirelerde, kongreden sonra hasta ve ekip üyeleri ile iletişim sorunlarının nasıl en aza indirilebileceği, iletişim sorunları ile nasıl baş edilebileceği ve iletişimin nasıl güçlendirilebileceği ile ilgili farkındalık oluşturulduğu düşünülmüştür.

Sağlık alanında ve mesleğe ilişkin yeni bilgi, uygulama, teknoloji ve haberlerin paylaşılabilirdiği alanlar olan kongre gibi bilimsel etkinlikler, hemşirelik öğrencilerinin de güncel bilgi ve uygulamalardan haberdar olmasını sağlamaktadır²⁸. Hemşirelik öğrencilerinin kongrede hemşirelik mesleği ile ilgili yeniliklerden (inovasyon, bilişim) haberdar oldukları ve hasta bakım kalitesini arttırabilecekleri belirlenmiştir. Bu durum, kongrede hemşirelik mesleğine ilişkin bilişim, inovasyon, kalite gibi temalara yer verilmiş olması ile ilişkilendirilmiştir. Günümüzde sağlık alanında meydana gelen teknolojik gelişmeler nedeni ile sağlık bakımında kalite kavramı önem kazanmış ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, sağlık bakımında kalite ölçütleri arasında yer almıştır²⁹. Hemşirelik öğrencilerinin, kongre sonunda hemşirelik mesleği ile ilgili düşünceleri olumlu hale dönüşmüştür. Öğrenim çevresinin öğrencinin meslek algılayışını etkilemede önemli olduğu belirtilmiştir³⁰⁻³³. Ayrıca, yapılan bir çalışmada, öğrencilik yıllarında mesleğin toplumdaki olumsuz imajı hakkında bilgi sahibi olmaya başlayan öğrencilerin, mezuniyet sonrası hemşireliğin uygulama alanından ziyade eğitim ve yönetim alanında çalışmak istedikleri saptanmıştır³⁴. Yine mesleğini isteyerek ve severek seçen öğrencilerin gerek öğrenme yaşantıları sırasında gerek meslek yaşamlarında daha başarılı olduğu gösterilmiştir³⁵. Öğrencilik süresince yapılan hemşirelik kongrelerine öğrencilerin katılımının sağlanması ile öğrencilerin

meslekle ilgili düşüncelerinin daha olumlu hale gelebileceği düşünülmüştür.

Yapılan 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nin duyurusunun zamanında yapıldığı, düzenlenme tarihinin uygun, içeriğinin güncel ve amacına uygun olduğu ancak yemeklerinin kötü olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel özelliklerinin, bakım becerilerinin, teknolojik olanakları kullanabilme becerilerinin geliştirilmesinde oldukça önemli olan kurs, sempozyum ve kongre gibi etkinliklerde kongre hazırlığının (kongre binası, ses düzeni, ulaşım, duyuru, içerik vb.) yeterli olmasının öğrencilerin öğrenim yaşantılarını olumlu etkileyebileceği düşünülmüştür. Ayrıca, hemşirelik eğitim (kongre, kurs, sempozyum) programlarının etkinliğinin ve sonuçlarının değerlendirilmesinin, değişen gereksinimler doğrultusunda yenilenmesinin, eğitimin kaliteli ve verimli uygulanması açısından önemli olduğu belirtilmiştir⁸.

Kongreye katılan öğrencilerin daha sonra yapılacak hemşirelik öğrencileri kongrelerine ilişkin öncelikle öğrencilerin kongrelere katılım konusunda bilinçlendirilmesi ve okul tarafından desteklenmesi ve kongrelerin öğrencilerin mesleki hedeflerini belirlemeye yönelik eğitimler içermesini önerdikleri saptanmıştır. Bu doğrultuda, daha sonra yapılacak hemşirelik kongre programlarında öğrencilerin önerileri çerçevesinde gerekli düzenlemelerin yapılması önemlidir. Bu nedenle daha sonra yapılacak hemşirelik öğrencileri kongrelerinde, öğrenci önerilerinin bilimsel düzenleme kurulları tarafından göz önünde bulundurulmasını öğrencilerin kongrelerden yarar sağlamasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin, 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'ni mesleki gelişimleri açısından olumlu buldukları, genel olarak kongreyi olumlu değerlendirdikleri ve daha sonraki hemşirelik kongrelerine katılmak için desteklenmek istedikleri saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Öğrencilerin profesyonel bilginin paylaşıldığı, bilimsel etkileşimin arttığı ve yenilikçi yaklaşımların öğrenildiği bilimsel etkinliklerle (kongre, sempozyum, kurs vb.) ilgili bilinçlendirilmesi,
- Öğrencilerin lisans eğitimi süresince birinci sınıftan itibaren kongre, sempozyum ve kurslara katılımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi (kurumsal izin, maddi destek, teşvik ödülü vb.).
- Periyodik olarak öğrencilerin kendilerini ve mesleğini geliştirme davranışlarını destekleyici öğretim yöntemlerini içeren (vaka ve eğitim sunumları, interaktif grup çalışmaları, araştırma raporları, paneller vb.) eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi,
- Öğrencilerin öğretim elemanları ve kurum tarafından kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinliklerde sunum yapmak üzere araştırma yapmalarının desteklenmesi,
- Düzenlenecek olan bilimsel etkinliklerin öğrencilere zamanında duyurulması,
- Daha sonra düzenlenecek bilimsel etkinlikler için öğrenci önerilerinin dikkate alınması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik esasları-temel kuram, kavram, ilke ve yöntemler, Cilt 1, 5. Basım. Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti. Hacettepe Üniversitesi; 2001. s.13-25.
2. Yanikkerem E, Altınparmak S, Karadeniz G. Gençlerin meslek seçimini etkileyen faktörler ve benlik saygıları. Nursing Forum Dergisi 2004 7(2):61- 62.
3. Seçer Ş. Mesleki yaşam modelinin oluşturulması ve mesleki analizlerde kullanımı. Celal Bayar Üniversitesi S.B.E. Sosyal Bilimler Dergisi 2009 7 (1), 35-56.
4. Sarıkaya T, Khorshid L. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi: üniversite öğrencilerinin meslek seçimi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2009 7(2), 393-423.
5. Sarmasoğlu Ş, Görgülü S. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine öğrenmeye hazırlanış düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014 1(3), 13-25.
6. Karadağ A. Meslek olarak hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [online] 2002 5 (2), 55-62. URL: <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/184/178>.
7. Korkmaz F, Görgülü S. Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010 17 (1), 1-17.
8. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2012 15(4), 275-282.
9. Gözüm S. Hemşirelik eğitimine yeni başlayan öğrencilerin mezuniyet sorası çalışmak istedikleri ve istemedikleri hemşirelik alanlar ve gerekçeleri. 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyum Kitabı; 2000 Sayı:85- 94; Malatya.
10. Göz F, Erkan M. Sağlık memurluğu öğrencilerinin mesleki düşünce, görüş ve sorunları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2001 1(2), 37- 50.
11. Beydağ KD, Gündüz A, Özer FG. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin eğitimlerine ve mesleklerine bakış açıları, meslekten beklentileri: The view of Denizli Health College students about their educations and their professional expectations. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008 1(3),137-142.
12. Özsoy A. Hemşire öğrencilerinin mesleğe ilişkin görüşlerinin ileriye dönük incelenmesi, 7. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı; 1996 345-350; Erzurum.
13. Halabi JO, Hamdan-Mansou A. Attitudes of Jordanian nursing students towards nursing research. Journal of Research in Nursing 2010 17(4):363-373.
14. American Association of Colleges of Nursing (AACN). Position statement on nursing research, 2015 URL: <http://www.aacn.nche.edu/publications/position/NsgResearch.pdf> 13.01.2016.
15. Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M, Doğan S. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008 10 (2), 3-16.
16. Karamanoğlu AY, Gök Özer F, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi [online], 2009 14(1): 12-17. URL: <http://firattipdergisi.com/text.php?id=532>.
17. Karadaş C, Özdemir L. Hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya yönelik farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015 2(3), 30-39.
18. Hıdıroğlu S, Önsüz MF, Topuzoğlu A, Karavuş M. Bir Tıp Fakültesindeki öğretim üyesi, uzman ve asistan doktorların sürekli mesleki gelişim kavramına bakış açılarının değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal 2010 23(3);360-368.
19. Kıdak L, Aksaraylı ÖGDM. Sağlık hizmetlerinde motivasyon faktörleri. Sosyal Bilimler, 2009 7(1), 75-84.
20. Öztürk Dönmez R, Bayık Temel A. Türkiye'de hemşirelik öğrencileri kongrelerinde sunulan bildiri özellikleri (2000-2011) Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2014 16(1), 23-33.

21. Karagöç S. Kritik düşünmeyi geliştirme stratejileri, İleti Dergisi 2003 3: 5-7.
22. Ünsal A, Sökmen S. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisinin makale ve yazar özellikleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011 14 (4),10-16.
23. Ergül S, Ardahan M, Temel AB, Yıldırım BÖ. Bibliometric review of references of nursing research papers during the decade 1994-2003. Int Nurs Rev 2010 57(1), 49-55.
24. ÖSYM, 2010-2011 İstatistik yıllığı. [İnternet] Ulaşım adresi:<http://www.osym.gov.tr/belge/1-12654/2010-2011-ogretim-yili-yuksekokretim-istatistikleri.html>. Erişim: 05.01.2013.
25. Karagözoğlu Ş, Kangallı P. Hemşirelerin otonomi düzeyleri: otonomiye etkileyen bazı profesyonel kurumsal faktörler. Türkiye Klinikleri 2009 29 (5), 1085-1097.
26. Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. The Level of professionalism among nurses in Turkey. Journal of Nursing Scholarship [online], 2007 7; 39 (4), 371-374. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2007.00195.x/>.
27. Chitty KK. Professional Nursing. 2nd Edition; 1993, Pennsylvania: W.B.Saunders Company.
28. Fidancıoğlu H, Beydağ KD, Gök Özer F, Kızılkaya, M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin internet kullanımına yönelik görüşleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009 Cilt:2,Sayı:1. 1-9.
29. Geçkil E, Dünder Ö, Şahin T. Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008 15 (2), 41-51.
30. Happel B. Student interest in perioperative nursing practice as a career. Association of Perioperative Registered Nurses, 2000 71(3), 600-605.
31. Kaynak T, Adal Z, Atay ve ark. İnsan kaynakları yönetimi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları 1998 Yayın No. 276, İstanbul.
32. Çam O. Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği konusundaki görüşleri. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 1997 s: 162-169, İstanbul.
33. Marriner Tomey A. Nursing Management and Leadership, MosbyYearbook, 1996 Philadelphia.
34. Keskin G, Madenoğlu Kıvanç M, Mishal A. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki düşünceleri. II. Uluslararası- IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Mirage Park Resort Otel, 2003 s: 268-270, Antalya.
35. Tunç G, Akansel N, Özdemir A. Hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin meslek seçimlerini etkileyen faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010, 3(1), 24-31.

Kemoterapi ve Radyoterapi Uygulanan Baş-Boyun Kanserli Hastalarda Mukozit Yönetimine Yönelik Kullanılan Oral Ajanların Retrospektif Olarak İncelenmesi

Retrospective Investigation of Oral Agents Used for Management of Mucositis in Patients With Head and Neck Cancer Receiving Radiotherapy and Chemotherapy

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 15-27

Kübra ÇITLAK¹, Sevgisun KAPUCU¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 21 Eylül 2016

Kabul Tarihi: 27 Ocak 2017

ÖZ

Amaç: Bu araştırma kemoterapi ve radyoterapi uygulanan baş-boyun kanserli hastalarda mukozit yönetimine yönelik kullanılan oral ajanların incelenmesi amacıyla retrospektif tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde yürütölmüştür. Araştırmanın örneklemini tanı konduktan sonra tedavi amaçlı planlanmış kemoterapi ve radyoterapi kürü almak için Mayıs 2012-Mayıs 2015 tarihleri arasında klinikte yatışı olan 46 hastanın hastane kayıtları oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen dosya inceleme formu kullanılarak toplanmış olup, hasta dosyalarında var olan DSÖ Oral Toksisite Skalasına göre değerlendirilmif oral mukozit dereceleri bu forma eklenmiştir. Grup farklılıklarının belirlenmesinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testi, iki sayısal değişken arasındaki ilişkiye bakmak için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan baş-boyun kanserli hastaların %39.1'inin 61 yaş ve üzeri, %84.8'inin erkek, %45.7'sinin ise larenks kanseri olduğu belirlenmiştir. Tedavi sürecinde hastaların %13'ünde mukozit görölmez iken, %30.4'ünde Grade 2, %26'sında Grade 3 ve %17.3'ünde Grade 4 seviyesinde oral mukozit görölümüştür. Hastaların %4.4'ünde grade 2 oral mukozitte sukralfat-lidokain karışımı, %6.6'sında grade 3 oral mukozitte nistatin+klorheksidin+L-Glutamin kombinasyonu, %10.9'unda grade 4 oral mukozitte sadece oral L-Glutamin kullanıldığı saptanmıştır.

İletifim : citlakkubra@gmail.com

Sonuç: Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; baş-boyun radyoterapisi alanlarda oral mukozit yönetiminde kullanılan ağız bakım ajanlarının etkinliğine ilişkin randomize kontrollü çalışmaların yapılması ve rehberlere göre etkinliği kanıtlanmış ağız bakım ajanlarının etkin kullanımı önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ağız bakım ajanları, baş-boyun kanserleri, hemşirelik, oral mukozit, radyoterapi.

ABSTRACT

Aim: This study was conducted as a retrospective descriptive study with the aim of investigating the oral agents used for management of mucositis in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy and chemotherapy.

Material and Methods: The study was conducted in Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Education and Research Hospital Radiation Oncology Clinic. The sample of the study composed hospital records of 46 patients who were staying at the clinic to get radiotherapy and chemotherapy cures planned for treatment after diagnosis between May 2012 and May 2015. Data was collected by using a file review form developed by the researcher, degrees of oral mucositis which had already been evaluated according to the WHO oral toxicity scale and was present in patient files were added into the review form. Non-parametric statistics including Mann-Whitney U Test and Kruskal Wallis Test for group comparisons and Spearman's correlation analysis for relations among quantitative variables were used.

Results: Of the patients with head and neck cancer, 39.1% were 61 years old and older, 84.8% were men, 45.7% had laryngeal cancer. During the treatment period while mucositis was not observed in 13% of the patients, Grade 2 oral mucositis was observed in 30.4% of the patients, Grade 3 in 26% of the patients and Grade 4 in 17.3% of the patients. In 4.4% of patients having grade 2 oral mucositis mixture of sucralfat-lidocain was used, in 6.6% of patients having grade 3 oral mucositis nystatin+chlorhexidin+L-Glutamin was used and in 10.9% of patients with grade 4 oral mucositis oral L-Glutamin was used.

Conclusion: In the direction of results obtained in this study, it was recommended that randomized controlled studies on the effectiveness of the oral care agents used in the management of oral mucositis in the patients receiving head and neck radiotherapy should be conducted and effective use of the oral care agents, effectiveness of which are proven according to the guides, should be provided.

Key Words: Oral care agents, head-neck cancers, nursing, oral mucositis, radiotherapy.

GİRİŞ

Baş-boyun kanserleri, burun ve nazofarenksin mukozal yüzeyinden başlayarak trakea ve özefagusun torakal bölümü boyunca uzanan bölgeyi kapsayan kanserler için kullanılan bir terimdir^{1,2}. DSÖ'nün 2012 yılına ait verilerine göre 14.1 milyon yeni kanser vakası arasında baş-boyun kanseri insidansının yüz binde 9.2 olduğu bildirilmektedir³⁻⁷. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı'nın 2013 yılı verilerine göre ise baş-boyun kanseri insidansının yüz binde 16.2 olduğu rapor edilmiştir⁸. Baş-boyun kanserleri epidemiyolojik veriler açısından en önemli kanserler arasında yer almamakla birlikte, hastalık süreci ve tedavisinde kullanılan yöntemlere bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle hastaların günlük yaşamlarında sınırlılıklara yol açan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen komplike kanser türlerinden biridir¹.

Baş-boyun kanserlerinin tedavisinde, tek başına veya cerrahi ve kemoterapi ile birlikte olmak üzere, sıklıkla başvurulan yöntem radyoterapidir². Radyoterapi sonucu en sık görülen komplikasyonlar: yorgunluk, cilt değişiklikleri, ağız kuruluğu, mukozit, tat değişiklikleri, ağızda/boğazda ağrı, disfaji, odinofaji, iştahsızlık, bulantı, kusma ve emosyonel (anksiyete, depresyon, korku, stres, yalnızlık, kontrol kaybı) değişikliklerdir⁹. Radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda sıklıkla görülen komplikasyonlardan biri olan oral mukozit, radyoterapi ile eş zamanlı kemoterapi alan hastalarda daha erken dönemde başlar, daha ciddi seyrederek ve geç iyileşir^{9,10}. Genellikle ön oral kavitede (bukkal mukoza, dudaklar ve dilin arka kısmı) gelişen mukozit, oral mukoza epitel hücrelerinin hızlı bölünmesi sebebiyle sitotoksik ajanlar tarafından kanser hücrelerine benzetilerek hasara uğrarlar¹⁰. Akkaş ve arkadaşlarının 2013 yılında baş boyun kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada radyoterapi alan hastaların %90'ında ağız kuruluğu, %95'inde kilo kaybı, %82'sinde grade 1-2 mukozit görüldüğü belirtilmiştir¹¹. Haefner ve arkadaşlarının radyoterapi alan 238 hasta ile retrospektif olarak yaptıkları çalışmada ise akut dönemde 131 hastada disfaji, 69 hastada dermatit geliştiği kaydedilmiştir¹². Karthikeyan ve arkadaşlarının kanser tedavisi alan 121 hasta ile yaptıkları çalışmada radyoterapi alan hastaların %45'inde ciddi yorgunluk gözlemlendiği bildirilmiştir¹³. Bostanoğlu'nun radyoterapi alan baş boyun kanserli hastaların yaşadıkları semptomları belirlemek amacıyla 2014 yılında yapmış olduğu çalışmasında, radyoterapi sonrası 47 hastada ağrı, halsizlik, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü ve tat değişikliği gibi semptomların görülme oranının %100 olduğu belirtilmiştir¹⁴.

Mukozit sorunu yaşayan hastalarda, güçlü ağrı kesicilerin kullanımını gerektirebilen ağrı, çiğneme ve yutma güçlüğü, beslenme bozukluğuna bağlı malnütrisyon, dehidratasyon, anoreksi ve kaşeksi gibi komplikasyonlar görülürken; enfeksiyon nedeniyle hastanede kalış süreleri uzamakta ve mortalite oranı artmaktadır. Bunun yanı sıra hastalar yaşadığı tüm bu sorunlar nedeniyle, özellikle enfeksiyona bağlı olarak tedavi kürlerini almada ve tamamlamada sorunlar yaşayabilmektedir^{10,15}. Trotti ve arkadaşlarının radyoterapi alan baş boyun kanserli hastalarda görülen oral mukozit sıklığı ve oral mukozitin sonuçlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları sistematik literatür derlemesinde 33 çalışma taranmış ve çalışmaların %10'unda oral mukozitin en sıkıntılı semptomu olarak ağız içinde ağrı olduğu rapor edilmiştir. Yine aynı derlemede çalışmaların %12'sinde oral mukozite bağlı yutma zorluğu, %3'ünde oral mukozite bağlı dehidratasyon, %3'ünde oral mukozite bağlı ağrı nedeniyle opioid türevi analjezik kullanımı, %30'unda oral mukozite bağlı kilo kaybı ve %63'ünde oral mukozite bağlı tedavi dozunun atlanması ya da doz azaltılması yapıldığı belirtilmiştir¹⁵. Mukoziti olan hastalar daha fazla opioid türevi ağrı kesici kullanmakta ve besin destek ürünlerine de gereksinim duymaktadır¹⁶. Ayrıca bu hastalarda enfeksiyon oranları mukoziti olmayanlara göre daha yüksek seyrettiği için hastanede kalış süreleri uzamakta bu durumda sepsise bağlı mortaliteyi arttırmaktadır. Bunun yanı sıra hastalar yaşadığı tüm bu sorunlar nedeniyle, özellikle enfeksiyona bağlı olarak tedavi kürlerini almada ve tamamlamada sorunlar yaşayabilmektedir¹⁰. Hastanın genel durumunun bozulmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açan oral mukozitin önlenmesi ve tedavisi önemlidir¹⁶.

Kemoradyoterapi ve radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda, genel durumunun bozulmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açan oral mukozitin önlenmesi ve erken dönemde tedavi edilmesi önemlidir^{9,14}. Bu amaçla benzidamin hidroklorür,

klorheksidin, karbonat, povidon iyot, palifermin, GM-CSF, karışım gargarası (sükralfat, difenhidramin, lidokain, antiasit) gibi oral ajanlar kullanılmaktadır¹⁷⁻¹⁹. Bu ajanların etkinliğine dair birçok çalışma ve bu çalışmaları temel alarak geliştirilmiş rehberler bulunmaktadır. Oral mukozit gelişimini önlemede kullanılan pek çok ajanın olmasına rağmen bu kullanımların kurumsal farklılıklar gösterdiği ve önerilen standart bir uygulama bulunmamaktadır²⁰.

Ülkemizde kemoradyoterapi ve radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda oral mukozit yönetimine yönelik kullanılan oral ajanlar konusunda araştırmalara kaynak olabilecek retrospektif çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilecek sonuçların kemoradyoterapi ve radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda oral mukozit yönetimine yönelik kullanılan oral ajanların etkinliği üzerine yapılacak çalışmalara kaynak olabileceği düşünülmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırmanın yöntemi retrospektif tanımlayıcı çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğine Mayıs 2012 - Mayıs 2015 tarihleri arasında yatarak kemoterapi ve radyoterapi alan baş boyun kanserli hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi ise, aynı tarihler içinde tanı konduktan sonra tedavi amaçlı planlanmış birinci kemoterapi ve radyoterapi kürü alan, mukozit yönetimine yönelik oral ajanların uygulandığı baş-boyun kanserli hastalar oluşturmuştur. Radyasyon Onkolojisi Klinik kayıtları taranarak Mayıs 2012- Mayıs 2015 tarihleri arasında yatarak radyoterapi alan toplam 65 baş-boyun kanserli hastanın arşiv numaralarına ulaşılmıştır. Bu arşiv numaraları ile klinik arşivinden ulaşılabilen hasta dosya sayısı toplam 46 olup evrenin %71'ine ulaşılmıştır. Ulaşılamayan dosyalar hastanedeki tüm klinikler sorgulandıktan sonra hastaların kendi dosyalarını yasak olmasına rağmen hastane dışına çıkarmış oldukları sonucuna varılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada, araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucu geliştirilen; sosyodemografik, sosyal ve tıbbi özelliklerine ilişkin sorular içeren '*Dosya İnceleme Formu*' kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak^{7,9,20-24} hazırlanan dosya inceleme formunda hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol alışkanlık öyküsü, tanısı, klinik evresi, tedavi şekilleri, radyoterapi dozu ve fraksiyon sayısı, kemoradyoterapide kullanılan kemoterapi ajanının ne olduğu, tedavi süresince beslenme şekli ve oral mukozit yönetiminde kullanılan ajan ya da ajanlara dair toplam 14 soru bulunmaktadır. Tedavi süresince hasta dosyalarında var olan DSÖ Oral Toksikite Skalasına göre değerlendirilmiş oral mukozit derecelerinden en yüksek değeri dosya inceleme formunun en son sorusunda sorgulanmıştır.

Araştırmanın Uygulaması

Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde Mayıs 2012–Mayıs 2015 tarihleri arasında radyoterapi almak için yatışı olan 46 baş-boyun kanserli hastaların dosyaları araştırmacı tarafından retrospektif olarak incelenmiştir. Veriler araştırmacı tarafından 15-19 Şubat 2016 tarihleri arasında mesai saatleri içerisinde hastane arşivinde hastaların dosyaları ‘Dosya İnceleme Formu’ yönlendirmesinde incelenerek toplanmıştır. Hastalara ait hemşire gözlem formunun arka yüzünde bulunan ‘DSÖ Toksikite Skalası’na göre tedavi süresince hemşire tarafından değerlendirilip kaydedilen en yüksek oral mukozit derecesi ‘Dosya İnceleme Formu’nun en son kısmında bunun için ayrılmış yere kaydedilmiştir. Her bir hasta dosyasının incelenerek verilerin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri SPSS 20.0 paket programında; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortanca, minimum ve maksimum değerler), Kolmogorov-Smirnov ($n>30$), Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U testi (Z tablo değeri), Kruskal-Wallis H Testi (χ^2 tablo değeri), Spearman Korelasyon Testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. (Karar no: GO 15/714 -11). Araştırmanın yapıldığı hastaneden yazılı izin alınmıştır (Sayı no: 20033663/).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma verileri DSÖ Toksikite Skalası Mayıs 2012 tarihinden itibaren araştırmanın yapıldığı hastanenin hemşire gözlemlerinde yer alması nedeniyle Mayıs 2012-Mayıs 2015 yılları ile sınırlıdır. Aynı zamanda çalışmanın retrospektif olması sebebiyle skalaların araştırmacı tarafından puanlanmaması, skala puanlarının ve tüm verilerin hasta dosyalarında alınması, hemşire gözlemlerinde değerlendirilmiş olan ağrının oral mukozit ağrısına ait olduğuna dair veri bulunmaması, oral mukozitin radyoterapi seansının kaçınıcı gününde geliştiğine dair bilginin olmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur. Ayrıca baş-boyun kanserli hastaların tedavilerinin genellikle yatış gerektirmeden her gün radyoterapi seanslarına gelerek tedavi olmaları, hasta dosyalarının hastalar tarafından hastane dışına çıkarılması nedeniyle bazı hasta dosyalarına (19 hasta dosyası) ulaşılamaması evrenin tamamına ulaşmamızı engellemiştir.

BULGULAR

Son üç yıl içinde radyoterapi uygulanan baş-boyun kanserli hastaların yaş ortalamasının 55.24 ± 15.88 olduğu ve hastaların %39.1’inin 61 yaş ve üzerinde, %84.8’inin erkek, %56.5’inin ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %43.5’inin en az bir kronik hastalığı olduğu, hastalardan %78.3’ünün sigara içtiği ve %15.2’sinin alkol

kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %45.7'sinin larenks kanseri olduğu, %63'ünün hem kemoterapi hem radyoterapi aldığı, %58.6'sının 66 Gy ve üstünde radyoterapi dozu aldığı ve %58.6'sının radyoterapi dozunu 33 fraksiyon ve üstünde aldığı görülmüştür. Hastaların %47.8'inin tedavi süresince oral ve enteral ürünler ile beslendiği belirlenmiştir. Hastaların tedavi sürecinde DSÖ toksisite skalasından aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; hastaların %13'ünde mukozit görülmez iken, %30.4'ünde grade 2, %26'sında grade 3 ve %17.6'sında grade 4 seviyesinde oral mukozit görüldüğü saptanmıştır.

Hastaların tedavi süresinde en yüksek oral mukozit derecesinde kullandıkları oral ajanların kombinasyonlarına bakıldığında; %6.6'sında tedavi süresi boyunca hiç oral mukozit görülmediği ve herhangi bir oral ajanın kullanılmadığı görülmüştür. Hastaların %4.4'ünde grade 2 oral mukozitte; sukralfat-lidokain karışımı, %6.6'sında grade 3 oral mukozitte ise; nistatin+klorheksidin+L-glutamin kombinasyonu, %10.9'unda grade 4 oral mukozitte; sadece oral L-glutamin kullanıldığı tespit edilmiştir. En fazla oral bakım ajanı içeren "nistatin+sukralfat-lidokain+klorheksidin+benzidamin+flurbiprofen Oral Sprey+L-glutamin+sodyum bikarbonat+ ağız bakım kitinden" oluşan kombinasyonun hastaların %2.2'sinde grade 3 oral mukozitte kullanıldığı bulunmuştur (Tablo 1).

Hastaların tedavi süresince kombine olarak kullandıkları oral ajanlar incelendiğinde; hastaların %23'ünün oral L-glutamin şase, %18.8'inin nistatin, %15.8'inin klorheksidin, %12.9'unun 250 ml sukralfat + 10 ml lidokain, %9.4'ünün benzidamin hidroklorid kullandığı belirlenmiştir. Hastaların sodyum bikarbonat (%8.6), gelclair jel® (%1.4) ve flurbiprofen oral sprej ajanını (%0.7) diğer ağız bakım ajanlarına göre daha az oranda kullandıkları saptanmıştır.

Tedavi süresince kombine olarak kullanılan ağız bakım ajanlarına göre oral mukozit derecesine bakıldığında; nistatin süspansiyon kullananların %38.4'ünde grade 3, 250 ml sukralfat+10 ml lidokain kullananların %33.3'ünde grade 3, klorheksidin kullananların %40.9'unda grade 2, benzidamin hidroklorid kullananların %38.4'ünde grade 2 ve 3, oral L-glutamin şase kullananların %31.2'sinde grade 2, sodyum bikarbonat kullananların %33.4'ünde grade 3, ağız bakım kiti kullananların %38.5'inde grade 2 ve 3, gelclair jel® kullananların %50'sinde 2 ve 4, flurbiprofen oral sprej kullananların %100'ünde grade 3 oral mukozit görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanma öyküsüne göre WHO toksisite skalasından aldıkları puanlara bakıldığında, grublar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızda, radyoterapi dozu ile fraksiyon arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.604;p=0.000$). Buna göre radyoterapi dozu arttıkça, fraksiyonda orta derecede artacaktır. Aynı şekilde fraksiyon arttıkça, radyoterapi dozu da orta derecede artacaktır. Radyoterapi dozu ile en yüksek oral mukozit derecesi ve en yüksek ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). En yüksek oral mukozit derecesi ile en yüksek ağrı puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.425;p=0.003$). Buna göre en yüksek oral mukozit derecesi arttıkça, en yüksek ağrı puanı zayıf derecede artacaktır (Tablo 2).

Tablo 1. Tedavi Süresince En Yüksek Oral Mukozit Derecesinde Kullanılan Ağız Bakım Ajanlarının Kombinasyonları (n: 46)

Ağız Bakım Ajanlarının Kombinasyonları	Oral Mukozit Derecesi	n	%
Oral bakım ajanı kullanılmamış	Grade 0	3	6.6
L-Glutamin	Grade 4	5	10.9
Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+Sodyum Bikarbonat	Grade 2	1	2.2
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+L-Glutamin+ Sodyum Bikarbonat	Grade 4	1	2.2
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Benzidamin +Sodyum Bikarbonat+Ağız Bakım Kiti*	Grade 4	1	2.2
Nistatin+L-Glutamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 4	1	2.2
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Benzidamin+L-Glutamin	Grade 4	1	2.2
Sukralfat-lidokain	Grade 2	2	4.4
Sukralfat-lidokain+Klorheksidin	Grade 0	1	2.2
Nistatin+Benzidamin+L-Glutamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 2	1	2.2
Nistatin+Klorheksidin+L-Glutamin+Gelclair jel®+Ağız Bakım Kiti	Grade 2	1	2.2
Nistatin+Klorheksidin+L-Glutamin	Grade 3	3	6.6
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+Benzidamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 2	1	2.2
Klorheksidin+L-Glutamin+Sodyum Bikarbonat	Grade 3	1	2.2
L-Glutamin+Sodyum Bikarbonat+Ağız Bakım Kiti	Grade 1	1	2.2
Klorheksidin+L-Glutamin	Grade 2	1	2.2
Nistatin+Klorheksidin+L-Glutamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 2	1	2.2
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+L-Glutamin	Grade 0	1	2.2
Nistatin+Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+Benzidamin+L-Glutamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 3	1	2.2
Nistatin+Klorheksidin+L-Glutamin+Benzidamin+Sodyum Bikarbonat	Grade 2	1	2.2
Sodyum Bikarbonat	Grade 1	1	2.2
Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+L-Glutamin+Gelclair jel®	Grade 4	1	2.2
Nistatin+Klorheksidin+Benzidamin+L-Glutamin	Grade 2	1	2.2
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+L-Glutamin	Grade 3	1	2.2

Tablo 1. Tedavi Süresince En Yüksek Oral Mukozit Derecesinde Kullanılan Ağız Bakım Ajanlarının Kombinasyonları (n: 46) (Devam)

Ağız Bakım Ajanlarının Kombinasyonları	Oral Mukozit Derecesi	n	%
Sukralfat-lidokain+Ağız Bakım Kiti	Grade 3	1	2.2
Nistatin+Klorheksidin+Benzidamin+L- Glutamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 2	1	2.2
Nistatin+Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+Benzidamin+Flurbiprofen Oral Sprey+ L- Glutamin+Sodyum Bikarbonat+Ağız Bakım Kiti	Grade 3	1	2.2
Nistatin+Klorheksidin+L- Glutamin+Sodyum Bikarbonat	Grade 3	1	2.1
Nistatin+Benzidamin	Grade 4	1	2.1
Nistatin+Klorheksidin+L- Glutamin	Grade 2	1	2.1
Nistatin+Sodyum Bikarbonat	Grade 3	1	2.1
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Benzidamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 3	1	2.1
L- Glutamin+Sodyum Bikarbonat	Grade 1	1	2.1
Nistatin+Benzidamin+L- Glutamin+Ağız Bakım Kiti	Grade 3	1	2.1
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+Benzidamin+L- Glutamin	Grade 3	1	2.1
Sukralfat-lidokain+L- Glutamin	Grade 2	1	2.1
Nistatin+ Sukralfat-lidokain+Klorheksidin+L- Glutamin+Sodyum Bikarbonat	Grade 4	1	2.1

*Ağız Bakım Kitinde bulunan temizleme solüsyonu klorheksidin glukonat içermektedir.

Tablo 2. Nicel Değişkenlerin Birbirleriyle Olan İlişkisinin Dağılımı

Korelasyon (n=46)	Yaş	Radyoterapi Dozu	Fraksiyon	En Yüksek Oral Mukozit Derecesi	En Yüksek Ağrı Puanı
Yaş	r=1.000 -	r=-0.071 p=0.641	r=0.089 p=0.555	r=-0.180 p=0.232	r=0.008 p=0.956
Radyoterapi Dozu	r=-0.071 p=0.641	r=1.000 -	r=0.604 p=0.000	r=0.194 p=0.195	r=0.154 p=0.306
Fraksiyon	r=0.089 p=0.555	r=0.604 p=0.000	r=1.000 -	r=0.236 p=0.114	r=0.248 p=0.096
En Yüksek Oral Mukozit Derecesi	r=-0.180 p=0.232	r=0.194 p=0.195	r=0.236 p=0.114	r=1.000 -	r=0.425 p=0.003
En Yüksek Ağrı Puanı	r=0.008 p=0.956	r=0.154 p=0.306	r=0.248 p=0.096	r=0.425 p=0.003	r=1.000 -

TARTIŞMA

Baş-boyun kanserli hastalarda yapılan çalışmalar ve literatür^{9-11,14,20,21,25-27} incelendiğinde, radyoterapi ve kemoradyoterapiye bağlı olarak en sık görülen komplikasyonun oral mukozit olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda yüksek oranda grade 2 seviyesinde oral mukozit görüldüğü saptanırken, Epstein ve arkadaşlarına göre baş-boyun kanserli hastalarda radyoterapi ve kemoradyoterapi süresince daha çok grade 3 oral mukozit görülmektedir²².

Araştırmamızda hastaların %6.6'sında tedavi süresi boyunca hiç oral mukozit görülmediği ve herhangi bir oral ajanın kullanılmadığı belirlenmiştir. Hastaların %4.4'ünde grade 2 oral mukozitte sukralfat-lidokain karışımı, %6.6'sında grade 3 oral mukozitte nistatin+klorheksidin+L-glutamin kombinasyonu, %10.9'unda grade 4 oral mukozitte sadece oral L-glutamin kullanıldığı tespit edilmiştir. En fazla oral bakım ajanı içeren nistatin+sukralfat-lidokain+klorheksidin+benzidamin+flurbiprofen oral sprey+L-glutamin+sodyum bikarbonat + ağız bakım kitinden oluşan kombinasyon hastaların %2.2'sinde grade 3 oral mukozitte kullanıldığı bulunmuştur. Bu durumun tedavi sürecinde oral mukozit şiddeti artıkça mukozit yönetimi için mevcut kullanılan oral bakım ajanı veya ajanlarına eklemeler yapılmasıyla ilişkilendirilmiştir. Literatürde²⁸⁻³⁵ bu kombinasyonların kullanımı ve etkinliğine ilişkin çalışmalara rastlanmıştır.

Çalışmamızda hastaların mukozit yönetiminde L-glutamin şase, nistatin, klorheksidin, benzidamin hidroklorid, sukralfat - lidokain karışımı, sodyum bikarbonat, ağız bakım kiti, gelclair jel®, flurbiprofen oral sprey gibi oral ajanlardan oluşan değişik kombinasyonlar kullanıldığı görülürken literatürde^{24,28-30} bu oral ajanların tek başına kullanımına dair etkinlik çalışmaları bulunmaktadır. MASCC=ISOO rehberine göre; özellikle klorheksidinin oral mukoza epiteline zarar verdiği, ağız içinde yanma ve ağrıya neden olduğu, oral mukozit önleme ve tedavisinde etkili olmadığı için oral mukozit yönetiminde kullanımının önerilmediği görülmektedir²⁸. Can'ın 2010 yılına ait konsensusunda da baş-boyun radyoterapisi uygulanan hastalarda klorheksidin kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir²⁹. Demir Doğan'ın yapmış olduğu çalışmasında nistatin kullanan 42 radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastanın %26.8'inde grade 3 oral mukozit geliştiği kaydedilmiştir²⁴. Shebani ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmalarında, radyoterapi alan baş- boyun kanserli hastalarda oral mukozit önleme ve yönetiminde benzidamin gargarası kullanan hasta grubunda dördüncü haftadan itibaren oral mukozit derecesinin, istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirtilmiştir³⁰.

Meredith ve arkadaşlarının tarafından 1997 yılında sukralfat, difenhidramin, lidokain, antasit kombinasyonunun etkinliğini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada, bu karışımı kullanan hastalarda ciddi mukozit görülmediği bildirilmiştir³¹. Çalışmamızda ise, sukralfat - lidokain karışımı kullanan hastaların, kullanmayanlara göre en yüksek oral mukozit derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun hastalarda oral mukozit şiddeti arttığında sukralfat - lidokain karışımının kullanılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Sukralfat-lidokain karışımı radyoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda oral mukozit tedavisinde ve mukozite bağlı ağrının giderilmesinde kliniklerde sıklıkla kullanılmaktadır. Bazı kliniklerde bu karışımın içerisine antihistaminik şurup ve

nistatin süspansiyon eklenmekte ve hastalara yemeklerden önce yutarak ya da gargara yaptırılarak kullanımları önerilmektedir. Buradaki amaç, mukozite bağlı ağrıyı azaltıp hastaların yemek yiyebilmelerini sağlamaktır. Fakat radyasyon onkolojisinde bir gelenek haline gelen ve ağız kuruluşunu hafiflettiği bilinen bu karışıma dair literatürde yer alan çalışmalar yetersiz olması sebebiyle MASCC=ISOO rehberi de sukralfatın kullanımını önermemektedir²⁸. Can'ın 2010 yılına ait konsensusunda baş-boyun radyoterapisi alan hastaların oral mukozit tedavisinde sukralfat kullanılmayacağı bildirilmektedir²⁹.

Ayrıca çalışmamızda hastaların sadece %8.6'sının sodyum bikarbonat kullandığı saptanmış olup, kullananların %33.4'ünde grade 3 oral mukozit geliştiği ve %83.4'ünde ağrı şiddetinin 1-5 puan arasında olduğu tespit edilmiştir. MASCC=ISOO klinik uygulama rehberine göre oral mukozit önlemede kullanımı önerilmektedir²⁸. Yapılan bazı çalışmalarda sodyum bikarbonatın etkinliği vurgulanır^{29,33,35} iken, bazılarında ise etkin olmadığı^{21,32,34} belirtilmiştir. Madan ve arkadaşlarının baş-boyun radyoterapisi alan kanserli hastalarla yapılan deneysel çalışmasında, hastalar dört gruba ayrılmış (klorheksidin, povidon iyot ve sodyum bikarbonat kullananlar ve kontrol grubu) ve en etkin ajanın sodyum bikarbonat olduğu saptanmıştır³⁶.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanma öyküsüne göre WHO toksisite skalasından aldıkları puanların farklı olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde Papadeas ve arkadaşlarına göre yaş ile mukozit gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır³⁷. Yapılan bazı çalışmalarda ise, oral mukozit gelişimde kadın cinsiyet, genç veya ileri yaş, kronik hastalıklardan özellikle diabetes mellitus, sigara ve alkol kullanım öyküsünün etkili olduğu belirtilmiştir^{38,39-44}. Ancak eğitim durumunun mukozit ile ilişkilendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmamızda en yüksek oral mukozit derecesi ile en yüksek ağrı puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup, oral mukozit derecesi arttıkça hastaların ağrı skalasından aldıkları puan da zayıf derecede arttığı görülmüştür. Literatür ve yapılan diğer çalışma sonuçları da bizim araştırma sonucumuzu desteklemektedir^{24,45-49}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda son üç yıl içerisinde radyoterapi ve kemoterapi alan baş-boyun kanserli hastaların yaklaşık 1/3'ünde grade 2 düzeyinde oral mukozit görüldüğü tespit edilmiştir. Tedavi sürecinde hastalarda görülen oral mukozitin yönetiminde ise, doktor istemiyle yönlendirilen L-glutamin şase, nistatin, klorheksidin, benzydamin hidroklorid, sukralfat - lidokain karışımı, sodyum bikarbonat, ağız bakım kiti, gelclair jel®, flurbiprofen oral sprey gibi oral bakım ajanlarından oluşan değişik kombinasyonların kullanıldığı ve hemşireler tarafından oral mukozit şiddetini ve mukozite bağlı komplikasyonların kaydını içeren kayıt bir formunun bulunmadığı saptanmıştır.

Radyoterapi ve kemoterapi alan baş-boyun kanserli hastalarda görülen oral mukozitin etkin yönetiminin sağlanabilmesi için;

- Hemşireler tarafından oral mukozit şiddetini ve mukozite bağlı komplikasyonların kaydını içeren kayıt formunun kullanılması,
- Kanser hastalarında özellikle baş-boyun radyoterapisi alanlarda oral mukozit yönetiminde kullanılan ağız bakım ajanlarının etkinliğine ilişkin randomize kontrollü çalışmaların yapılması,

- Hemşireler tarafından oral mukozit şiddetini ve mukozite bağlı komplikasyonların önlenmesinde yol gösterici rehberlerin geliştirilmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk E. Radyoterapi Alan Baş Ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
2. Hu K, Han P, Harrison LB. Current Management of Oral cavity/oropharynx/Hipoharynx Cancer. In: Haffty, B.G., Wilson, L.D. (eds), Radiation Oncology. Jones and Publishers 2009; 251-278.
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H et.al. Cancer incidence and mortality patterns in europe: estimates for 40 countries in 2012. European Journal of Cancer 2013; 49(6): 1374-1440.
4. Cancer facts and statistics (internet). Erişim adresi: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index>. (Erişim tarihi: 12.04.2015).
5. WHO 2020 cancer statistics Prediction (internet). Erişim adresi: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx. (Erişim tarihi: 04.03.2016).
6. GLOBOCAN 2012: Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Erişim adresi: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. (Erişim tarihi: 12.04.2015).
7. World Health Statistics 2012 (internet). Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1. (Erişim tarihi: 12.04.2015).
8. Sağlık Bakanlığı. 2009 Türkiye kanser istatistikleri (internet). Erişim tarihi: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu-1.pdf. (Erişim tarihi: 11.04.2015).
9. Sis Çelik A. Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(3): 933-947.
10. Rosenthal DI, Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. Seminars in Radiation Oncology 2009; 19: 29-34.
11. Atasever Akkaş E, Yücel B, Kılıçkap S, Akgül Babacan N, Altuntaş EE. Baş boyun kanserli hastalarda tedavi sonuçları ve prognostik faktörler. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2013; 35: 66-75.
12. Haefner MF, Lang K, Krug D, Koerber SA, Uhlmann L, Kieser M ve et. al. Prognostic factors, patterns of recurrence and toxicity for patients with esophageal cancer undergoing definitive radiotherapy or chemo-radiotherapy. Journal of Radiation Research 2015; 1-8. Doi: 10.1093/jrr/rrv022.
13. Karthikeyan G, Jumrani D, Prabhu R, Manoor UK, Supe SS. Prevalence of fatigue among cancer patients receiving various anticancer therapies and its impact on quality of Life: A cross-sectional study. Indian Journal of Palliative Care 2012; 18: 165-75.
14. Bostanoğlu K. Radyoterapi Alan Baş Boyun Kanserli Hastaların Yaşadıkları Semptomların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2014.
15. Trotti A, Bellmb LA, Epstein JB, Framee D, Fuchs HJ, Gwede CK et. al. Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systematic literature review. Radiotherapy and Oncology 2003; 66: 253-262.
16. Tekinsoy Kartın P. Radyoterapi Uygulanan Baş Boyun Kanserli Bireylerde Oral Mukozit Önleme Protokolünün Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2010.
17. Roopashri G, Jayanthi K, Guruprasad R. Efficacy of benzydamine hydrochloride, chlorhexidine, and povidone iodine in the treatment of oral mucositis among patients undergoing radiotherapy in head and neck malignancies: A drug trail. Contemporary Clinical Dentistry 2011; 2(1): 8-12.

18. Henke M, Alfonsi M, Foa P, Giralt J, Bardet E, Cerezo L et al. Palifermin Decreases Severe Oral Mucositis of Patients Undergoing Postoperative Radiochemotherapy for Head and Neck Cancer: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 2011; 29(20): 2815-2820.
19. Kaytan E, Leblebicioğlu B, Coşar R, Taş Ş, Koyuncu H, Öngen B ve et. al. Efficacy of granulocyte macrophage colony-stimulating factor on oral mucositis. *Türk Onkoloji Dergisi* 2010; 25(1): 20-27.
20. 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.
21. Ünal Çubukçu N, Çınar S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Oral Mukozitler Önlenebilir mi? *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2(4): 155-163.
22. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L et. al. Oral Complications of Cancer and Cancer Therapy. *CA: A Cancer Journal of Clinics* 2012; 62: 400-422.
23. Çukurova İ, Özkul MD, Çerçi İ, Arslan İB, Demirhan E. Baş boyun kanserli hastalarda etiyolojik ve epidemiyolojik faktörler. *Türk Otolarengoloji Arsivi* 2007; 45(4): 217-223.
24. Demir Doğan, M. Baş-Boyun Radyoterapisi Alan Hastalarda Karadut Pekmezinin Oral Mukozitleri Önleme Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
25. Van Der Laan HP, Bijl HP, Steenbakkens RJHM, Van Der Schaaf A, Chouvalova O, Vemer-van den Hoek JGM. et. al. Acute symptoms during the course of head and neck radiotherapy or chemoradiation are strong predictors of late dysphagia. *Radiotherapy and Oncology* 2015; 115: 56-62.
26. Vera-Llonch M, Oster G, Hagiwara M, Sonis S. Oral mucositis in patients undergoing radiation treatment for head and neck carcinoma. *Cancer* 2006; 106(2): 329-336.
27. Ferri FF. (Ed.). Stomatitis/Mucositis. In Ferri's Clinical Advisor (digital version), 20016; 1163-1163. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323280471007319>. (Erişim tarihi: 18.02.2016).
28. MASCC=ISOO Evidence-based clinical practice guidelines for mucositis secondary to cancer therapy. Erişim adresi: <http://www.mascc.org/assets/GuidelinesTools/mascc%20isoo%20mucositis%20guidelines%20summary%201feb2014.pdf>. (Erişim tarihi: 22.04.2015).
29. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, 2010 İstanbul Konsesusu. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. s. 57-64.
30. Shebanı KM, Mafi AR, Moghaddam S, Taslımı F, Amıran A, Ameri A. Efficacy of benzydamine oral rinse in prevention and management of radiation-induced oral mucositis: A double-blind placebo-controlled randomized clinical trial. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 2015; 11: 22-27.
31. Meredith R, Salter M, Kim R, Spencer S, Weppelmann B, Rodu B. et.al. Sucralfate For Radiation Mucositis: Results Of A Double-Blind Randomized Trial. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 1997; 37(2): 275-279.
32. Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A. et.al. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 13(4): CD000978.
33. Dodd MJ, Dibble SL, Miaskowski C, MacPhail L, Greenspan D, Paul SM. et. al. Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral pathology, Oral Radiology, and Endodontics* 2000; 90(1): 39-47.
34. McGuire DB, Fulton J, Park J, Brown CG, Correa MEP, Eilers J. et. al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 2013; 21: 3165-3177.
35. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya, Konsensus 2014. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.

36. Madan PD, Sequeira PS, Shenoy K, Shetty J. The effect of three mouthwashes on radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck malignancies: a randomized control trial. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2008; 4: 3–8.
37. Papadeas E, Naxakis S, Riga M, Kalofonos C. Prevention of 5-fluorouracil-related stomatitis by oral cryotherapy: A randomized controlled study. *European Journal of Oncology Nursing* 2007; 11: 60–65.
38. Sonis ST. The pathobiology of mucositis. *Nature Reviews Cancer* 2004; 4: 277-284.
39. Raber-Durlacher JE, Elad S, Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncology* 2010; 46(6): 452–456.
40. Coracin FL, Santos PS, Gallottini MH, Saboya R, Musqueira PT, Barban A. ve et. al. Oral health as a predictive factor for oral mucositis. *Clinics* 2013; 68(6): 792–796.
41. Napenas JJ, Brennan MT, Bahrani-Mougeot FK, Fox PC, Lockhart PB. Relationship between mucositis and changes in oral microflora during cancer chemotherapy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral pathology, Oral Radiology, and Endodontics* 2007; 103(1): 48–59.
42. Laheij AM, De Soet JJ. Can the oral microflora affect oral ulcerative mucositis? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2014; 8(2): 180–187.
43. Velez I, Tamera LA, Mintz S. Management of oral mucositis induced by chemotherapy and radiotherapy. *Quintessence International* 2004;35: 129-136.
44. Saadeh CE. Chemotherapy- and radiotherapy-induced oral mucositis: review of preventive strategies and treatment. *Pharmacotherapy* 2005; 25: 540-554.
45. Vera-Llonch M, Oster G, Hagiwara M, Sonis S. Oral mucositis in patients undergoing radiation treatment for head and neck carcinoma. *Cancer* 2006; 106(2): 329-336.
46. Sideras K, Hallemeier CL, Loprinzi CL. Oral Complications. In Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE. (Ed.) *Abeloff's Clinical Oncology* (digital version) (5th ed.) 2014; 635-647. Erişim adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9781455728657000436?scrollTo=%23refInSituBib5>. (Erişim tarihi: 18.02.2016)
47. Al-Ansari S, Zecha JAEM, Barasch A, De Lange J, Rozema FR, Raber-Durlacher JE. Oral Mucositis Induced By Anticancer Therapies. *Current Oral Health Reports* 2015; 2: 202–211.
48. Cheng KK, Leung SF, Liang RH, Tai JW, Yeung RM, Thompson DR. Severe oral mucositis associated with cancer therapy: impact on oral functional status and quality of life. *Support Care Cancer* 2010; 18: 1477–1485.
49. Murphy B, Beaumont J, Isitt J, Garden A, Gwede C. Mucositis-Related Morbidity and Resource Utilization in Head and Neck Cancer Patients Receiving Radiation Therapy With or Without Chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009; 38(4), 522-532.

Patient Communication Following Laryngectomy: A Pilot Study Using Visual Communication Guide

Larenjektomiden Sonra Hasta İletişimi: Görsel İletişim Rehberi Kullanılan Pilot Çalışma (Research)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 28-42

Melek ERTÜRK YAVUZ¹, Ayla GÜRSOY¹

¹Karadeniz Technical University Faculty of Health Science, Nursing Department, Trabzon, Turkey

This study presented at 14th Surgical Nursing Congress, 16-20 April 2014, Antalya, Turkey as oral presentation.

Received: 03 April 2016

Accepted: 27 January 2017

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the efficacy of the visual communication guide.

Materil and Methods: This research was carried out with the mixed method, integrating qualitative and quantitative research methods. Fourteen partial laryngectomy patients and 20 healthcare professionals took part in this study.

Results: The patients stated that the visual communication guide helped them to express themselves. They also stated that the issues in the guide were handled appropriately, and they found the guide useful. However, half of the patients found the images inadequate. At the same time, healthcare professionals and patients found the images in the guide clear and easy to understand, and the colors and sizes of the images and fonts adequate. The healthcare professionals thought that the guide was convenient and saved time in communication but it did not contain enough images for patients to share their psychological issues. After analysis of the qualitative data, four main themes were determined. These were: the experience of being unable to speak, quick and easy communication, confidence, and positive and negative opinions.

Conclusion: It was concluded that the visual communication guide can be effective and useful for the communication of patients who have undergone partial laryngectomy.

Key Words: *Laryngectomy, nonverbal communication, nursing, visual communication guide.*

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı görsel iletişim rehberinin etkinliğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kalitatif ve kantitatif araştırma metodlarını içeren karma yöntemle yapıldı. Çalışmada parsiyel larenjektomi olan 14 hasta ve 20 sağlık personeli yer aldı.

Bulgular: Hastalar görsel iletişim rehberini kendilerini ifade etmede yardımcı olduğunu belirttiler. Ayrıca, rehberdeki konuların uygun bir şekilde ele alındığını bildirdiler ve rehberi kullanışlı buldular. Ancak hastaların yarısı resimleri yeterli bulmadı. Hem sağlık personeli hem de hastalar rehberdeki resimleri açık ve kolay anlaşılabilir, resimlerin rengini ve boyutunu ve yazıların tipini uygun buldu. Sağlık profesyonelleri rehberin kullanışlı olduğunu ve iletişimde zaman kazandırdığı ancak hastaların psikolojik sorunlarını paylaşması için yeterli resim içermediği görüşündeydi. Kalitatif verilerin analizinden sonra, dört ana tema belirlendi. Bunlar: konuşamama deneyimi, hızlı ve kolay iletişim, güven ve olumlu ve olumsuz görüşlerdir.

Sonuç: Görsel iletişim rehberinin parsiyel larenjektomi olan hastaların iletişimi için yararlı ve kullanılabilir olabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Görsel iletişim rehberi, hemşirelik, larenjektomi, sözsüz iletişim

INTRODUCTION

Larynx cancer is an important health problem today which is frequently encountered among head and neck cancers. Its world-wide incidence is 2.1 per hundred thousand with a mortality rate of 1.1 per hundred thousand¹. Most head and neck cancer cases can be successfully treated, however, these cancers and their treatments often cause severe physical deformities and functional losses (dry throat, inability to speak, etc.).

The inability to speak ranks first among the negative results caused by laryngectomy^{2,3}. Loss of speaking function makes it difficult for the patients to communicate with their relatives and healthcare professionals in the postoperational period, and patients' frustration with this can present as stress, anger, despair, rage, and anxiety^{4,5}.

Patients who cannot speak try to communicate using non-verbal communication techniques such as head and lip movements, gestures, and writing etc⁶. However, since these methods are often ineffective, the need for different ways to communicate becomes very clear. In order to address this need, various visual communication methods have been developed to communicate with the patients who are unable to speak. The first visual communication board was developed by Appel-Hardin in 1984⁷. It presented alphabetical letters, some words defining basic physiological needs (pain, thirst, nutrition etc.), an image of the body and some names (spouse, family members, and doctor). Later, Stovsky, Rudy, and Dragonette (1988) developed a communication board for patients receiving mechanical ventilation after heart surgery, and yet another such board was the Vidatak EZ card patented in 1999^{8,9}. In 2008 Soo, Aldridge, French, and Alison developed an information card with some Chinese and English expressions to facilitate communication between patients receiving radiation therapy for head and neck cancer and the radiation therapists¹⁰. In Turkey, there is only one communication tool available for the patients who cannot speak, that is an A3 sized template and is

prepared so that both front and back sides can be used. There are pictures on the front side that describe the requests and needs (excretion, feeding, etc.) as well as the words “yes” and “no”. The back side shows an illustration of the human body which helps the patient to show the location of the pain and a numerical pain assessment scale to assess the severity of the pain. In addition, the alphabet was included for the patients to describe their needs and feelings other than the depicted topics. The effectiveness of the communication tool has been tested in mechanically-ventilated patients¹¹.

Visual communication guides provide less exhaustive, faster, and more economical communication with the patients^{9,10}. Moreover studies have reported that such guides increase patients’ satisfaction, reduce their anxiety and help with pain management¹². However, the use of illustrated communication tools is not common in our country. The only illustrated communication tool developed in our country addresses the requests and needs of the patients dependent on mechanical ventilation; thus it contains a limited number of visuals. Regrettably, visual communication tools developed in other countries are not appropriate for all patients because of language differences. Therefore, researchers worked to develop a communication tool for the patients who cannot speak and communicate with the health team during their hospital stay.

MATERIAL AND METHODS

Aim of the Study

This research was carried out with the intention of developing a “Visual Communication Guide” to help patients with communication problems due to laryngectomy. We also wanted to determine the contribution this guide could make to improving patients’ communication problems.

Type of Research

The type of research used for this study was the mixed method which employed the integrating qualitative and quantitative research methods.

The Sample of the Research

The research was carried out in the otorhinolaryngology (ENT) clinic of the only university hospital in the Eastern Black Sea region of Turkey with the capability of performing partial laryngectomy operations. Because patients with partial laryngectomy experience post-operative loss of voice and are beginning to talk again after a while, this hospital provided a suitable venue for our study. In order to determine which patients to include in the study, the purposeful sampling method was utilized. Selection of study participants was based upon patients who had undergone partial laryngectomy for the first time; had loss of voice or inhibited communication; had been using the communication guide; had not had full vision loss and hearing loss; were expected to be able to speak in the future, and had not experienced any psychological disease. The study was completed with 14 patients who had partial laryngectomy. In addition, the study aimed to reach all the healthcare professionals (12 physicians, 13 nurses) in the ENT clinic where the study was carried out. Nevertheless, some were on leave during

data collection; therefore only eight physicians and 12 nurses could be contacted.

The Process of Developing a Visual Communication Guide

As the content of the communication guide was being compiled, we determined which problems and needs should receive primary focus. The expressions and images that would be featured in the guide were also determined. Thereafter, each image was created in its original and unique form by a graphic designer using corel drawing and illustrator programs. Furthermore, five specialists (two academicians working in the ENT department, one academician from the surgical nursing department, the nurse in charge in ENT clinics, and a supervisor nurse) gave their professional opinions concerning the communication guide. Based upon their recommendations, modifications to the guide were made, and preliminary implementation was completed with two patients. These two patients were not included in the study sample. The communication guide was finalized in accordance with the remarks and recommendations of the patients, and it was then used in the study. Upon completion of the study, the communication guide was revised according to the recommendations of the patients and the healthcare professionals.

The Features of the Communication Guide

The communication guide includes requests and requirements that may arise with patients in the hospital and consists of two separate sections. The first section covers patients' requests and needs in the post-operative 24 hours. These appear on an A4 size single page so that the patient can use it comfortably (see Figure 1). The second section measures 9 cm by 13 cm and has 24 pages. One page has Turkish alphabet characters and symbols as well as five blank pages. The purpose of the blank pages is simply to reduce the necessity of a separate notebook to write down those needs that the guide does not cover. An erasable pen was given to the patients to write on these blank pages. This second section was printed on 350 gr matt coated paper for protection against wrinkles or water, and the front and back covers were covered by matt cellophane (see Figure 1).

Procedure

Before the study began, the first author held individual interviews with the healthcare professionals, when appropriate, and explained the objective and procedure of the study and introduced the communication guide. The importance of using the communication tool while communicating with patients until the end of the study was emphasized. The patients were trained individually in their rooms before surgery. In this training, the visual communication guide was introduced, its use was explained, and the patients were asked to use it for communicating all requests and needs after surgery. Patient trainings were held by the first author. These lasted about 20 minutes, and the guide was given to the patients in the end. The patients used this guide after the operation until they were able to speak again.

Data Collection Instruments

In this study, the data were collected in two different ways. Numerical data were collected by the researcher with a questionnaire developed separately for patients and healthcare professionals. The questionnaire contains open-ended and Likert-type questions. These questions dealt with the sociodemographical features of the patients, their diagnosis and treatment periods, and the patients' thoughts related to the communication guide. We posed questions about the guide to learn patients' opinions and impressions regarding the features (the size, usefulness, dimensions, number and clarity of the images, characteristics of the font, problems covered in the guide) and the functionality of the communication guide. The opinions of the healthcare professionals regarding the properties and functionality of the communication guide were also sought by asking four questions on sociodemographical properties and with 13 Likert-type questions.

Semi-structured interviews were held to learn in detail the feelings and thoughts of the patients about communicating via the communication guide. The semi-structured questions used in these interviews are listed below:

- What did you feel at the time you were unable to speak after surgery?
- Which methods did you use to communicate with your family and healthcare professionals during this period?
- How did the guide affect your communication with your family and healthcare professionals?
- Did you have difficulties expressing yourself while using the guide?
- What were your feelings when using the guide to communicate?
- What are the aspects of the guide that need to be amended or further developed? Please explain.
- What are the best aspects of the guide? Please explain.

Data Collection

The data was collected between May 2012 and April 2013. When the patients talked again, they were interviewed at a convenient time, at home, or in a quiet room of the hospital. These patient interviews lasted between 10.0 to 63.0 minutes with an average of 29.9 ± 1.5 minutes in duration, and they were recorded on the tape recorder. Qualitative and quantitative data were collected consecutively. First, a semi-structured interview was conducted and then the questionnaire was applied. After data collection with patients was completed, data were collected from the healthcare professionals. The data were collected using the face-to-face interview method by the first author.

Data Analysis

Qualitative data were analysed by using the thematic analysis approach of Braun and Clarke (2006), whereby the data obtained from the interviews were written down and read repeatedly¹³. Codes were first determined in a systematic way and relevant data for each code were integrated. The codes for potential subjects were collected, the codings of all data were checked, and a map was created for analysis. During the analysis, distinct nomenclature and definitions were decided for each subject. Lastly, a reporting process was implemented with this information. The questions in the interview were used while

these proceedings were implemented.

Qualitative analysis was carried out independently by two researchers. Then the themes formed by the researchers were compared. In case of differences in analysis, themes were identified after reaching an agreement. In the analysis of quantitative data, mean and percent values were utilized.

Limitations

Since there was no available female patient who had undergone partial laryngectomy when our study was conducted, it was completed only with male patients. The study was conducted in only one hospital because this was the only hospital in which partial laryngectomy operations could be undertaken. Consequently, the number of patients and healthcare professionals was limited. In addition, the study cannot be generalized to the patients who experience irreversible loss, since it was carried out with the patients who had only temporarily lost their verbal communication skills.

Ethical Approval

Permission for the study was obtained from the Ethics Board as well as the institution. The patients who planned to enroll in the study were informed of the research objectives and that the interview would be recorded using a tape recorder. In addition to the patients' approval form, verbal consent was also obtained from the patients who agreed to the use of a voice recorder during their participation.

RESULTS

The ages of the patients varied between 48 and 75, and the mean was 59.0 ± 8.6 years. All the patients were male, 12 were primary school graduates and eight were retired. Patients who were interviewed were unable to speak for a mean of 18 days. The healthcare professionals were aged between 20 and 40 years, with a mean age of 29.7 ± 5.5 years. Eighteen of them were women, 12 were nurses and eight were physicians. Their work experience in the ENT diseases clinics varied between 1-12 years with a mean of 4.7 ± 2.9 years (see Table 1).

The results of the analysis of qualitative data identified four main themes. These themes were:

- The Experience of being unable to speak
- Quick and easy communication
- Confidence
- Positive and negative aspects

The Experience of Being Unable to Speak

Interviews with patients revealed that all of them had stated that they truly understood how important speaking was to them when they could no longer do so. Some patients expressed that not being able to speak reminded them of death; others stated that they

Table 1. Descriptive Characteristics of the Patients and the healthcare Professionals

Descriptive Characteristics of the Patients	n	%
Age Mean±SD 59.0±8.6 (Min: 48 Max: 75)		
Gender		
Male	14	100.0
Female	0	0
Educational status		
Primary school graduate	12	85.7
High school graduate	2	14.3
Occupational		
Retired	8	57.2
Still working	6	42.8
Marital status		
Married	13	92.9
Single	1	7.1
Descriptive Characteristics of the Healthcare Professionals		
Age Mean±SD (29.7±5.5) (Min: 25- Max: 40)		
Gender		
Male	18	90.0
Female	2	10.0
Occupation		
Physician	8	40.0
Nurse	12	60.0
Professional time in the ENT clinic		
1- 3 years	7	35.0
4- 6 years	8	40.0
≥7 years	5	25.0

felt like a baby or as if they were imprisoned. There were also patients who became quickly agitated or angry and who experienced feelings of loss of confidence and fear of never being able to speak again.

“I felt like a baby who cannot express herself.” (7th interviewer)

“When one cannot express his problems, he feels like an incapable man... that is, I was feeling ashamed when I was unable to express myself.” (6th interviewer)

“I lost my confidence totally, nothing left whatsoever.” (8th interviewer)

When the patients started speaking again, they felt as if they were reborn and as if they possessed the whole world. Their lives became beautiful again with happiness and tranquility.

“When I began to speak, I was born again.” (8th interviewer)

“Being able to speak again, to express myself, that was something giving happiness, peace, ... life becomes beautiful then.” (12th interviewer)

“It was as if I had the worlds ...I have become better, flew up into the air ...being able to speak is something very important.” (14th interviewer)

Quick and Easy Communication

All of the patients stated that the communication guide was useful in the period that they were unable to express their problems and requests. Most of them reported that they could quickly communicate using the guide. This ease in communication was advantageous for both patients and healthcare professionals because the disease was provided to help earlier.

“It is more practical to point on the communication guide, so you answer faster.” (13th interviewer)

“When I want to tell my problem I have just turned the page quickly. Whether I have nausea, or I have vomiting, or I have headache or I can’t breathe or, whatever, I pointed to the communication guide and they were coming in seconds.” (3rd interviewer)

Some patients (n:3) reported that they could even communicate with their illiterate relatives with the help of the images in the communication guide.

“My wife can’t read and write, so we managed to communicate by showing the items in the communication guide.” (11th interviewer)

During the interviews, 10 patients said that the communication guide had provided easier communication in comparison to the other communication methods (writing, gestures, mimicking, etc.)

“For example when I was showing them the image of coughing, the image being unable to breathe, they were coming and cleaning my throat.” (12th interviewer)

The patients explained why the communication guide provided easier communication for them: their writing was not easily readable since it was slow and complicated; they did not yet have the strength to write; parenteral therapy equipment was hindering their arms and hands movement, and their gestures were often misunderstood.

“...I was writing, but not always could I write. I am primary school graduate. I saw blurry ...I was writing slow... I had serum on my arm, so I was unable to write.” (11th interviewer)

“Instead of writing I could tell my problem faster by showing it on the communication guide. Because I was not able to write fast.” (4th interviewer)

“I thought that it was easier to use the communication guide. Because I could not have the power to write for 15 days.” (13th interviewer)

However, four of the patients we interviewed pointed out that writing was the best method to express themselves.

“There is a difference between that and writing; and writing is easier.” (14th interviewer)

“The most efficient way for me was writing.” (9th interviewer)

Confidence

The patients stated that the communication guide made them feel confident, reduced their worries and gave them courage, peace and moral support. One patient described himself as the happiest person in the world.

“With the hope that I would take advantage of the communication guide you gave us, I

did not feel too much worry... It made me feel safe.” (1st interviewer)

“...I had peace.” (6th interviewer)

“when you are able to express yourself to your counterpart, you become the happiest man in the world, you feel relieved and then you struggle to get better.” (3rd interviewer)

One patient reported that the pages of the communication guide were more valuable than gold; another one stated that the guide was his best friend.

“...the book came to our rescue. It became our hands and feet. I will keep it as a reminder... the pages within this communication guide are even more valuable than gold.” (3rd interviewer)

“I have never taken this book out of my pocket ...It is my best friend.” (10th interviewer)

When we asked the patients to give a name for the communication guide, we received the following answers:

“Silent voice. Because it provides voice to someone voiceless.” (9th interviewer)

“Voice of those who can't speak.” (2nd interviewer)

“Hands and feet of the patients staying in ENT department.” (3rd interviewer)

“Indispensable for the patients unable to speak.” (13th interviewer)

“A friend and an assistant of a patient.” (11th interviewer)

Positive and Negative Aspects

A majority of the patients stated that they liked that the communication guide had both font and images, and they liked the colors of the images as well. Some patients commented they were happy to have the expressions about their needs and requests in the communication guide.

“Font size and the images were ok. All looked fine.” (5th interviewer)

“It was nice that both font and images were used.” (1st interviewer)

“It was nice that ninety percent of what I need was shown by images.” (13th interviewer)

The patients expressed that improvements could be made in the guide's features by increasing its size, enriching the content and making its use available outside of the hospital environment.

“It could be bigger size. That way too it could be carried in the pocket. You can fit more inside if it were bigger.” (13th interviewer)

“It is a necessity for example if it had terms like I'll go shopping. That is to say, it is possible to prepare a communication guide covering what I would need after I am discharged from the hospital.” (10th interviewer)

Findings obtained by quantitative data analysis included the patients' and healthcare professionals' evaluations of the communication guide.

Patients's Evaluations of the Communication Guide

Patients' answers to our questions regarding the guide as “definitely appropriate” and “appropriate” were combined and accepted as “appropriate.” In this regard, all the

patients stated that the colors, comprehensibility of the images and size of the fonts in the communication guide were appropriate. The font types and image dimensions were also approved by 92.8% of the patients, and 88.7% of them considered the topics in the communication guide to be appropriate. Furthermore, 71.5% of the patients approved its dimensions, 85.7% of the patients approved its usefulness and 50% approved of the number of images (Table 2).

All of the patients noted that the communication guide was sufficient to express themselves to the health professionals and to their relatives. Most patients (92.8%) found the guide adequate to communicate their problems or request such as pain, nausea or vomiting, and 78.6% found it adequate to express their feelings such as stress, anger, or fear (Table 2).

Healthcare Professionals' Evaluation of the Communication Guide

The answers of the healthcare professionals to our questions as “definitely appropriate” and “appropriate” were accepted as “appropriate.” In this regard, it was determined that 80% of the health professionals approved the dimensions of the communication guide and clarity of the pictures, and 85% found the font type and coloring of the images adequate. Seventy-five percent of the health professionals approved of the font size and 70% approved the number of the images. Eighty-five percent of healthcare professionals pointed out that the guide proved convenient in communication and 65% said it saved time. On the other hand, only 35% of the health professionals thought the communication guide was adequate to express patients' psychological states (Table 3).

DISCUSSION

The human need to communicate is so crucial and indispensable in our daily lives, and this becomes even more important when disease may create a health problem or crisis in which a person becomes dependent on others. After laryngectomy, most patients experience difficulty in communication because they have lost their ability to speak¹⁴. During the period that they cannot communicate, the patients may experience a loss of identity or they may feel disabled and alienated^{15,16}. For this reason, communication guides are needed to help laryngectomy patients communicate. This obvious need became the catalyst for our research which was carried out with the goal of developing a visual communication guide to aid patients and healthcare professionals. We also wanted to determine the efficacy of this communication guide.

Our study results showed that the patients easily became anxious when they couldn't express themselves. This can elicit angry feelings, a loss of confidence, stress, and the fear they may never speak again. Few patients accept this situation easily. Patients may also have to deal with pain, loss of control, fears and frustrations^{17,18}. Furthermore, if the patients' need to speak is not adequately addressed, the negative feelings, anger, despair, hopelessness, and frustration will likely increase¹².

Yet, when patients start to speak again, they feel as though they have been reborn, as if the world has been given to them, their lives become beautiful again and they have peace. In a study by Wojnicki-Johansson when one patient's intubation tube was disconnected,

Table 2. Patients' Evaluation of the Communication Guide's Features and Functionality

Features of Communication Guide	Definitely Appropriate	Appropriate	Partially Appropriate	Not Appropriate	Definitely Not Appropriate
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Size of the guide	6 (42.9)	4 (28.6)	3 (21.4)	1 (7.1)	-
Usefulness	9 (64.3)	3 (21.4)	2(14.3)	-	-
Dimension of images	7 (50.0)	6 (42.8)	1 (7.1)	-	-
Number of images	2 (14.3)	5 (35.7)	7 (50.0)	-	-
Color of images	11 (78.6)	3 (21.4)	-	-	-
Comprehensibility of images	10 (71.4)	4 (28.6)	-	-	-
Font size	10 (71.4)	4 (28.6)	-	-	-
Font type	10 (71.4)	3 (21.4)	1 (7.1)	-	-
Problems covered in the guide	7 (50.0)	5 (35.7)	2 (14.3)	-	-
Functionality of the Communication Guide					
The guide helps me communicate my problems and requests (pain,nausea,newspaper reading, listening to music,etc.)	10 (71.4)	3 (21.4)	1 (7.1)	-	-
The guide helps me communicate my feelings (stress,anger,fear,etc.)	5 (35.7)	6 (42.9)	3 (21.4)	-	-
The guide helps me communicate with healthcare professionals	11 (78.6)	3 (21.4)	-	-	-
The guide helps me communicate with my family and friends	11 (78.6)	3 (21.4)	-	-	-

his reaction was expressed by “it was wonderful to hear my own voice when the tube was removed”¹⁹.

Almost all of the patients found the guide very convenient for communicating their problems or requests (pain, nausea, wish to read newspaper or listen to music etc.). About half of the healthcare professionals rated the guide as “definitely appropriate” and the other half gave a rating of “partially appropriate.” While the majority of the patients found the guide appropriate for expressing their psychological states (stress, anger, fear etc), about half of the healthcare professionals found it “partly appropriate.”

Table 3. Healthcare Professionals’ Evaluation of the Features and Functionality of the Guide

Features of the Communication Guide	Definetely Appropriate n (%)	Appropriate n (%)	Partially Appropriate n (%)	Not Appropriate n (%)	Definetely not Appropriate n (%)
Size of the guide	6 (30.0)	10 (50.0)	4 (20.0)	-	-
Font size	5 (25.0)	10 (50.0)	5 (25.0)	-	-
Font type	6 (30.0)	11 (55.0)	3 (15.0)	-	-
Clearness of images	8 (40.0)	8 (40.0)	4 (20.0)	-	-
Number of images	6 (30.0)	8 (40.0)	5 (25.0)	1 (5.0)	-
Color of images	6 (30.0)	11 (55.0)	3 (15.0)	-	-
Functionality of the Communication Guide	Definetely I Agree n (%)	I Agree n (%)	Partially I agree n (%)	I don’t Agree n (%)	Definetely I Don’t Agree n (%)
The communication guide was adequate to express patients’ physiological problems	4 (20.0)	7 (35.0)	9 (45.0)	-	-
The communication guide was adequate to express patients’ psychological states	1 (5.0)	6 (30.0)	11 (55.0)	2 (10.0)	-
The communication guide was helpful for easy communication with the patients	(20.0)	13 (65.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	-
The communication guide saved time communicating with patients	(20.0)	9 (45.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	-
The communication guide increased my communication with laryngectomy patients	3 (15.0)	7 (35.0)	9 (45.0)	1 (5.0)	-

In accordance with these data, the patients found communication using the guide as “quick and easy.” Other studies have also reported that visual communication guides were beneficial in communicating with patients^{6,11,20}. It became clear that the patients could relay their problems and requests using the communication guide, and this could often lead to an even earlier intervention by the healthcare professionals. More than half of the healthcare professionals stated that the communication guide saved time in overall communication. The Otuzoğlu and Karahan study also determined that the great majority of patients using the communication guide could express their needs, and communication times were much shorter than for patients without this help¹¹.

The study showed that a majority of the patients thought that using the communication guide was easier when compared to other communication methods such as writing, hand and arm gestures, or mimicking. The patients felt that their writing was illegible because they were writing slowly and did not have the strength to write, and they felt that the parenteral therapy equipment hindered their hand and arm movements. Additional factors preventing clear communication were discovered by Magnus and Turkington when healthcare professionals had difficulty in reading lips, when the patients had difficulty writing because of weakness in their upper extremities, when patients were sedated, or if the patients were illiterate²¹. The patients who tried to move their arms and hands to communicate when they had so little strength needed too much energy to do so¹¹.

The participants in this study indicated that the communication guide had reduced their worries, and had given them courage, peace, happiness and moral support. Some studies have found that visual communication guides increased patients' satisfaction, reduced anxiety and supported effective pain management^{12,14}. Another study determined that the patients were relieved and felt safe when they were able to communicate their needs and problems²⁰. The patients had referred to the communication guide with names signifying "support." The communication guide provided positive associations for them. These included "silent voice", "speaking tongue of those unable to speak", "friend and assistant of the patient", "hand and feet of the patient", "a must for the patients." These comments indicate that the communication guide had considerable positive significance and impact for the patients during the time they were unable to speak.

In line with the qualitative data, about three-quarters of the patients and about four-fifths of the healthcare professionals found the communication guide comprehensible and useful in regard to the size of the guide, the size, number, color and clarity of the pictures, and font size and type).

Patients felt that the communication guide needed improvement in its contents and in its potential to be used outside a hospital environment. The communication guide was originally planned with the intention to be used only during the hospital stay. After this study, the guide was modified based on the patient feedback. All the recommendations were considered except for the proposal that the communication guide should cover social life. It was enlarged in dimensions, and new images and font were added with new problems and requests.

CONCLUSION

The visual communication guide is the first and the only communication tool which was developed in our country for patients who have undergone a partial laryngectomy. Both healthcare professionals as well as partial laryngectomy patients concurred that the communication guide was effective and usable for communication. Utilization of the visual communication guide will ensure that errors arising from misunderstandings are prevented and faster solutions are found for patient problems and wants. The guide will also increase patient and healthcare professionals' satisfaction, and ensure that patients receive higher quality treatment and care. In addition, the goal is to help alleviate patients' feelings of anger, desperation, anxiety, etc. due to communication difficulties. Based on the advantages of the guide, its widespread use should be improved in all

ENT clinics. The guide should be investigated as to its usability by other patients who are unable to speak for other reasons. Moreover, the guide can serve as an example to develop communication tools in other forms (posters in chart form hung on the wall, or software used in electronic devices) for individuals with different characteristics (age, speaking disability due to reasons other than laryngectomy etc.).

REFERENCES

1. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. URL: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.
2. Singer S, Merbach M, Dietz A, Schwarz R. Psychosocial determinants of successful voice rehabilitation after laryngectomy. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2007; 70 (10): 407- 423.
3. Taş A, Yağız R, Karasalihoğlu A R, Koten M, Adal M K, Uzun C. Assessment of quality of life in patients with laryngeal cancer after surgical treatment. *Journal of Ear, Nose, and Throat* 2004; 12 (3-4): 84-90.
4. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50 (4): 356-362.
5. Happ M B. Communicating with mechanically ventilated patients: State of the science. *AACN Clinical Issues* 2001; 12 (2): 247-258.
6. Happ M B. Interpretation of nonvocal behaviors and the meaning of voicelessness in critical care. *Social Science & Medicine* 2000; 50: 1247-1255.
7. Appel-Hardin S. Communicating with intubated patients. *Critical Care Nurse* 1984; 6: 26-27.
8. Stovsky B, Rudy E, Dragonette P. Comparison of two types of communication methods used after cardiac surgery with patients with endotracheal tubes. *Heart and Lung* 1988; 17: 281-289.
9. Patak L, Gawlinski A, Berg J, Elizabeth A. Communication boards in critical care: Patients' views. *Applied Nursing Research* 2006; 19: 182-190.
10. Soo J, Aldridge S, French J, Alison M. Development of dual language information cards as a tool for communication between radiation therapists and cantonese-speaking patients undergoing radiation treatments for head and neck cancer. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* 2008; 39 (1): 16-22.
11. Otuzoğlu M, Karahan A. Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice* 2014; 20: 490-498.
12. Patak L, Gawlinski A, Fung I, Doering L, Berg J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Applied Nursing Research* 2004; 19: 182-190.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77-101.
14. Papadas T, Charokopos N, Karamouzis M V, Pierakeas C, Symeonidi M, Economou G, Goumas P. Rehabilitation after laryngectomy: a practical approach and guidelines for patients. *Journal of Cancer Education* 2002; 17 (1): 37-39.
15. Fletcher B S, Cohen M Z, Schumacher K, Lydiatt W. Blessing and a curse head and neck cancer survivors' experiences. *Cancer Nursing* 2012; 35 (2): 126-132.
16. Usher K, Monkley D. Effective communication in an intensive care setting: Nurse's stories. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 2001; 10 (1-2): 91-101.
17. Dickerson S S, Stone V I, Panchura C, Usiak D J. The meaning of communication: Experiences with augmentative communication devices. *Rehabilitation Nursing* 2002; 27: 215-220.

18. Stein-Parbury J, McKinley S S. Patients' experiences of being in an intensive care unit: A select literature review. *American Journal of Critical Care* 2000; 9: 20-27.
19. Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing* 2001; 17 (1): 29- 39.
20. Hweidi I M. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44 (2): 227- 235.
21. Magnus V S, Turkington L. Communication interaction in ICU- Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006; 22: 167-180.

Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Bireylere Yönelik Tutumları

Nursing Students' Attitudes Towards the Elderly

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 43-52

Sultan AYAZ ALKAYA¹, Canan BİRİMOĞLU OKUYAN¹

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 20 Eylül 2016

Kabul Tarihi: 13 Şubat 2017

ÖZ

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara karşı pozitif tutum içinde olmaları ileriki yıllarda bakım kalitesinin artması açısından oldukça önemlidir. Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere yönelik tutumlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırmanın evrenini bir üniversitenin hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur. Örneklem 432 öğrenci dahil edilmiştir. Veriler anket formu ve yaşlı insanlara yönelik tutum ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzdeler, dağılımları, ortalama, standart sapma, t testi, tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 20.4 ± 1.6 olup % 84.3'ünün kız, % 35.2'sinin 1. sınıfta okuduğu saptanmıştır. Öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanının 121.1 ± 10.7 olduğu saptanmıştır. Evinde yaşlı birey ile yaşayan, yaşlı aile üyelerine bakım veren, yaşlı bireyler ile her gün iletişim kuran öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarının genel olarak olumlu olduğu ancak olumlu tutumunun düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaşlılara karşı olumlu tutumun artırılması ve sürekliliğinin sağlanması için lisans eğitimi içeriğinde yaşlılık dönemi ve yaşlı bakıma ilişkin konulara ve uygulamalara daha fazla yer verilmesi, öğrencilerin yaşlı bakıma yönelik farkındalığı artıracak etkinliklere katılımlarının sağlanması, mezuniyet öncesi ve sonrası geriatri hemşireliği konusunda programların düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencisi; yaşlı; tutum

ABSTRACT

Aim: It is important for nursing students to have positive attitude towards elderly in order to improve quality of care in later years. This study was conducted to determine the attitudes of nursing students towards elderly.

Material and Methods: The population of the study that had a descriptive design was composed of nursing students of a university. Sample consisted of 432 students. Data was collected by a questionnaire and attitude towards elder people scale. Number, percentage,

mean, standard deviation, t test and one-way variance analysis and Tukey test were used in the analysis of data.

Results: The students' mean age was 20.4 ± 1.6 while 84.3 % were female, 35.2 % were first grade students. Mean score of the students obtained from attitude towards elder people scale was 121.1 ± 10.7 . It was found that attitudes toward the elderly scale mean scores of the students who live with an old person in their houses, care for old family members, and interact with old people everyday were higher and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that nursing student's attitude towards elders was generally positive, however, positive attitude was at a low level. In order to increase and maintain positive attitude towards elders, giving more place to issues and practices regarding with geriatrics and geriatric patient care in the content of undergraduate education program, and encouraging the students to participate in activities that will raise awareness about elderly care, organizing programs about geriatric nursing during undergraduate and graduate nursing education program.

Key Words: Nursing student, elderly, attitude

GİRİŞ

Yaşlı nüfusu dünya genelinde ve ülkemizde giderek artmaktadır. Dünyada her dokuz kişiden birinin 60 ve üzeri yaşta olduğu ve bu rakamın 2050 yılında her beş kişiden biri olacağı ve yaşlanan bireylerin artacağı tahmin edilmektedir¹. Türkiye İstatistik Kurumuna göre (2016) Türkiye'de 65 yaş üzeri nüfus, toplam nüfusun % 8.3'ünü oluşturmaktadır. Türkiye'deki nüfus projeksiyonlarına göre, toplam nüfus içindeki yaşlı oranının 2023 yılında %10.2, 2050 yılında % 20.8 ve 2075 yılında % 27.7'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir². Demografik ve sosyolojik değişimler çok hızlı olmasına rağmen, geriatrik gelişmeler aynı hızla olmamaktadır. Yaşlı nüfusun demografik özelliklerinin değişmesiyle birlikte, yaşlı bireylerle ilişkili sosyal, ekonomik, kültürel ve politik problemler de artmaktadır. Bu nedenle, giderek yaşlanan dünyada yaşlı bireylerin bakımı son derece önemli bir konudur³.

Yaşlı bireyler, genellikle sağlık kurumları ve sağlık çalışanları tarafından yatak işgal eden, uzun süre hastanede yatışı gereken ve tedavi edilemedikleri için de sağlık sisteminde başarısızlık olarak nitelendirilen bir grup olarak tanımlanmaktadır⁴. Artan sağlık sorunları nedeniyle yaşlı bireyler topluma yük olarak görülmekte, bu da yaşlı bireye sunulan hizmet ve bakıma yansımakta dolayısıyla yaşlı bakımı istenmeyen bir çalışma alanı olarak görülmektedir⁵. Yaşlılara karşı olumsuz ön yargı, değer, inanç ve tutumlar yaşlılara verilen bakım kalitesine yansımaktadır⁶. Bu nedenle yaşlılık ve yaşlanma konusuna dikkati çekmek ve bu konudaki farkındalıkları arttırmak son derece önemlidir.

Hemşirelik insan bakımına temellenmiş bir meslektir. Bu nedenle, hemşirelik öğrencilerinin yaşlılık ve yaşlı bakımı hakkında bilgi sahibi olmaları çok önemlidir. Onlar bu bilgileri kullanarak yaşlanma ilgili pek çok sorunla başa çıkabilirler. Yaşlı bakımında yeterli teorik bilgi ve deneyimi olmayan öğrenciler yaşlı bakımı vermek için daha az istekli olacaklardır⁷. Nitekim Liu ve arkadaşları (2013) yaşlılık hakkında bilgili olma ve yaşlı bireylerle çalışmayı tercih etme ile yaşlı bireylere yönelik olumlu tutumun ilişkili olduğunu belirlemiştir⁸.

Yaşlılık ve yaşlı bakımına yönelik olumsuz yaklaşım hemşirelik öğrencilerinin de yaşlıya ilişkin tutumlarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşirelik mesleğine aday öğrencilerin yaşlı bireylere yönelik tutumlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin tutumlarının bilinmesi ve bu yönde eksikliklerin giderilmesi yaşlı bireyin daha kaliteli sağlık bakımı almasına yardımcı olacaktır⁴. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarını belirlemeye ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde; öğrencilerin yaşlılara karşı olumlu tutum içinde oldukları gösteren çalışmalar bulunmaktadır^{6,9-11}. Bununla birlikte, öğrencilerin yaşlı bireylere yönelik olumsuz tutumlarının olduğu çalışmalar da dikkati çekmektedir^{12,13}. Bu nedenle, mezuniyet öncesinde hemşirelik öğrencilerine yaşlı bireylere yönelik olumlu tutum kazandırılması önem kazanmaktadır. Böylece hem yaşlı bireylere duyarlı ve yaşlı bakımına ilişkin bilgi ve becerileri gelişmiş meslek üyelerinin yetiştirilmesine hem de bakım kalitesinin artmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere yönelik tutumlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Öğrencilerin yaşlı bireylere karşı tutumu nasıldır?
2. Öğrencilerin yaşlı bireylere karşı tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, bir üniversitenin hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur (N=950). Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında güç analizi yapılmış, Alfa (α)=0.05 ve güç ($1 - \beta$)=0.90 alınarak yapılan analiz sonucunda 260 kişinin örnekleme temsil etmede yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneklem seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Öğrenciler öncelikle okudukları sınıfa göre 4 tabakaya ayrılmıştır. Tabakalarda yer alan öğrenci sayısına göre her tabakadan orantılı seçim ile örnekleme girecek öğrenci sayıları belirlenmiş ve her tabakadan öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmanın güvenilirliğini artırmak amacıyla her tabakadan gönüllü olan toplam 432 öğrenci örnekleme dahil edilmiştir.

Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri literatür bilgileri doğrultusunda⁸⁻¹⁰ hazırlanan anket formu ve Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Anket formu öğrencilerin yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf durumunu belirlemeye yönelik 3 tane; yaşlılık yaşını algılama, evde yaşlı birey ile yaşama, lisans eğitimi öncesi yaşlılık ile ilgili eğitim alma, yaşlı insanlar ile ilgili deneyim yaşama, yaşlı insanlarla ilgili yaşanan deneyimler, yaşlı

insanlarla iletişim sıklığı, gelecekte yaşlı insanlara bakımda istekli olma gibi yaşlılıkla ilgili durumlara ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik 7 tane kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği

Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği, Kogan tarafından 1961 yılında bireylerin yaşlılara karşı tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 34 maddeden oluşan ve 6'lı likert tipi olan ölçeğin; 17 pozitif ve 17 negatif ifadesi bulunmaktadır. Ölçeğin yapısı nedeniyle negatif ifadeler 6, 5, 4, 3, 2, 1; pozitif ifadeler 1, 2, 3, 4, 5, 6 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları bulunmamaktadır. Tüm maddelerden elde edilen puanlar toplanarak toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 34-204 puan arasında olmakta, puanın yüksek olması pozitif tutumu, düşük olması negatif tutumu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükgüçlü ve ark. (2011) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri .89 olarak bulunmuştur¹⁴. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri .67 olarak bulunmuştur.

Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri Ocak-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formu öğrencilerin ders dışı zamanlarında uygulanmıştır. Anket formu uygulanmadan önce öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formu dağıtılarak araştırmacılar gözetiminde doldurmaları istenmiştir. 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. Tanımlayıcı özelliklerin sunulmasında sayı, yüzdelik dağılımları, ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesi ikili gruplarda t testi, ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. İki grup arasında farklılığın kaynaklandığı grup Tukey testi ile incelenmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Araştırma öncesi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için öğrencilerin öğrenim gördüğü fakültenin dekanlığından yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere bilgilendirilmiş onam okunarak yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular sadece araştırmanın yapıldığı fakültede okuyan hemşirelik öğrencilerine genellenebilir. Araştırma veri toplama araçlarının uygulandığı

tarihlerde okula devamsızlık yapmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden elde edilen verilerle sınırlıdır.

BULGULAR

Bulgular bölümünde öğrencilerin tanıtıcı özellikleri, yaşlılıkla ilgili durumlara ilişkin özellikler, yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanları, yaşlılar ile ilgili durumlara ilişkin özelliklere göre öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanlarına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.4 ± 1.6 olup % 84.3'ünün kız, % 35.2'sinin 1. sınıfta, % 24.1'inin 2.sınıfta, % 34'ünün 3. sınıfta, % 6.7'sinin 4.sınıfta okuduğu saptanmıştır. Öğrencilerin yaşlılıkla ilgili durumlara ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde; öğrencilerin % 54.6'sı yaşlılık yaşının 65 yaş ve üzeri olduğunu, % 74.8'i evlerinde yaşlı birey ile yaşamadığını, % 89.4'ü lisans öncesi yaşlılık ile ilgili eğitim almadıklarını, % 56.8'i yaşlı aile üyelerine bakım verdiğini, % 38.7'si ayda bir kez yaşlı insanlarla iletişim kurduğunu, % 36.3'ü gelecekte yaşlı insanların bakımında istekli olduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanının 121.1 ± 10.7 olduğu bulunmuştur.

Yaşlılık yaşını 65 yaş ve üzeri olarak algılayan ($p=0.033$), evinde yaşlı birey yaşayan ($p=0.003$), yaşlı aile üyelerine bakım veren ($p=0.001$), yaşlı bireyler ile her gün iletişim kuran ($p=0.021$), gelecekte yaşlı insanlara bakımda istekli olan ($p=0.001$) öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Yaşlılık yaşını algılama açısından yaşlılara yönelik tutum Tukey testi ile karşılaştırıldığında; 46-64 yaş ile 65 yaş ve üzeri gruplar arasında farklılık olduğu, 65 yaş ve üzeri grubun ortalama puanının 46-64 yaş arası gruptan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı insanlarla iletişim sıklığı açısından yaşlılara yönelik tutum Tukey testi ile karşılaştırıldığında; farklılığın her gün yaşlı bireylerle iletişim kuran gruptan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 2). Öğrencilerin cinsiyet ve sınıf düzeyinin yaşlılara yönelik tutumlarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşlıların genel popülasyon içindeki oranının artması ile birlikte yaşlıların sağlık problemleri ve yetersizliklerinde de artış görülmektedir. İnsanlar yaşlandıkları zaman yaşlanmaya bağlı olarak özgürlüklerinin kısıtlanacağı ve pek çok zorluk yaşayacakları düşüncesindedir. Bu durum insanların yaşlanmaya karşı önyargı geliştirmelerine, yaşlılara karşı olumsuz tutum beslemelerine neden olmaktadır¹⁵. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları değerlendirildiğinde; öğrencilerin genel olarak yaşlılara karşı olumlu tutum geliştirdikleri görülmektedir. Ancak ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 204 olduğu göz önünde bulundurulursa, öğrencilerin olumlu tutumunun düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, literatürde de genellikle yaşlılara karşı tutumun olumlu olduğu görülmektedir^{10,11,16}. Öğrencilerin yaşlılara karşı olumlu tutum geliştirmeleri istendik bir durumdur. Araştırmanın yürütüldüğü hemşirelik bölümü müfredatında yaşlı bakımı ve sağlığı ile ilgili konular yer almaktadır. Ancak müfredat programında

Tablo 1. Öğrencilerin yaşlılıkla ilgili durumlara ilişkin özellikler (N=432)

Yaşlılıkla ilgili durumlara ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde
Yaşlılık yaşını algılama		
45 yaş ve altı	22	5.1
46-64 yaş arası	174	40.3
65 yaş ve üzeri	236	54.6
Evde yaşlı birey ile yaşama		
Evet	109	25.2
Hayır	323	74.8
Lisans eğitimi öncesi yaşlılık ile ilgili eğitim alma		
Evet	46	10.6
Hayır	386	89.4
Yaşlı insanlar ile ilgili deneyim yaşama		
Evet	139	32.2
Hayır	293	67.8
Yaşlı insanlarla ilgili yaşanan deneyimler *		
Yaşlı aile üyelerine bakım verme	183	56.8
Yaşlılara hizmet veren bir işte çalışma	83	25.8
Yaşlıları ziyaret	56	17.4
Yaşlı insanlarla iletişim sıklığı		
Her gün	87	20.1
Haftada 1-2 kez	149	34.5
Ayda bir kez	167	38.7
Hiçbir zaman	29	6.7
Gelecekte yaşlı insanlara bakımda istekli olma		
Evet	157	36.3
Hayır	78	18.1
Kararsız	197	45.6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin yaşlılar ile özelliklere göre yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanları (N= 432)

Yaşlılar ile ilgili özellikler	n	Ölçek $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel değer
Yaşlılık yaşını algılama			
45 yaş ve altı	22	117.9±17.9	F=3.454 p=0.033*
46-64 yaş arası	174	119.9±10.6	
65 yaş ve üzeri	236	122.3±9.8	
Lisans eğitimi öncesi yaşlılık ile ilgili bilgi sahibi olma			
Evet	46	124.1±9.3	t=1.929 p=0.054
Hayır	386	120.6±10.9	
Evde yaşlı birey ile yaşama			
Evet	109	123.8±9.8	t=3.024 p=0.003
Hayır	323	120.2±10.9	
Yaşlı aile üyelerine bakım verme			
Evet	183	123.6±9.6	t=4.186 p=0.001
Hayır	249	119.3±11.2	
Yaşlı insanlarla iletişim sıklığı			
Her gün	87	124.2±11.0	F=3.289 p=0.021**
Haftada 1-2 kez	149	120.2±9.7	
Ayda bir kez	167	120.7±11.3	
Hiçbir zaman	29	119.2±9.5	
Gelecekte yaşlı insanlara bakımda istekli olma (n=235)			
Evet	157	124.0±10.2	t=3.251 p=0.001
Hayır	78	117.0±10.8	

*Farklılık 46-64 yaş arası ve 65 yaş üzeri grup arasında bulunmuştur.

**Her gün iletişim kuran grup diğerlerinden farklıdır.

geriatri ya da gerontoloji ile ilgili ayrı bir ders bulunmamaktadır. Bu nedenle öğrencilerin yaşlılara yönelik olumlu tutumunun arttırılması için daha fazla çabanın sarf edilmesi ve yaşlı farkındalığını arttırmaya yönelik eğitim müfredatında düzenleme yapılmasının pozitif tutum gelişmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre gelişmiş ülkelerde kronolojik olarak 65 yaş yaşlılık dönemi olarak kabul edilmektedir¹⁷. Bu araştırmada da yaşlılık yaşını 65 yaş ve üzeri olarak ifade eden öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanınının yaşlılık yaşını 46-64 yaş arası olarak algılayanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu

bulgu öğrencilerin yaşlılık döneminin başlangıcının farkında olduklarını ve onlara karşı daha olumlu tutum geliştirdiklerini göstermektedir. Bunun yanı sıra, Türk toplumunun kültürel yapısı gereği insanlar ailesi ya da yakın çevresindeki yaşlı bireylerle daha fazla zaman geçirmekte ve yaşlı bakımını ailenin bir sorumluluğu olarak görmektedirler. Bu durumun da öğrencilerin olumlu tutum geliştirmelerine katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmektedir. Nitekim, araştırmamızda evinde yaşlı birey ile yaşayan, yaşlı aile üyelerine bakım veren, yaşlı bireyler ile her gün iletişim kuran öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer bir şekilde, Güven ve ark.¹⁸ (2012) ve Usta ve ark.¹⁹ (2012) tarafından yapılan çalışmalarda; yaşlı bir aile üyesi ile yaşamaya istekli olanların daha fazla olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Lambrinou ve ark.²⁰ (2009) tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin çoğunun ailelerinde yaşlı insanlar bulunduğu, onlarla yaşama deneyimleri olduğu ve yaşlılara yönelik olumlu tutum içinde oldukları belirlenmiştir.

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılığa bağlı sorunların ve kronik hastalıkların dolayısıyla buna bağlı bakım yükününde artacağı göz önüne alındığında öğrencilerin yaşlılık ve yaşlı bakımı konusunda bilgi sahibi olmaları önem kazanmaktadır. Bu araştırmada da lisans eğitimi öncesi yaşlılık ile ilgili bilgi sahibi olan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanının anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim öğrencilerin yaşlı bireylere yönelik olumsuz tutumlarını değiştirmeye yardımcı olabilmektedir.²¹ Bu nedenle, lisans öncesi edinilen bilginin öğrencilerde farkındalık oluşturduğu ancak özellikle lisans dönemindeki eğitimin yaşlılara yönelik tutumu etkileyeceği düşünülmektedir. Liu ve arkadaşları⁸ (2013) yaşlı bireylere karşı pozitif tutum geliştirilmesi ve onlarla çalışma isteğinin artırılması için öğrencilerin klinik eğitim ile geriatri hemşireliği dersini birlikte almaları gerektiğini önermişlerdir.

Türk kültüründe büyüklere saygı önem taşımakta ve yetişkinlerden ebeveynlerinin bakımlarını üstlenmesi beklenmektedir. Bu araştırmada da gelecekte yaşlı insanlara bakımda istekli olan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutum ölçeği ortalama puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlılara bakım vermek isteyen öğrencilerin olumlu tutuma sahip olmaları beklenen bir sonuçtur. Literatürde yapılan çalışmalarda bu araştırma bulgularını desteklemektedir.^{22,23} Buna ek olarak, Yılmaz ve Özkan²⁴ (2010) tarafından yapılan araştırmada, öğrenci hemşirelerin yaşlı bireyler ile en fazla çalışmak isteme nedeni yaşlıların manevi desteğe daha çok ihtiyaç duyması olarak belirlenmiştir.

Hemşirelik eğitimi yaşlıların karşı olumlu tutum geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir.¹³ Yapılan çalışmalarda da akademik yılın hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara karşı tutumlarına önemli etkisi olduğunu ortaya koymaktadır^{25,26}. Ancak bu çalışmada son sınıf öğrencilerinin diğer öğrencilere göre yaşlılara karşı tutumu daha olumlu olmakla birlikte anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Cinsiyetin de öğrencilerin yaşlılara karşı tutumlarını etkilemediği belirlenmiştir. Benzer şekilde, yapılan bir çalışmada da cinsiyetin yaşlıya yönelik tutumu etkilemediği saptanmıştır²⁷. Bu sonucun her iki cinsiyetin de aynı eğitim koşullarına sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, bu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları değerlendirildiğinde; öğrencilerin genel olarak yaşlılara karşı olumlu tutum geliştirdiği

ancak olumlu tutumunun düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaşlılık yaşını 65 yaş ve üzeri olarak ifade eden, lisans eğitimi öncesi yaşlılık ile ilgili bilgi sahibi olan, evinde yaşlı birey yaşayan, yaşlı aile üyelerine bakım veren, onlarla her gün iletişim kuran, gelecekte yaşlı insanlara bakımda istekli olan öğrencilerin yaşlılara karşı tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Yaşlılara karşı olumlu tutumun artırılması ve sürekliliğinin sağlanması için lisans eğitimi içeriğinde yaşlılık dönemi ve yaşlı bakımına ilişkin konulara ve uygulamalara daha fazla yer verilmesi, müfredat programına yaşlı bakımı ile ilgili ayrı bir dersin konulması, öğrencilerin yaşlılara daha fazla bakım verebilecekleri ve onlarla daha fazla zaman geçirebilecekleri uygulama alanlarının oluşturulması, yaşlı bakımına yönelik farkındalığı artıracak etkinliklere katılımlarının sağlanması, mezuniyet sonrası geriatri hemşireliği konusunda programların düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. United Nations Population Fund. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge. 2012; URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>. (Downloaded September 08, 2016).
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Genel Nüfus Sayımı sonuçları, 1935-2000 ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları, 2007-2016. URL: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist=1>. (Erişim tarihi: 01 Şubat 2017).
3. World Health Organization. Global Health and Ageing. 2011; URL: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/. (Erişim tarihi 10 Haziran 2016).
4. Duru-Aşiret G, Türten-Kaymaz T, Canpolat Ö, Kapucu S. Hemşirelerin Yaşlıya İlişkin Tutumları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2015; 17: 10-20.
5. Akın A. Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık. In: Aslan D, Ertem M, editörler. Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler. Ankara: Palme Publication; 2010. s.17-25.
6. Neville C, Dickie R. The evaluation of undergraduate nurses' attitudes, perspectives and perceptions toward older people. Nurse Educ Today 2014; 34(7): 1074-1079.
7. Zhang S, Liu Y, Zhang H, Meng L, Liu P, Zhang S. Determinants of Undergraduate Nursing Students' Care Willingness Towards The Elderly in China: Attitudes, gratitude and knowledge. Nurse Educ Today 2016; 43: 28-33.
8. Liu Y, Norman IJ, While AE. Nurses' Attitudes towards Older People: A Systematic Review. Int J Nurs Stud 2013; 50(9): 1271-1282.
9. King BJ, Roberts TJ, Bowers BJ. Nursing Student Attitudes toward and Preferences for Working with Older Adults. Gerontol Geriatr Educ 2013; 34(3): 272-291.
10. Adıbelli D, Türkoğlu N, Kılıç D. Öğrenci Hemşirelerin Yaşlılığa İlişkin Görüşleri ve Yaşlılara Karşı Tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(1): 2-8.
11. Rathnayake S, Athukorala Y, Siop S. Attitudes toward and Willingness to Work with Older People Among Undergraduate Nursing Students in A Public University in Sri Lanka: A Cross Sectional Study. Nurse Educ Today 2016; 36: 439-444.
12. Bleijenberg N, Jansen MJM, Schuurmans MJ. Dutch Nursing Students' Knowledge and Attitudes towards Older People-A Longitudinal Cohort Study. J Nurs Educ Pract 2012; 2(2): 1-5.
13. Engström G., Fagerberg I. Attitudes towards Older People among Swedish Health Care Students and Health Care Professionals Working in Elder Care. Nursing Reports 2011; 1(1): 2-6.

14. Küçükgüçlü Ö, Mert H, Akpınar B. Reliability and validity of Turkish version of attitudes toward old people scale. *J Clin Nurs* 2011; 20(21-22): 3196-3203.
15. Duyan V, Gelbal S. Yaşlılara yönelik tutum ölçeğinin bir grup üniversite öğrencisi üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16(2): 202-209.
16. Doherty M, Mitchell EA, O'Neill S. Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using the Kogan Scale. *Nursing Research and Practice* 2011; Article ID 352627: 7 pages
17. World Health Organization. Definition of an older or elderly person URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (Downloaded September 08, 2016).
18. Guven SD, Muz GU, Erturk NE. The Attitudes of University Students towards Elderly Discrimination and the Relation of these Attitudes with Some Variables. *J Anatolia Nurs Health Sci* 2012; 15(2): 99-105.
19. Usta YY, Demir Y, Yönder M, Yıldız A. Nursing Students' Attitudes Toward Ageism in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54(1): 90-93.
20. Lambrinou E, Sourtzis P, Kalokerinou A, Lemonidou C. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Educ Today* 2009; 29(6): 617-622.
21. Shen J, Xiao LD. Factors Affecting Nursing Students' Intention to Work with Older People in China. *Nurse Educ Today* 2012; 32(3): 219-223.
22. Kulakçı H. Hemşirelik Lisans Programı Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Yaşlılık ve Yaşlanmaya İlişkin Düşüncelerinin ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2010; 3(1): 15-22.
23. Ayoglu FN, Kulakçı H, Ayyıldız TK, Aslan GK, Veren F. Attitudes of Turkish Nursing and Medical Students toward Elderly People. *J Transcult Nurs* 2013; 25(3): 241-248.
24. Yılmaz E., Özkan S. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(2): 35-53.
25. Bleijenberg N, Jansen MJM, Schuurmans MJ. Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people - A longitudinal cohort study. *J Nurs Educ Pract* 2012; 2(2): 1-5.
26. Deltsidou A, Gesouli- Voltyraki, E, Mastrogianis D, Mantzourou M, Noula M. Nurse teachers' and student nurses' attitudes towards caring the older people in a province of Greece. *Health Sci J* 2010; 4(4): 245-257.
27. Soyuer F, Ünal D, Güleser N, Elmalı F. Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları ve Bu Tutumların Bazı Demografik Değişikliklerle İlişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 3(2): 20-25.

Doğum Ağrısında Alternatif Bir Yöntem: Ayak Refleksolojisi

An Alternative Method for Labor Pain: Foot Reflexology

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 53-61

Zümrüt YILAR ERKEK¹, Türkan PASINLIOĞLU²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Tokat, Türkiye

²SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep, Türkiye

Bu derleme 20-23 Kasım 2013 tarihinde Antalya'da düzenlenen 3.Ulusal 2.Uluslararası Ebelik Kongresinde "Sözel Bildiri" olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 08 Eylül 2015

Kabul Tarihi: 02 Kasım 2016

ÖZ

Günümüzde Amerika Bileşik Devletleri başta olmak üzere İngiltere, Belçika ve Fransa gibi Avrupa ülkelerinde birçok alanda kullanılan refleksoloji, ebelik ve hemşirelik profesyonelleri arasında oldukça popüler hale gelmiştir. Hem sağlığın korunması ve yükseltilmesinde, hem de bazı rahatsızlıkların hafifletilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Örneğin; kanser ağrılarını ve kemoterapinin yan etkilerini hafifletmede, yaşam kalitesini arttırmada, bağırsık sistemini güçlendirmede, dolaşımı düzenlemede, anksiyetede, uykusuzlukta, konstipasyonda, menopozda, dismenorede, postpartum dönemde ve laktasyonda çok sık başvurulmaktadır. Refleksoloji ile yapılan baskı ve cilt teması sonucunda enkefalinler ve endorfin salgılanmaktadır. Böylece, beyine giden ağrı mesajının sinirsel iletimi durdurulmakta, kaygı ve ağrı düzeyi azalmakta, geliştirilmiş lenfatik sinir ve kan akımı sonucunda vücuttan toksinlerin atılması artmaktadır. Doğumda refleksoloji, ağrıyı hafifletmenin yanısıra; kontraksiyonların hızlanmasına ve düzenlenmesine, oksitosin salgısının artmasına, kasılmalar sırasında gevşemenin oluşmasına, doğum süresinin kısalmasına da yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda, ayak refleksolojisi, ucuz, etkin, kolay uygulanabilen bir ebelik/hemşirelik girişimi olarak doğum kliniklerinde kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. Bu derlemede, uzun yıllardan beri kullanılmakta olan ayak refleksolojisinin doğum ağrısı üzerindeki etkisi ve ebelik/hemşirelik girişimlerinden biri olarak uygulanmasının önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Ayak refleksolojisi, doğum ağrısı, ebelik/hemşirelik, tamamlayıcı ve alternatif tedavi*

ABSTRACT

Nowadays reflexology that is used for many areas in notably United States of America and United Kingdom, Belgium and France has become very popular among midwifery and nursing professionals. It has been widely used for both protecting and improving health and palliating some disturbances. For instance; it has been frequently applied for palliating cancer pain and side effects of chemotherapy, improving quality of life, strengthening immune system, regulating blood circulation, relieving anxiety, insomnia, constipation, menopausal symptoms, dysmenorrhea, and postpartum period discomfort and improving lactation. Enkephalines and

İletişim : zyilar@hotmail.com

endorphins are released in response to pressure and dermal exposure revealed by reflexology. By this way, neural transmission of pain signal to the brain is inhibited, pain and anxiety levels decrease and discard of toxins increases as a result of improved lymphatic and blood circulation. Reflexology also increases oxytocin secretion, shortens the duration between contractions, regulates the contractions, facilitates relaxation between contractions, and shortens the period during labor. In this sense, use of foot reflexology should be generalized in obstetrics clinics as a cheap, effective and easily applied midwifery/nursing intervention. In this review, emphasizing the effectiveness of foot reflexology used for labor pain for many years and the importance of its application as one of the midwifery/nursing interventions is aimed.

Key Words: *Complementary and alternative treatment, foot reflexology, labor pain, nursing/midwifery*

GİRİŞ

Tamamlayıcı alternatif tedaviler (TAT) ebe/hemşirelerin felsefesi ile uyumlu olması, tıbbi uygulamaları önlemede ek seçenekler sağlaması, ebelik/hemşirelik bakımını, çalışma memnuniyetini ve profesyonel otonomiyi arttırması ve kadınların seçim ve otonomi desteğinin bir parçası olmasından dolayı bir çok ülkede (Çin, Kore, Almanya, Avusturya vd.) gebelik ve doğum ünitelerinde kullanılmaktadır.¹ Literatürde masaj, aromaterapi, müzik, hipnoz, akapunktur, akupressure, refleksoloji ve yoganın doğum ünitelerinde kullanılmasının annenin memnuniyetini artırdığı^{2,3,4,5} gebelik, doğum ve doğum sonu ünitelerinde refleksoloji kullanımının; bulantı, kusma, konstipasyon, başağrısı, sırt ağrısı, karpal turner sendromu, postnatal baş ve sırt ağrısını azalttığı ve laktasyona yardımcı olduğu belirtilmiştir.^{6,7,8,9} Ayrıca doğum eylemi sırasında refleksoloji kullanımı kontraksiyonların hızlanmasını sağlayarak, doğum eyleminin süresinin kısalmasına ve doğumda yaşanan ağrının daha az hissedilmesine olumlu etki etmektedir.¹⁰⁻¹³

Refleksoloji

Refleksoloji, yaklaşık 12 bin yıllık geçmişi olan vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük bir aynası kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki spesifik somatik organ ve bölgelerle ilişkili özel noktalara direkt lokal basınç uygulanmasını gerektiren, holistik, tamamlayıcı, iyileştirici özel bir tedavi ve enerji dengeleme sistemidir.¹⁴⁻¹⁶ Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tarafından ise refleksoloji “tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik” olarak tanımlanmıştır.^{6,11,17} Bu yönleme göre kulaklarımız, ellerimiz, göz bebeklerimiz ve ayak tabanlarımızda organlarımızın son bulunduğu sinir noktaları mevcuttur. Bir başka deyişle her organın kulak, el ve ayak tabanında yansıdığı bir nokta vardır. Refleksoloji ile bu noktalara basınç yapılarak verilen uyarılar organlarda yanıtı neden olur ve vücudun doğal iyileşme kapasitelerini devreye sokar. Örneğin ayaktaki karaciğer noktasına yapılan refleksoloji uygulaması karaciğeri uyarır.^{6,11,17-19}

Refleksoloji bir ayak masajı değildir. Masaj yumuşak doku ve kasların palpasyonudur. Refleksoloji ise sinir yollarının uyarılması olarak tanımlanır. Refleksoloji dolaşım ve lenf sistemindeki problemleri düzelterek;¹²

- Vücudun doğal dengesini yeniden sağlar.
- Toksinleri vücuttan uzaklaştırır.
- Homeostazisi sağlar.
- Vücudun kendini iyileştirme mekanizmasını aktive eder.^{10-13,20}

Refleksolojinin Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi

Refleksoloji tekniklerinin kronik bel ağrıları ve multiple sklerozdaki santral nöropatik ağrılarda faydalı olduğu ve ağrıları azaltmaya yardımcı olduğu ileri sürülmüştür.²¹ Gebelik, doğum ve doğum sonu ünitelerinde refleksolojinin kullanımının; mide yanması, konstipasyon, baş ağrısı, sırt ağrısı, karpal tünel sendromu, postnatal baş ve sırt ağrısını azalttığı belirtilmiştir.⁶⁻⁹

Refleksoloji ile yapılan masaj ve cilt teması sonucunda enkefalinler ve endorfin salgılanmaktadır. Böylece, beyine giden ağrı mesajının sinirsel iletimi durdurulmakta, kaygı ve ağrı düzeyi azalmakta, uyarılmış lenf ve kan akımı sonucunda vücuttan toksinlerin atılımı artmaktadır. Refleksolojinin, aynı zamanda uterus kasılmalarını teşvik etmek için oksitosin salınımının uyarılmasında, doğum sırasındaki kasılmaların düzenlenmesinde, kasılmalar sırasında gevşemenin oluşmasında, deneyimlenen ağrı düzeyinin azaltılmasında, doğumun ilerlemesini kolaylaştırmada ve eylemin süresinin kısaltmada etkili olduğu belirtilmektedir.^{10,22-24} Bu fizyolojik etkilerin yanı sıra refleksoloji dokunmaya dayalı bir terapi olması nedeniyle kadın ve ebe/hemşire arasında daha güçlü, samimi ve güvenilir bir ilişkiye de yol açmaktadır.

Refleksolojinin Doğum Ağrısı Üzerine Etkisinin Kanına Dayalı Araştırma Sonuçları

Literatürde doğum eyleminde refleksolojinin kullanımının etkisini inceleyen çeşitli araştırma sonuçları bulunmaktadır ve bunlardan bir kısmı aşağıda verilmiştir:

Danimarka'da yapılan bir çalışmada⁷ 99 kadından 17'sine refleksoloji uygulanmış, kontrol grubuna göre servikal dilatasyonda anlamlı farklılıklar görülmüştür. Doğuma başlangıcı kolaylaştırdığı, doğumu hızlandırdığı, ağrıyı azalttığı, plasentanın ayrılmasını hızlandırdığı ve medikal girişimleri %79 oranında azalttığı bildirilmiştir. Kuzey İrlanda da yapılan çalışmada⁷ ise; 150 gebe kadından 50'sine refleksoloji uygulanmış, her iki grupta da doğumun başlangıcında anlamlı farklılıklar görülmezken, doğum induksiyonu ve forseps kullanım oranının refleksoloji grubunda belirgin oranda düşük olduğu gözlenmiştir.

Valiani ve ark.'nın²² 88 primipar kadınlarda refleksolojinin doğum ağrısı ve doğum sonu çıktılarına etkisini değerlendirmeye yönelik yaptıkları çalışmanın sonucunda; refleksoloji grubunda müdahale sonrası ağrı puanlarında önemli bir azalma olduğu saptanmış ve rutin bakım alan grup ile aradaki fark önemli bulunmuştur. Refleksolojinin 60 dakika boyunca uygulanmasının doğum süresini önemli oranda kısalttığı saptanmıştır. Doğum sonu refleksoloji uygulanan grupta 1. ve 5. dakikadaki APGAR skoru önemli derecede yüksek, 16-60. dakikada annedeki yaşamsal bulguların ortalaması ve hemoraji oranı rutin bakım alan gruba göre daha düşük bulunmuştur.

McNeill ve ark.'nın²³ yapmış oldukları çalışmada; gebeliğin 36. haftasında refleksoloji uygulanan 50 primipar kadında, doğumun başlangıcını, doğumun süresini, doğumun tipini, analjezi uygulama ve yenidoğan APGAR skorlarını değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak doğumun başlangıcı, doğumun süresi, doğum tipi ve APGAR skorları arasında önemli bir fark bulunmazken, refleksoloji uygulanan grupta analjezi kullanımına daha az ihtiyaç duyulduğu bulunmuştur.

Yılar'ın²⁵ 128 primipar kadında refleksolojinin doğum ağrısı ve doğum eyleminin süresine etkisine baktıkları çalışmada; Latent fazda müdahale öncesi hariç, doğum eyleminin diğer tüm evrelerinde ayak refleksolojisi uygulanan gebeler ağrısı, kontrol grubundaki gebelere göre daha az algılamışlardır ($p<0.05$). Doğum eyleminin II. evresinin süresinin, deney grubundaki gebelerde kontrol grubundaki gebelere göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır ($p<0.05$).

Moghimi Hanjani ve ark.'nın²⁶ benzer çalışmasında müdahale öncesinde ve sonrasında ağrı puanları arasında önemli bir fark bulunmazken; müdahale sonrası 30., 60. ve 120. dakikadaki ağrı puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Eylemin süresi de müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha kısa ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur.

Dolation ve ark.'nın¹⁰ yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Refleksolojinin doğum ağrısının yoğunluğunu hafifletmesinin yanında doğumun I.,II. ve III. evrelerinin süresini de kısalttığı belirlenmiştir. Ayrıca refleksoloji uygulamasının maternal bakımda anne memnuniyetini yüksek oranda artırdığı gözlenmiştir.

Doğum Ağrısında Refleksoloji Uygulama Teknikleri ve Ebelik/ Hemşirelik Yaklaşımları

Refleksolojinin de içinde bulunduğu birçok TAT uygulaması "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" çıkmadan önce ebe ve hemşirelerin bağımsız rolleri arasında bulunmaktaydı ve bu uygulamaları yapabilmeleri için konu ile ilgili sertifikalarının bulunması yeterli idi. Günümüzde ise artık refleksoloji uygulamasını ebe/hemşireler, 27 Ekim 2014 tarihli, 2915 sayılı "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinin" Madde 9 Ek 3 (Sertifikalı Tabip ve Tabip Gözetiminde Sertifikalı Sağlık Meslek Mensubu) kararı doğrultusunda yapabilirler.

Gerek kullanım sahasının genişliği, gerekse uyarı noktalarının cilt yüzeyine yakınlığı nedeniyle refleksolojinin en etkin yapılma şekli ayak refleksolojisidir.⁶ Uygulamaya ilk sağ ayakla başlanır ve sonra sol ayağa geçilir. Ayaklar skar, yara, ödem yönünden değerlendirilir. Kişiye boyun, bel ve dizleri desteklenecek şekilde yarı oturur pozisyonda ve ayaklar uygulayıcının göğüs hizasında olacak şekilde uygun pozisyon verilir. Uygulama çıplak elle yapılır ve tırnaklar avuç içinden bakıldığında parmak boyunu geçmemelidir.

Refleksoloji 10 dakikadan 60 dakikaya varan sürelerde uygulanır. Refleksoloji uzmanının kullandığı araçlar; desteklemek, masaj yapmak, bastırmak veya rahatlatmak amacıyla çeşitli biçimlerde kullandığı elleri, başparmakları ve diğer parmaklarıdır. Refleks bölgeleri masajı uygulaması için, toplam beş basma tekniği vardır; başparmak hareketi, parmak hareketi, ovma hareketi, sıvazlama hareketi ve sıkma hareketidir. Hafif stroking, derin stroking, göğüs açma, ayak rotasyon ve aşil germe açılış hareketleri ile gevşeme sağlanır.

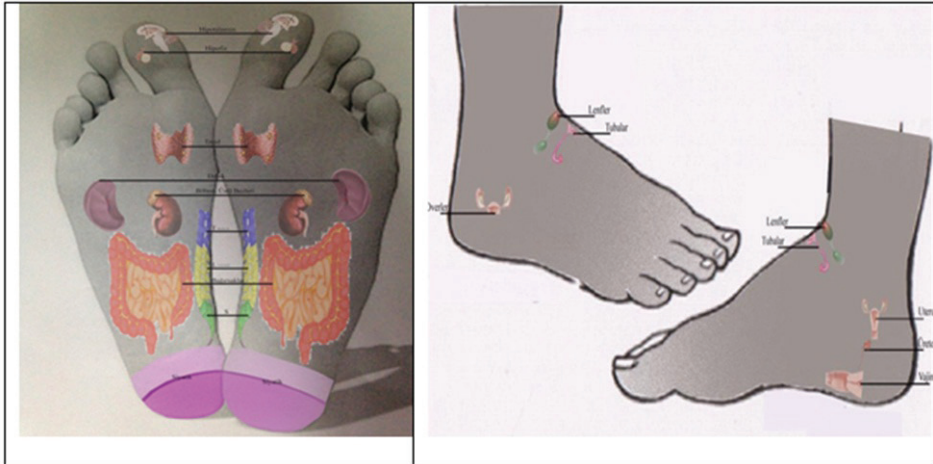
Uygulama süresince tırtıl, kuş gagası, torna, kelebek, kanca ve yırtma teknikleri kullanılır. Bu teknikleri yapmak için taş, tornavida, spatula gibi yardımcı aletler de tercih edilebilir. Bu tekniklerin hangi bireylere nasıl uygulanacağı kişinin fiziksel yapısı, yaşı ve o andaki sağlık durumuna bakılarak karar verilir. Örneğin iri yapılı bir insana daha kuvvetli, zayıf, yaşlı ve çocuklara ise normal şekilde basarak masaj yapılır. Uygulama noktaları ve uygulamada kullanılacak bası teknikleri kişinin problemine göre belirlenir. Uygulama sonrası toksinlerin atılımını hızlandırmak için bol su içilmesi önerilir.^{6,10,13,17,18,20}

Refleksolojiye Başlama

Uygulama, eyleminin I. evresinde, aktif fazın başında başlamakta ve toplam da 10 ila 60 dakika sürmektedir. İdeal olan ise gebeye uygulamanın kesintisiz ve doğru tekniklerde yapılması için doğum eyleminin I. evresinde, dilatasyon 3-4 cm iken sağ ayaktan başlanarak her bir ayağa 15 dakika olmak üzere toplam 30 dakika uygulanmasıdır. Uygulama basamakları aşağıdaki gibidir;

- Gebeye açıklama yapılarak gerekli izin alınır.
- Uygulayıcının tırnakları kısa kesilir. Eller yıkanır, eller birbirine sürtülerek uygun sıcaklığa getirilir. Uygulama çıplak ellerle yapılır.
- Gebeye yarı oturur rahat bir pozisyon verilir. Sırt bölgesi ve ayaklar desteklenir.
- Uygulayıcı gebenin ayakucuna geçer, gebenin ayakları uygulayıcının göğüs hizasında olacak şekilde oturma pozisyonu alınır. Gebe ile göz teması sağlanır.
- Uygulayıcı bir miktar zeytinyağını önce her iki eline daha sonra gebenin ayağına kayganlığı sağlayacak şekilde yayar.

Refleks Noktalarının Uyarılması Doğum ağrısı manuel bası için ayaklardaki refleks noktaları; 1: Solar Pleksus, 2: Hipotalamus, 3: Hipofiz, 4: Dalak, 5: Troid Bezi, 6: Böbrek Üstü Bezleri, 7: Barsak, 8: Spinal Kord 9: Uterus, Vajina, Overler ve Fallop Tüpleridir.^{6,10,13,17,18,22,26}



Şekil 1. Ayak Tabanı ve Ayak Bileği Refleks Noktaları

- Refleksolojinin uygulanmasına sağ ayaaktan başlanır ve yukarıdan aşağıya doğru yapılır. Uygulama süresince iki el birbirini tamamlayıcı şekilde çalışır. Genelde bir el çalışan, yani basıncı uygulayan diğer el ise ayağa destek olan, ayağı tutan eldir.
- İlk önce beş dakika ayağa ısıtma ve gevşeme hareketleri yapılır. Ellere sürülen zeytinyağı ayağa iyice yayıldıktan sonra ayağı ısıtmak için rotasyon (döndürme), aşıl tendon germe, iki taraflı bilek gevşetme, elin başparmaklarının ayağın altında yürütülmesi ve “çamaşır sıkma” yöntemleri kullanılır.^{6,13,17-19}
- Tüm bedene ileti göndermek amacıyla “solar pleksus” noktasına başparmak ile 8-10 defa basıp kaldırma şeklinde uygulama yapılır. Solar pleksusa kişi nefes alırken basılır, nefes verirken bası kaldırılır.
- Bir dakika beyin bölgesine uygulama yapılır. Beyin bölgesinde; başparmakta hipofiz bezi ve hipotalamus refleks noktaları üzerine çalışılır. El başparmağı, ayak başparmağının en geniş kısmının ortasının biraz arkasına koyulur. Tırtıl hareketleriyle ve firiksiyon hareketiyle ayak başparmağına elin başparmağıyla bastırıp hafifçe daireler çizilir.
- Bir dakika dalak ve troid bölgesine uygulama yapılır. Dalak refleks noktası sol ayağın tabanında dördüncü ve beşinci parmağın altında ayağın dış tarafına yakın olan kısımdır.
- Troid bezinin ayaktaki refleks bölgesi, tabanda başparmağın devamı olan birinci ayak tarağı kemiğinin yuvarlak bölümündedir. Bastırma, firiksiyon ve tırtıl hareketleriyle çalışılır.
- Bir dakika böbrek üstü bezleri bölgesine uygulama yapılır.
- Bir dakika barsak bölgesine uygulama yapılır. Kalın ve ince barsak refleks noktalarına kanca ve yırtma hareketi uygulanır.
- Üç dakika omurilik bölgesine (L1-L5, T10-T12) uygulama yapılır. Omurilik refleks noktası, ayağın iç yanında, başparmağın ilk ekleminden topuğun ortasına kadar uzanan bölgedir ve buraya başparmak ile tırtıl yürüyüşü yapılır. Bu hareket yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya yapılır.
- Üç dakika uterus, vajina, overler ve fallop tüpleri bölgesine uygulama yapılır. Uterus ve vajina refleks bölgesi, ayağın iç tarafında (ayak başparmağı tarafı), ayak bileği ile topuğun en uç noktası arasındadır. Bu refleks bölgesini bulmak için, ayak bileği çıkıntısı ortasından, topuğa doğru hayali bir çizgi çekilir. Sağ ayaktaki refleks bölgesi sağ elin işaret parmağı, sol ayaktaki refleks bölgesi sol elin işaret parmağı yerleştirildikten sonra hafif bir döndürme hareketi yapılarak işlenir. Bu refleks bölgesini çalışmanın bir diğer şekli de, sağ elin ayasını ayak tabanının üzerine yerleştirip ve her iki yöne doğru elips şeklinde hareketler yapmaktır. Orta parmakla basınç uygulanır.

Overler refleks bölgesi, ayağın dış kenarındadır (ayak parmağı kenarında). Ayak bileği çıkıntısının yan tarafından, topuğa doğru hayali bir çizgi çekilir. İşaret parmaklarını kullanarak refleks noktasına çalışılır. Her iki elin orta üç parmağını uterus ve over refleks noktalarına yerleştirilip dairesel hareketlerle dik şekilde çıkılarak uygulama yapılır. Böylece tüm bölge çalışılmış olur.



Şekil 2. Ayak Refleksolojisi Releks Noktaları ve Uygulama Şekilleri

Refleksoloji Uygulamasının Sonlandırılması

En son tekrar solar pleksusa bası yapılarak uygulamaya son verilir. Sağ ayağa yapılan tüm uygulamalar sol ayakta da tekrar edilir.^{6,17-19}

SONUÇ

Kadınlarda görülme sıklığı çok fazla olmasına rağmen doğum ağrısının doğuma mutlaka eşlik etmesi gerekmez. Çünkü doğum ağrısının doğum eyleminin ilerlemesine katkısı yoktur. Doğum ancak kontraksiyonlar ile ilerler ve doğum ağrısı annesi doğum eyleminin başladığı konusunda uyarır. Tolere edilemediğinde doğum ağrısı anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkiler ve mutlaka müdahale edilmesi gerekir.^{27,28} Ağrının kontrol altına alınması kadının rahatlaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, doğum ve doğum sonrası annede ve yenidoğanda oluşabilecek komplikasyonların azaltılması ve hastanede yatış süresinin kısaltılması açısından son derece önemlidir.^{28,29}

Felsefi anne ve yenidoğanı koruma, savunma, memnuniyetini artırma ve rahatlığa ulaşmasını sağlamaya temellenmiş olan ebelik/hemşirelik uygulamasının ağrı

yönetimin de amacı en az yan etki ile ağrının en yüksek düzeyde giderilmesidir. Bu amaçla ağrı yönetiminde özellikle tamamlayıcı tedavi yöntemlerini tercih etmektedirler. Bu yöntemlerden biri olan refleksolojinin son yıllarda sayıları giderek artan araştırma sonuçları ile etkinliği kanıtlanmakta, klinik kullanımı önerilmektedir.

Refleksolojinin, uzun dönem etkilerini gösteren ileri ve tekrarlı araştırmaların, literatürde sınırlı olması nedeniyle özellikle bu konuda randomize kontrollü çalışmaların ve geniş popülasyonları kapsayan araştırmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca ebelik/hemşirelik bakımı için yararlı olacağından ve farkındalığı artıracağından dolayı ders müfredatı ve hizmet içi eğitim programlarına refleksoloji gibi tamamlayıcı tedavilerin dahil edilmesi önerilebilir.

TEŞEKKÜR

Şekillerin çizimini yapan Mimar Yalçın YILAR'a, resimlerin çekimini yapan Tokat Devlet Hastanesi doğum servisi ebelerine katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

KAYNAKLAR

1. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Midwives' support for complementary and alternative medicine: a literature review. *Women and Birth* 2012; 25: 4-12.
2. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine (eCAM)* 2007;4: 409-417.
3. Chang M, Wang S, Chen C. Effects Of Massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 2002;38: 68-73.
4. Lee MIK, Chang SB, Kang DH. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine* 2004;10: 959-965.
5. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour (review). *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library* 2012;2: 1-20.
6. Tabur H. Başaran EBZ. Refleksolojiye Giriş. 2. Baskı. Kitap Dostu Yayınları, İstanbul:Ezgi Matbaacılık; 2009.s. 11-159.
7. Kömürcü N, Berkiten Ergin A. Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler. İçinde: Kömürcü N, Berkiten Ergin A (editörler). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. İstanbul:Bedray Yayıncılık; 2008.s.57-143.
8. Vennells D.F. Refleksoloji. Yılmaz N (editör). *Ruhsal Araştırmalar Bülteni* 2012; 2: 9-13.
9. Bolsoy N. Perimenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2008.
10. Dolation M, Hasanpour A, Montazeri Sh, Heshmat R, Alavi Majd H. The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2011; 13: 475-79.
11. Wang M-Y, Tsai P-S, Lee P-S, Chang W-Y, Yang C-M. The efficacy of reflexology: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62: 512-520.
12. Elbasan B. Serebral Palsi'de refleksoloji. <http://cnd.org.tr/pdf/CND/2.pdf>. 22.11. 2012
13. History and theory of reflexology foot notes. <http://www.ocr.edu/forms/101chp01.pdf>. July 25, 2013.
14. Bishop E. Reflexology in the management of encopresis and chronic constipation, *Paediatric Nursing* 2003;15:20-21.

15. Korkan EA, Uyar M. Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5 (1):9-14.
16. O'Mathuna DP. Reflexology for relaxation. Alternative Therapies in Women's Health 2007; 9:17-24.
17. Wilhelm Aksel Z. Adım Adım Sağlık: Refleksoloji. 4. Baskı. Şefik Matbaa, İstanbul: Dharma Yayınları; 2009.s.13-102.
18. Soutar G. Eller ve Ayaklar İçin Refleksoloji. Evyapan T. (editör). 2.Baskı. Ankara: Yalçın Matbaa; 2010.s.5-112.
19. Psiko Akademi Psikolojik Danışmanlık ve Refleksoloji Merkezi. http://www.refleksoloji.org/indexx.php?f=f9e8bc82b41def5dce74b29af0bf02b9&l=1&sayfa_id=3&g_id=34238&id=34238. 03.01.2013
20. Ovayolu N. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan refleksolojinin yorgunluk, ağrı ve krampa etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2011.
21. Borman P. Nöropatik ağrı tedavisinde tamamlayıcı alternatif tedaviler. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2009;12: 151-156.
22. M Valiani M, Shiran E, Kianpour M. and Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2010;15: 302-310.
23. McNeill JA, Alderdice FA, McMurray F. A retrospective cohort study exploring the relationship between antenatal reflexology and intranatal outcomes. Complementary Therapies in Clinical Practice 2006;12:119-25.
24. Öztürk R, Sevil Ü. Refleksolojinin kadın sağlığı üzerine etkisi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi 2013;8: 87-100.
25. Moghimi Hanjani S, Mehdizadeh torzani Z, Shoghi M, Ahmadi G. Effect of foot reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparous. Koomesh 2013;14(2):166-171.
26. Yılar Z. Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
27. Şahin Ş, Owen DM. Doğum Ağrısının Mekanizması ve Etkileri. İçinde: Şahin Ş (editör). Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, İstanbul: Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi; 2006.s.11-22.
28. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. Tıp Bülteni 2010;44:137-44.
29. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18(1): 83-92

Caring For Caregivers of Individuals With Dementia: From the Perspective of Watson's Theory of Human Caring

Watson İnsan Bakım Teorisi'nin
Perspektifinden: Demans Hastalığı Olan
Bireye Bakımverenlerin Bakımı

(Review)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 62-72

Seher GÖNEN ŞENTÜRK¹, Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ², Jean WATSON³

¹Çankırı Karatekin University Faculty of Health Sciences, Department of Internal Medicine Nursing, Çankırı, Turkey

²Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Department of Internal Medicine İzmir, Turkey

³Distinguished Professor and Dean Emerita University of Colorado; Founder/Director Watson Caring Science Institute, Colorado, ABD

This study presented at 10th Quadrennial Congress of the European Association of Neuroscience :
15 May 2015, Belgrade as oral presentation.

Received: 19 July 2016

Accepted: 07 November 2016

ABSTRACT

The caregiving process affects caregivers at bio-psycho-socio-cultural dimensions. Therefore, nursing care that will be carried out for caregivers should be planned and implemented in a way that cares for the whole of individuals. Watson's Theory of Human Caring that defines nursing care as a scientific, ethical, esthetic and professional process during which individuals have a physical, mental, spiritual and socio-cultural interaction is a holistic caring model that requires taking the person into consideration not only physically but also socially, psychologically, culturally and spiritually. The purpose of this article is to provide a road map, create a new perspective about how to use Watson's Theory of Human Caring as a guide for caring for caregivers of individuals with dementia.

Key Words: *Caregivers, dementia, nursing care, Watson's Theory of Human Caring*

ÖZ

Bakım verme süreci bakım vereni biyo-psiko-sosyo-kültürel boyutlarda etkilemektedir. Bu nedenle bakım verenlere uygulanacak hemşirelik bakımının bireyin bütününe hizmet eden bir şekilde planlanması ve uygulaması gerekmektedir. Hemşirelik bakımını, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileştiği bilimsel, etik, estetik, profesyonel bir süreç olarak tanımlayan Watson İnsan Bakım Teorisi, hemşirenin bakım

verdiği bireyi sadece fiziksel değil sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel yönden de ele almayı sağlayan bütüncül bir bakım modelidir. Bu makalenin amacı; Watson İnsan Bakım Teorisi'nin bakım verenlerin bakımında nasıl kullanılabileceği ile ilgili bir yol haritası çizmek, bir bakış açısı geliştirmektir.

Anahtar Kelimeler: Bakımveren, demans, hemşirelik bakımı, Watson İnsan Bakım Teorisi

INTRODUCTION

Dementia is a public health problem that is increasingly becoming a serious worldwide concern¹. The World Health Organization (WHO) reported in 2012 that there had been 35.6 million individuals with dementia in the past three years. It is estimated that the number of individuals with dementia will double every 20 years. In fact, it is expected that 65.7 million and 115.4 million elderly people will have dementia in 2030 and 2050 respectively^{2,3}. According to the Alzheimer's Europe 2012 data, numbers of the people with dementia are 331,512 in Turkey⁴. Dementia impairs judgment, accommodation, communication, personality and behavior. The disease is progressive and as it progresses, caring needs of affected individuals increase and these individuals will need a caregiver^{5,6}. Responsibility for caring individuals with dementia is usually fulfilled by their family members.

Family members offering care to patients with dementia experience burden of caring, emotional stress, depression, anxiety, strain, weakened immune system, various health problems, leave from work and financial difficulties⁶⁻¹⁰.

After a member of the family is diagnosed with dementia, responsibilities of family members and the balance between their responsibilities change. During this period, the person offering care feels tired, exhausted, hopeless and annoyed^{8,10}. In one Turkey study, of all the caregivers included in the study, 64% experienced difficulties due to the caring process and of all the caregivers experienced difficulties, 40.6% could not receive support, 34.4% had psychological difficulties and 18.8% had financial difficulties. In addition, daily life activities were affected in 90% of the caregivers and 83.3% of the caregivers looking after patients with advanced dementia had difficulties in the caring process⁷.

It has been reported that caregivers of patients with dementia should have strong support systems and should be able to access people or organizations providing information about the disease so that their burnout syndrome can be reduced. Nurses play an important role in offering education to caregivers, improving knowledge and skills of the caregivers and managing patients' behavior appropriately^{11,12}.

The caring process has biological, psychological, sociological and cultural effects on caregivers. Therefore, nursing care to be offered to caregivers should be based on the holistic approach. Watson defined nursing care as a scientific, ethical, esthetic and professional process during which two people have physical, mental, psychological and socio-cultural interactions¹²⁻¹⁴. Watson's Theory of Human Caring is a model based on the holistic approach which allows nurses to take care of individuals in terms of not only physical but also social, psychological, cultural and spiritual dimensions¹⁶. This article is directed towards providing guidance in and creating a point of view about how to use Watson's Theory of Human Caring in offering care to caregivers of patients with dementia.

Conceptual Framework: Watson's Theory of Human Caring

The Theory of Human Caring was developed by Jean Watson between 1975 and 1979¹⁷. Fawcett stated that this is a moderately explanatory theory. The theory is composed of four main concepts, namely, the transpersonal caring relationship, caring moment/caring occasion, caring- healing consciousness and clinical caritas processes¹⁴.

Transpersonal caring relationship: Transpersonal relationship refers to the moment when a nurse and an individual enter each other's' experiences. At that time, space and time dimensions are transcended. The unity of mind body spirit of other influences the nurse's consciousness and influences on those for whom they serve. A transpersonal caring relationship involves scientific, ethical, esthetic, creative and individualized giving and receiving behavior and reactions between individuals and nurses. During this interaction, nurses approach individuals in a sensitive, harmonious, respectful, friendly and ethical way, full of empathy to fulfill a caring relationship¹⁸⁻²⁰.

Caring moment/caring occasion: It is the moment when a nurse and an individual meet a person for caring. It also refers to the moment when interpersonal interaction is realized. During a caring moment, communications and interactions occur between an individual offering care and another receiving care^{15,21}.

Caring- healing consciousness: Underlying the core of nursing is caring and healing consciousness, which involves the concepts caring, healing and love. Watson emphasized that caring- healing consciousness can be acquired through love and that when nurses approach their patients with love, they can help to facilitate healing^{18,22}. Caring and healing can be achieved when caring is based on healing consciousness¹⁹.

Caritas processes/ Carative factors: Watson stated that caritas processes constitute the core of nursing. When caritas processes are implemented appropriately, a nurse is a carative factor and the individual is treated as a whole person; for example mentally, physically and spiritually^{18,20,23,24}. Caritas processes provide guidance for nursing. These processes make caring and carative roles of nursing become new standards of authentic patient care, rather than emphasizing the curative aspect of medicine¹⁹. Ten factors play a role in the caritas process and they are listed below^{21,22}.

Humanistic- altruistic system of values: Humanistic values result from beliefs, culture and arts. They involve kindness, empathy, concern and love for self and others. Altruistic values are made up of relationships with others, beliefs and commitments²³. The humanistic-altruistic factor is based on the adoption of humanistic-altruistic values and having love and affection for self and others. Humanistic feelings and altruistic approaches are the basic carative factor necessary to fulfill needs and to provide professional care^{23,25}. Therefore, nurses should have a positive attitude and should be cheerful, tolerant, tender and loving. Nurses should approach individuals with kindness and love from their heart²⁶.

Enabling and sustaining faith and hope: It is important to encourage, honor and respect individuals' beliefs in order to protect and promote their health. Irrespective of health status and medical regimens of individuals, nurses should provide them with support for faith and hope^{23,25}.

Sensitivity to self and other: Being a human means to feel. Although humans can talk about their opinions freely, they have a hard time expressing their feelings. The

way to improve individuals' sensitivity to themselves and others is that they should be encouraged to get to know their own feelings. Being sensitive helps individuals to become mature psychologically and to accept themselves as they are. Nurses realize and promote themselves when they are sensitive to individuals' feelings^{23,25}.

Developing helping, trusting caring relationship: During a human caring relationship, nurses become involved in individuals' experiences and vice versa. They share a space beyond the physical one. They establish a connection with each other's spiritual world and thanks to this connection, human dignity is protected and two individuals help each other. Nurses can provide helping, trusting care by playing an authentic role (natural, sincere, reliable and loving) in this interaction^{23,25}.

Promoting and accepting the expression of positive and negative feelings and emotions: It is necessary to take account of and explain feelings and emotions in the human caring process as well as thoughts, behaviors and experiences. By using this carative factor, nurses can establish a more in-depth, honest and authentic caring relationship. It is important to listen to others' feelings and value their stories so that they can heal and find things in their lives meaningful. Only by listening to individuals' feelings and emotions can nurses contribute to their healing^{23,25}.

Engaging in creative, individualized, problem-solving caring process: Professional nurses use creative problem solving methods in the nursing process so that they can decide nursing care. They form and implement these creative approaches in the clinical care. They make use of their own and others' knowledge, intuitions, instincts, esthetics, technological facilities, skills and experimental, ethical and personal characteristics. All pieces of knowledge are valuable and important to clinical caring. The caring process requires being creative, systematic and reasonable^{23,25}.

Transpersonal teaching and learning: This factor emphasizes that an authentic relationship between nurses and individuals will facilitate learning while nurses fulfill their roles of teaching and learning. All learning and teaching processes occur during the authentic relationship established between nurses and individuals. Nurses prepare their caring plans based on information they have received from individuals and offer education in an authentic teaching and learning environment^{23,25}.

Provision of supportive, protective, and corrective mental, physical, societal, and spiritual environment: This factor refers to creation of comfortable, esthetic and peaceful environment in the context of physical, emotional and spiritual field. The purpose of creating such an environment is to offer high quality care and achieve healing as a whole. The environment created should be comfortable, secret, safe, clean and esthetic. Nurses should rearrange the environment so that it becomes a healing and harmonious environment in which there is imagery, visualization, music-sound, intentional touch and art^{23,25}.

Assisting gratification of basic human needs, while preserving human dignity and wholeness: This carative factor includes assisting to satisfy basic physical, emotional and spiritual human needs. Individuals allow nurses to easily access themselves when they have physical needs. When nurses help these individuals, they do not only fulfill their physical needs but also touch their spirit and heal them^{23,25}.

Allowing for being open to, existential-phenomenological and spiritual dimensions of caring and healing: Some phenomenological situations, which cannot be explained

scientifically, exist. Although it is not known how they are realized, their effects on individual humans differ. This carative factor refers to human experiences, spiritual meanings, miracles, cultural beliefs and internal subjective worlds of nurses and families of individuals^{23,25}.

Implementation of Watson's Human Caring Theory of Caring for Caregivers of Individuals with Dementia

Caregivers confront many problems which can be difficult to cope with. These problems lead caregivers to experience many negative feelings. Physical and emotional burdens created by the caring process challenge individuals' strength against events and reduce the quality of their lives. This is especially true for caregivers of individuals with dementia. During the caring process, individuals should be supported, their strength should be enhanced and they should be enabled to have a positive perception of the caring process. During this difficult process, nurses protect and promote biological, psychological and social health.

Nurses should turn each moment when they meet individuals into an opportunity. So that an interaction in which sharing between caregivers and individuals with dementia occurs can be generated, nurses listen to the caregivers' experiences carefully and with interest while they provide support for caring. In this interaction environment, nurses are influenced by caregivers' experiences, feelings, lives and culture when they provide care for caregivers, that is, they learn during the caring process.

Watson noted that love between an individual and a nurse is of great importance during the caring- healing process²⁰. So that caring- healing consciousness emerges, nurses should show love and affection for caregivers of individuals with dementia. In fact, this is the way they can make use of to convey the caring- healing consciousness¹⁸. During this process, both the nurse and the individual provided care become mature. Nurses continue to provide care for caregivers with caring- healing consciousness, love, affection, forgiveness and respect appear in the integrity of a family. Thus, caring-healing consciousness is conveyed to both caregivers and individuals with dementia. Nurses can increase caregivers' self-esteem by showing love and affection. As caregivers' self-esteem increases, so does their caring performance, which leads caregivers to feel satisfied and safe²⁷.

Nurses know that each caregiver is unique and that they have to accept each one as they are. While they honor caregivers' abilities and skills, they recognize their sensitive aspects. Nurses allow caregivers to select the most appropriate time to talk about the subjects related to them. They talk to caregivers calmly and focus all their attention on this talk. They should not be judgmental, but show respect and affection and have empathy so that they can understand the message given by caregivers and provide appropriate support²⁸.

Nurses should give the message that caregivers of individuals with dementia can access them whenever they like. It has been reported that counseling via telephone to caregivers provides useful care for the individual with dementia²⁹. When face to face counseling is not feasible, communication through phone calls will improve trust between nurses and caregivers. Thus, caregivers always feel that they are valued, respected and supported.

Nurses help caregivers to create meaningful and entertaining situations and to remember pleasant memories and recognize that individuals for whom they offer care are the people they have loved and respected before they become ill^{30,31}. Nurses also make caregivers believe them during the caring process. They collect information about caregivers' beliefs and enhance caregivers' hope in the direction of their beliefs. They encourage caregivers' ability to cling to life. They make an effort to show that life is a mystery to be solved rather than problems to be solved. They combine things caregivers find meaningful and important with their beliefs and hopes.

Nurses help caregivers to accept individuals with dementia as they are and the caring process. They organize occasions which allow both caregivers and individuals with dementia to have feelings of gratitude, forgiveness, mercy and submission.

Caregivers usually have ambivalent feelings associated with individuals they provide care for. They may experience such feelings as love, anger, disappointment and avoidance of responsibilities³¹. Studies performed on caregivers with dementia have revealed that although they experience negative feelings, they find some experiences meaningful in the caring process, discover or get to know themselves and become joyful and have opportunities to enhance their relationship with individuals to whom they offer care during the process and that their resilience, personal development and commitments increase^{30,32-34}. By providing a chance for caregivers to recognize their own feelings, they can be allowed to find things related to the situation they experience meaningful. As a result, they can have a harmony within their body, mind and spirit, auto-control and healing. There is a positive correlation between harmony within self and harmony with others and resilience and finding meaning in caring³¹. So that caregivers' negative experiences can be prevented and so that they can solve their problems, their psychological resilience should be increased³². Psychological resilience is an ability to overcome difficulties and to adapt to available conditions. This ability is defined as a psychological quality and contributes to psychological strength, healthy development and struggle against negative situations³⁵. It is directly associated with getting to know, respecting and healing self, self-care control, commitments, challenging and elements of resilience mentioned by Watson 1989³¹.

Nurses are aware of individuals' negative and positive feelings and try to understand how these feelings affect them²². They allow individuals to recognize positive aspects of the situation they go through and teach them how to cope with their negative feelings. Listening to music, keeping a diary, art therapy, games, humor, entertainment, breathing exercises and daydreaming can be recommended.

Caregivers of individuals with dementia should be encouraged to ask questions. Nurses search about caregivers' viewpoints of life and then share their knowledge and experiences with caregivers. They create a learning environment which allows individuals to be creative and cooperate with each other. Nurses should give the message that caregivers are always welcome to ask questions. They also teach caregivers problem solving skills.

Interviews can be held in an environment where caregivers of individuals with dementia are happy or a healing atmosphere is created by nurses. For caregivers, a quiet, calm and safe environment where the smells liked by caregivers are used and caregivers' privacy should be created and is respected. For example, touching, massage and aroma therapy

can be used to help caregivers feel relaxed. The feeling of touch is an inevitable element of human life; humans touch themselves and others with all their beings. Touching is considered as a way of communication. Physical touch does not only provide comfort but also help individuals feel better. This brings about physical, mental and spiritual wellness³⁶⁻³⁸.

Caregivers try to establish a balance between caring and their own needs (work, sleep, entertainment, nutrition and exercise). Caregivers dreams about having free time, going on holiday, taking up hobbies and spending time with their friends³¹. To help caregivers to realize their dreams, nurses respect individual needs, eliminate their worries and create a comfortable environment. They are also sensitive to caregivers' families and people they love and care about. Nurses put emphasis on the importance of receiving support for unfulfilled needs including sleep, relaxation and healing and talk to caregivers' families about offering support for them.

Nurses accept feelings of caregivers for individuals with dementia and respect things the caregivers find meaningful. The caregivers who question the disease in particular explain the necessity to accept some life events as they are. They believe that everything in life is full of love and goodness and occurs so that individuals improve and share this feeling with caregivers.

CONCLUSION

Using Watson's carative factors in caring for caregivers of individuals with dementia may allow the caregivers to find the caring process meaningful, enhance their psychological resilience, personal development and commitments and discover their own characteristics. Watson's caritas processes should be used as a guide to the determination of problems in the caregivers of individuals with dementia, in making care plans for them and in evaluating outcomes of these plans. Watson's Theory of Human Caring can be guidance for nurses in providing person centered, respectful, reliable, sensitive, honest and accessible care. This theory focuses on healing and love. It is thought that this caring behavior will reduce the burden on the caregivers of individuals with dementia, potentiate their power to cope with negative feelings and problems and improve the quality of their life.

SAMPLE CASE

Z.G., who is a 72 years old male-caregiver, gives care to his wife for 7 years. His wife has a middle-stage Alzheimer's disease.

Individuals who maintain the care of Alzheimer's patients cannot leave them alone if their support system is inadequate. A therapeutic environment can be established by the nurse. If proper environment is provided, interviews can be held in an environment while the caregiver is happy to be. In this sense a quiet, calm and a safe environment can be established for the caregiver, in which odors are used that the caregiver likes and privacy is respected (carative process 8 and 9). Six interviews were held with the caregiver in total. We held the interviews in the caregiver's house, while the patient was sleeping or calmed down, due to the fact that the caregiver could not leave his patient alone. During the interviews we treated the caregiver with love, respect and compassion

and we listened to the experiences of the caregiver with interest and attention (carative process 1, 2 and 4).

In the first interview the caregiver wanted to speak mostly about the care of his patient. We clearly understood that the caregiver had a lack of information about the disease and caregiving. The caregiver told that he was especially obstinate with his patient all the time, the patient was not using his medications regularly, she could not sleep at nights for fearing that his patient would wake up, he was having trouble in feeding his patient and he was giving especially liquid foods to his patient. The nursing education focused on the caregiving of the Alzheimer's disease and especially for the problems of the patient and her/his caregiver can be shared in any environment by establishing mutual learning-teaching relations (carative process 4, 6, 7 and 9). We gave suggestions about the lack of information related to caregiving within this process. In the second interview the caregiver stated that he tried to apply the new information what he learned, he had a nice week with his wife and they were not obstinate with each other anymore.

During the interviews we clearly understood that the caregiver could not accept the disease and he could not fit this condition to his patient. The caregiver was thinking that his wife acting in that way to make annoy his. The lack of information about Alzheimer's disease and the fluctuating course during the period of this disease complicates the process of accepting the disease. Even though the lack of information is fulfilled, time is required for this information to be used and to be turned into behavior. Helpful and reassuring relations should be established with the caregiver (carative process 4); the feelings and the emotions of the caregiver should be accepted and supported at this stage (carative process 5). The caregiver was feeling guilty about having negative feelings for his patient. The guilt feelings of the caregiver should not be reinforced at this stage. The stage of accepting the disease changes from person to person. During the interviews we told him that he should not feel guilty about having those feelings and that his feelings were acceptable. A discussion platform was established so that he could realize the effects of his anger on himself. We gave him time so that he could put the information he learned into practice. We asked him to record the conditions and experiences of which he did not believe that his wife was sick, until the next interview.

It is necessary to listen carefully to the experiences of the caregivers and they should be supported by the healthcare professionals and by the family members at every stage of the disease (carative process 3, 4 and 5). One should be aware of the fact that the past relations affect the experiences of the caregiver during the caregiving process. When we asked questions about their family processes he mentioned that they had a loving and respectful marriage with his wife but both his wife's family and his own family interfered a lot in their marriage in the early years and therefore he had negative communications with his wife during this period. He stated that he was feeling anger towards his wife and towards his family when he thought about the past years. He told that his wife's family was criticizing him about his caregiving all the time after the diagnosis of the disease and he thought of putting his wife to a nursing home because he was not supported by his son and his relatives but then he decided not to do so.

The importance of the support the caregiver should get due to that fact that he cannot fulfill his basic needs (sleep, relaxation, healing) can be emphasized and he can be asked to interview with other family members if needed about the fact that they should support

the caregiver (carative process 4 and 9). We evaluated the caregiver's way of asking for help at this stage, and we encouraged his to interview with the family members. The caregiver reached to his wife's two sisters via his nephew and told them that they could make a visit to the patient. The relatives of the patient apologized when they came to visit him and they stated that they wanted to support him more from then on. It was seen that the caregiver was very happy and relieved in the following interview.

Another negative feeling the caregiver went through during this period was that he could not forgive his wife in some matters (for expelling his mother and sister from home). In her theory, Jean Watson stated that forgiveness is an emotion that heals the person. She emphasized that individuals should be supported in terms of forgiveness. We spoke with the caregiver about this subject, we provided mutual fellowship with him and we gave suggestions to his about what he could gain if he forgave (carative process 4, 5 and 7). The Theory of Human Caring prioritizes to deal with an individual as a whole. It defines human as a being consisted of mind, body and spirit. It stated that a human cannot be evaluated only as a physical, only as a mental or only as a spiritual being. The process of giving care to Alzheimer's disease is a difficult process and the caregivers are under intensive burdens. As nurses, first of all we should accept the individuals as they are and we should have respect for what they feel (carative process 1 and 5). Sharing of emotions and experiences about caregiving and speaking of priorities in life are important in terms of therapeutic communication (carative process 4 and 5). After that we spoke about the caregiving and the meaning of life with the caregiver (carative process 2, 5 and 10). The expectation of the caregiver was for the disease not to progress any further. We observed that he could express himself more easily and he was happier.

Studies that were carried out pointed out that the caregivers not only had negative feelings and negative situations but they also had positive gains. In the fifth interview we asked whether caregiving had positive sides or not; we tried to support the faith and the hope of the caregiver with the positive sides (carative process 2, 3, 4, 5, 6 and 7). The caregiver stated that he was once a very impatient and a grumpy person but the disease thought his to be more patient. He also added that he was happy when he thought of their relationship with his wife before the disease and his wife deserved a better care. On the other hand we learned that the caregiver did not do anything to relieve himself. We spoke about the self-relieving methods (listening to music, keeping a diary, art therapy, games, humors, entertainments, breathing exercises and fantasizing etc.) the caregiver can do during this process according to his beliefs and resources and gave his suggestions (carative process 1, 3, 4, 5, 6, 7 and 9). The caregiver stated that before the disease he was interested in construction materials, he was doing small repairs at home all the time and he was happy especially when he went to the shops which were selling construction materials. He also stated that he was in the city hall choir in the past.

In the sixth interview the caregiver and his wife were looking more well-groomed compared to the previous interviews. The caregiver told that he spoke to one of his wife's sisters and left his wife's care to her sister for one day and went to a construction fair. He stated that in the past he did not have the courage to go outside but now he understood the importance of doing things for himself too. It is very important to provide the caregiver with the realization of his own power and endurance and to provide the caregiver to find meaning in caregiving (carative process 5, 9 and 10). We appreciated the caregiver

constantly from the beginning of the interviews to the end of them and tried to motivate his about the care. It is very important that he feels himself precious as an individual. It is especially important to speak about the miracles in life, and it is necessary to learn about the beliefs of the caregiver and how those beliefs affect the caregiving process (carative process 1, 2 and 10). The caregiver said that "it was a miracle that we reached to his and we showed up in front of his at a time when he needed the support a lot". He stated that previously he prayed all the time for the disease to recover and he was angry at God because his prays were not answered. Now he accepted that the disease would not recover, and he stated that he prayed to God not to progress the disease any further and give his a healthy life so that he could give his wife a better care.

REFERENCES

1. Sussman T, Regehr C. The influence of community-based services on the burden of spouses caring for their partners with dementia. *Health Soc Work* 2009 Feb; 34(1): 29-39.
2. World Health Organization (WHO). Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority 2012. URL:http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/. Accessed February 03, 2016.
3. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dement* 2013 Jan; 9(1): 63-75.
4. Alzheimer Europe 2012. The prevalence of dementia in Europe for Turkey. URL:<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Turkey>. Accessed February 03, 2016.
5. Ornstein K, Gaugler JE. The problem with "problem behaviors": a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *Int Psychogeriatr* 2012 Oct; 24(10): 1536-52.
6. The Alzheimer's Foundation of America [AFA]. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2014; 10(2): 5-63.
7. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler [Strains of caregivers of Alzheimer patients]. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing* 2009; 16(3): 32-49.
8. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2009 Jun; 11(2): 217-28.
9. Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, Fredman L. Depressive symptoms among dementia caregivers: role of mediating factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014 May; 22(5): 481-8.
10. Sangeeth GS, Solomon MD. Psycho-social problems and coping mechanisms in caregiver's of dementia patients. *Indian Journal of Applied Research* 2014; 4(5): 1-4.
11. Fortinsky RH, Delaney C, Harel O, Pasquale K, Schjavidland E, Lynch J et al. Results and lessons learned from a nurse practitioner-guided dementia care intervention for primary care patients and their family caregivers. *Res Gerontol Nurs* 2014 May-Jun; 7(3): 126-37.
12. Reuben DB, Ganz DA, Roth CP, McCreath HE, Ramirez KD, Wenger NS. Effect of nurse practitioner co-management on the care of geriatric conditions. *J Am Geriatr Soc* 2013 Jun; 61(6): 857-67.
13. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. *International Journal for Human Caring* 2003; 7(3): 51-61.
14. Fawcett J. (2006). Watson's theory of human caring. In J. Fawcett (Eds.) *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 553-585). Philadelphia: F.A. Davis Company.

15. Jesse, E. Watson's philosophy in nursing practice. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. Nursing theory utilization and application. St. Louis: Mosby; 2006. p.103-29.
16. Watson J. Holistic nursing and caring: a value based approach. Journal of Japan Academy of Nursing Science 2002 Jan; 22 (1): 69-74.
17. Watson J. Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In: Riehl-Sisca J, editors. Conceptual models for nursing practice. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1989. p. 219-36.
18. Lukose A. Developing a practice model for Watson's theory of caring. Nurs Sci Q 2011 Jan; 24(1): 27-30.
19. Watson J. Jean Watson: Theory of Human Caring. In: Parker ME, editors. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia: FA Davis Company; 2005. p.296-307.
20. Watson J. The philosophy and science of caring. Boulder, CO: University Press of Colorado; 2008.
21. Watson J. Postmodern nursing and beyond. Edinburg, UK: Churchill Livingstone; 1999.
22. Bernick L. Caring for older adults: Practice guided by Watson's caring-healing model. Nurs Sci Q 2004 Apr; 17(2): 128-34.
23. Watson J. Watson's Theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Contexto – Enferm 2007 Jan/Mar; 16(1): 129-35.
24. Watson J. Caring as the essence and science of nursing and health care. O Mundo da Saude Sao Paulo 2009; 33(2): 143-9.
25. Watson Caring Science Institute [WCSI]. Core concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/ Caring Science 2010. Accessed April 03, 2016.
26. Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. Scand J Caring Sci 2008 Dec; 22(4): 643-52.
27. Hunt CK. Concepts in caregiver research. J Nurs Scholarsh 2003; 35(1): 27-32.
28. Shipley SD. Listening: a concept analysis. Nurs Forum 2010 Apr-Jun; 45(2): 125-34.
29. Bank AL, Argüelles S, Rubert M, Eisdorfer C, Czaja SJ. The value of telephone support groups among ethnically diverse caregivers of persons with dementia. Gerontologist 2006 Feb; 46(1): 134-8.
30. Butcher HK, Holkup PA, Buckwalter KC. The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. West J Nurs Res 2001 Feb; 23(1): 33-55.
31. Piccinato JM, Rosenbaum JN. Caregiver hardiness explored within Watson's Theory of Human Caring in nursing. J Gerontol Nurs 1997 Oct; 23(10): 32-9.
32. Bull M. Strategies for sustaining self-used by family caregivers for older adults with dementia. J Holist Nurs 2014 Jun; 32(2): 127-35.
33. Liptak A, Tate J, Flatt J, Oakley MA, Lingler J. Humor and laughter in persons with cognitive impairment and their caregivers. J Holist Nurs 2014 Mar; 32(1): 25-34.
34. Quinn C, Clare L, Woods RT. What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? Int J Geriatr Psychiatry 2012 Nov; 27(11): 1195-202.
35. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. Am Psychol 1998 Feb; 53(2): 205-20.
36. Bush E. The use of human touch to improve the well-being of older adults: a holistic nursing intervention. J Holist Nurs 2001 Sep; 19(3): 256-70.
37. Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. J Adv Nurs 2001 Mar; 33(6): 820-7.
38. Coppa D. The internal process of therapeutic touch. J Holist Nurs 2008 Mar; 26(1): 17-24.

Randomize Kontrollü Deneyler

Randomized Controlled Trials

(Davetli Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 73-92

Belgin AKIN¹, Deniz KOÇOĞLU²

¹Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya

ÖZ

Bu derleme kanıt dayalı uygulama bakış açısının gelişmesiyle birlikte önemli bir araştırma türü haline gelen Randomize Kontrollü Deneylerle ilgili temel kavram ve yaklaşımların açıklanması amacıyla yapılmıştır. Randomize Kontrollü Deneylerin başarısı ve kalitesi ölçülen sonucun ortaya çıkmasında uygulanan müdahalenin gerçek etkisinin gösterilmesine bağlıdır. Bu neden-sonuç bağlantısının kurulması Randomize Kontrollü Deneylerin bir protokol çerçevesinde yürütülmesi, random atamanın yapılması, yanlılıkların önlenmesi, iç ve dış geçerliliğin sağlanması, körleme tekniklerinin kullanılması ve uygun istatistiksel değerlendirmenin yapılmasıyla olasıdır. Bu derleme bu aşamalara ilişkin yapılan hataları ve alınabilecek önlemlere ilişkin yaklaşımları içermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Dış geçerlik, iç geçerlik, nedensellik, randomize kontrollü deneyler, yanlılık*

ABSTRACT

This review aims to explain the basic concepts and approaches related to randomized controlled trials, which is an important type of research with the development of viewpoint of evidence-based care. The success and quality of randomized controlled trials hinge upon observing the actual effect of the applied intervention on the emergence of the measured result. Establishing this cause-effect relation can be possible if randomized controlled trials are conducted within a protocol, use random assignment, avoid biase, ensure internal and external validity, use blind techniques and appropriate statistical evaluations. This review includes the mistakes made in these stages and the precaution to be taken.

Key Words: *Bias, causality, external validity, internal validity, randomized controlled trials*

GİRİŞ

Kanıtla dayalı hemşirelik, hemşirelerin en iyi bakımı sunmak için bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları hasta ve sağlıklı bireylerin durumu, tercihleri ve kaynaklarının uygunluğuna göre değerlendirmesi olarak tanımlanır¹. Belirli bir girişimin uygulanabilirliğinde kanıt niteliğinde bilginin kaynağı olarak gösterilen Randomize Kontrollü Deneyler (RKD) uygulamaya yönelik kararlar verilmesinde ikinci düzeyde kanıt olarak kabul edilir ve birinci düzeyde kanıt olarak kabul edilen sistematik derleme ve meta-analizler için de temel kaynaktır²⁻³. İlk RKD Bradford A. Hill (1897-1991) tarafından gerçekleştirilmiş ve sağlık girişimlerinin etkinliğini değerlendirmede altın standart olarak kabul edilmiştir. Archie Cochrane RKD'nin sağlam bir destekçisi olmuş ve kariyerinin önemli kısmını bunun araştırmalarda kullanımının geliştirilmesine adanmıştır³⁻⁴.

Kanıtın düzeyi çalışma tasarımının türüne göre değerlendirilmekle birlikte her bir çalışmanın zayıflık ve güçlülük yönünden değerlendirilmesi gerekir. Örneğin çalışma katılımcılarının ilkelere uygun olarak seçilmediği bir RKD'nin sonuçları yanlılık içereceğinden katılımcıları random atama ilkelerine tam uyularak seçilen bir çalışmanın bulguları kadar güçlü kabul edilmez⁶. RKD'lerden elde edilen kanıtın kalitesi çalışmanın her aşamasında uygulanan metodolojik kaliteyle ve yan tutma (bias) riskinin kontrol edilme derecesi ile sıkı sıkıya bağlıdır ve yetersizliği durumunda yanlı sonuçlar elde edilmesine yol açacaktır^{7,8,9}. Deneysel çalışmada elde edilecek etkinin doğru yorumlanabilmesi çalışmanın geçerliğine ve güvenilirliğine bağlıdır ve elde edilen bulgunun kanıt sayılabilmesinde vazgeçilmezdir⁸. Hemşirelik araştırmalarının, hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek üzere tanımlayıcı olmaktan ziyade açıklayıcı gücü yüksek gerçek yaşama genellenebilecek bilgiler üreten deneyleri içermesi gerektiği üzerinde durulmaktadır¹⁰⁻¹³. Mantzoukas (2009)¹⁴ hemşirelikte az sayıda çalışmada (%6) randomizasyonu içeren deneysel metodolojinin kullanıldığını belirtmekte, uygulamaya yönelik kanıtların geliştirilmesinde hemşire araştırmacıların deneysel çalışmalar konusunda kendini geliştirmesinin teşvik edilmesi ve özellikle RKD'lerin sayısının arttırılmasının gereği üzerinde durmakta ve hemşirelikte sınırlı sayıda RKD'nin nedeninin bilgi eksikliği ve deney karşıtı görüşle bağlantılı olabileceğini vurgulamaktadır. Baldi ve arkadaşları (2014)¹⁵ hemşirelik alanında yayınlanan deneysel çalışmaların son 20 yılda artış gösterdiğini ve bunların yarısından fazlasını (%67) RKD'lerin oluşturduğunu bildirmişlerdir. RKD'lerin hemşirelik yönünden önemi bu çalışmaların hemşireler tarafından kullanılan girişimlerin etkinliğini ortaya koymaya yarayacak nedensel sonuçlar çıkarma olanağı sunmasıdır¹⁶. Ancak RKD'lerin hemşirelik araştırmalarında kullanımı araştırmacılar arasında hala tartışma konusudur¹⁵. Hemşirelik biliminde RKD'lere karşı çıkışın nedeni hemşireliğin karmaşık doğası nedeniyle ana unsurlarını tanımlama ve anlamlı bir karşılaştırma yapmaya yetecek kontrol sağlamanın güçlük içermesidir. Karmaşık girişimler RKD'yi zorlaştıran pek çok faktörden birisi olmakla birlikte bu güçlük tıp ve psikoloji alanındaki pek çok çalışma için de geçerlidir ve bu soruna yönelik stratejiler geliştirilmektedir¹⁷. Hemşirelikte yer alan karmaşık girişimler randomize yöntemlerden kaçınmak yerine bunların etkisini değerlendirmeye yönelik sağlam yöntemler kullanmayı daha da önemli hale getirmektedir^{11,13}. Hemşire araştırmacıların RKD'lerde sosyal çevreyi ele almaları¹⁸ teoriye dayalı yaklaşımı kullanmaları¹³ ve karmaşık hemşirelik girişimlerini

değerlendirmeye yönelik olarak geliştirilmiş modellerden¹⁶ yararlanmaları önerilmektedir. Fridlund ve arkadaşları (2014)¹³ teoriye dayalı (%51) RKD'lerin etkililiği (effectiveness) ortaya koymada teoriye dayalı olmayanlara (%38) göre daha başarılı olduğunu bildirmektedir. Rolfe (2009)¹⁹ hemşirelikte RKD'lerin kullanılmasının sınırlılıklarını tartıştığı yazısında sorunun karmaşık girişimler yanında bireyselliğin yeterince ele alınamaması olduğunu belirtmekte ve araştırmanın elde etmek istediği bilginin toplumsal olması durumunda RKD'nin kullanılabileceğinden söz etmektedir. Tümevarımsal yöntemi savunanlarla hipotez kanıtlamaya dayalı tümdengelim yöntemini savunanlar arasında süren tartışmanın gereksiz olduğunu belirten Persson ve Sahlin (2009)² hemşirelik biliminin bu iki yaklaşımın harmanlanmasından oluştuğunu vurgulamaktadır. Hemşirelikte RKD'lere karşı olanlardan bazılarının hastaların ya da hemşirelik girişimlerinin ilaç araştırmalarındaki benzer şekilde standardize edilemeyeceğini iddiasına²⁰ karşı yanıtın pragmatik yaklaşım olduğu belirtilmektedir¹². Richards ve Hamers (2009)¹¹ eylemsel (pragmatic) RKD'nin bu karmaşık girişimlerin etkinliğini değerlendirmede en iyi seçenek olduğunu belirtmekte ve RKD'lere karşı çıkışın altında yatan nedenin RKD'de yer alan etik ve teorik süreçlerin iyi anlaşılabilmesi olduğunu belirtmektedir.

Sağlık alanındaki araştırmacılar da kanıt düzeyleri ve klinik alanda uygulanabilirliği ile ilgili farkındalık düzeyinin artmasına bağlı olarak kanıt oluşturabilecek çalışmaların gerçekleştirilmesine yönelik ilgi ve farkındalık da artmaktadır. Hemşireler de uygulamalarına rehberlik etmesi için eskiye göre literatüre daha fazla başvurmaktadır, bu nedenle araştırmacılar da uygulamayı geliştirmeye dayalı iyi tasarlanmış ve kanıt oluşturabilecek özellikte çalışmalar yapmak konusunda daha fazla sorumluluk taşımaktadırlar.

Bu derlemenin amacı RKD'lerin temel amacı doğrultusunda planlanması, yürütülmesi, verilerin analizi ve yorumlanmasında dikkate alınması gereken noktalar ve sık yapılan hataların gözden geçirilmesidir.

RKD'nin Planlanması ve Çalışma Protokolü

Başlangıçta çalışmanın nasıl yürütüleceğine ilişkin bir protokol hazırlanması en temel aşamadır. Protokolün gerekliliklerini yerine getirmede yeterli uzmanlık ve finansal destek ana unsurlardır. Deneysel çalışmanın tanımlanmasında önemli üç temel noktanın deney/girişim grubu ya da birimi, tedavi/girişim ve tedavi/girişimin değerlendirilmesi olduğu belirtilmektedir^{21,22}. Bu nedenle öncelikle çalışma katılımcılarının kimlerden oluşacağı, hangi girişim/tedavilerin hedeflendiği ve her bir katılımcının girişime/ tedaviye yanıtının nasıl ölçüleceğine karar verilmelidir.

Deneysel bir çalışmanın planlamasında aşağıdaki kavramlar göz önünde bulundurulmalıdır²³:

- *Deneysel çalışmanın etkinliğinin mi (efficacy) yoksa etkililiğinin mi (effectiveness) ölçüleceğine karar verme; Açıklayıcı (explanatory) deneyler genel olarak ideal deney koşullarında belirli bir girişimin etkinliğini (efficacy) değerlendirmeye yönelik iken eylemsel/pratik (pragmatik) deneyler (practical clinical trials, practice-based research, clinical effectiveness research) bir girişimin gerçek dünyada etkililiğini (effectiveness) değerlendirme amacını taşır ve dış geçerlik önemli bir amaçtır^{24,25}.*

- Deneysel çalışmanın kavramsal yapısına karar verme; RKD'nin amacı bir girişimin diğerinden daha üstün olduğunu göstermekse üstünlük deneyi (superiority trial), iki girişimin eşitliğini göstermekse eşitlik deneyi (equivalence trial) ve bir girişimin diğerinden daha kötü olmadığını göstermekse daha kötü olmama deneyi (non-inferiority trial) olarak adlandırılır²⁶. Bu deneylerin her birinin amacı farklı olduğundan metodolojik yönden de farklılıkları olduğu ve bu konuda farkındalığın düşük olduğu bildirilmektedir²⁷. Çalışmanın kavramsal yapısı istatistik sonuçların yorumlanması, tedavi amacına yönelik (intention-to-treat/ITT) analizlerinin yönetilmesi vb. konularda farklılıklar getirecektir²⁸.
- Çalışmanın tasarımında en uygun yaklaşımı seçme; paralel, faktoriyel (factorial), küme (cluster), çapraz (cross-over) tasarımlar vs.
- *Yanlılık riskini azaltmaya yönelik neler yapılabileceğini/yapılamayacağını düşünme*; (Randomizasyon ve körleme ve ITT)
- *Sonuç çıktılarının belirlenmesi (birincil ve ikincil çıktılar/bağımlı değişkenler)*; ölçme, geçerlik/güvenilirlik ve pratik sonuçlarla uygunluk yönünden değerlendirme
- Çalışma grubunun büyüklüğü ve istatistiksel güç için gerekli çalışmaları yerine getirme ve
- *Kullanılacak istatistik çözümlenmeleri planlama.*

Çalışma Protokolü

Klinik bir deneyin protokolü; çalışmanın planlanması, yürütülmesi, raporlama ve uygulamaya aktarılması gibi konularda temel rol oynar. İyi yazılmış bir protokol deney başlamadan önce deneyin yürütülmesinin sağlamlığı, uygunluğu, deney tamamlandıktan sonra sonuçların uygulanması gibi bilimsel, etik ve güvenlik konuları konusunda değerlendirme yapmayı sağlar²⁹. Deneysel bir çalışma protokolünün ana unsurları; özet, giriş, araştırmanın amaçları, tasarım ve girişimin detayları, kimlerin çalışmaya alınacağı, dahil etme ölçütleri, randomizasyon, ölçme/değerlendirme ve veri toplama, istatistikler, etik konular, örgütsel yapı, yayın hedefleri ve ekler başlıklarını içerecek şekilde oluşturulmalıdır²⁹. Klinik çalışma protokolünde yer alması gereken standart gereklilikleri açıklayan uluslararası bir ekip tarafından oluşturulmuş SPIRIT 2013 (Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyler için Öneriler) protokol hazırlayacak araştırmacılar için bir rehber olarak önerilmektedir³⁰⁻³¹. Chan ve arkadaşları (2013)³⁰ klinik deney protokollerinde önemli eksiklikler olduğu ve içeriklerinin yer alması gereken bilgiler konusunda yeterince açık olmadığını bildirmektedir. Gray ve arkadaşları (2016)³² bir hemşirelik dergisinde yayınlanan çalışmaların yalnızca dördünün (%9) tam protokollerinin yayınlandığı ve diğerlerinin ise birisi hariç çalışma protokollerinin bulunmadığını bildirmektedir.

RKD İçin Temel Kavramlar

RKD' lerde Nedensellik

Araştırmalar öncelikle iki değişken (bir girişim/tedavi/maruziyet ve bir sonuç/çıktı) arasındaki ilişkiyi ölçmeyi amaçlar. Bu birisi girişimi alan (çalışma/deney grubu)

ve diğeri girişimi almayan (kontrol grubu) iki grubun karşılaştırıldığı bir tasarım ile başarılabilir. Karşılaştırmanın ardından sonuç (çıkıtı) karşılaştırılır. Ancak bir girişimin etkisinin değerlendirilmesinde en önemli gerekliliklerden birisi girişim ve kontrol grubunun uygulanan girişim dışında kalan diğer tüm özellikler (karıştırıcılar) yönünden benzer olmasıdır. Karıştırıcı (confounder) üzerinde çalışılan girişim dışında kalan ancak ölçülmeye çalışılan sonucu (çıkıtı) etkileyebilen değişken olarak tanımlanabilir. Araştırmadaki her çıkıtı için deneyin planlama aşamasında göz önünde bulundurulması gereken çok sayıda karıştırıcı vardır. Karıştırıcı değişkenlerin her iki grupta da (girişim ve kontrol) eşit/dengeli şekilde dağılması gerekir³³. İyi bir randomizasyonun bunu sağladığı düşünülse de grupların atanma aşamasında basit rasgele yapılan randomizasyona ilişkin eleştiriler de bulunmaktadır³⁴. En temel eleştiri ise deney ve kontrol grubunda sayı olarak ortaya çıkabilecek dengesizliktir. Bunun kontrol altına alınmasında blok rastgele yöntemin tercih edilebileceği belirtilmektedir. Ayrıca özellikle bireylerin bazı sosyodemografik ya da hastalık özellikleri deneyin sonucu üzerinde etki edebilecek etkiye sahipse tabakalı rastgeleleştirme yöntemi önerilebilir. Bu aşamada tabaka sayısı arttıkça random atamanın bozulabileceği dikkate alınarak tabaka sayısı minimum düzeyde tutulmalıdır³⁵. Deney ve kontrol grupları oluşturulduktan sonra randomizasyonun sağlanıp sağlanmadığının istatistiksel yöntemlerle gösterilmesi de önemlidir ve istatistik paket programlarının birçoğu bu tür analizler için kolaylaştırıcıdır³⁶. Nedenselliğin ikinci şartı deney ve kontrol grubunda zamana karşı meydana gelen değişimin müdahaleden kaynaklandığının açıkça ortaya konabilmesidir. Bunun sağlanabilmesi, çalışmalarda körleme tekniklerinin kullanılması, araştırma konusunun uygun olması koşuluyla faktoriyel (factorial), küme (cluster), çapraz (cross-over) tasarımlarından birisinin tercih edilmesiyle olası hale gelebilir³⁷. Nedenselliğin gösterilmesinde önemli olan diğer bir unsur ise istatistik değerlendirmelerin kapsamıdır. Etki büyüklüğü sonuçlarının verilmesi, değerlerin %95 güven aralığı içinde sunulması, p değeri 0.05 büyük ya da küçük ifadeleri yerine değerlerin açık yazımı, verilerin özelliklerinin uygun olması durumunda cox regresyon, Manova, multivariate regresyon, tekrarlayan ölçümlerde çift yönlü varyans analizi gibi değerlendirmelerin yapılması önemlidir^{36,38,39}. Nedensellik kararını etkileyebilecek durumların kontrol altına alınmasında araştırma sürecinde ortaya çıkabilecek yanlılıkların önlenmesi de önemlidir.

Yanlılık (Bias)

Klinik deneylerde hata tümüyle rastgele bir hata (değişkenlik-variability) ve sistematik bir hata (yanlılık-bias) olmak üzere iki şekilde olabilir. Örnek büyüklüğünü arttırmak ya da deneyi tekrarlamak ölçüm ortalamalarındaki değişkenliği azaltarak tahminlerdeki doğruluğu arttırabilir ve böylece sistematik hatalar önlenir. Yan tutma diğer tüm rastgele değişkenlik nedenlerine bağlı olarak gerçek deney etkilerinden sapmaları tanımlar. Yan tutma bir klinik deney sırasında deneyin tasarımı ve uygulanmasından veri analizine ve sonuçların yorumlanmasına kadar pek çok noktada ortaya çıkabilir. Yanlılık nedenlerini iyi bir şekilde anlamak yanlılığı azaltmak ve akla uygun bir etki tahmini yapmakta oldukça önemlidir^{9,40,41}. Yanlılık küçük ya da büyük çapta olmak üzere çeşitli düzeylerde olabilir ve farklı yan tutmalar çoğunlukla sonucun gerçekte olduğundan daha olumlu ya da bazen olumsuz yönde ortaya çıkmasına yol açabilir.

Bilimsel gerçeklik asla tam olarak değerlendirilemeyeceğinden olası yanlışlık riski ifadesini kullanmak daha doğru kabul edilmektedir^{8,42}. Yanlılık oldukça geniş kapsamlı ele alınabilir ve 35 den fazla yanlışlık türü olabileceği bildirilmektedir. Ancak bir çalışmanın sonucunu önemli oranda etkileyebilecek temel yanlışlıklar vardır ve çalışmalarda özellikle bunların kontrol edilmesi beklenir³³.

Temel yanlışlık kaynaklarından söz etmeden önce yanlışlık tartışmalarında sık yer almayan ancak özellikle deneysel çalışmalar ve bu çalışmalardan üretilen sistematik derleme ve meta analizler için önem taşıyan bir yanlışlık kaynağı olarak yayın yanlılığından (publication bias) söz etmek gerekir. Özellikle sonucu hipotezi destekleyecek şekilde olumsuz çıkan çalışmaların araştırmacılar tarafından daha az yayınlama eğiliminde olduğu ve dergi editörlerinin de böyle çalışmaları genelde yayınlamaya değer görmediği bazen de çalışmanın tamamlanmadığı ve bu nedenlerle yayınlanan çalışmaların gerçeği yansıtmada konusunda yanlışlık riski taşıdığından söz edilmektedir⁴³. Bunun yanında küçük örneklerle elde edilen yüksek etki büyüklüğü de yayın yanlılığının diğer önemli bir boyutu olarak belirtilmektedir^{44,45}. Bu nedenlerle yayınlanmış çalışmalardan sentezlenerek sonuçlar çıkarılmasının da yanlışlık içerdiği vurgulanmaktadır⁴⁴. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda deneysel çalışmalarda araştırma probleminin belirlenmesi ve sonuçların yorumlanması da yanlışlık riski taşıyacaktır.

Son yıllarda deneysel çalışmaların tercihen planlama aşamasında (ya da bazen araştırma raporu tamamlandıktan sonra) açıkça ulaşılabilecek şekilde bu amaçla oluşturulmuş web sitelerine kaydedilerek kayıt numarası alınması beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır^{29,46}. Klinik araştırmaların kaydedilmesinin yayın yanlılığının azaltılması yanında sistematik derleme ve diğer literatür incelemelerine kolaylık sağlama, olası katılımcılar ve klinik çalışanlarına bilgi sağlama ve çalışma sonuçlarının standardize bir formatta herkese açık sunulmasına katkı sağlama gibi yararlarından söz edilmektedir⁴⁷. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Klinik Deneyler Kayıt Platformu (International Clinical Trials Registry Platform-ICTRP) tüm klinik deneylerin kaydedilmesinin bilimsel, etik ve moral bir sorumluluk olduğunu⁴⁹ ve Uluslararası Tıbbi Dergi Editörleri ise klinik deneylerden elde edilen sonuçların yayınlanabilmesi için bir gereklilik olduğunu bildirmektedir⁴⁶. Klinik deneylerin kaydedilmesi ilaç araştırmaları için ise bir zorunluluk olarak tanımlanmaktadır⁴⁹. Kayıt numarası RKD raporlarının yazım denetimi için geniş kabul gören (CONSOLIDATED STANDARDS OF REPORTING TRIALS) CONSORT⁵⁰ gibi kontrol listelerinde de yer almakta ve pek çok dergi çalışmaların dergiye kaydedilmesinde aynı şeyi beklemektedir⁵¹. Yayınlanmış hemşirelik araştırmalarının değerlendirildiği çalışmalarda incelenen araştırmaların çok azında kayıt numarasının yer aldığı bildirilmiştir^{51,52}. Bir hemşirelik dergisinde 2011-2016 yılları arasında yayınlanan çalışmaların üçte ikisinden fazlasının kayıtlı olmadığı, kayıtlı olanların %54' ünün çalışma başlatıldıktan sonra kaydedildiği ve yalnızca %9' unun tam protokolünün yayınlandığı belirtilmektedir³². Bir çalışmada⁵¹ incelenen 15 hemşirelik dergisinden yedisinin CONSORT değerlendirmesini beklediği bunlardan üçünün deneylerin kaydedilmesini talep ettiği belirtilmektedir. Editörler, hakemler ve yazarların CONSORT kriterlerinin farkında olması ve kayıtlı olmayan çalışmaların yayınlanmamasının önemi üzerinde durulmaktadır^{32,51}. Bu bilgiler hemşire araştırmacıların bu sorunun farkındalığı konusunda yetersizlikleri olduğunu düşündürmektedir.

İç Geçerlik (Internal Validity)

Bir RKD'nin sonuçlarının gerçeği yansıtma düzeyi olası yan tutma kaynaklarından ne kadar uzak kalabildiğine bağlıdır. RKD'nin yanlılıklardan uzak olması iç geçerliliğinin (internal validity) yüksek olduğu yönünde bir güvencedir. Bir sağlık girişiminin gerçek etkisi bilinmeyen bir durumdur ve belirli bir örnek katılımcıdan daha geniş bir hedef nüfusa genellenebilir sonuçlar elde etmek için yanlılığın tahmin edilmesi, saptanması ve kontrol edilmesine çalışılır^{8,53}. Araştırma probleminin oluşturulmasından yayınlanma sürecine kadar pek çok yanlılık kaynağı olmasına rağmen temel olarak yanlılıklar katılımcıların çalışma grubuna atanmasından, girişimlerin gerçekleştirilmesine ve sonuçların/çıktıların ölçülmesine kadar bir deneyin gerçekleştirilmesi sürecinde ortaya çıkar^{8,53,54}. RKD'lerin kalitesini değerlendiren çok sayıda araç bulunmaktadır. Kalitenin değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulmuş alanlar/özellikler; giriş, hedefler, tasarım, çalışma grubunun seçimi, atanması, randomizasyon ve gizlenmesi, körleme, girişimler, veri kaybı, izlemler/protokole uyumsuzluk, çıktılar ve istatistikler olduğu belirtilmektedir⁵⁵. Kalite değerlendirme araçlarının ağırlıklı olarak iç geçerliliğe odaklandığı ancak etik boyut vb. farklı alanları da değerlendirebildiği bu nedenle yanlılık riski değerlendirmesinin çalışmanın kalitesinin değerlendirilmesinden farklı olduğu bildirilmektedir. Kalite değerlendirmesinin çalışmanın yürütülmesi ile ilgili olduğu ve puanlamayı içerebileceği geçerliliğin ise çalışmanın araştırma sorularını yanıtlama yeterliliği ile ilgilendiği vurgulanmaktadır^{8,56}. Araştırmanın yanlılık riskinin iç ve dış geçerlik boyutuyla değerlendirildiği Cochrane Collaboration yanlılık riski değerlendirme aracı (Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias)⁸ yanlılığın değerlendirilmesinde geniş kabul gören ve önerilen bir araçtır⁵⁷. Hemşirelikte yapılan sistematik derlemelerde çalışmaların değerlendirilmesinde yan tutmadan ziyade çalışmaların kalitesinin değerlendirildiği bildirilmekte ve Cochrane Collaboration yanlılık riski değerlendirmesinin kullanımı önerilmektedir⁵⁸. Bu yazıda da yanlılık riski konusunun özetlenmesinde Cochrane Collaboration yanlılık riski değerlendirmesi esas alınmıştır.

Tüm olası yanlılık kaynakları için yanlılığın olası büyüklüğü ve yönü göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı durumlarda olası yanlılıklara rağmen elde edilecek kanıtlar girişimin etkili olduğunu gösterebilir. Eğer çalışmanın tüm metodolojik boyutlarında yanlılık söz konusu ise sonuçta ortaya çıkacak etkinin gerçeği yansıtma olasılığı da ortadan kalkabilecektir. Bu nedenlerle çalışmanın sonuçlarının gerçeği yansıtmasını güvenceye almak ve kanıtlamak için olası yanlılık kaynakları ve bunların nasıl kontrol edileceği titizlikle planlanmalı, yürütülmeli ve araştırma raporunda da açıkça ifade edilmelidir⁴⁰. RKD'lerle ilgili çeşitli yanlılıklar özellikle çalışma grubunun seçimi, ölçümler ve analizler aşamasında ortaya çıkabilir^{40,54}. Cochrane yanlılık riski değerlendirmesinde yanlılıklar çalışma grubunun seçimi sırasında seçim yanlılığı (selection bias), çalışmanın yürütülmesinde performans yanlılığı (performance bias), ölçümler sırasında saptama yanlılığı (detection bias), analiz aşamasında eksilme yanlılığı (attrition bias) ve araştırma raporunun yazılması sürecinde ortaya çıkabilecek raporlama yanlılığı (reporting bias) olmak üzere altı başlıkta toplanır ve her bir yanlılıktan kaçınmak için geliştirilmiş çeşitli yöntemler bulunmaktadır⁸.

Seçim yanlılığı ve Randomizasyon (randomization):

Çalışma gruplarının belirlenmesi aşamasında ortaya çıkabilecek seçim yanlılığı (selection bias) karşılaştırılan çalışma gruplarının temel özellikler yönünden farklılığı anlamına gelir. Kimin deney kimin kontrol grubunda yer alacağına karar verilmesi sürecinde örneğin girişime daha etkin yanıt vereceklerin ya da uyumsuz olacağı düşünülenlerin bilerek ya da bilmeyerek ayrılması söz konusu olabilir. Seçim yanlılığını kontrol etmenin kabul edilen etkili yöntemi randomizasyondur^{8,53}. Randomizasyonun temel üstünlüğü, başarılı bir şekilde gerçekleştirildiğinde katılımcıların gruplara atanmasında seçim yanlılığını önlemesidir^{22,43}. Gerçek bir randomizasyonla tüm katılımcılara çalışma gruplarına atanmada eşit şans verilir. Randomizasyonun başarısı bazı ilişkili adımların başarıyla gerçekleştirilmesine bağlıdır. Ancak en iyi şekilde yapılmış bir randomizasyonda bile seçim yanlılığı önlenmiş sayılmaz. Çünkü katılımcıların çalışma sürecinde çalışmaya katılma onamından vazgeçmesi ya da başka şekillerde çalışmadan ayrılması nedeniyle çalışma guruplarının benzerliği bozulabilir. Bu nedenle çalışmada analiz aşaması da dahil randomizasyonun etkisinin sürdürülmesi yönünde önlemler almak gerekecektir⁴³.

RKD'lerde randomizasyondan söz etmeden önce random seçme (random selection) ve random atamanın (random allocation) aynı şeyler olmadığından söz etmek gerekir. Random seçmede belirli bir evrenden seçilecek kişilere eşit şans verme söz konusudur ve çalışmanın evrene genellenebilirliği ile ilgilidir ve dış geçerliliği (external validity) arttırma yönünde bir etkisi vardır. Random atamada ise belirlenen çalışma grubunun girişim ve kontrol gruplarına atanmasında eşit şans verilmesinden söz edilir ve çalışmada ortaya çıkacak seçim yanlılığını önleyerek çalışmanın iç geçerliliğini (internal validity) arttırır. Randomizasyon RKD'lerde en temel gereklerden birisi olarak kabul edilir ve eksikliğinde çalışmanın kalitesi ve içsel geçerliliği büyük oranda etkilenir. Randomize olmayan karşılaştırmalı çalışmalardan elde edilen bilgi randomize çalışmalardakine göre daha zayıf bir kanıt olarak değerlendirilmektedir^{9,43}. Randomizasyonun doğru bir şekilde uygulanmadığı çalışmalarda girişim etkisine ilişkin daha yüksek/abartılı (%30-40) tahminler elde edildiği bildirilmiştir⁵⁹.

Randomizasyonun etkili olabilmesi için iki önemli adımın gerçekleştirilmesi beklenir. Birincisi rastgele atama (random allocation) ve ikincisi ise atama sürecinin çalışmada yer alan araştırmacılardan gizlenmesidir (allocation concealment). Random atama oluşturmada önerilen yöntem rastgele sayılar tablosu ya da bilgisayar ortamında oluşturulmuş rastgele sayılar vb. bir sürecin kullanılmasıdır. Katılımcılardan onam alındıktan ve dahil etme kriterleri değerlendirildikten sonra randomizasyon için geliştirilmiş yöntemlerden (basit randomizasyon, blok randomizasyon vb.) çalışma için en uygun olanın kullanılması ve bu sürecin tamamen araştırmacılar dışındaki kişiler tarafından yürütülmesi önemlidir. Doğum tarihi, başvuru sırası, kayıt numarası gibi yöntemler seçim için uygun olmayan yöntemler olarak tanımlanır. Atamanın gizlenmesi sürecinde merkezi bir atama ofisi ya da kapalı opak zarflar vb. yöntemlerin kullanılması önerilir. Rastgele sayıların açık bir tablosu, vaka kayıt sırası, doğum tarihi vb. açık listelerin yer aldığı yöntemler yanlılık riskini arttıran ve uygun olmayan teknikler olarak kabul edilir^{8,22,33,42,60,61}. Çalışmayı yürütenlerin ve katılımcıların çalışma başlayana kadar atama sürecinde kimin girişim kimin kontrol grubunda olduğunu bilmemesi esastır^{8,9,22,33,61}. Bu gizleme süreci kör teknik olarak adlandırılabilir,

ancak körleme (blinding) ile karıştırılmamalıdır^{60,62}. Körleme çalışmanın yürütülmesi sırasında ve raporlama sürecinde çalışma içinde yer alanların körlendiği bir kontrol yöntemidir.

Performans ve saptama yanlılığı ve Körleme (blinding/masking)

Çalışmanın yürütülmesi ve ölçümler aşamasında ortaya çıkabilecek yanlılıklardan birisi performans yanlılığı (performance bias) olarak adlandırılır ve çalışma girişimlerini gerçekleştirenlerin ve çalışma katılımcılarının bilerek ya da bilmeyerek çalışma sonucunu etkilemesi olarak tanımlanabilir. Örneğin çalışma girişimlerini yürüten kişi girişim grubu lehine davranabilir (rosenthal effect) ya da hangi girişim grubunda olduğunu bilen kişi beklenen yönde davranışlar (hawthorne effect) sergileyebilir. Saptama yanlılığı (detection bias) performans yanlılığına benzer bir etki ile çıktı ölçümlerini yapan kişinin ölçüm yaptığı gruptan beklenen etki yönünde değerlendirme yapması olarak tanımlanabilir^{8,42}. Performans ve saptama yanlılığı ortak bir ifade ile tespit yanlılığı (ascertainment bias) olarak da adlandırılabilir⁵³. Randomizasyonla gruplar arasındaki farklılıklar azaltılmış olsa bile sonrasında bu grupların yanlı tahminlere yol açacak şekilde farklı girişimler almaları ya da bu girişimlerin etkisinin ölçülmesinde farklılıklar olmasının garantisi değildir. Çalışma içinde yer alan kişilerin çalışma sonucunu etkileyecek şekilde yanlı davranması riskinin en aza indirilmesi RKD'lerde aranan durumlardan birisidir. Bu tür yanlılıkların önlenmesinde etkili olduğu kabul edilen teknik körleme (blinding/masking) tekniğidir. Körleme RKD'lerde araştırma çalışmasının içinde yer alan bir ya da daha fazla kişinin çalışma gruplarından hangisinin deney hangisinin kontrol grubu olduğunu bilmemesini içerir^{8,9,22,54,60,62}. Körlemenin randomize olmayan yarı deneysel çalışmalarda da kullanılmasının yanlılıkları azaltmada önemli olduğu belirtilmektedir¹².

Körlemenin çalışmanın özelliğine göre olabildiğince çok yönlü olarak uygulanması RKD' nin kalitesi ve içsel geçerliliği yönünden önemli bir kanıt olarak kabul edilir. Bu nedenle çalışmalarda mümkün olduğunca fazla kişinin körlenmesi şiddetle önerilen bir yöntemdir⁶². Araştırmacılar raporlarında çalışmada kimlerin, nasıl körlendiğini ve bunun nasıl denetlendiğini açıkça ifade etmeli ve kimlerin körlenemediğini ve nedenlerini açıklamalıdır^{54,60,63}. Körleme yöntemi girişimi ve ölçümleri uygulayanlar, katılımcılar ve istatistikçinin körlendiği üçlü/dörtlü körleme, girişimi/ ölçümleri uygulayanlar ve katılımcıların körlendiği ikili körleme ve yalnızca girişimi/ ölçümleri uygulayanların ya da katılımcıların körlendiği tekli körleme yöntemleri ile yapılabilir^{8,42,60,62}. İkili ve üçlü körlemeler çalışmada tespit yanlılığının en düşük düzeyde olduğu güçlü bir yöntem olarak kabul edilir⁶². Çift körleme yapılmayan çalışmalarda girişim etkisine ilişkin daha yüksek/abartılı (%17) tahminler elde edildiği bildirilmiştir⁵⁹. Yanlılık istatistik analizler aşamasında da ortaya çıkabileceğinden tüm analizler tamamlanana kadar istatistiksel analizleri yapan kişilerin de körlenmesi önerilen bir durumdur^{8,22,42,60,62}. Açıklayıcı deneylerde (explanatory trial) çiftli körleme ve plasebo kontrollü yaklaşımın kullanılması gerektiği belirtilmekle birlikte eylemsel/pratik deneylerde (pragmatic trial) körlemenin ve plasebo uygulamasının etik, pratik vb. yönden mümkün olmayabileceğinden söz edilmektedir²². Hemşirelik mesleğinin amacı laboratuvar sınırlarının ötesinde gerçek dünyada uygulamayla ilişkili bilgi üretmek olduğundan açıklayıcı (explanatory) olmaktan ziyade eylemsel (pragmatic)

yaklaşımın hemşirelik uygulamasını daha doğru şekilde yansıtaacağı belirtilmektedir⁶⁴. Bazı yazarlar da hemşirelikte açıklayıcı (explanatory) çalışmaların eksikliğinden ve öneminden söz etmekte¹² ve hemşirelik araştırmalarında laboratuvar çalışmalarının yeterince kullanılmayan ve önemsenmesi gereken bir alan olduğundan söz etmektedir¹⁹. Plasebo'nun açıklayıcı deneylerde kullanılması ile ilgili bile literatürde etik temelli çok sayıda tartışma yapılmakla birlikte⁶⁵ son zamanlarda eylemsel deneylerde de plasebo kullanımının başladığını görmekteyiz. Bu çalışmalarda genellikle deney, kontrol ve plasebo gruplarında ön - son test değerlendirmesine dayalı bir desen oluşturulduğu ve deney grubuna müdahale uygulanırken plasebo grubuna da başka bir programın uygulandığı yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Özellikle; araştırmada, araştırmacının varlığının veya deneğin gözlemlendiğinin farkında olması nedeniyle, deneğin araştırma sonucuna uygun davranışlarını değiştirmesi olarak ortaya çıkan Hawthorne etkisi'nin⁶⁶ kontrol altına alınmasında plasebo grubunun olması önemli olabilir. Böylece sonucun uygulamadan mı yoksa deneğin gözlemlendiğinin farkından olmasından mı kaynaklandığı ayırt edilebilir. Hemşirelik araştırmalarına plasebo uygulamalarının nasıl entegre edileceği düşünülmelidir ve böylece hemşirelik çalışmalarında körlemenin yeterli düzeyde uygulanamaması nedeniyle ortaya çıkan dezavantajlar kontrol altına alınabilir. Eylemsel (pragmatic) deneylerde körleme genelde zor (etik, pratik vb. nedenler) hatta bazen olanaksız olabileceğinden çıktılar değerlendirilen²⁴ ve veri analizini gerçekleştirenlerin⁶⁷ körlenmesi önerilebilecek bir yöntemdir. Hrobjartsson ve arkadaşları (2013)⁶³ özellikle ilaç dışı araştırmalarda yaygın olarak kullanılan çıktıyı değerlendirenlerin körlenmesinin etki büyüklüğü tahminlerindeki yanlılığı azaltmada yararlı olduğunu bildirmektedir. Çıktı ölçümlerinin subjektif olması durumunda çıktıyı değerlendirenlerin körlenmesinin en uygun yöntem olduğu belirtmektedir^{12,22,60}. Hemşirelik çalışmalarının çıktı ölçümlerinin çoğunlukla subjektif olduğu göz önünde bulundurulduğunda çıktı ölçümlerini yapanların körlenmesinin uygulanabilir bir körleme yöntemi olması yanında tercih edilmesi gereken bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz. Eylemsel (pragmatic) çalışmalarda dış geçerliliği arttırmak önemli bir hedef olmakla birlikte iç geçerliliğin düşük olmasının dış geçerliliği etkileyeceği unutulmamalıdır. Treweek and Zwarenstein (2009)²⁵ iç geçerliliği olan ancak uygulanabilirliği düşük ya da bunu değerlendirmeye yetecek nitelikte raporlanmamış deneylerin klinik uygulamanın etkililiği ile ilgili kaçırılmış bir fırsat olduğunu ve pragmatik bakış açısının tüm denemelerde olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bunun yanında hemşire araştırmacıların klinik alana uygulanabilir sonuçlar üretmesinin iç ve dış geçerlik arasında bir denge sağlamakla başarılabilirliği belirtilmektedir⁶⁸.

Eksilme yanlılığı ve tedavi amacına yönelik analiz (Intention-to-treat analizi-ITT)

Çalışma sırasında bazı katılımcılar çeşitli nedenlerle (çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi, çalışmaya uyum göstermemesi, sağlık sorunları vb.) çalışmadan ayrılabilir ve çalışma sonlandığında bu kişilere ait verilerde eksiklik olur. Randomizasyon sonrasında çalışma sürecinde sonuç/çıktı ölçümlerinde ortaya çıkan veri eksikliğine bağlı yanlılık eksilme yanlılığı (attrition bias) olarak adlandırılır^{8,42}. Daha önce söz edildiği gibi seçim yanlılığını önlemeye yönelik olarak gerçekleştirilen randomizasyon sonucu elde edilmiş olan denge (grupların önemli özellikleri yönünden benzerliği) gruplardan eksilen kişiler

olması nedeniyle bozulmuş olacaktır⁶⁹. Randomizasyonun etkisinin sürdürülmesinde ve eksilme yanlılığının önlenmesinde önerilen temel yöntem tedavi amacına yönelik analizdir (intention-to-treat analiz) (ITT)^{8,69}. ITT analizi randomizasyon sonrasında ortaya çıkan ayrılma, uyumsuzluk, tedavi/girişimi alıp almama vb. hiçbir gerekçeyi dikkate almadan her katılımcının atandığı grupta analizlere dahil edilmesi olarak tanımlanır. Temel ilkesi “nasıl randomize ettiysen öyle analiz yap” (as randomized so analysed) şeklinde özetlenebilir. ITT’ nin temel avantajı randomizasyon dengesini korumak, yan tutmalardan kaçınmak ve gücü arttırmaktır. Dezavantajları girişimin etkisini azaltabilmesi ve eksik verilerin tamamlanmasını gerektirmesidir^{41,70}.

Girişimi almayan ya da tamamlamayan kişinin girişimin sonuçları yönünden değerlendirmeye alınmasının önemli gerekçeleri arasında toplumda/gerçek yaşamda her zaman uyumsuz bireyler olacağı, çalışmadan ayrılmanın bizzat girişimin kendisinden kaynaklanan olumsuz etkiler ya da yararını görmeme gibi nedenlerden kaynaklanabileceği ve çalışmadaki kayıpların aynı zamanda çalışmanın etkili bir uygulama olup olmadığı ile ilgili bir durum olabileceği yer almaktadır. Bu nedenlerle çalışmanın planlanmasında çalışma grubundan kayıpları önleyecek/kontrol edecek yöntemler geliştirilmesi birinci önlem olmalıdır ancak özellikle uzun süreli çalışmalarda kayıpların olması neredeyse kaçınılmazdır^{41,71}. Deneysel bir çalışmada kayıpları %10⁷² ya da %15’ in altında tutmak⁴¹ yanlılığı azaltmada önemli kabul edilmekte ve kayıplara bağlı yanlılığı kontrol etmede örnek büyüklüğünü arttırmanın yararlı olduğu vurgulanmaktadır⁷³. Eksik verilerin şekli ve dengesi de önemlidir. Örneğin deney grubundan daha fazla kayıp varsa (dengesiz eksilme) ve çalışma körlenmemişse deney grubundakilerin çalışmayı bırakma nedenleri girişimden kaynaklanan memnuniyetsizlik ya da işe yaramadığı inancı olabilir. Bu ihmal edilmemesi gereken bir eksik olarak adlandırılır. Belirli bir duruma bağlı ya da belirli bir temel özelliğe (örn.yaş) sahip katılımcılar ayrıldıysa bu özellikle değerlendirilmesi gereken bir kayıp şeklidir^{41,55}. Çalışmadaki tüm katılımcıların analize dahil edilebilmesi için verilerinin eksiksiz olması gerekir. Çalışma grubundan kayıplar olması durumunda ortaya çıkan en önemli sorunlardan birisi eksik verilerin nasıl yönetileceğidir. Eksik verilerin tamamlanması hipotez testinin istatistiksel gücünün arttırılmasında yararlı bir yöntem olarak kabul edilmektedir^{55,74}. Araştırmacıların eksik verileri tamamlamak üzere çok sayıdaki istatistik stratejiden en az birisini kullanması gerekir. Longitudinal mix model, cox regresyon gibi istatistik modeller, son gözlemin kaydedilmesi (last observation carried forward), en iyi ya da en kötü değerlerin kullanılması (extreme case analysis) ve ayrıca eksik değerleri tamamlamada farklı senaryolarda çok sayıda analiz setlerinin gerçekleştirilmesini içeren duyarlılık analizleri (sensitivity analysis) gibi yöntemlerden en uygun olanını kullanmak gerekir. En iyi iki yöntemin çoklu tamamlama (multiple imputation) ve maksimum olası tamamlama (maximum likelihood imputation) (Expectation-maximization imputation) yöntemleri olduğunu bildirmektedir^{55,74}. Duyarlılık analizinin ise çalışma sonuçlarının sağlamlığını saptamada özellikle dengesiz kayıp durumunda oldukça yararlı olduğu belirtilmektedir^{39,41}.

Eksik veri tamamlamada kullanılacak yöntemin seçiminde kayıp verinin miktarı, denge durumu, elde bazı verilerin olup olmaması ve çalışmanın modeli (superiority, equality, non-inferiorty) gibi özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin kayıp veri miktarının büyük olması durumunda ve çalışma superiority modelde ise en iyi-en kötü değer yaklaşımının sorun oluşturabileceği, H_0 hipotezini reddetme olasılığı ve

Tip 1 hata eğilimini artıracak şekilde belirtilmektedir⁷⁵. Farklı istatistiksel analitik stratejilerin kullanılmasının etki tahminlerinde önemli bir farklılık oluşturmadığından söz edilmekle birlikte⁷⁶ eksik verileri yönetmede var olan çok sayıda yöntemin etki tahminlerinde oldukça farklı sonuçlar verdiği özellikle vurgulanmaktadır⁷⁴. En uygun yöntem karar verilmesinde en belirleyici nokta olarak gruplardan kayıpların rastgele ya da rastgele olmayan şekilde olması belirtilmektedir⁴¹

ITT analizinin fazla tedbirli ve Tip 2 hata eğilimini arttırıcı olduğu ve özellikle açıklayıcı (explanatory-efficacy) çalışmalarda randomize edilen kişilerin girişimi/tedaviyi almadığı durumda girişimin gerçek pozitif etkisini azalttığı ve bu durumun eylemsel (pragmatic-effectiveness) çalışmalardan daha önemli olduğu bildirilmektedir⁷⁰. ITT analizine alternatif yöntemler olarak uyarlanmış/modified ITT (MoITT) ve per-protokol (PP) analizlerinden söz edilebilir. MoITT çalışmanın başında hiçbir girişim almadan çalışmadan ayrılanların analizden çıkarılmasına dayanan bir yöntemdir. Per-protokol (PP) analizi yalnızca gerçekten girişimi alanların analize dahil edildiği yöntemdir ve temel avantajı gerçek deney performansını yansıtmasıdır ve özellikle kayıpların tümüyle rastgele olmadığı durumlarda önemli düzeyde yanlışlık riski taşımaktadır^{41,75}. Bu nedenle PP analizi ve ITT nin birlikte kullanılması sonuçların sağlamlığını kontrol etmede önerilen bir yöntemdir⁵⁵. Superiority çalışmalarda ve pragmatik yaklaşıma dayalı klinik deneylerin analizinde intention to treat analizi büyük önem taşır⁷⁷. ITT'ye alternatif uygulamalar olmakla birlikte önemli oranda yanlışlık içerdiğini unutmamak gerekir⁷⁸. Eksik verilerle baş etmenin en iyi yolunun eksik veri olmamasına çalışmak olduğu ve deneyin tasarım, uygulama, analiz ve raporlama aşamalarında bu durumun göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmaktadır^{39,79}. ITT analizi RKD'lerde sıklıkla kullanılan bir terim olmakla birlikte araştırma raporlarında gerçek anlamda kullanımında sorunlar olduğu, yapılan analizler ve kişileri analize katmama nedenleri, oranları ve eksik verinin nasıl tamamlandığı gibi konularda önemli eksiklikler olduğu bildirilmektedir^{79,80,81}. Araştırmacıların kayıplar, nedenleri ve eksik verilerin ele alınmasında kullanılan istatistik yöntemleri açıkça ifade etmeleri gereklidir⁵⁵. Çalışma katılımcılarından kayıplar olması durumunda katılımcıların temel özelliklerinin randomizasyon öncesi ve sonrası tablo olarak verilmesi gerektiği ancak çoğu çalışmada buna yer verilmediği belirtilmektedir. Duyarlılık analizlerinin çok az ve yetersiz biçimde uygulandığı bu durumun yanlış sonuçlara neden olduğu vurgulanmaktadır⁸². Ağrı ile ilgili RKD'lerin değerlendirildiği bir sistematik derlemede⁸¹ çalışmaların % 47'si ITT ve % 5'i MoITT kullandığını bildirmiş ve % 67'si analiz dışı bırakma nedenlerinden söz etmiştir. Hemşirelik araştırmaları ile ilgili bir çalışmada incelenen çalışmaların % 14,5'inde ITT ve bir çalışmada da MoITT kullanılmış olduğu bildirilmiştir⁸⁰. Gravel ve ark. (2007)⁸³ ITT kullandığını belirten makalelerin yalnızca %39'unda tüm katılımcıların randomize edildiği şekilde ve sayıda analize katıldığı ve tüm katılımcı ifadesinin ulaşılabilen tüm katılımcılar olarak algılandığını belirtmektedir. LANCET, JAMA, BMJ gibi önemli dergilerde yayınlanan çalışmaların incelendiği derlemede⁷⁹ çalışmaların %95'inde eksik veriler olduğu, % 47' sinde kayıp oranının %10' dan fazla olduğu ve eksik verilerin ele alınmasında en yaygın kullanılan yöntemin (%45) yalnızca veri eksikliği olmayanların analize dahil edilmesi olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada 2001 yılındaki çalışmalarla karşılaştırıldığında ITT kelimesinin (duyarlılık analiziyle birlikte) daha fazla kullanıldığı ancak eksik veri oranları ve yaklaşımların benzer olduğu bildirilmektedir.

Raporlama yanlılığı ve Raporu yazan kişinin körlenmesi

Araştırma raporunun yazılması aşamasında ortaya çıkan raporlama yanlılığı (reporting bias) araştırma raporunu yazan kişinin araştırma bulgularını ve yorumlamasını araştırma hipotezi yönünde yazma eğilimidir. Önerilen yöntem araştırma raporu yazılıp bitene kadar raporu yazan kişinin hangi grubun girişim hangi grubun kontrol olduğu bilgisi yönünden körlenmesidir^{8,42}.

Dış Geçerlik (External validity)

Kanıta dayalı uygulamaların temel sorununun iç geçerliliği yüksek çalışmaları dikkate alan sınırlı bilimsel bakış açısı olduğu belirtilmektedir. Bu yöntemin keşif aşamasında yararlı olabileceği ancak uygulamaya aktarma konusunda yetersiz kalacağı vurgulanmakta uygulamaya aktarmada dış geçerliliğin önemine dikkat çekilmektedir⁸⁴. Shuttleworth' in ⁸⁵ bildirdiğine göre Campbell ve Stanley (1966) dışsal geçerliliği genelde belirli bir ortamda ve az sayıda kişiyle elde edilen bulguların gerçek yaşam ortamındaki daha fazla kişiye genellenebilmesi olarak tanımlamakta ve toplumsal geçerlik (population validity) ve ekolojik geçerlik (ecologic validity) olmak üzere iki tip dış geçerlikten söz etmektedir. Toplumsal geçerlik seçilen çalışma grubunun evreni temsil yeteneği ve örnekleme özelliklerine işaret eder. Ekolojik geçerlik çalışmanın yürütüldüğü çevre/ortam ve bunun bireylerin davranışlarını ve sonuçları nasıl etkileyebileceğine odaklanır. Deney ortamı gerçek dünyadakin benzemiyorsa genelleme güçleşecektir. Son yıllarda RKD'lerin elde ettiği bilgilerin uygulamaya aktarılmasındaki sorunlara yönelik eleştiri ve değerlendirmeler olduğu bildirilmektedir⁸⁶. Khorsan ve Crawford (2014)⁸⁷ iç geçerliliğin dış geçerlik için gerekli ancak yeterli olmayan bir koşul olduğunu RKD'lerin dış geçerliliğinin ayrıca değerlendirilmesi gerektiği savunmaktadır. RKD'lerle yapılan bir çalışmada ⁸⁸ dahil edilen tüm çalışmaların dış geçerliliğe yönelik yetersizlikleri olduğu ve katılımcıların daha geniş grupları temsiliyeti, katılımcıların kaydedilmesinin ayrıntıları, maliyeti ve toplumsal uygulamada girişimin nasıl uygulamaya aktarılacağı gibi önemli bilgilerin eksik olduğu bildirilmektedir.

Sistematik derlemelerde iç geçerlik önemsense de sonuçları kullanacak kişiler bulguların nasıl genellenebileceği ile daha fazla ilgilenecektir⁸⁶. RKD'ler iç geçerliliği yüksek ve aynı zamanda sonuçları belirli bir alandaki tanımlanmış bir grupla bağlantılı şekilde klinik olarak yararlı olmalıdır. Dış geçerliliği değerlendirmeye yönelik bazı konular eylemsel (pragmatic) ve açıklayıcı (explanatory) deneyler arasındaki ayrımla ilişkilidir. Ancak eylemsel deneylerin açıklayıcı deneylere göre daha yüksek bir dışsal geçerliliğe sahip olduğunu söylemek doğru olmaz. Örneğin çalışma grubunun seçim kriterlerinin geniş olması, temel özelliklere ilişkin verilerin sınırlı olması, farklı bir bakım ve uzmanlık sunan merkezlerin dahil edilmesinin çalışmayı yürütmede pek çok avantajı olabilecek ancak girişimin etkisine ilişkin elde edilen bulgunun genellenebilirliğini oldukça sınırlandıracaktır⁸⁹. RKD'lerin dış geçerliliğini arttırmada dışlama kriterlerinin azaltılması özellikle önerilen bir yöntemdir⁹⁰. Araştırma sonuçlarının genellenebilmesinde araştırma örneğinin evrenden rastgele seçilmesinin de (random selection) yeterli olmayacağı çünkü yalnızca seçildiği evreni temsil edebileceği ve tüm evrene genellenemeyeceği belirtilmektedir⁸⁶.

RKD'lerin kalitesini ya da yanlışlık riskini değerlendiren araçlar ve ölçümlerde genel eğilim girişimin ideal koşullarda etkin olup olmadığını (etkinlik-efficacy) etkileyecek faktörlere yönelik olarak iç geçerliliğe odaklı değerlendirme şeklindedir. İç geçerlik esas olarak araştırma bulguları ve sonuçlarının araştırmanın çalışma grubu için geçerli olduğuna ve nedensel ilişkinin uygun şekilde başarıldığına ilişkin bilgi sunar⁸⁷. Cochrane Collaboration'da ⁸ kalite değerlendirme araçlarının araştırmanın metodolojik olarak yürütülme kalitesinden ziyade raporlama yöntemine odaklandığını belirtmektedir. Bu nedenlerle RKD'lerin kalitesini değerlendirmeye yönelik araçlar klinik karar verme ve gerçek dünyada kullanıma ilişkin sınırlılıklar içermektedir⁸⁷.

Dergi editörlerinin ortak katılımını içeren bir toplantıda dış geçerlik için belirlenen önemli koşulların, çalışma grubu, yeri ve girişimleri yürütenlerin toplumu temsil etme özellikleri yanında uygulanan programın tutarlılığı ve yoğunluğu, çıktıların kalite, maliyet ve olumsuz sonuçlar gibi etkileri, izlem kayıplarını da içeren izlem raporları, programın sürdürülebilirliği ve girişimin uzun süreli etkileri olduğu vurgulanmıştır⁹¹. RKD'lerin tek merkezli çalışmalar olması, küçük örneklerle ve sınırlı özelliklere sahip bireylerle çalışılması, kısa izlem süreleri gibi bazı özelliklerinin çalışmanın dış geçerliliği yönünden sınırlılıklar yarattığı vurgulanmaktadır⁹². RKD raporlarında çalışma yeri ve özelliklerinden söz etmenin dış geçerliliği değerlendirmede ve böylece bulguların klinik uygulamaya aktarılabilmesinde önemi üzerinde durulmaktadır⁹³. Avelar ve arkadaşları (2016)⁸⁶ dış geçerliliğin geniş bir anlam taşıdığını ve genellenebilirlik (generalizability), uygulanabilirlik (applicability) ve uygunluk (feasibility) olmak üzere üç boyutta ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

RKD'lerde İstatistik Kullanımı

RKD'lerde istatistik kullanımı araştırma sürecinin farklı aşamalarında karşımıza çıkmaktadır. Deneysel araştırmalarda istatistik kullanımı örneklem sayısının belirlenmesi ile başlamaktadır. Örneklem sayısının belirlenmesi araştırma sırasında ortaya çıkabilecek Tip 1 ve Tip 2 hatanın denetlendiği ve örneklemde elde edilen sonuçların yokluk hipotezinde tanımlanan beklentilerden sapma düzeyini gösteren etki büyüklüğünün göz önüne alınmasına dayalı olmalıdır ve p değerinin tek yönlü ya da çift yönlü mü kabul edileceği bilgisine göre bir örneklem sayısı belirlenmelidir. Çok sayıda istatistik paket programında önemlilik değeri, güç değeri ve etki büyüklüğü değerlerini göz önünde bulundurularak deney ve kontrol grupları için gerekli örneklem büyüklüğünü belirlenebilmektedir. Bu aşama sadece örneklem sayısının yeterliliği hakkında bilgi vermektedir. RKD'lerin temel koşulu olan random atama sonucunda oluşturulan grupların temel özellikler yönünden karşılaştırılması ve araştırma sonucunu etkileyeceği düşünülen karıştırıcı faktörlerin her iki grupta eşit dağılımının sağlanıp sağlanmadığının istatistik testleri ile değerlendirilmesi istatistik kullanımının ikinci aşamasıdır. Eğer bu değerlendirmede herhangi bir karıştırıcı faktörlerin dağılımıyla ilgili sorunlar belirlenirse yapılacak ileri analizlerle bu karıştırıcı faktörün kontrol altına alınması gerekmektedir³⁶. Verilerin analizi aşamasında ise yapılan karşılaştırmaların sadece p değeri ile değerlendirilmemesi gerekmektedir. P değeri gruplar arasında elde edilen farklılığın şansa bağlı ortaya çıkmadığı ile ilgili bilgi vermektedir. p değeri sonucu ile ilgili yapılan eleştiriler iki önemli noktaya işaret etmektedir. Birincisi p değeri anlamlı bulunsa bile fark klinik açıdan önemsiz olabilir, ikincisi ise p değerinin

anlamsız çıkması durumunda örneklem grubunun sayısal yetersizliği nedeniyle var olan bir farklılık belirlenememiş olabilir⁹⁴. Bu nedenle özellikle deneysel çalışmaların klinik anlamlılık yönünden de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu ulaştığımız tartışma da araştırma sonuçlarının etki büyüklüğü değerlerinin hesaplanması sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Etki büyüklüğü değişkenler arasındaki ilişkinin ya da uygulama etkisinin büyüklüğünü yansıtan bir değerdir. Analizlerde kullanılan değerler ne olursa olsun ortalama, standart sapma, odds değerleri, korelasyon katsayısı, varyans analiz sonuçları gibi her değerlendirmenin etki büyüklükleri hesaplanabilmektedir. Bu nedenle deneysel çalışmalarda sadece p değerleri değil, etki büyüklük sonuçlarının da rapor edilmesi gerekmektedir^{94,95,96}. Araştırmada p değeri bize tip 1 hatayı ne kadar kontrol altına aldığımız, etki büyüklüğü ise sonuçların uygulamaya aktarıldığındaki etkisinin ne olacağı hakkında bilgi verirken, Tip 2 hatayı değerlendirmek için analiz değerlerine dayalı güç düzeyinin (power değeri) de verilmesi gerekmektedir. Ayrıca deney grubunda meydana gelen değişimin bütün denekleri kapsayıp kapsamadığının da değerlendirilmesi önemlidir. Bunun yanı sıra nedensellik yönünden daha iyi yorum getiren karıştırıcı faktörlerin denetimini sağlayan, değişimleri zaman*grup etkileşimi içerisinde değerlendiren cox regresyon, Manova, multivariate regresyon, tekrarlayan ölçümlerde çift yönlü varyans analizi gibi analiz türlerinin tercih edilmesi ve alt grup istatistiklerinin yapılması önemlidir. Yapılan bütün analizlerin ITT ve Per-protokol (PP) analizi şeklinde ayrı ayrı yapılması ve sonuçlarının belirtilmesi önemli bir etik sorumluluktur. Deneysel çalışmalarda dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta ise hipotezin yönüne göre p değerinin yorumlanma zorunluluğudur. Çalışmadaki amaç daha iyi ya da daha kötü olmama durumlarından birini göstermekse p değeri tek yönlü, her iki durumda da araştırma hipotezi için olası sonuç olarak tanımlanmışsa p değeri çift yönlü kabul edilmelidir^{36,38,97,98}. RKD'lerde istatistik kullanımı için bir özetleme yapmak gerekirse, analizlerin çalışmadan ayrılan kişileri kapsayıcı ve kapsamayan şekilde ayrı ayrı yapılması, analiz sonuçlarının p değeri, güven aralığı, güç düzeyi, etki büyüklüğünü içerecek şekilde yazılması ve istatistik analizlerinin seçiminde verilerin uygunluğu durumunda karıştırıcı faktörleri kontrol altına alan ve grup içi ve gruplar arası etkileşimleri değerlendiren analizlerin tercih edilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

SONUÇ

Sonuç olarak randomize kontrollü çalışmaların planlanması, yürütülmesi, verilerin değerlendirilmesi ve raporlanması aşamalarında uyulacak ilkeler ve alınacak önlemlerin çalışmanın kanıt değerini ortaya koyduğunu söyleyebiliriz. Temel ilke iç ve dış geçerliliği etkileyebilecek yanlılıkların kontrol edilmesine yönelik gerekli önlemleri almak, uygun istatistiksel teknikleri kullanmak ve yapılan/yapılmayan şeyleri araştırma raporunda açıkça belirtmektir. Bunun yanında araştırma protokolü oluşturulması ve çalışmanın uygun şekilde kaydedilmesi önemle üzerinde durulan konulardır.

Araştırmacıların randomize kontrollü deneysel çalışmalarında bir çalışma protokolünü oluşturmaları ve bu protokolü tasarım türünün, random atamanın uygun yapılması, yanlılıkların kontrol edilmesi, iç ve dış geçerliliğin sağlanması, uygun istatistiklerinin seçimiyle eleştirilere karşı güçlü hale getirmeleri gerekmektedir. Araştırmacıların deney öncesi ve raporlama öncesi çalışma protkollerini uluslararası geçerliliği olan kontrol listelerine göre değerlendirmeleri ve çalışma protokollerini yine uluslararası kayıt sistemlerine kayıt etmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ciliska D, Cand N, Brian H. Evidence-based nursing, USA: Wiley; 2013. p.15-48
2. Persson J, Sahlin NE. A philosophical account of interventions and causal representation in nursing research. *International Journal Of Nursing Studies* 2009; 46(4): 547-56.
3. Cochrane Consumer Network. Levels of evidence. 2016. URL:<http://consumers.cochrane.org/levels-evidence>: 10.12.2016
4. Shah HM, Chung KC. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124(3): 982-8.
5. Johnson MH. The early history of evidence-based reproductive medicine. *Reprod Biomed Online* 2013;26(3):201-9.
6. Peterson MH, Barnason S, Donnelly B, Hill K, Miley H, Riggs L, Whiteman K. Choosing the best evidence to guide clinical practice: Application of AACN levels of evidence. *Critical Care Nurse* 2014; 34(2):58-68.
7. Nichol AD, Bailey M, Cooper DJ. Challenging issues in randomised controlled trials. *Injury* 2010;41: 20-3
8. Higgins JPT, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* version 5.1.0. England: The Cochrane Collaboration; 2011.
9. Flecha OD, Douglas de Oliveira DW, Marques LS, Gonçalves PF. A commentary on randomized clinical trials: How to produce them with a good level of evidence. *Perspect Clin Res* 2016;7:75-80.
10. Forbes A. Clinical intervention research in nursing. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46: 557-68
11. Richards DA, Hamers JP. RCTs in complex nursing interventions and laboratory experimental studies. *International Journal of Nursing Studies* 2009;(46): 588-92
12. Borglin G, Richards DA. Bias in experimental nursing research: Strategies to improve the quality and explanatory power of nursing science. *International Journal of Nursing Studies* 2010;47:123-8
13. Fridlund B, Jönsson AC, Andersson EK, Bala SV, Dahlman GB, Forsberg, A, et al. Essentials of nursing care in randomized controlled trials of nurse-led interventions in somatic care: A Systematic Review. *Open Journal of Nursing* 2014; 4: 181-97.
14. Mantzoukas S. The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: A quantitative content analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46: 479-89
15. Baldi I, Del Lago E, De Bardi S, Sartor G, Soriani, N, Zanotti, R. Trends in RCT nursing research over 20 years: mind the gap *British Journal of Nursing* 2014;23(16), 895-99.
16. Blackwood B. Methodological issues in evaluating complex healthcare interventions *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(5): 612-2.
17. Thompson C. Fortuito us phenomena: on complexity, pragmatic randomised controlled trials, and knowledge for evidence-based practice. *World Views on Evidence-Based Nursing* 2004;1: 9-17.
18. Glasdam S, Sivberg B, Wihlborg, M. Nurse-led interventions in the concept of randomized controlled trials – critical perspectives on how to handle social contexts. *International Journal of Multiple Research Approaches* 2015; 9(1); 1-23.
19. Rolfe G. Complexity and uniqueness in nursing practice: Commentary on Richards and Hamers (2009). *International Journal of Nursing Studies* 2009;46:1156-8
20. Lindsay B. Randomized controlled trials of socially complex nursing interventions: creating bias and unreliability. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45 (1): 84-94.
21. Chow, SC. *Design and analysis of clinical trials*, USA:Wiley; 2013, p.124-98
22. Pocock SJ. *Clinical trials*, USA:Wiley; 2013, p.16-89, p.321-80

23. Institute of Medicine Staff. Small clinical trials, National Academies Press; 2001. p.3-89
24. Alford L. On differences between explanatory and pragmatic clinical trials. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 2006;35(1):12-6.
25. Treweek S, Zwarenstein M. Making trials matter: pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. *Trials* 2009;10:37
26. Lesaffre E. Superiority, equivalence, and non-inferiority trials. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases* 2008;66:150-4.
27. Christensen E. Methodology of superiority vs. equivalence trials and non-inferiority trials. *Journal of Hepatology* 2007; 46:947-54.
28. Gonzalez CD, Bolaños R, de Sereday M. Editorial on hypothesis and objectives in clinical trials: superiority, equivalence and non-inferiority. *Thrombosis Journal* 2009; 7(1):3.
29. Fayers PM, Machin D. *Randomized clinical trials. Incorporated: Wiley&Sons, 2010.*
30. Chan AW, Tetzlaff JM, Gøtzsche PC, Altman DG, Mann H, Berlin JA, et al. SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *BMJ* 2013;346:75-86.
31. Chan AW, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krleža-Jerić, K. et al. SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. *Annals of Internal Medicine* 2013;158(3): 200-7.
32. Gray R, Badnapurkar A, Thomas D. Reporting of clinical trials in nursing journals: how are we doing? *JAN* 2016; Editorial:1
33. Attia A. Bias in RCTs: Confounders, selection bias and allocation concealment. *Middle East Fertility Society Journal* 2005; 3(10): 258-61.
34. *Research and Innovation . Randomization in clinical trials, England: University of the West of England ; 2011.*
35. Xiao L, Lavori PW, Wilson SR, Ma J. Comparison of dynamic block randomization and minimization in randomized trials: A simulation study. *Clin Trials* 2011;8:59-69.
36. Field A. *Discovering statistic using IBM SPSS statistics, 4th Edition. Los Angels: SAGE Publication; 2009*
37. Shively WP. *Causal thinking and design of research the craft of political research. 8th edition. New Jersey: Copyright © by Pearson Education Upper Saddle River; 2009.*
38. Çağatay P, Şenocak M, Baykal İE. A proposal for scoring of the evaluation of randomized clinical trials. *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31 (1): 49-55.
39. Dziura JD, Post LA, Zhao Q, Fu Z, Peduzzi P. Strategies for dealing with missing data in clinical trials: From design to Analysis. *Yale Journal of Biology and Medicine* 2013; 86:343-58.
40. Pannucci CJ, Wilkins EG. Identifying and avoiding bias in research. *Plast Reconstr Surg* 2010;126:619-25.
41. Ron K, Faltin F, Ruggeri F. *Statistical methods in healthcare, edited by Ron Kenett. USA:Wiley; 2012.*
42. European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA). *Guideline - levels of evidence - internal validity of randomized controlled trials, Final version; 2013 URL:https://eunethta.fedimbo.belgium.be/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/Internal_Validity.pdf ,29.11.2016*
43. Machin D, Fayers PM. *Randomized clinical trials. USA:John Wiley&Sons; 2010*
44. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. *Introduction to meta-analysis, publication bias USA: John Wiley & Sons, Ltd; 2009*
45. Song F, Hooper L, Loke YK. Publication bias: what is it? How do we measure it? How do we avoid it? *Open Access Journal of Clinical Trials* 2013;5: 71-81
46. International Committee Medical Journal Editors-ICMJE. *Clinical Trials Registration 2008 URL:: http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/clinical-trials-registration/ 04.12.2016*

47. Tse T, Williams RJ, Zarin DA. Reporting “basic results” in Clinicaltrials. CHEST Journal 2009; 136(1):295-303.
48. WHO. International standards for clinical trial registries 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76705/1/9789241504294_eng.pdf?ua=1&ua=1. 04.12.216
49. Food and Drug Administration. Amendments act (FDAAA) 2007 URL: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-110publ85/pdf/PLAW-110publ85.pdf#page=82> Erişim tarihi: 04.12.216
50. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gotzsche PC, Devereaux PJ et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. J Clin Epidemiol 2010;63:2237.
51. Jull A, Aye PS. Endorsement of the CONSORT guidelines, trial registration, and the quality of reporting randomised controlled trials in leading nursing journals: A cross-sectional analysis. International Journal of Nursing Studies 2015; 52(6): 1071–1079
52. Guo JW, Sward KA, Beck SL, Stagers N. Quality of reporting randomized controlled trials in cancer nursing research. Nursing Research 2014; 63(1): 26–35.
53. Jadad AR, Enkin MW. Bias in randomized controlled trials in Randomized controlled trials: Questions, answers and musings. 2nd Edition. USA: Blackwell Publishing 2007.
54. Turlik M. Evaluating the internal validity of a randomized controlled trial. The Foot and Ankle Online Journal 2009; 2 (3): 5-9
55. Armijo-Olivo S, Fuentes J, Ospina M, Saltaji H, Hartling L. Inconsistency in the items included in tools used in general health research and physical therapy to evaluate the methodological quality of randomized controlled trials: a descriptive analysis. BMC Medical Research Methodology 2013; 13(1): 116.
56. Smith AS, Oldman A, McQuay H, Moore R. Teasing apart quality and validity in systematic reviews: an example from acupuncture trials in chronic neck and back pain. Pain 2000;86:119-32
57. Zeng X, Zhang Y, Kwong JS, Zhang C, Li S, Sun F et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: a systematic review. Journal of Evidence-Based Medicine 2015; 8(1): 2-10.
58. Zhang J, Wang J, Han L, Cao X, Shields L. Tools to assess risk of bias in systematic reviews of nursing intervention in China: Global implications of the findings. Nursing Outlook; 2016
59. Schulz KF. Randomised trials, human nature, and reporting guidelines. Lancet 1996;348:5968.
60. Karanicolas PJ, Farrokhyar F, Bhandari M, Blinding: Who, what, when, why, how? Can J Surg 2010;53(5):345-8.
61. Bagiella E. Randomization in handbbook for clinical research. Medical Publishing ; 2014.
62. Schulz F, Grimes DA. Blinding in randomised trials: hiding who got what. The Lancet 2002;359(9307):696-700.
63. Hróbjartsson A, Thomsen ASS, Emanuelsson F, Tendal B, Hilden J, Boutron I, et al. Observer bias in randomized clinical trials with measurement scale outcomes: a systematic review of trials with both blinded and nonblinded assessors. Canadian Medical Association Journal 2013;1: 185:279
64. King, KM, Thompson DR. Guest editorial: Pragmatic trials: is this a useful method in nursing research?. Journal of Clinical Nursing 2008; 17(11): 1401-2
65. Hróbjartsson A. What are the main methodological problems in the estimation of placebo effects. Journal of Clinical Epidemiology 2002;55: 430-5
66. Macefield R. Usability studies and the Hawthorne effect. Journal of Usability Studies 2007; 2(3): 145-54.
67. Polit DF. Blinding during the analysis of research data. International Journal of Nursing Studies 2011; 48(5): 636-41.

68. Hallberg IR. Moving nursing research forward towards a stronger impact on health care practice? *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(4): 407-12
69. Armijo-Olivo S, Warren S, Magee D. Intention to treat analysis, compliance, drop-outs and how to deal with missing data in clinical research: a review. *Physical Therapy Reviews* 2009; 14 (1):36-49.
70. Fergusson D, Aaron SD, Guyatt G, Hebert P. Postrandomisation exclusions: the intention to treat principle and excluding patients from analysis. *BMJ* 2002; 325:652-4.
71. Gupta SK. Intention-to-treat concept: A review. *Perspect Clin Res* 2011; 2(3): 109-12.
72. Silva Filho CR, Saconato H, Conterno LO, Marques I, Atallah AN. Assessment of clinical trial quality and its impact on meta-analyses. *Rev Saude Publica* 2005; 39:865-73.
73. Montori VM, Guyatt GH. Intention-to-treat principle. *CMAJ* 2001; 165:1339-41.
74. Cheema JR. Some general guidelines for choosing missing data handling methods in educational research. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*. 2014; 13(2): 3.
75. Akl EA, Shawwa K, Kahale LA, Agoritsas T, Brignardello-Petersen R, Busse JW. et al. Reporting missing participant data in randomised trials: systematic survey of the methodological literature and a proposed guide. *BMJ* 2015; 5(12): 8431.
76. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Skinner JS, Hanscom B, Tosteson AN et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial. *JAMA* 2006; 296:2441- 50.
77. Abraha I, Montedori A. Modified intention to treat reporting in randomised controlled trials: systematic review. *BMJ* 2010; 3: 40
78. Sainani KL. Making sense of Intention-to-Treat, *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010; 2:209-213.
79. Bell ML, Fiero M, Horton NJ, Hsu CH. Handling missing data in RCTs; a review of the top medical journals. *BMC medical research methodology*, 2014; 14(1): 118.
80. Polit DF, Gillespie BM. The use of the intention-to-treat principle in nursing clinical trials. *Nursing Research* 2009; 58(6): 391-9.
81. Gewandter JS, Mc Dermott MP, McKeown A, Smith SM, Pawlowski JR, Poli JJ et al. Reporting of intention-to-treat analyses in recent analgesic clinical trials: ACTION systematic review and recommendations, *Pain*, 2014; 155(12):2714-19.
82. Joseph R, Sim J, Ogollah R, Lewis, M. A systematic review finds variable use of the intention-to-treat principle in musculoskeletal randomized controlled trials with missing data. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015; 68(1): 15-24.
83. Gravel J, Opatrny L, Shapiro S. The intention-to-treat approach in randomized controlled trials: are authors saying what they do and doing what they say?. *Clinical Trials* 2007; 4(4): 350-6.
84. Fernandez A, Sturmberg J, Lukersmith S, Madden R, Torkfar G, Colagiuri R et al. Evidence-based medicine: is it a bridge too far? *Health Research Policy and Systems* 2015; 13(1):66.
85. Shuttleworth M. External Validity. (Aug 7, 2009) URL: <https://explorable.com/external-validity>. 14.01.2017
86. Avelar SA, Thomas J, Kleinman R, Sama-Miller E, Woodruff SE, Coughlin R et al. External validity. The next step for systematic reviews? *Evaluation Review* 2016; 1:43.
87. Khorsan R, Crawford C. External validity and model validity: A conceptual approach for systematic review methodology. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine* 2014; 1: 12 -15
88. Partridge SR, Juan S J-H, McGeechan K, Bauman A, Allman-Farinelli M. Poor quality of external validity reporting limits generalizability of overweight and/or obesity lifestyle prevention interventions in young adults: a systematic review. *Obesity Reviews* 2015; 1(6):13-31.

89. Rothwell PM. Factors that can affect the external validity of randomized controlled trials. PLoS Clin Trials 2006; 1(1):e9
90. Buntrock C, Ebert D, Lehr D, Riper H, Smit F, Cuijpers P et al. Effectiveness of a web-based cognitive behavioural intervention for subthreshold depression: Pragmatic Randomised Controlled Trial. Psychother Psychosom 2015; 84:348–58.
91. Steckler A, McLeroy KR. (Editorial) The Importance of external validity. American Journal of Public Health. 2008; 98(1): 9-10.
92. Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D et al. A Systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: What is the quality of the evidence? Nursing Research and Practice 2014;1:28
93. Sigurdardottir KR, Oldervoll L, Hjermsstad MJ, Kaasa S, Knudsen AK, Lohre ET et al. How are palliative care cancer populations characterized in Randomized Controlled Trials? A Literature Review. Journal of Pain and Symptom Management 2014; (47) 5: 906-14.
94. Ferreira JC, Patino CM,3 What does the p value really mean? J Bras Pneumol 2015;41(5):485
95. Alpar R. Spor, Sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik. Ankara: Detay Yayıncılık. 7. Baskı. 2016. S.227-233, s.232-233, s.314
96. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. Meta analizi giriş. Ankara: Anı Yayıncılık.2013. s.17-60
97. West A, Spring B. Randomized controlled trials. URL: http://www.ebbp.org/course_outlines/randomized_controlled_trials/ 14.01.2017
98. Peduzzi P, Henderson W, Hartigan P, Lavori P. Analysis of randomized controlled trials. Epidemiologic Reviews 2002; 24(1):12-5

Yazarlara Bilgi

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

Makale Gönderimi

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

Genel Bilgiler

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

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

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

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Yazım Kuralları

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

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

Başlık Sayfası

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

Özet Sayfası ve Anahtar Kelimeler

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

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

Metin Sayfası

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

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

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

Kaynaklar

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

Metin İçinde

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

Örneğin;

Bu konuda yapılan bir çalışmada¹

..... ilgili çalışma².....

Reeves³ makalesinde

.....şeklinde tanımlamaktadır^{4,5}.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

Örneğin;

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

Metin Sonunda

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

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

Kaynak Kitap Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

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

Kitap Bölümü

Örneğin;

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

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

Kongre Özet Bildirileri

Örneğin;

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

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

Kongre Tam Metin Yayınları

Örneğin;

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

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

Kaynak Makale Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarın Kurum Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarı Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Elektronik Kaynaklar

Örneğin;

Elektronik dergi

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

İnternet Sitesi

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

CD-ROM

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

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

** Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

INFORMATION FOR AUTHORS

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

Submitting An Article

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

General Information

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

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

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

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

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

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

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

Publication Types

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

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

- o Discussion
- o Conclusion
- o References

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

Manuscript Preparation

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

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

Title Page

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

Abstract and Keyword Page

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

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

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

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

Times New Roman.

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

References

Vancouver style is used in referencing.

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

References in Text

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

Example:

A study¹ about this issue is.....

.....study²

In his article Reeves³

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

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

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

Reference List

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

Books

Personal Author/s

Example

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

Organization as author and publisher

Example

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

Chapter in a book

Example

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

Conference Proceedings

Example

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

Conference Paper

Example

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

Articles in journals

Standard Journal Article

Example

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

Organization as author

Example

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

No Author Given

Example

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

Issue With No Volume*Example*

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

No Issue and Volume*Example*

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

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

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

Web/ Internet*Example*

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

CD-ROM

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

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

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

Communication

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100

Ankara

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

YAYIN İZİNİ (Taahhütname)

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

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

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

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Bölümü
06100 Ankara