

FNJJN

VOLUME / CİLT 25, NUMBER / SAYI 3, OCTOBER / EKİM 2017

Florence Nightingale Journal of Nursing
Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi



ISTANBUL UNIVERSITY PRESS / İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ YAYINI



Florence Nightingale Journal of Nursing is covered in;

ESCI (Emerging Sources Citation Index),
DOAJ (Directory of Open Access Journals),
Crossref,
TUBITAK-ULAKBİM's Turkish Medical Index,
Türkiye Citation Index

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi

ESCI (Emerging Sources Citation Index),
DOAJ (Directory of Open Access Journals),
Crossref,
TUBİTAK-ULAKBİM Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir.
Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır.



DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS



TÜRKİYE ATIF DİZİNİ

EDITORIAL BOARD / EDITÖR KURULU

Editor in Chief / Baş Editör

Prof. Dr. Nevin KANAN

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Managing Editor / Yönetici Editör

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Assistant Editors / Yardımcı Editörler

Assoc. Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Asst. Prof. Dr. Tuluha AYOĞLU

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Asst. Prof. Dr. Seda ÇAĞLAR

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Assistant Editor - Statistics and Epidemiology / Yardımcı Editör - İstatistik ve Epidemiyoloji

Prof. Dr. Rian DİŞÇİ

Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine, İstanbul - TURKEY

Advisory Editors / Danışman Editörler

Prof. Dr. Panayota Sourtzi

National and Kapodistrian University of Athens, School of Health Sciences, Athens-GREECE

Assoc. Prof. Dr. Karen A. Monsen

University of Minnesota, School of Nursing, MN-USA

ADVISORY BOARD / DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Süheyla ABAAN

Hacettepe University, Ankara - TURKEY

Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Nuray AKYÜZ

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Meral ALTIOK

Mersin University, Mersin - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Ergül ASLAN

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Nefise BAHÇEÇİK

Marmara University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Ülkü BAYKAL

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Ege University, Izmir - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Hülya BİLGİN

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Gülçin BOZKURT

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Gülbeyaz CAN

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Sevim ÇELİK

Bülent Ecevit University, Zonguldak - TURKEY

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Celal Bayar University, Manisa - TURKEY

Prof. Dr. Nursan DEDE ÇINAR

Sakarya University, Sakarya - TURKEY

Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ

Marmara University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Leyla DİNÇ

Hacettepe University, Ankara - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Gülümser DOLGUN

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Marmara University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Emine EFE ÖZEL

Akdeniz University, Antalya - TURKEY

Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU

Hacettepe University, Ankara - TURKEY

Prof. Dr. Nuray ENÇ

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Behice ERCİ

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Özgül EROL

Trakya University, Edirne - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Ayşe ERGUN

Marmara University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. İsmet EŞER

Ege University, Izmir - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Duygu GÖZEN

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

ADVISORY BOARD / DANIŞMA KURULU

| | |
|--|--|
| Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM | Akdeniz University, Antalya - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Aysel GÜRKAN | Marmara University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Sevil İNAL | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Hasibe KADIOĞLU | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Hatice KAYA | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Hülya KAYA | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Meral KELLEÇİ | Cumhuriyet University, Sivas - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr.. Neslihan KESER ÖZCAN | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Leyla KHORSİD | Ege University, Izmir - TURKEY |
| Prof. Dr. Yasemin KUTLU | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU | Cumhuriyet University, Sivas - TURKEY |
| Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Ümran OSKAY | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. S. Deniz ÖZTEKİN | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr.. Fatma ORGUN | Ege University, Izmir - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Sıdıka OĞUZ | Marmara University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR | Ege University, Izmir - TURKEY |
| Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ | Cukurova University, Adana - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK | Karadeniz Technical University, Trabzon - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Gülay RATHFISCH | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI | Cumhuriyet University, Sivas - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Selda SEÇGİNLİ | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Şeyda SEREN INTEPELER | Dokuz Eylul University, Izmir - TURKEY |
| Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR | University of Health Sciences, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Sevim ULUPINAR | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Serap ÜNSAR | Trakya University, Edirne - TURKEY |
| Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERSBERGEN | Ege University, Izmir - TURKEY |
| Prof. Dr. Saadet YAZICI | University of Health Sciences, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI | Izmir Katip Çelebi University, Izmir - TURKEY |
| Prof. Dr. Suzan YILDIZ | Istanbul University, Istanbul - TURKEY |
| Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FİNDİK | Trakya University, Edirne - TURKEY |
| Assoc. Prof. Dr. Sema YILMAZ | Selcuk University, Konya - TURKEY |
| Prof. Dr. Rana YİÇİT | Mersin University, Mersin - TURKEY |
| Prof. Dr. Ayten ZAYBAK | Ege University, Izmir - TURKEY |

Papers and the opinions in the Journal are the responsibility of the authors.

Dergide yer alan yazılardan ve aktarılan görüşlerden yazarlar sorumludur.

This is a scholarly journal published three times a year in February, June and October and distributed free.

Şubat, Haziran ve Ekim aylarında, yılda üç sayı olarak yayınlanan; bilimsel bir dergi olup, ilgililere ücretsiz dağıtılır.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing
Abide-i Hürriyet Caddesi 34381 Şişli / Istanbul - Turkey
Phone / Telefon: +90-212-440 0000 / 27006
Fax / Faks: +90-212-224 4990
e-mail: iufnhd@istanbul.edu.tr
http://dergipark.gov.tr/fnjn

Owner / Sahibi

The Journal is owned by Prof. Dr. Sevim BUZLU (Istanbul, Turkey) on behalf of Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

*Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi adına sahibi
Prof. Dr. Sevim BUZLU (Istanbul, Türkiye)*

Publishing Company / Yayıncı Kuruluş

Istanbul University Press / Istanbul Üniversitesi Yayınevi
Istanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt, Fatih / İstanbul - Turkey
Phone / Telefon: +90-212-440 0000

Prepared by / Yayına Hazırlayan

Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.
Cumhuriyet Caddesi 48/3B Harbiye 34367 İstanbul - Turkey
Phone / Telefon: +90 (212) 240 28 20 Faks / Fax: +90 (212) 241 68 20
www.yerkure.com.tr

Printed in / Baskı

Kültür Sanat Basımevi
Maltepe Mahallesi, Litros Yolu Sokak 2. Matbaacılar Sitesi
D:ZB7-ZB11, 34010 Zeytinburnu / İstanbul - Turkey
Phone / Telefon: +90-212-674-0029
Sertifika No: 22032

Değerli Okurlar,

1981 yılından beri sürekli olarak yayın hayatında olan dergimizin önemli bir başarıya imza attığını belirtmek isterim. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2016 yılının 1. sayısından itibaren Web of Science Core Collection indekslerinden *Emerging Sources Citation Index (ESCI)* tarafından taranmaktadır. Bu önemli gelişmeyi siz değerli okurlarımızla paylaşmaktan mutluluk duyuyorum.

Dergimizin bu sayısında, doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin olumlu görüşlerinin incelendiği, hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algılarının değerlendirildiği, kanserli hastalarda yorgunluk düzeyinin yüksek olmasının fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin belirlendiği, yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit gelişme durumunun değerlendirildiği, hemşirelik öğrencilerinin sosyal duygusal öğrenme becerileri, mesleki benlik saygısı ve akademik branş memnuniyetleri arasındaki ilişkinin incelendiği beş araştırma; periferik intravenöz kateter uygulamalarında komplikasyonların önlenmesinde güncel kanıtlara ilişkin bir sistematik inceleme; Stevens Johnson Sendromu (SJS) olan hastaların Yaşam Modeli doğrultusunda bakımının irdelendiği, hemşirelerde kültürel yeterliliğin önemi ve geliştirmeye yönelik yaklaşım ve önerilere farkındalık oluşturulduğu ve obez bir bireyin hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanıldığı üç derleme sunulmaktadır.

Yararlı bir kaynak olması dileğiyle, saygı ve sevgiler sunarım

Prof. Dr. Nevin KANAN
Editör



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Articles

- Doğum ve Kadın Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüşleri
Opinions of Nurses, Midwives, and Doctors Who are Working in Gynecology and Obstetrics Toward Mother-Friendly Childbirth Practices
Zeliha Olgaç, Zekiye Karaçam 153-165
- Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Algısı
Department of Nursing Students' Perception of Health
Dilek Çilingir, Aydanur Aydın 167-176
- Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi
Evaluation of The Effect of Fatigue on Functional Quality of Life in Cancer Patients
Melike Özkan, Semiha Akın 177-192
- Yoğun Bakımdaki Çocuklarda Oral Mukozit Gelişme Durumu
Development of Oral Mucositis in Patients in The Pediatric Intensive Care Unit
Duygu Sönmez Düzgaya, Gülzade Uysal, Gülçin Bozkurt, Tülay Yakut 193-200
- Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri, Mesleki Benlik Saygısı ve Akademik Branş Memnuniyetleri Arasındaki İlişki
Examining The Relationship Between The Social and Emotional Learning Skills, Professional Self-Esteem and Academic Major Satisfactions of The Nursing Students
Gamze Sarıkoç, Medine Kaplan 201-208

Sistemik Derleme / Systematic Review

- Periferik İntravenöz Kateter Uygulamalarında Komplikasyonların Önlenmesinde Güncel Kanıtlar:
Sistemik İnceleme
*Current Evidence for Prevention of The Complications Related to Peripheral Intravenous Catheterization:
Systematic Review*
Betül Kuş, Funda Büyükyılmaz 209-217

Derlemeler / Reviews

- Nadir Bir Hastalık: Stevens Johnson Sendromlu Bireyin Yaşam Modeli Doğrultusunda Bakımı
A Rare Disease: Nursing Care of Patient with Stevens-Johnson Syndrome in Accordance with The Model of Life
Şengül Üzen Cura, Rengin Acaroğlu 219-226
- Hemşirelerde Kültürel Yeterliliği Geliştirmeye Yönelik Yaklaşım ve Öneriler
Approaches and Recommendations for Improving The Cultural Competence in Nursing
Gülbu Tanrıverdi 227-236
- Obez Bir Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı
Use of Roy Adaptation Model in Nursing Care of A Case Obesity
Tuğba Menekli, Semra Eyi 237-246

Doğum ve Kadın Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

Opinions of Nurses, Midwives, and Doctors Who are Working in Gynecology and Obstetrics Toward Mother-Friendly Childbirth Practices

Zeliha Olgaç¹, Zekiye Karaçam²



DOI: 10.17672/fnjn.343250

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (2015), I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (7-8 Ekim 2016, İzmir, Türkiye).

¹Öğr. Gör., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla, Türkiye

²Prof. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Zeliha Olgaç,
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi,
Muğla Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü 48000 Muğla, Türkiye
Telefon/Phone: +90 252 211 2231
Faks/Fax: +90 252 211 2232
E-posta/E-mail: zelolga@gmail.com,
ozeliha@mu.edu.tr

Geliş tarihi/Date of receipt: 26.10.2016
Kabul tarihi/Date of acceptance: 07.08.2017

Atıf/Citation: Olgaç, Z. ve Karaçam, Z. (2017). Doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 153-165. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343250>

ÖZ

Amaç: Araştırmanın amacı, kadın-doğum hastaneleri ve kliniklerinde çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşlerinin incelemektir.

Yöntem: Bu araştırma, kesitsel olarak, Eylül-Ekim 2014 tarihlerinde Aydın ve Muğla il merkezinde bulunan kamuya ait hastanelerin doğum ve kadın hastalıkları birimlerinde yapılmıştır. Araştırmaya gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 105 hemşire, ebe ve hekim dâhil edilmiştir. Veriler hemşire, ebe ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerinin ve doğal doğum görüşlerinin sorgulandığı kişisel soru formu ve anne-dostu doğum uygulamaları görüş formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi, t-testi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalamasının 3.23±7.60 ve kadın doğum alanında çalışma süre ortalamalarının 11.29±8.48 yıl, %92.1'inin kadın ve %41.0'inin lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %75.2'si doğal doğumun tanımını bildiklerini ve %79.0'u doğal doğumun ülkemizde uygulanmadığını belirtmişlerdir. Katılımcılar doğal doğumun uygulanmamasının nedenlerini kadınların doğal doğum konusunda eğitimlerinin yetersiz olması, doğum ağrısından korkması ve fiziki şartların uygun olmaması olarak bildirmişlerdir. Katılımcıların anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüş puan ortalamalarının 54.00±7.15 (aralık: 38-66) olduğu, daha çok olumlu görüşe sahip oldukları, lisans eğitimine sahip olanların, ebe ve hemşirelerin istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha yüksek görüş puanına sahip oldukları bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamaları ile ilgili olumlu görüşte oldukları sonucu elde edilmiştir. Bu durum doğal doğum uygulamalarının kabul görmesi, yaygınlaştırılması ve anne-dostu doğum uygulamalarının geliştirilmesine ve dolayısı ile anne-bebek sağlığının gelişimine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Anne-dostu doğum, doğal doğum, hemşirelik, ebelik, bakımı

ABSTRACT

Aim: The purpose of this research is to analyze the opinions of nurses, midwives, and physicians who work in obstetrics hospitals and clinics toward mother-friendly practices.

Method: This is a cross-sectional research completed between September –October, 2014 in obstetrics and gynecology units of publicly owned hospitals' in Aydın and Muğla city centre. The research includes a random sampling of 105 nurses, midwives, and physicians. Data was gathered through nurse, midwife, and physicians' identifying characteristics, questionnaire that asked about their beliefs on natural birth and mother-friendly practices. Data was analyzed using descriptive statistics, variance analysis, t-test, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, and Bonferroni Corrected Mann-Whitney U tests.

Results: The average age of the nurses, midwives, and physicians within the research sample was 39.23±7.60, their work experience in obstetrics field 11.29±8.48 years, 92.1% of the participants were women and 41.0% of them were bachelors level graduates. 75.2% of the participants knew the description of natural birth, 79.0% of whom stated that natural birth is not practiced in our country. The women's lack of education on natural birth practices, the fear of pain during natural birth, and lack of appropriate physical conditions are cited as the reasons why there is a lack of natural birth practices in our country. The participants' opinion score on mother-friendly birth practices average is found to be 54.00±7.15 (range: 36-66). Because of having a more positive opinion; bachelor level graduates, midwives, and nurse's opinion scores were statistically found higher.

Conclusion: The research has found that the nurses, midwives, and physician's opinions on mother-friendly practices are positive. This result can help with the widespread acceptance of natural birth practices, further development of mother-friendly birth practices and therefore contributing to the improvement of the mother and baby's health.

Keywords: Mother-friendly birth practices, natural birth, nurse, midwife care

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Mother-friendly childbirth practices are natural and healthy childbirth practices that are better for mother, baby and their families. Nurses, midwives, and doctors can provide a natural, healthy, and happy birth experience for mothers and their families with mother-friendly childbirth practices. To use and popularize these practices, the opinions of healthcare professionals, who are working in this area, is important. Knowing their opinions, will also help the management of the education programs and services provided by healthcare professionals (Coşkun, 2011; Lothian, 2007).

Aim: The research was conducted to examine the opinions of nurses, midwives, and doctors who are constantly working in maternity hospitals and clinics about mother-friendly childbirth practices.

Method: This is a cross-sectional research conducted at gynecology and obstetrics departments of public hospitals in Aydın and Muğla between September and October, 2014. 105 nurses, midwives, and doctors were included in the research by random sampling. Data was collected from nurses, midwives, and doctors via personal question forms which examine their personal information and opinions about natural child birth and, mother-friendly childbirth opinion forms. While evaluating data, descriptive statistics, variance analysis, t-test, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, and Bonferroni Corrected Mann-Whitney U test were used.

Results: It was found that average age of participants was 39.20 ± 7.60 and they had working experience in gynecology since 11.29 ± 8.48 years; 92.1% of whom were female and 41.0% have bachelor's degree. Nearly, 75.2% of the participants stated that they know the description of the term natural childbirth and 79.0% stated that natural childbirth is not in use in our country. Participants reported the reasons why natural childbirth is not in use in their country as the women's lack of information about natural childbirth, afraid of labor pain and infeasible physical conditions. The opinions of participants about the acceptance of natural childbirth are rising because of awareness created by educating women and their families about natural childbirth; improving physical conditions of working areas; and giving in person service training about natural childbirth.

It was seen that participants had opinion point average of about 54.00 ± 7.15 (range: 38–66) in favor of mother-friendly childbirth practices. It was seen that statistically the ones who were working in Aydın University, who has bachelor's degree, who were single and worked as nurse/midwife had significantly more opinion viewpoints. Majority of the participants stated that in mother-friendly childbirth practices if the birth is spontaneous, it will be beneficial for maternal and child health, during the birth nurses and midwives should provide information and support continuously, and cesarean section should only be done when there is a medical indication and non-pharmacological methods can be used in order to deal with labor pain.

The research has shown that majority of the participants disagree with the opinions such as routine perineal shaving should not be done during the birth; enema should not be applied if there is no risk of medical indication for cesarean section in labor; vascular access should not be established during labor. All the participants agreed upon giving the new born to mother, as soon as she/he has been born, to establish skin contact between them.

Conclusion: This research has shown that nurses, midwives, and doctors have opinion in favor of mother-friendly childbirth practices. This situation will help gain acceptance and popularization of natural process of childbirth, development of mother-friendly childbirth practices and encourage development of maternal and child health.

GİRİŞ

Tarihin her döneminde kadına ve çocuğa ilişkin beklentiler, onlara yaklaşımda temel etken olmuştur. Bu doğrultuda, kadın ve çocukların fizyolojik özelliklerinden dolayı, ana-çocuk sağlığı, tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinin odak noktası olmuş ve rutin hizmetlerin geliştirilmesinin yanında özel programlarla da desteklenmiştir. Sağlıklı toplum için sağlıklı çocukların büyüme ve gelişmeleri amacı ile verilen hizmetin intruterin yaşamdan başlaması gerekmektedir. Gebelik ve doğum bir hastalık değil, kadınların ve ailelerin hayatlarındaki önemli ve özel olaylardan biri olup, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Günümüzde bu sürece ilişkin temel yaklaşım, doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir (Darra, 2009; Hotelling, 2009; Kadayıfçı, 2005; Taşkın, 2012).

Doğumun doğallığı giderek gelişen teknoloji ve medikal bakımdan etkilenmiştir. Günümüzde doğum ağrısı ile baş edemeyeceklerini düşünen kadınların sezaryen doğumu tercih etmeleri ve vajinal doğumda anestetik maddeler ile doğum ağrısının kontrol altına alınması gibi yaklaşımlar, doğal doğum kavramından uzaklaşmasına neden olmuştur. Tüm bu gelişmelerin sonucu olarak günümüzde sezaryen doğum oranı ve normal vajinal doğumlarda eyleme müdahale oranı artış göstermiştir. Son yıllarda ülkemizde de sezaryen oranları giderek artmıştır. Bu oranın yüksek olması, doğum sırasında verilen hizmetin yetersizliğini göstermektedir (Kömürçü, 2008; Rathfisch, 2012; Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Doğumun doğal işleyişine yapılan her türlü müdahale anne ve yeni doğan sağlığını olumsuz etkilemenin yanında, sağlık çalışanlarının iş yüklerinin artmasına ve daha fazla ekonomik harcamaya neden olmaktadır. Bu gerekçelere dayalı olarak Uluslararası Lamaze Örgütü, normal doğumu desteklemek için kanıta dayalı anne-dostu doğum uygulamalarını başlatmıştır. Bu uygulamalar ile anne ve yenidoğanda komplikasyonların, enfeksiyonların ve ölüm oranlarının azaltılması, anne-bebek bağlanması ve emzirme oranlarının geliştirilmesi, annelerin ruhsal durumlarının iyileştirilmesi, yeniden hastaneye yatışların

azalması ve doğumda daha güvenilir izlemlerin gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir (Lothian, 2000).

Anne-dostu doğum uygulamaları, anne-bebek ve aileleri için daha iyi, doğal ve sağlıklı doğum uygulamaları ve bakımındır. Bebek ve ailelerin doğumda alacakları hizmetler, anne-bebek sağlığını olumlu şekilde değiştirmektedir. Hemşire, ebe ve hekimler, kadınlara doğumlarında yol gösterici felsefi ve hümanist bir yaklaşımla bakım vermelidirler. Sağlık çalışanları antenatal dönemde doğuma ve ana-babalığa hazırlık konularında eğitim ve danışmanlık yapmak, doğum eylemi sırasında koruyucu bakım vermek, normal doğumların sağlıklı olmasını sağlamak, erken ve geç lohusalık dönemlerde anne ve yenidoğana bakım vermektense sorumludurlar. Hemşire, ebe ve hekimler anne-dostu doğum uygulamaları ile annelerin ve ailelerinin doğal, sağlıklı ve mutlu bir doğum süreci yaşamasını sağlayabilirler. Bu alanda çalışan sağlık çalışanlarının anne-dostu doğum uygulamaları konusundaki görüşleri, bu uygulamanın yapılması ve yaygınlaştırılması için önemlidir. Yapılan literatür incelemesinde ülkemizdeki sağlık çalışanlarının anne-dostu doğum uygulamaları hakkındaki görüşleri ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamaları hakkındaki görüşlerinin bilinmesi, bu alandaki sağlık çalışanlarının anne dostu doğum uygulamaları konusunda yapılacak hizmet içi eğitim programlarının ve hizmetin yönetilmesine katkı sağlayabilir.

Bu araştırma, doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın soruları şunlardır:

- (1) Doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşleri nelerdir?
- (2) Doğal doğumu nasıl tanımlamaktadırlar?
- (3) Anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin kurumlarında ve ülkemizde yapılan uygulamalar ve yaşanan sorunlar nelerdir?
- (4) Anne-dostu doğum uygulamalarının kurumlarında ve ülkemizde geliştirilmesi konusundaki görüşleri nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte planlı ve uygulandı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Eylül ve Ekim 2014 tarihleri arasında Aydın ve Muğla il merkezinde faaliyet gösteren kamuya ait sağlık kurumlarının doğum ve kadın hastalıkları birim / kliniklerinde çalışan hemşire, ebe ve hekimler ile yapılmıştır. Araştırmaya gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 139 hemşire, ebe ve hekim dâhil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde Aydın ve Muğla il merkezinde faaliyet gösteren kamuya ait sağlık kurumlarının doğum ve kadın hastalıkları birim / kliniklerinde toplam 146 hemşire, ebe, hekim çalışmakta idi. Örneklem alınacak en az birey sayısı %95 güven aralığı ($\alpha=0.05$), $p=0.50$ ile hesaplanarak 139 olarak bulunmuştur. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmış ve 139 kişi davet edilmiş ve 15'ine izinli / raporlu olduğundan ulaşılammıştır. Araştırmaya davet edilen sağlık çalışanlarının 19'u çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Sonuç olarak araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formunu dolduran 18 hemşire, 66 ebe ve 21 hekim olmak üzere toplam 105 kişi (evrenin %71.9'u) oluşturmuştur. Araştırmada psikiyatrik bir hastalığı ve ortaokul mezunu olanların değerlendirme dışında bırakılması planlanmış, ancak uygulama sırasında bu kriterlere uyan herhangi bir kişi ile karşılaşılammıştır.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatüre dayalı olarak geliştirilen anket formu ve anne-dostu doğum uygulamaları görüş formu ile toplanmıştır. Anket formunun tanıtıcı özelliklerine yönelik kısmında hemşire, ebe ve hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, şu anda çalıştığı kurum ve klinik, yaş, mesleki öğrenim durumu, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, kendi doğumları / eşinin yaptığı doğumların yeri ve şekli,

çalışma yılı, doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışma yılını sorgulayan toplam 11 soru bulunmaktadır. İkinci kısmında, hemşire, ebe ve hekimlerin doğal doğum uygulamaları konusunda doğal doğumun tanımı, ülkemizde ve kliniklerinde uygulanma durumu, uygulanabilirliği ile ilgili problemler, doğal doğumun uygulamalarının geliştirilmesine yönelik görüşleri ve destekleme durumlarını sorgulayan toplam dokuz soru bulunmaktadır. Bu form toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Soru formunun anlaşılabilirliği ve kapsamını geliştirmek için doğum-kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanından beş öğretim üyesinin görüşleri alınmış ve form öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir.

Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüş

Formu: Form 33 maddeden oluşmaktadır. Bu form hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacı ile araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirmiştir (Aksoy, 2007; CIMS, 2012; Coşkun, 2011; Lothian, 2007; Miral, Özcan, Topçu ve Akman, 2011; Romano ve Lothian, 2008). Görüş formundaki önermelerin oluşturulmasında Doğum Servislerini Geliştirme Girişimi'nin (Coalition for Improving Maternity Services - CIMS) anne-dostu doğum uygulama kriterleri dikkate alınmıştır. Başlangıçta 32 maddeden oluşan bu formun kapsam geçerliğini sağlamak için doğum-kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında çalışan beş öğretim üyesinin görüşleri alınmış ve yeniden düzenleme yapılmıştır. Daha sonra, form 265 ebek ve hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Elde edilen verilere dayalı yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik kat sayısının 0.82 olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre formun güvenilir olduğu kabul edilmiş, ancak "doğumda bebek doğar doğmaz anne kucağına verilerek emzirilmeli, ten teması başlatılmalıdır" maddesinin, "doğumda bebek doğar doğmaz anne kucağına verilerek ten teması başlatılmalıdır" ve "bebek doğar doğmaz emzirilmelidir" biçiminde ikiye ayrılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüş Formu'nun uygulamasında, hemşire, ebe ve hekimlerin formda yer alan 33 ifadeye "katılıyorum",

"kararsızım" ve "katılmıyorum" seçeneklerinden birini işaretlemeleri beklenmiştir. Yanıt seçenekleri "katılmıyorum = 2 puan", "kararsızım = 1 puan", "katılmıyorum = 0 puan" olarak değerlendirilmiştir. Buna göre anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüş formundan alınabilecek puanlar 0 ile 66 puan arasında değişmektedir. Değerlendirmede puanların artması daha fazla olumlu görüşe sahip olmayı göstermektedir. Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüş formunun Cronbach alfa değeri 0.79 olarak hesaplanmıştır.

Soru formları, araştırmacı tarafından hafta içi mesai saatleri içinde uygulanmıştır. Öncelikle kurum yöneticileri telefon ile aranmış ve iş yoğunlukları öğrenilmiş, daha sonra uygun oldukları zaman diliminde ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formları doldurulmadan önce, katılımcılara araştırma konusu ve amacı hakkında açıklama yapılmış ve kabul edenlerden sözel veya yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Takiben, gönüllülere veri toplama formları verilerek doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15 dakikada sürmüştür.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve hekimlere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve tüm katılımcıların sözel veya yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Science Version 18.0 (SPSS Inc., IL USA. Lisans No: 10241440) programı ile

analiz edilmiştir. Hemşire, ebe ve hekimlerin tanıtıcı özellikleri, doğal doğuma yönelik ve anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik görüşleri tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik), aritmetik ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Anne-dostu doğum uygulamaları görüş puanı ortalama ile değerlendirilmiştir. Anne-dostu doğum uygulamaları görüş puanı ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde öncelikle normal dağılıma uygunluğa bakılmış ve Skewness ve Kurtosis test sonuçlarına göre verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Daha sonra iki grup arasındaki farkın değerlendirilmesinde t-testi ve Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun değerlendirilmesinde Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına incelemek için Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistik önemlilik düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşire, ebe ve hekimlerin yaş ortalaması 39.25 ± 7.58 (min: 20, max: 61) idi. Katılımcıların çalışma yıl ortalamalarının 18.09 ± 8.34 (min: 1, max: 38) ve kadın doğum alanında çalışma yıl ortalamalarının 11.29 ± 8.48 (min: 1, max: 32) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların meslek, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma yeri ve yılı, çocuk sayısı ve doğum şekillerine ilişkin verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırmada hemşire, ebe ve hekimlerin, %75.2'si doğal doğumu "*kendiliğinden müdahale olmadan gerçekleşen doğum*" olarak tanımladıkları, "doğal doğumun ülkemizde uygulanma durumu" konusundaki görüşleri sorulduğunda ise büyük bir bölümü (%79) "*uygulanmıyor*" görüşünde oldukları saptanmıştır. Araştırmada hemşire, ebe ve hekimler, ülkemizde doğal doğumla ilgili yaşanan problemlere ilişkin; kadınların doğal doğum konusunda eğitimlerinin yetersiz olduğu (%34.5), doğal doğum uygulanmadığı için problem gözlemlenmediği (%27.6), doğumda risklerin gelişebileceği (%23.5), anne adaylarının doğum ağrısından korktukları (%19.2), fiziki şartların doğal doğum için uygun olmadığı (%17.9) ve anne

Tablo 1. Hemşire, ebe ve hekimlerin tanıtıcı özellikleri (N= 105)

| Özellikler | N | % |
|--|----|------|
| Çalışılan Kurum | | |
| Doğum-Çocuk Hastanesi | 58 | 55.2 |
| *MSKÜ Hastanesi | 36 | 34.3 |
| **ADÜ Hastanesi | 11 | 10.5 |
| Çalışılan Klinik | | |
| Kadın Doğum Servisi | 62 | 59.1 |
| Kadın Doğum Polikliniği | 18 | 17.1 |
| Doğum Salonu | 13 | 12.4 |
| Yenidoğan | 12 | 11.4 |
| Yaş | | |
| 20-30 | 13 | 12.6 |
| 31-40 | 44 | 42.3 |
| 41- 61 | 48 | 45.1 |
| Eğitim Durumu | | |
| Önlisans | 41 | 39.0 |
| Lisans | 43 | 41.0 |
| Tıp Fakültesi | 21 | 20.0 |
| Meslek | | |
| Hemşire | 18 | 17.1 |
| Ebe | 66 | 62.9 |
| Hekim | 21 | 20.0 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 91 | 92.1 |
| Erkek | 14 | 7.9 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 91 | 86.7 |
| Bekâr | 14 | 13.3 |
| Çalışma Süresi, (N=105) | | |
| 1-10 yıl | 21 | 20.0 |
| 11-20 yıl | 42 | 40.0 |
| 21-38 yıl | 42 | 40.0 |
| Birim/ Klinikte Çalışma Süresi, (N=105) | | |
| 1-10 yıl | 56 | 53.3 |
| 11-20 yıl | 33 | 31.4 |
| 21-32 yıl | 16 | 15.3 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu, (N=105) | | |
| Evet | 90 | 85.7 |
| Hayır | 15 | 14.3 |
| Çocuklarının Doğduğu Yer, (N=90) | | |
| Hastane | 89 | 99.2 |
| Evde | 1 | 0.8 |
| Çocuklarının Doğum Şekli, (N=90) | | |
| Sezaryen | 37 | 45.4 |
| Normal vajinal | 53 | 54.6 |

*MSKÜ: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

**ADÜ: Adnan Menderes Üniversitesi

adaylarının isteksiz ve sabırsız oldukları (%15.2) görüşünde olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Hemşire, ebe ve hekimlerin ülkemizde doğal doğumun geliştirilmesine yönelik görüşleri Tablo 2'de verilmiştir. Katılımcıların %97.9'u kadınların ve yakınlarının doğal doğum konusunda eğitilerek bilinçlendirilmesi, %21.4'ü çalışma alanındaki fiziki şartların

düzeltilmesi, %19.9'u çalışanlara doğal doğum konusunda hizmet içi eğitim verilmesi, %13.8'i aile hekimlerinin doğal doğum konusunda daha aktif çalışmalarını gerektiğini belirtmişlerdir.

Hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 3'te görülmektedir. Katılımcıların anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüş formu puan ortalamalarının 54.00 ± 7.15 (aralık: 38-66) olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin bazı özelliklerine göre anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik görüş puanlarının dağılımı incelenmiştir. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (MSKÜ) Hastanesi'nde çalışanların anne-dostu doğum uygulamaları görüş puan ortalamalarının (51.569 ± 7.179), Aydın Doğum-Çocuk Hastanesi'nde (54.569 ± 7.179) ve ADÜ Hastanesi'nde çalışanlarınkinden (58.090 ± 4.846) daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu farkın önemli olduğu saptanmıştır (KW=7.098; p=0.029). Yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi analizinde bu farkın MSKÜ Hastanesi ve ADÜ Hastanesi'nde çalışanların anne-dostu doğum uygulamaları görüş puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (M-U=95.50; p=0.009) (bu test için önemlilik düzeyi, $p=0.05/3=0.016$).

Ayrıca lisans düzeyinde eğitimi olanların anne-dostu doğum uygulamaları görüş puan ortalamalarının (57.023 ± 6.741), ön lisans (53.122 ± 6.592) ve tıp fakültesi eğitimi olanlarınkinden (49.508 ± 6.508) göre istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (KW=16.343; p=0.000). Yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi analizinde bu farkın lisans ile ön lisans eğitimi olanlar (M-U=588.500; p=0.009), lisans ile tıp fakültesi eğitimi olanlar (M-U=192.000; p=0.000) arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (bu test için önemlilik düzeyi, $p=0.05/3=0.016$).

Hemşirelerin anne-dostu doğum uygulamaları görüş puan ortalamalarının ebe ve hekimlerin görüş puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve yapılan analizde gruplar arası farkın önemli olduğu bulunmuştur (KW=10.241; p=0.006). Yapılan

Tablo 2. Hemşire, ebe ve hekimlerin doğal doğuma ilişkin görüşleri (N=105)

| Görüşler | N | % |
|---|----|------|
| Doğal Doğum Tanımı | | |
| Miadında vajinal normal gerçekleşen doğum | 19 | 18.1 |
| Kendiliğinden müdahale olmadan gerçekleşen doğum | 79 | 75.2 |
| Bilmiyorum | 7 | 6.7 |
| Doğal Doğumun Ülkemizde Uygulanma Durumu | | |
| Uygulanmıyor | 73 | 79.0 |
| Kısmen uygulanıyor | 17 | 16.2 |
| Uygulanıyor | 5 | 4.8 |
| Doğal Doğumla İlgili Yaşanan Problemlere İlişkin Görüşler (N=138)* | | |
| Uygulanmadığı için problem gözlemedim | 20 | 27.6 |
| Kadınların ağrıdan korkmaları | 14 | 19.3 |
| Kadınların sabırsız ve isteksiz olmaları | 11 | 15.2 |
| Kadınların eğitim eksikliği | 25 | 34.5 |
| Hastaların sezaryen istekleri | 5 | 6.9 |
| Çalışanların haklarının savunulmaması | 9 | 12.4 |
| Çalışanların sabırsız ve isteksiz olmaları | 5 | 6.9 |
| Hekimlerin sezaryene ilişkin tutumu | 3 | 4.1 |
| Çalışanların ekonomik sorunlar | 4 | 5.5 |
| Ekip anlayışının olmaması | 2 | 2.7 |
| Fiziki şartların yetersizliği | 13 | 17.9 |
| Hasta yoğunluğu | 3 | 4.1 |
| Zaman yetersizliği | 2 | 2.7 |
| Personel sayısının yetersizliği | 5 | 6.9 |
| Riskler gelişebilir (enfeksiyon, lasereasyon, plasenta retansiyonu) | 17 | 23.5 |
| Doğal Doğumun Geliştirilmesine İlişkin Görüşleri (N=153)* | | |
| Bilmiyorum, fikrim yok | 10 | 15.3 |
| Kadınlar ve yakınları eğitilmeli, desteklenmeli | 64 | 97.9 |
| Aile hekimleri daha aktif olmalı | 9 | 13.8 |
| Çalışanlara hizmet içi eğitim yapılmalı | 13 | 19.9 |
| Çalışanın hakkı savunulmalı | 7 | 10.7 |
| Personel sayısı arttırılmalı | 2 | 3.0 |
| Fiziki şartlar düzeltilmeli | 14 | 21.4 |
| Personelin çalışma koşulları iyileştirilmeli (mesai saatleri, motivasyon) | 9 | 13.8 |
| Doğumlar ebelere bırakılmalı | 7 | 10.7 |
| Sağlık politikaları düzenlenmeli | 4 | 6.1 |
| Doğum koçluğu geliştirilmeli | 3 | 4.5 |
| Çalışanın yetki ve sorumlulukları belirlenmeli | 1 | 1.5 |
| Ekip anlayışı geliştirilmeli | 3 | 4.5 |
| Hekimler doğal doğumu desteklemeli | 3 | 4.5 |
| Doğum öncesi takipler daha sık yapılmalı | 1 | 1.5 |
| Medyada doğal doğuma ilişkin tanıtım yer almalı (TV, gazete...) | 3 | 4.5 |

*Birden fazla seçenek yazıldığı için N'de katlanma olmuştur. Yüzdeler verilen toplam yanıt sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi analizinde bu farkın hemşire ile hekim (M-U=89.500; p=0.004), ebe ile hekim (M-U=398.000; p=0.003) olanlar arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (bu test için önemlilik düzeyi, p=0.05/3=0.016). Ayrıca çalışmaya katılan hemşire, ebe ve hekimlerin şu anda çalıştıkları birim/ klinik, çocuk sahibi olma, eşlerinin/ doğumlarının şekline göre anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik görüş puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu araştırma doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlemek amacı ile Muğla ve Aydın il merkezlerinde çalışan 105 kişi ile kesitsel olarak yapılmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulguların mevcut literatüre göre tartışması verilmiştir.

Çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin büyük bir

Tablo 3. Hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik görüşleri (N=105)

| Anne-Dostu Doğum Uygulamaları | Katılıyorrum n (%) | Kararsızım n (%) | Katılmıyorum n (%) |
|---|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| Doğumun kendiliğinden başlaması anne ve bebek sağlığına olumlu katkı sağlayabilir. | 103 (98.1) | 2 (1.9) | 0 (0) |
| Doğumda anne isteği ile destekleyici olarak eş ya da arkadaş bulunabilmelidir. | 60 (57.1) | 19 (18.1) | 26 (24.8) |
| Doğum yapan kadın gereksinim duyduğunda ebelik bakım hizmetine ulaşabilmelidir. | 98 (93.3) | 6 (5.7) | 1 (1.0) |
| Doğumda gebelere ve ebeler ve hemşireler tarafından sürekli fiziksel destek sağlanmalıdır. | 83 (79.0) | 11 (10.5) | 11 (10.5) |
| Doğumda gebelere ve ebeler ve hemşireler tarafından sürekli duygusal destek sağlanmalıdır. | 96 (91.4) | 5 (4.8) | 4 (3.8) |
| Doğumda gebelere ve ebeler ve hemşireler tarafından sürekli bilgilendirme destek sağlanmalıdır. | 100 (95.2) | 4 (3.8) | 1 (1.0) |
| Ebeler ve hemşireler doğum yapan kadınların haklarını koruyucu yaklaşımlarda bulunmalıdır. | 97 (92.4) | 4 (3.8) | 4 (3.8) |
| Doğumda yapılan uygulamalar ve anne-bebek sağlığı ile ilgili istatistiksel bilgiler kamuoyuyla paylaşılmalıdır. | 64 (61.2) | 27 (25.7) | 14 (13.3) |
| Doğum alanındaki sağlık çalışanları bireylerin etnik, dinsel ve kültürel farklılıklarına uygun biçimde hizmet verebilmelidir. | 81 (77.1) | 19 (18.1) | 5 (4.8) |
| Doğumda doğum koçu (özel eğitilmiş destekleyici bireyler) bulunabilmelidir. | 73 (69.5) | 18 (17.1) | 14 (13.3) |
| Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bir sağlık merkezinden diğerine transferi gerektiğinde, yapılan müdahaleler ve kadın hakkındaki bilgiler de iletilmelidir. | 103 (98.1) | 2 (1.9) | 0 (0.0) |
| Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde her kadın kamu kaynakları ve hizmetlerinden yararlanabilmelidir. | 100 (95.2) | 3 (2.9) | 2 (1.9) |
| Kadınlar kendi doğum eylemlerinde aktif rol alabilmelidirler. | 97 (92.4) | 6 (5.7) | 2 (1.9) |
| Doğum eyleminin birinci devresinde (servikal dilatasyon döneminde) tıbbi bir engel yoksa kadının yürüme ve hareket özgürlüğü olmalıdır. | 94 (89.5) | 10 (9.5) | 1 (1.0) |
| Doğum sırasında kadın tercih ettiği pozisyonu alabilmelidir. | 54 (51.4) | 27 (25.7) | 24 (22.9) |
| Doğum sırasında kadına kontraksiyon ve ıkınma esnasında bedenini izlemesine izin verilmelidir. | 66 (62.9) | 31 (29.5) | 8 (7.6) |
| Doğum sırasında rutin perineal bölge tıraşı yapılmamalıdır. | 40 (38.1) | 21 (20.0) | 44 (41.9) |
| Doğumda tıbbi endikasyon olmadıkça lavman uygulanmamalıdır. | 36 (34.3) | 23 (21.9) | 46 (43.8) |
| Doğum sırasında rutin damar yolu açılıp serum takılmamalıdır. | 31 (29.5) | 22 (21.0) | 52 (49.5) |
| Doğumda rutin indüksiyon uygulanmamalıdır. | 74 (70.5) | 16 (15.2) | 15 (14.3) |
| Doğumda annenin riski yoksa yeme ve içmesi serbest olmalıdır. | 51 (48.6) | 24 (22.9) | 30 (28.6) |
| Doğumda tıbbi endikasyon gerekmedikçe sürekli fetal monitorizasyon uygulanmamalıdır. | 56 (53.3) | 24 (22.9) | 25 (23.8) |
| Doğumda tıbbi endikasyon yoksa amniotomi yapılmamalıdır. | 76 (72.4) | 19 (18.1) | 10 (9.5) |
| Doğumda her kadına rutin epizyotomi uygulanmamalıdır. | 76 (72.4) | 16 (15.2) | 13 (12.4) |
| Sezaryen doğum sadece tıbbi endikasyon durumunda uygulanmalıdır. | 98 (93.3) | 1 (1.0) | 6 (5.7) |
| Tıbbi engel yoksa sezaryen sonrası vajinal doğum önerilmelidir. | 51 (48.6) | 29 (27.6) | 25 (23.8) |
| Doğum ağrısıyla baş edebilmede nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı konusunda sağlık çalışanı eğitilmelidir. | 94 (89.5) | 10 (9.5) | 1 (1.0) |
| Doğum süresince ağrı azaltıcı ve rahatlatıcı ilaç dışı yöntemler uygulanabilmelidir. | 90 (85.7) | 10 (9.5) | 5 (4.8) |
| Anne ve ailelerin koşullarına uygun olarak sağlıklı/hasta bebeklerine dokunma, kucaklama ve bakım vermeleri konusunda destek sağlanmalıdır. | 102 (97.1) | 1 (1.0) | 2 (1.9) |
| Yeni doğana dini gerekçeler dışındaki sünnet uygulaması önerilmemelidir. | 58 (55.2) | 26 (24.8) | 21 (20.0) |
| Doğumda bebek doğar doğmaz anne kucağına verilerek ten teması başlatılmalıdır. | 105 (100.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Bebek doğar doğmaz emzirilmelidir. | 103 (98.1) | 2 (1.9) | 0 (0.0) |
| DSÖ ve UNICEF'in bebek dostu uygulamaları desteklenmelidir. | 102 (97.1) | 3 (2.9) | 0 (0.0) |

bölümünün (%75.2) doğal doğumun *"kendiliğinden müdahale olmadan gerçekleşen doğum"* biçiminde tanımladıkları görülmüştür. Bu tanım Hotelling (2009) ve Darra (2009)'nın belirttiği "doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır" tanımına benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar hemşire, ebe ve hekimlerin büyük bir bölümünün doğal doğumu doğru tanımlamaları olumlu bir durumdur.

Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlere "doğal doğumun ülkemizde uygulanma durumu" konusundaki görüşleri sorulduğunda büyük bir bölümü (%79) *"uygulanmıyor"* şeklinde görüş bildirmişlerdir. Karaçam ve Eroğlu (2003)'nin yaptıkları çalışmada vajinal doğumların %64-74.2'sinde epizyotomi uygulandığı bildirilmektedir. Ayrıca ülkemizde yapılan sezaryen doğum oranının 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda %48.1 olduğu bildirilmiştir (Akadlı-Ergöçmen, Çavlin ve Abbasoğlu-Özgören, 2014). Bu tür müdahale oranlarının yüksek olması sağlık çalışanlarının bu görüşünü doğrulamaktadır.

Bu araştırmada hemşire, ebe ve hekimlerin ülkemizde doğal doğumla ilgili yaşanan problemlere ilişkin görüşleri sorulduğunda *"kadınların doğal doğum konusunda eğitimlerinin yetersiz olduğu"* (%34.5), *"doğal doğum uygulanmadığı için problem gözlemlenmediği"* (%28.0), *"doğumda risklerin gelişebileceği"* (%23.5), *"anne adaylarının doğum ağrısından korktukları"* (%19.3), *"fiziki şartların doğal doğum için uygun olmadığı"* (%17.9) ve *"anne adaylarının isteksiz ve sabırsız oldukları"* (%15.2) şeklinde görüş belirttikleri görülmüştür. Avcıbay (2009)'ın gebeler ile yaptığı çalışma sonuçları bizim çalışmamızdaki sağlık çalışanlarının görüşlerini destekleyen bilgiler içermektedir. Avcıbay (2009) çalışmasında gebelerin çoğunun (%53.3) doğum konusunda bilgilendirilmediklerini, korku (%57.9) ve ağrı (%43.1) ile ilgili endişelendiklerini bildirmiştir. Literatürde de normal doğum eyleminde ağrıya neden olan en önemli etkenin korku olduğu belirtilmiştir (Eskicioğlu, Solmaz-Hasdemir, Çelik ve Koyuncu, 2014; Kasai, Nomura, Benute, de Lucia ve Zugaib, 2010).

Araştırmada hemşire, ebe ve hekimlerin ülkemizde

doğal doğumun geliştirilmesine yönelik olarak *"kadınlar ve yakınları doğal doğum konusunda eğitilerek bilinçlendirilmeli"* (%97.9), *"çalışma alanındaki fiziki şartlar düzeltilmeli"* (%21.4) ve *"çalışanlara doğal doğum konusunda hizmet içi eğitim verilmeli"* (%19.9) görüşünde oldukları görülmüştür. Bu bulgulara uyumlu olarak literatürde de kadınların doğum yapma konusunda kendilerine güven ve yeteneklerinin bakım vericilerinin desteği, doğum hakkındaki bilgilendirilme düzeyleri ve doğumlarını yapacakları yere bağlı olarak değiştiği bildirilmektedir (Budın, 2001).

Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik görüşleri 33 maddeden oluşan, "katılmıyorum" (0), "kararsızım" (1) ve "katılıyorum" (2) şeklinde değerlendirilen bir form aracılığı ile toplanmıştır. Bu değerlendirmenin sonucunda katılımcıların anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüş puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu (54.00±7.15; aralık: 38–66) görülmüştür. Bu sonuç kadın doğum alanında çalışan sağlık çalışanlarının doğal doğuma ilişkin olumlu görüşe sahip olmalarını göstermesi bakımından önemli ve değerlidir.

Diğer yandan bu çalışmada anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik MSKÜ Hastanesi'nde çalışanların ADÜ Hastanesi'ndekilere, lisans düzeyinde eğitimi olanların ön lisans ve tıp fakültesi eğitimi olanlara, ön lisans düzeyinde eğitimi olanların tıp fakültesi eğitimi olanlara, hemşire ve ebelerin hekimlere, kadınların erkeklere ve bekârların evlilere göre daha fazla olumlu görüşe sahip oldukları sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre ön lisans ve lisans mezunu hemşire ve ebelerin hekimlere göre daha fazla olumlu görüşe sahip olmalarının nedeni eğitim içeriklerinin farklı olmasıyla ilişkili olabilir. Yine bu çalışmada çalışmaya katılan hemşire, ebe ve hekimlerin şu anda çalıştıkları birim/ klinik, çocuk sahibi olma durumları, eşlerinin/ doğumlarının şeklinin anne-dostu doğum uygulamalarına yönelik görüşlerini etkilemediği saptanmıştır.

Hemşire, ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğu anne-dostu doğum uygulamalarından *"doğumun kendiliğinden başlaması anne ve bebek sağlığına olumlu"*

katkı sağlayabilir" (%98.1), *"doğumda gebelere ebeler ve hemşireler tarafından sürekli bilgilendirme desteği sağlanmalıdır"* (%95.2) ve *"doğum yapan kadın gereksinim duyduğunda destek ebelik bakım hizmetine ulaşabilmelidir"* (%93.3) ifadesine katıldıkları saptanmıştır. Literatürde doğum eylemini destekleyici bakımın; emosyonel destek, rahatlama, bilgilendirilme ve savunuculuğu içerdiği belirtilmiştir (Hodnett, 2002). CIMS (2012), doğumda, her kadının profesyonel ebelik hizmetine ulaşabilmesinin sağlanması, gebelik, doğum ve doğum sonrası ile ilgili her türlü müdahale, ilaç ve testlerin yarar ve riskleri hakkında tam ve güncellenmiş bilgileri alması, kişisel değerleri doğrultusunda kendi ve bebeği konusunda bilinçli tercihler yapmak için gerekli desteği alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu ülkemizde de sağlık çalışanlarının uluslararası intrapartum bakım uygulamalarının farkında olmalarını gösteren önemli bir sonuçtur.

Hemşire, ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğu *"sezaryen doğum sadece tıbbi endikasyon durumunda uygulanmalıdır"* ifadesine katılırken küçük bir bölümü ise *"tıbbi engel yoksa sezaryen sonrası vajinal doğum önerilmelidir"* ifadesinde kararsız oldukları saptanmıştır. Aksoy (2007)'un yaptığı benzer bir çalışmada hekimlerin %22.2'si, ebelerin de %7.1'i sezaryen ile doğumun en sağlıklı doğum şekli olarak belirtmişlerdir. Tüm sağlık çalışanlarının özellikle de gebeler ve aileleriyle en fazla etkileşimde olan hemşire ve ebelerin sezaryenle doğum oranlarının azaltılmasında önemli rolleri vardır. Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun bu konu hakkında olumlu görüşe sahip olmaları olumlu tutum ve davranış geliştirilebileceğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun *"doğum sırasında rutin perineal bölge tıraşı yapılmamalıdır"* (%41.9), *"doğumda tıbbi endikasyon olmadıkça lavman uygulanmamalıdır"* (%43.8), *"doğum sırasında rutin damar yolu açılıp serum takılmamalıdır"* (%49.5) ifadesine katılmadıkları belirlenmiştir. Literatürde (Reveiz, Gaitán ve Cuervo, 2007) doğumhaneye kabulde rutin lavman uygulamasının, doğum süresi ve enfeksiyon oranları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürde, Chen ve Wang (2006)

lavmanın kadın için hoş olmayan bir işlem olması, ağrının şiddetini arttırması, düşük enfeksiyon oranları, sağlık personeli için iş yükü oluşturmaması, maliyeti arttırması ve etkinliğini gösteren kanıtlar olmaması nedeniyle lavmanın rutin olarak uygulanmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Basevi ve Lavender (2000)'in sistematik incelemelerinde, rutin perine tıraşının gereksiz ve riskleri olan bir girişim olduğu ve yararını gösteren bir kanıt bulunmadığını belirtmişlerdir. Lothian (2007) yüksek riskli olmayan normal doğumlarda IV sıvıların doğumla ilgili olumsuz sonuçları önlemediği ve muhtemelen bir yararının olmadığını, intravenöz sıvıların kullanıldığı ve hiç kullanılmadığı doğumları karşılaştıran çalışmalar bulunmadığını ifade etmiştir. Hem çalışanın iş yükünü arttıran, hem de kadının doğumdan memnuniyetini azalmasına neden olan doğumda yapılan gereksiz müdahalelerin azaltılmasına yönelik daha çok çalışmaların yapılması fark yaratması açısından önemlidir.

Çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin bir bölümünün (%25.7) *"doğum sırasında kadın tercih ettiği pozisyonu alabilmelidir"* ifadesinde kararsız kaldıkları ve bir bölümünün de (%22.9) katılmadıkları görülmüştür. Literatürde supine pozisyonun uterin kontraksiyonları ve plasental perfüzyonu olumsuz etkilediğine ilişkin fizyolojik kanıtlar bulunduğu ve bu pozisyondan kaçınılması gerektiği belirtilmiştir (Hofmeyr, 2005). Sağlık çalışanlarının doğum pozisyonu konusunda literatürde yer alan bilgilere uygun görüşe sahip olmamaları, kendi yapacakları müdahaleleri kolaylaştıran litotomi pozisyonu sıklıkla tercih etmeleri ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada bazı hemşire, ebe ve hekimlerin (%24.8) *"doğumda anne isteği ile destekleyici eş ya da arkadaş bulunabilmelidir"* görüşüne katılmadıkları ve bazılarının da (%18.1) kararsız kaldıkları saptanmıştır. Literatürde doğum eyleminde destek kişinin varlığının, analjezi kullanımını ve operatif doğum insidansını azalttığı, spontan vajinal doğum insidansında ve anne memnuniyetinde artış ile ilişkilendirildiği ifade edilmiştir (Berghella, Baxter ve Chauhan, 2008). Ülkemizde Coşar ve Demirci (2012)'nin yaptığı çalışmada lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıfına

katılan ve doğumlarında destek verilen deney grubu gebelerin doğuma uyum süreçlerinin daha iyi, olumlu doğum algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun, kültürel nedenlerden ve hastane koşullarının uygun olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin %28.6'sının "doğumda risk yoksa yeme ve içmesi serbest olmalıdır" görüşüne katılmadıkları ve %22.9'nun kararsız oldukları belirlenmiştir. Literatürde Tranmer, Hodnett, Hannah ve Stevens (2005)'in annenin doğumda yeme içmesinin distosi veya anne ve bebek sağlığında olumsuz bir etki ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Ülkemizde Ergöl, Eroğlu ve Taşkın (2011)'in yaptıkları çalışmada ağızdan sıvı gıda alımının eylemin süresini kısalttığı ve ağrı algısı üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir. Bu konuda yapılan yeterli çalışmanın olmamasından dolayı, günümüzdeki uygulamalar daha çok uzman görüşüne göre devam etmektedir.

Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin önemli bir bölümünün (%27.6) "doğumda her kadına rutin epizyotomi uygulanmamalıdır" görüşüne katılmadıkları saptanmıştır. Oysa son yıllarda yapılan pek çok kanıt temelli çalışma epizyotomi kullanımının zorunlu durumlarla sınırlandırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. İlgili literatürde epizyotominin III. ve IV. derece perine laserasyonları ve enfeksiyonlarına neden olduğu, doğum sonu ağrı ve rahatsızlık oluşturduğu, kadının kendi bakımını yeterli düzeyde vermesini engellediği ve disparoni sorunlarına neden olduğu vurgulanmaktadır (Carroli ve Mignini, 2009). Bunun yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü, epizyotominin yararından daha fazla zararının olması nedeni ile rutin olarak kullanılmamasını önermektedir (WHO, 1996). Bu sonuç ülkemizde epizyotominin rutin uygulanması sağlık çalışanlarının güncel literatürü takip etmemeleri ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin "doğumda tıbbi endikasyon gerekmedikçe sürekli fetal monitorizasyon uygulanmamalıdır" ifadesine önemli çoğunluğunun katılmadıkları (%23.8) ve kararsız (%22.9) kaldıkları belirlenmiştir. İlgili literatürde sürekli elektronik fetal monitorizasyon (EFM) ile

aralıklı oskültasyon karşılaştırıldığında, EFM varlığında neonatal konvülsiyon riskinde azalma, sezaryen ve müdahaleli doğum riskinde artış ve serebral palsy yönünde bir eğilim olduğu görülmüş, yanlış fetal distress tanısının azaldığı bildirilmiştir (Hofmeyr, 2005). Literatürde CIMS (2012) birçok standart tıbbi testler, müdahaleler, teknolojiler ve ilaçlar anne ve bebeği için riskler taşımakta olduğunu ve kullanımları için bilimsel kanıtların yokluğunda uygulanmaması gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin "doğum eyleminin birinci devresinde tıbbi engel yoksa kadının yürüme ve hareket özgürlüğü olmalıdır" (%89.5). Katılmadıkları belirlenmiştir. Literatürde CIMS (2012) annedosti doğum uygulamalarında, tıbbi bir engel olmadığı sürece doğumda anneye yürüme ve istediği pozisyonu alma özgürlüğünün verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Doğum profesyonellerin desteği ile gebenin doğumda hareket etmeye cesaretlendirilmesi kadınların olumlu deneyimlerle doğumlarını tamamlanması açısından önemlidir.

Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin büyük çoğunluğunun "doğum ağrısıyla baş edebilmede nonfarmakolojik kullanımı konusunda çalışanların eğitilmeli" (%89.5) ve "doğum süresince ağrı azaltıcı ve rahatlatıcı ilaç dışı yöntemlerin kullanılabilmesi" (%85.7) görüşüne katılmaları olumlu ve sevindirici bir sonuçtur. Gönenç ve Terzioğlu (2012)'nin yaptıkları bir çalışmada doğumun birinci evresinde gebelerin anksiyetisini azaltmada, masaj ve akupresür uygulamalarının her ikisinin de etkili olduğu, fakat masaj uygulamasının daha etkin olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada hemşire, ebe ve hekimlerin "doğumda bebek doğar doğmaz anne kucağına verilerek ten teması başlatılmalıdır" görüşüne tamamının katılması olumlu bir sonuçtur. Moore, Anderson, Bergman, ve Dowswell (2012) yaptıkları derlemede; anne-bebek ten temasında bebeklerin, daha az ağladıkları, annelerin bebeklerini daha fazla ve uzun süreli emzirdiklerini ve ten temasının olumsuz bir sonucunun olmadığını belirtmişlerdir. Bunun yanında, preterm yeni doğanlarda erken ten temasıyla kalp

solunum fonksiyonlarının daha iyi, doğumu izleyen 75–90 dakikada kan glikoz seviyeleri belirgin biçimde yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar, araştırmada soru formu hemşire, ebe ve hekimlerin öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle, araştırma bulguları araştırmancının yapıldığı örneklem için geçerlidir. Bunun yanında, sağlık personelinin önemli bir kısmı kendilerine çok sayıda anket uygulandığı gerekçesi ve çalışmanın bir avantaj sağlamayacağı, değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle başlangıçta isteksiz davranmışlardır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği, görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Ayrıca, anne-dostu doğum uygulamaları ile ilgili ülkemiz literatürde yeterli kaynak bulunmaması, araştırmancının tartışma bölümünde sınırlılık oluşturmaktadır.

Sonuç olarak bu araştırmada hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamaları ile ilgili çoğunlukla olumlu görüşte oldukları sonucu ortaya koyulmuştur. Bu sonuçlara dayalı olarak; (1) doğal doğum ve anne-dostu doğum uygulamalarının geliştirilmesi için mevcut yasal düzenlemelere uygun olarak kurumsal düzenlemelerin yapılması, çalışma standartları oluşturulması ve uygulanması, (2) gerekli görüldüğünde mesleki eğitim ve hizmet alanlarına yönelik yasal düzenlemelerin yapılmasına katkı

sağlanması, özellikle hemşire ve ebeler ülkelerin anne-dostu doğum uygulamaları ile ilgili politikaların geliştirilmesinde daha fazla görev almaları, (3) hastanelerin fiziki şartlarının anne-dostu doğum uygulamaları için uygun hale getirilmesi, personel sayısının artırılması, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve motive edilmeleri, (4) gebelerin, ailelerinin ve toplumun doğal doğum ve anne-dostu doğum uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesi, özellikle doğum öncesi eğitim kapsamında bu konuya yer verilmesi, (5) hizmet içi ve mesleki eğitim programlarında doğal doğum ve anne-dostu doğum uygulamalarına yer verilmesi, (6) bu araştırmancının ülkemizde ilk kez ve sadece Aydın ve Muğla il merkezlerindeki hemşire, ebe ve hekimler ile gerçekleştirildiğinden, örneklemin çoğunu kadınlar oluşturduğundan, bu araştırmancının farklı özellikte bireyler ile tekrarlanması, (7) sağlık çalışanlarının doğal doğum ve anne-dostu doğum uygulamaları ilişkin bilgi, görüş ve çalışmalarını derinlemesine inceleyen niteliksel araştırmaların yapılması önerilebilir.

Teşekkür

Araştırmamıza katılan hemşire, ebe ve hekimlere ve çalışmanın yapıldığı kurum yöneticilerine katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Akadlı-Ergöçmen, B., Çavlin, A., & Abbasoğlu-Özgören, A. (2014). Reproductive health. In Hacettepe University Institute of Population Studies, TR Ministry of Development and TUBITAK. 2013 Turkey demographic and health survey (pp. 141-155). Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Aksoy, Y. (2007). *Doğum alanında çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Avcıbay, B. (2009). *Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Basevi, V., & Lavender, T. (2001). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.
- Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5), 445-454.
- Budin, W. C. (2001). Birth and death: Opportunities for self-transcendence. *The Journal of Perinatal Education*, 10(2), 38-42.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21(1), Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Chen, C. Y., & Wang, K. G. (2006). Review are routine interventions necessary in normal birth. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 302-306.
- Coalition For Improving Maternity Services (2016). *The mother friendly childbirth initiative*. Retrieved from <http://www.motherfriendly.org/MFCI>
- Coşar, F., ve Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 18-30.
- Coşkun, A. (2011). Doğumda anne dostu uygulamalar. 1. Uluslararası ve 2. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı (s. 70-74). Safranbolu.
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good enough' birth: Examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.

- Eskicioğlu, F., Solmaz-Hasdemir, P., Çelik, H. ve Koyuncu, F. M. (2014). Sağlık politikalarının, hekimlerin sezeryan kararı almalarında etkisi: İkinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(2), 119-123.
- Ergöl, Ş., Eroğlu, K. ve Taşkın, L. (2011). Eylemde ağızdan sıvı gıda alımının eylem süresi ve ağrı algısı üzerine etkisi. 1. *Uluslararası ve 2. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı içinde* (s. 119). Safranbolu.
- Gönenç, İ. M. ve Terzioğlu F. (2012). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129-143.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 186(5), 160-172.
- Hofmeyr, G. J. (2005). Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19(1), 103-115.
- Hotelling, B. A. (2009). Teaching normal birth, normally. *The Journal of Perinatal Education*, 18(1), 51-55.
- Kadayıfçı, O. (2005). *Lamaze yöntemi ile doğuma hazırlık ve doğum*. Adana: Nobel Kitabevi.
- Karaçam, Z. & Eroğlu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 384-394.
- Kasai, K. E., Nomura, R. M., Benute, G. R., de Lucia, M. C., & Zugaib, M. (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: A qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, 26(3), 319-326.
- Kömürçü, N. (2008). Kadın sağlığı ve tamamlayıcı tıp. Şirin, A., Kavlak, O. (Eds.), *Kadın sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Lothian, J. A. (2000). Why natural childbirth? *The Journal of Perinatal Education*, 9(4), 44-46.
- Lothian, J. A. (2007). Position paper: Promoting, supporting, and protecting normal. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 11-15.
- Miral, M., Özcan, D., Topçu, İ. ve Akman, M. (2011). Doğal doğumun kurumlarda uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma. 1. *Uluslararası ve 2. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı içinde* (s. 114-115). Safranbolu.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(5), Art. No.: CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- Rathfisch, G. (2012). *Doğal doğum felsefesi: Milyonlarca yıldır gerçekleşen serüven*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2007). Enemas during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(4), Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 94-104.
- Sayiner, F. D. ve Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143-148.
- Taşkın, L. (2012). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Tranmer, J. E., Hodnett, E. D., Hannah, M. E., & Stevens, B. J. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(3), 319-328.
- World Health Organization (WHO) (1996). Care in normal birth: A practical guide. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Algısı

Department of Nursing Students' Perception of Health

Dilek Çilingir¹, Aydanur Aydın²



DOI: 10.17672/fnjn.343254

14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (22-26 Nisan 2015, Kayseri, Türkiye)

¹Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Arş. Gör., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Aydanur Aydın,
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Üniversite Mah. Farabi Cad. No:88, 61080, Trabzon, Türkiye
Telefon/Phone: +90 462 377 8862/8862
E-posta/E-mail: aydanuraydin_88@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 27.06.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 31.07.2017

Atıf/Citation: Çilingir, D. ve Aydın, A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 167-176. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343254>

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı, hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algılarını belirlemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın örneklemini, bir sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören 400 hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ve sağlık algısı ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, tek yönlü varyans analizi, t testi, ki-kare, korelasyon ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalamalarının 20.0 ± 1.7 , yüzde 81.8'inin kadın ve yüzde 34'ünün birinci sınıfta eğitim gördükleri bulundu. Öğrencilerin sağlık algısı ölçeği puan ortalaması 37.9 ± 6.6 idi. Yaşa ve sınıflara göre sağlık algısı toplam puanı, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p < 0.05$). Tercih edilen tedavi yöntemine göre kontrol merkezi alt boyut puan ortalaması ve ifade edilen sağlık algısına ve sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). Sağlıkını çok iyi olarak algılayan öğrencilerin sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları düşük olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda, öğrencilerin üçte ikisinin kendilerine göre algıladıkları sağlık düzeyinin yüksek olmasına karşın sağlık algısı puanlarının düşük olduğu görüldü. Bu sonuçlar ışığında, öğrencilerin sağlık algılarının geliştirilebilmesi için hemşirelik eğitiminde bu konuda farkındalığın artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık değerlendirmesi, sağlık algısı, sağlıklı davranış, hemşirelik, hemşirelik öğrencisi, anket

ABSTRACT

Aim: The purpose of the study is to determine students' health perceptions in the nursing department.

Method: A descriptive-designed study enrolled 400 nursing students in the health sciences department. Data were evaluated on a health perception scale from answers to a questionnaire consisting of 14 questions developed by researchers. A one-way analysis of variance, correlation, chi-square, t-test, and the average differences between the two independent samples were used for statistical analysis.

Results: Students had an average age of 20.0 ± 1.7 years, 81.8% were women, and 34.0% were freshmen. The mean score on the health perception scale was 37.9 ± 6.6 . Health perception overall score based on class and age was significantly different between mean scores of certainty subscale and control center subscale ($p < 0.05$). Control center subscale mean score, expressed health perception, and total health perception scale were significantly different according to the preferred method of treatment compared ($p < 0.05$). Total health perception scores were found to be low of students perceived as having good health.

Conclusion: Although two-thirds of students perceive their own health to be on a high level, the results of this study revealed low perceived health perception scores. Based on these results, students in nursing education need to improve health perception since it is advisable to raise awareness about this issue.

Keywords: Health, health assessment, health perception, healthy behaviors, nursing, nursing student, questionnaire

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: This study offers the opportunity for nursing students to assess their own health perceptions for future members of the nursing profession who have the responsibility of protecting the health of individuals. It is necessary for health personnel, who will direct collective leadership about healthy living, to be good role models by correcting negative or incomplete behavior about this subject (Cevizci, et al., 2015).

Aim: The purpose of this study is to conduct a descriptive study aimed at determining health assessments of students in the nursing department, the health perception scale, and health definitions.

Method: The students' background consisted of students who attended the Department of Nursing at the Faculty of Health Sciences at a university in the Black Sea Region in the 2014-2015 academic year. The sample consisted of 400 students who were enrolled at the time of data collection. Data were collected from 14 questions developed by researchers. The question form consisted of two parts: the health perception scale comprising 15 sub-factors and 4 sub-factors. The validity reliability of the Health Perception Scale was established by Kadioğlu and Yıldız (2012) and has been used in studies in our country. A one-way analysis of variance, correlation, chi-square test, t-test, and the average differences between the two independent samples were used for statistical analysis.

Results: The average age of students was 20.0 ± 1.7 years, four of them were women, and the majority were freshmen. Students faced with a health problem went to a doctor, three out of five students partly continued, and the other half preferred both medical and complementary treatment methods. Although it was disclosed that students mostly have psychiatric problems, more than half of them stated that they have good health. The mean score on the students' health perception scale was 37.9 ± 6.6 . There was a significant difference between the mean score on health perception and the mean scores on control center and precision subscale according to both age and grade. As per the preferred treatment method, there were also significant differences between the control center subscale point average, and the mean perceived health perception and the health perception scale total scores. The health perception scale of students who perceived their health as very good was low. When the mean scores of the health perception and subscales were compared by age, the health perception total score was significantly different between the control center and the precision subscale average scores with students in the "19-20" age group having higher scores than the others. The average scores on the health perception scale of males, students with low incomes, chronic illnesses, residents living in the district and living with their families were higher than those of other students. Although not shown in the chart, students who live in the Aegean Region have a higher mean score of health perception than other students. In our study, three out of five students described their health in their own words whereas two out of five students had higher health perceptions than the others and continued recommended treatment regularly.

Conclusion: The results of this study indicate that students are unfamiliar with situations to be effective in conducting health assessments and in defining the elements that constitute health. In this context, students should increase their knowledge of healthy behaviors (exercise, nutrition, stress management, interpersonal support, etc.) and this information should be included in educational courses and programs.

GİRİŞ

Günümüzde hastalığı tedavi etmenin yanında, hastalanmadan önce bireylerin yaşam kalitelerini artırmayı hedefleyen koruyucu sağlık uygulamalarının sosyal yaşamla bütünleştirilmesi planlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bireyin sağlığını "yalnızca hastalık, ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" şeklinde ifade etmektedir. Bu tanıma göre, bireyin sağlığının değerlendirilmesi kapsamında hastalık ve sakatlığın yanında hastalığa yakalanma durumları da incelenmelidir (Alpar, Şenturan, Karabacak ve Sabuncu, 2008; Araz, Harlak ve Meşe, 2007; WHO, 2014;).

Sağlıklı olmak temel insan gereksinimleri arasında yer almaktadır. Bu hakkın korunması ve sürdürülmesini temel alan günümüz sağlık bakım politikaları, bireyin sağlığını geliştirecek davranışları kazanması ve sürdürmesi üzerinde durmaktadır. Günümüzde yaşam biçimine bağlı olarak artan sağlık sorunları, bakım maliyetlerinin yükselmesine neden olarak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi sağlık hizmetleri bakım maliyetlerinin düşmesine ve hedeflenen sağlık düzeyinin oluşmasına katkı verecektir (Ayaz, Tezcan ve Akıncı, 2005; Bahar-Özvarış, 2009; Can ve ark., 2008; Kang, 1995; Kaya ve ark., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 verilerine göre, dünya nüfusunun %13.2'sinin iskemik kalp hastalıklardan ve %11.9'unun inmeden öldüğü bildirilmektedir (WHO, 2014). Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki bireylerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdekilerin ise %40-50'sinin yaşam biçimine bağlı nedenlerden öldüğü belirtilmektedir (Şimşek ve ark., 2012). Yaşam biçimine bağlı olabilen hastalıkları önlemek için sağlığı geliştirme ve koruma davranışlarının bireylere kazandırılması gerekmektedir. Sağlığı etkileyebilecek risk faktörlerinin belirlenmesi bireyin kendi sağlığını algılamasına olumlu katkı sağlayacaktır (Açıksöz, Uzun ve Arslan, 2013; Oyur-Çelik, 2009). Bu şekilde kendi sağlığını doğru değerlendiren bireylerin sosyal yaşantısında daha az sorunla karşılaşacağı düşünülmektedir.

Bireyin sağlık algısı, sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, sürdürülmesi ve sağlığın geliştirilme süreci ile doğrudan ilişkilidir. Bu süreçte hemşire, anahtar bir role sahiptir. Hemşire, bireyin sağlığının gelişmesinde sağlık algısını değerlendirmeli ve gelişmesinde rehber kişi görevini üstlenmelidir. İlk olarak, bireyin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi durumları sağlık ile ilişkilendirdiği belirlenmelidir. Mesleki eğitimin temel hedeflerinden biri de, hemşirelik öğrencilerinin hem kendilerinin hem de toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede etkili bilgi, beceri ve donanım kazandırmaktır (Aristizabal-Castano ve San-Martin-Rodriguez, 1998; Bottorff, Johnson, Ratner ve Hayduk, 1996; Whitehead, 2005). Sağlık hizmetlerinde önemli rolü olan hemşirenin, sağlığın gelişmesinin önemini kavraması, vurgulaması, rehber ve model olabilecek davranışları sergilemesi gerekmektedir (Hui, 2002; Karadeniz, Yanikkerem-Uçum, Dedeli ve Karaağaç, 2008; Whitehead, 2005).

Üniversite yaşamı, bireylerin yaşamında önemli değişikliklerin olduğu bir dönemi kapsamaktadır. Ailesinden ilk kez ayrılan bireylerin bu dönemde edindiği davranışsal kazanımlar yaşamının geri kalan dönemine de yön vermektedir (Ulla-Diez ve Pérez-Fortis, 2010). Öğrencilerin kendi sağlıklarını iyi olarak değerlendirmesinin gelecek yıllardaki sağlık anlayışını ve sosyal yaşamını olumlu etkilediği belirtilmektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Ünalın, Şenol, Öztürk ve Erkorkmaz (2007)'in çalışmasında, sağlık programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı davranış biçimlerini tam kazanamadıkları ve kazanılmış davranışların ise yaşama geçirilemediği saptanmıştır. Oysa, bireylere sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını kazandıracak olan hemşirelerin, öncelikle kendilerinin bu davranışları kazanması gerekmektedir (Ayaz ve ark., 2005; Bottorff ve ark., 1996). Sağlıklı yaşam konusunda topluma liderlik yapacak olan sağlık personellerinin, konuyla ilgili olumsuz, ya da eksik davranışlarını düzelterek iyi bir rol modeli olmaya çalışması gerekmektedir (Yalçınkaya, Gök-Özer ve Yavuz-Karamanoğlu, 2007).

Türkiye'de sosyoekonomik eşitsizlik, fiziksel, ruhsal

ve sosyal sağlık sorunları gibi dezavantajlara sahip olmaları, öğrencilerin üniversite dönemlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Cevzici ve ark., 2015; Özbaşaran, Çakmakçı-Çetinkaya ve Güngör, 2004). Hemşire öğrencilerinin kendi sağlık algılarını değerlendirmeleri, eğitimin hedeflerinin gerçekleştirilmesine ve sağlığı geliştirmedeki rollerine katkı sağlayacağı öngörülmektedir (Tuğut ve Bekar, 2008; Yetkin ve Uzun, 2000). Bu çalışma, bireylerin sağlığını koruyacak sorumluluğa sahip hemşirelik mesleğinin gelecekteki üyelerine kendi sağlık algılarını sorgulamalarını sağlama fırsatı sunmaktadır.

Araştırma, hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin kendi sağlık değerlendirmelerini ve sağlık algısı ölçeği ile sağlık tanımlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2014- 2015 eğitim öğrenim yılında Karadeniz Bölgesi'nde bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin tamamı (703) oluşturdu. Örneklemi ise, verilerin toplandığı günlerde okulda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 400 öğrenci oluşturdu.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından konu ile ilgili kaynaklardan yararlanılarak geliştirilen soru formu ve sağlık algısı ölçeği ile toplandı.

Soru Formu: Soru formu 14 sorudan ve iki bölümden oluşmaktadır. Soru formunun birinci bölümü (dokuz soru) öğrencilerin sosyodemografik

özelliklerini (cinsiyet, yaş, sınıf, ebeveyninin eğitimi, yaşadığı coğrafi bölge vb.) ve ikinci bölümü (beş soru) sağlık algısını (ifade edilen sağlık algısı, sağlık sorununu çözümleme davranışı vb.) belirlemeye yöneliktir.

Sağlık Algısı Ölçeği: Sağlık Algısı Ölçeği, 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 15 maddeden ve dört alt faktörden (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik ve sağlığın önemi) oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Sağlık Algısı Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirliği, 2012 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmış ve ülkemizdeki çalışmalarda kullanılmıştır. Ölçekte 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifadeleri; 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadeleri oluşturmaktadır. Olumlu ifadeler "çok katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15 ve en çok puan 75'dir (Kadioğlu ve Yıldız, 2012).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik, tek yönlü varyans analizi, t testi, ki-kare, korelasyon ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve öğrencilerden gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş onay alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, bir sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde 2014-2015 eğitim yılı bahar döneminde öğrenim gören öğrenciler ile sınırlıdır. Tüm hemşirelik öğrencilerine genellenemez.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalamaları 20.0 ± 1.7 (min=17, mak=32) ve %81.8'i kadındır. Katılımcıların %34'ü

birinci sınıf, %29.3'ü ikinci sınıf, %24.3'ü üçüncü sınıf ve %12.5'i dördüncü sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin yaşamları boyunca yaşadıkları en uzun merkezin %47.5 ile il olduğu tespit edildi. Öğrencilerin

Tablo 1. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları (N=400)

| Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutları | n | Ort.± SS | Min-Mak |
|------------------------------------|-----|----------|-----------|
| Kontrol Merkezi | 400 | 13.4±3.9 | 5.0-15.0 |
| Öz-Farkındalık | 400 | 6.5±2.0 | 3.0-13.0 |
| Kesinlik | 400 | 11.8±3.2 | 4.0-20.0 |
| Sağlığın Önemi | 400 | 6.1±1.9 | 3.0-14.0 |
| Sağlık Algısı Ölçeği Toplam Puan | 400 | 37.9±6.6 | 16.0-57.0 |

Tablo 2. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları (N=400)

| Sosyodemografik Özellikler | n | % | Ölçeğin Alt Boyutları | | | | Sağlık Algısı Toplam Puan Ort.±SS |
|-------------------------------|-----|------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| | | | Kontrol Merkezi Ort.±SS | Öz-Farkındalık Ort. ±SS | Kesinlik Ort. ±SS | Sağlığın Önemi Ort. ±SS | |
| Yaş | | | | | | | |
| 17-18 | 65 | 16.2 | 11.9±3.4 | 6.5±2.3 | 12.0±3.2 | 6.1±1.9 | 36.6±6.1 |
| 19-20 | 199 | 49.8 | 14.1±3.9 | 6.6±2.0 | 12.2±3.1 | 6.0±1.9 | 39.0±6.0 |
| 21-32 | 136 | 34.0 | 13.1±4.0 | 6.5±1.8 | 11.1±3.4 | 6.2±1.7 | 37.0±7.4 |
| | | | $\chi^2=16.97$ $p<0.001$ | $\chi^2=0.63$ $p=0.72$ | $F=4.79$ $p=0.009$ | $\chi^2=1.76$ $p=0.41$ | $F=3.62$ $p=0.01$ |
| Cinsiyet | | | | | | | |
| Kadın | 327 | 81.8 | 13.5±3.9 | 6.6±2.0 | 11.7±3.2 | 6.0±1.8 | 37.9±6.6 |
| Erkek | 73 | 18.2 | 13.0±3.9 | 6.4±1.9 | 12.1±3.3 | 6.4±1.9 | 38.1±6.7 |
| | | | $U=10962.5$ $p=0.27$ | $U=11383.5$ $p=0.532$ | $t=0.85$ $p=0.39$ | $U=10272.0$ $p=0.05$ | $t=0.17$ $p=0.86$ |
| Sınıf | | | | | | | |
| 1. Sınıf | 136 | 34.0 | 12.3±3.6 | 6.6±2.2 | 12.0±3.0 | 6.0±1.8 | 37.0±6.1 |
| 2. Sınıf | 117 | 29.3 | 14.4±4.1 | 6.5±2.0 | 12.1±3.3 | 6.1±2.1 | 39.2±7.1 |
| 3. Sınıf | 97 | 24.3 | 14.0±3.7 | 6.6±1.7 | 12.0±3.2 | 6.0±1.7 | 38.8±6.0 |
| 4. Sınıf | 50 | 12.5 | 12.9±3.9 | 6.4±1.9 | 9.9±3.3 | 6.4±1.8 | 35.7±7.0 |
| | | | $\chi^2=20.31$ $p<0.001$ | $\chi^2=1.29$ $p=0.73$ | $F=6.61$ $p<0.001$ | $\chi^2=1.96$ $p=0.57$ | $F=4.84$ $p=0.003$ |
| Gelir Düzeyi | | | | | | | |
| İyi | 51 | 12.7 | 14.1±4.5 | 6.5±1.8 | 11.1±3.7 | 5.8±1.7 | 38.1±8.0 |
| Orta | 303 | 75.8 | 13.3±3.8 | 6.5±2.0 | 11.8±3.2 | 6.1±1.9 | 37.8±6.3 |
| Kötü | 46 | 11.5 | 13.4±4.1 | 6.8±1.8 | 12.5±3.3 | 6.3±6.7 | 39.1±6.7 |
| | | | $\chi^2=1.96$ $p=0.37$ | $\chi^2=0.72$ $p=0.53$ | $\chi^2=3.21$ $p=0.020$ | $\chi^2=1.26$ $p=0.53$ | $F=0.87$ $p=0.41$ |
| Kronik Hastalık Durumu | | | | | | | |
| Olan | 36 | 9.0 | 13.9±4.2 | 6.7±1.8 | 11.6±3.5 | 6.0±2.2 | 38.3±7.3 |
| Olmayan | 364 | 91.0 | 13.3±3.9 | 6.5±2.0 | 11.8±3.2 | 6.1±1.8 | 37.9±6.5 |
| | | | $U=6027.5$ $p=0.42$ | $U=6373.0$ $p=0.78$ | $U=6090.5$ $p=0.59$ | $U=6205.0$ $p=48$ | $t=0.30$ $p=0.76$ |
| En Uzun Yaşanılan Yer | | | | | | | |
| İl | 191 | 47.8 | 13.5±4.2 | 6.5±2.1 | 11.8±3.5 | 6.0±1.9 | 37.9±7.5 |
| İlçe | 132 | 33.0 | 13.2±3.7 | 6.7±1.8 | 11.7±3.2 | 6.3±1.8 | 38.0±5.9 |
| Köy | 77 | 19.2 | 13.4±3.3 | 6.2±1.9 | 12.0±2.7 | 6.1±1.8 | 37.8±5.4 |
| | | | $\chi^2=0.19$ $p=0.90$ | $\chi^2=2.51$ $p=0.28$ | $\chi^2=0.80$ $p=0.66$ | $\chi^2=2.44$ $p=0.29$ | $F=0.042$ $p=0.95$ |
| İkamet Edilen Yer | | | | | | | |
| Devlet yurdu | 164 | 41.0 | 13.8±3.9 | 6.3±1.8 | 11.6±3.3 | 6.0±1.7 | 37.8±6.6 |
| Özel yurt | 87 | 21.7 | 13.0±3.6 | 6.4±2.1 | 11.9±2.8 | 6.0±1.9 | 37.5±6.2 |
| Aile yanında | 82 | 20.5 | 13.8±4.3 | 6.7±2.1 | 12.1±3.6 | 5.8±1.8 | 38.6±6.8 |
| Evde | 67 | 16.8 | 12.5±3.6 | 6.9±2.1 | 11.7±3.5 | 6.7±2.2 | 37.9±6.8 |
| | | | $\chi^2=1.89$ $p=0.38$ | $\chi^2=1.95$ $p=0.37$ | $\chi^2=0.70$ $p=0.70$ | $\chi^2=0.48$ $p=0.78$ | $F=0.38$ $p=0.76$ |

%41'inin devlet yurdunda kaldığı ve %75.8'inin gelir düzeyinin orta ve %9.0'unun kronik bir hastalığının olduğu belirlendi. Katılımcıların %57.3'ünün ailesi ile birlikte ikamet ettiği bölgenin Karadeniz bölgesi olduğu bulundu.

Çalışmamızda öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği

toplam puan ortalamasının 37.9 ± 6.6 (min=16.0, mak=57.0) olduğu saptandı. Öğrencilerin "Kontrol merkezi" alt boyut puan ortalamasının 13.4 ± 3.9 (min=5.0, mak=15.0), "Öz-farkındalık" alt boyut puan ortalamasının 6.5 ± 2.0 (min=3.0, mak=13.0), "kesinlik" alt boyut puan ortalamasının 11.84 ± 3.2 (min=4.0,

Tablo 3. Öğrencilerin sağlık sorunlarını çözümü durumuna göre Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları (N=400)

| Sosyodemografik Özellikler | n | % | Ölçeğin Alt Boyutları | | | | Sağlık Algısı Toplam Puan Ort.±SS |
|-------------------------------|-----|------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| | | | Kontrol Merkezi Ort.±SS | Öz-Farkındalık Ort.±SS | Kesinlik Ort.±SS | Sağlığın Önemi Ort.±SS | |
| Yaş | | | | | | | |
| 17-18 | 65 | 16.2 | 11.9±3.4 | 6.5±2.3 | 12.0±3.2 | 6.1±1.9 | 36.6±6.1 |
| 19-20 | 199 | 49.8 | 14.1±3.9 | 6.6±2.0 | 12.2±3.1 | 6.0±1.9 | 39.0±6.0 |
| 21-32 | 136 | 34.0 | 13.1±4.0 | 6.5±1.8 | 11.1±3.4 | 6.2±1.7 | 37.0±7.4 |
| | | | $\chi^2=16.97$ p<0.001 | $\chi^2=0.63$ p=0.72 | F=4.79 p=0.009 | $\chi^2=1.76$ p=0.41 | F=3.62 p=0.01 |
| Cinsiyet | | | | | | | |
| Kadın | 327 | 81.8 | 13.5±3.9 | 6.6±2.0 | 11.7±3.2 | 6.0±1.8 | 37.9±6.6 |
| Erkek | 73 | 18.2 | 13.0±3.9 | 6.4±1.9 | 12.1±3.3 | 6.4±1.9 | 38.1±6.7 |
| | | | U=10962.5 p=0.27 | U=11383.5 p=0.532 | t=0.85 p=0.39 | U=10272.0 p=0.05 | t=0.17 p=0.86 |
| Sınıf | | | | | | | |
| 1. Sınıf | 136 | 34.0 | 12.3±3.6 | 6.6±2.2 | 12.0±3.0 | 6.0±1.8 | 37.0±6.1 |
| 2. Sınıf | 117 | 29.3 | 14.4±4.1 | 6.5±2.0 | 12.1±3.3 | 6.1±2.1 | 39.2±7.1 |
| 3. Sınıf | 97 | 24.3 | 14.0±3.7 | 6.6±1.7 | 12.0±3.2 | 6.0±1.7 | 38.8±6.0 |
| 4. Sınıf | 50 | 12.5 | 12.9±3.9 | 6.4±1.9 | 9.9±3.3 | 6.4±1.8 | 35.7±7.0 |
| | | | $\chi^2=20.31$ p<0.001 | $\chi^2=1.29$ p=0.73 | F=6.61 p<0.001 | $\chi^2=1.96$ p=0.57 | F=4.84 p=0.003 |
| Gelir Düzeyi | | | | | | | |
| İyi | 51 | 12.7 | 14.1±4.5 | 6.5±1.8 | 11.1±3.7 | 5.8±1.7 | 38.1±8.0 |
| Orta | 303 | 75.8 | 13.3±3.8 | 6.5±2.0 | 11.8±3.2 | 6.1±1.9 | 37.8±6.3 |
| Kötü | 46 | 11.5 | 13.4±4.1 | 6.8±1.8 | 12.5±3.3 | 6.3±1.7 | 39.1±6.7 |
| | | | $\chi^2=1.96$ p=0.37 | $\chi^2=0.72$ p=0.53 | $\chi^2=3.21$ p=0.20 | $\chi^2=1.26$ p=0.53 | F=0.87 p=0.41 |
| Kronik Hastalık Durumu | | | | | | | |
| Olan | 36 | 9.0 | 13.9±4.2 | 6.7±1.8 | 11.6±3.5 | 6.0±2.2 | 38.3±7.3 |
| Olmayan | 364 | 91.0 | 13.3±3.9 | 6.5±2.0 | 11.8±3.2 | 6.1±1.8 | 37.9±6.5 |
| | | | U=6027.5 p=0.42 | U=6373.0 p=0.78 | U=6090.5 p=0.59 | U=6205.0 p=48 | t=0.30 p=0.76 |
| En Uzun Yaşanılan Yer | | | | | | | |
| İl | 191 | 47.8 | 13.5±4.2 | 6.5±2.1 | 11.8±3.5 | 6.0±1.9 | 37.9±7.5 |
| İlçe | 132 | 33.0 | 13.2±3.7 | 6.7±1.8 | 11.7±3.2 | 6.3±1.8 | 38.0±5.9 |
| Köy | 77 | 19.2 | 13.4±3.3 | 6.2±1.9 | 12.0±2.7 | 6.1±1.8 | 37.8±5.4 |
| | | | $\chi^2=0.19$ p=0.90 | $\chi^2=2.51$ p=0.28 | $\chi^2=0.80$ p=0.66 | $\chi^2=2.44$ p=0.29 | F=0.042 p=0.95 |
| İkamet Edilen Yer | | | | | | | |
| Devlet yurdu | 164 | 41.0 | 13.8±3.9 | 6.3±1.8 | 11.6±3.3 | 6.0±1.7 | 37.8±6.6 |
| Özel yurt | 87 | 21.7 | 13.0±3.6 | 6.4±2.1 | 11.9±2.8 | 6.0±1.9 | 37.5±6.2 |
| Aile yanında | 82 | 20.5 | 13.8±4.3 | 6.7±2.1 | 12.1±3.6 | 5.8±1.8 | 38.6±6.8 |
| Evde | 67 | 16.8 | 12.5±3.6 | 6.9±2.1 | 11.7±3.5 | 6.7±2.2 | 37.9±6.8 |
| | | | $\chi^2=1.89$ p=0.38 | $\chi^2=1.95$ p=0.37 | $\chi^2=0.70$ p=0.70 | $\chi^2=0.48$ p=0.78 | F=0.38 p=0.76 |



Şekil 1. Öğrencilerin kendi ifadeleri ile Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

mak=20.0) ve "Sağlığın önemi" alt boyut puan ortalamasının 6.1 ± 1.9 (min=3.0, mak=14.0) olduğu bulundu.

Tablo 2'de öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Yaşa göre sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sağlık algısı toplam puanı, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve "19-20" yaş grubunda olan öğrencilerin diğerlerinden daha yüksek puana sahip olduğu görüldü ($p < 0.05$). Ayrıca sınıflara göre sağlık algısı toplam puanı, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve ikinci sınıf öğrencilerinin daha yüksek puana sahip olduğu saptandı. Erkek, gelir düzeyi kötü, kronik hastalığı olan, ilçede oturan ve ailesinin yanında kalan öğrencilerin sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamalarının diğer öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2). Tabloda verilmemekle birlikte, Ege Bölgesi'nde yaşayan öğrencilerin diğer öğrencilere göre sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.

Sağlık sorunuyla karşılaşan öğrencilerin %87.3'ünün hekime gittiği, %59.0'ının önerilen tedaviye kısmen devam ettiği, %45'inin hem tıbbi, hem de tamamlayıcı tedavi yöntemini tercih ettiği ve %62.2'sinin sağlığını "iyi" olarak algıladığı belirlendi. Tabloda verilmemekle birlikte öğrencilerin %41.5'inin psikiyatrik sorun yaşadığı tespit edildi. Tercih edilen tedavi yöntemine göre kontrol merkezi alt boyut puan

ortalaması ve ifade edilen sağlık algısına göre sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). Sağlık sorunlarını çözümlemede hiçbir şey yapmayan, önerilen tedaviye devam etmeyen ve tıbbi tedaviyi tercih eden öğrencilerin sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamalarının diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 3). Sağlığını "çok kötü" olarak algılayan öğrencilerin sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamalarının yüksek, "çok iyi" olarak ifade eden öğrencilerin ise daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 3) (Şekil 1).

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin kendi sağlık algılarını değerlendirmeleri, gelecekte sağlık hizmeti sunacağı bireye yaklaşımını ve sağlık yönetimini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin kendi sağlıklarını değerlendirmeleri ve bireyin sağlığını değerlendirecek yeterliliğe sahip olmaları için eğitim sürecinde bu donanımı kazanmaları gerekmektedir (Tambağ ve Turan, 2012). Bu çalışma, öğrencilerin sağlık değerlendirmeleri, sağlık algısı ölçeği ve kişisel özellikleri arasında ilişkiyi araştırmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamalarının orta düzeyde (37.9 ± 6.6) olduğu saptandı. Şimşek ve ark. (2012)'nin yürüttüğü çalışmada, öğrencilerin beşte ikisinin, sağlık algısını "iyi" olarak ifade ettiği bulunmuştur. Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmada, sağlıkla ilgili bölümlerde

okuyan öğrencilerde sağlık algısının istenilen düzeyde olmadığı bildirilmektedir (Açıksöz ve ark., 2013; Ayaz ve ark., 2005; Tuğut ve Bekar, 2008). Araştırma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin sağlık algısı ölçek puanının yaş ve sınıf gruplarına göre anlamlı olduğu belirlendi. Öğrencilerin yaş ve sınıf değişkenlerinin benzer şekilde değişkenlik gösterdiği ve 19-20 yaş grubu ikinci sınıf öğrencilerin anlamlı olarak daha yüksek sağlık algısına sahip olduğu bulundu. Aile hayatından yeni ayrılan birinci sınıf öğrencilerinin sağlık algılarının düşük olması beklenen bir durum olarak kabul edilirken, artan yaş ve sınıf değişkeni ile öğrencilerin sağlık algılarının da azaldığı görülmektedir. Bu durum, öğrencilerin bu dönemde sağlık algılarının düşük olması, farklı bir ortam ve sosyal yaşamı deneyimlediklerini ve bu duruma uyum sağlamaya çalıştıklarını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızda, sağlık algısı ölçek puanlarının kronik hastalığı olanlarda daha yüksek olduğu belirlendi. Kronik hastalığın sağlıklarını değerlendirmede farkındalık oluşturduğu düşünüldüğünden olağan kabul edildi.

Ailesi ile birlikte yaşayan ve gelir durumunu kötü olarak ifade eden öğrencilerin, diğer öğrencilere göre sağlık algısı ölçeği puan ortalamalarının yüksek, ancak istenilen düzeyde olmadığı saptandı. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimlerini değerlendiren bir çalışmada, ailesi ile yaşayanların ve ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu belirtilmiştir (Topkaya ve Meydan, 2013; Şimşek ve ark., 2012). Araştırmaların sonuçları karşılaştırıldığında, aile ile yaşamının sağlık değerlendirmesini olumlu etkileyen bir durum olduğu düşünülmektedir. Ancak araştırma sonuçları gelir durumu çalışmamızla benzerlik göstermemektedir. Araştırmalarda kullanılan ölçeklerin farklı olması ve farklı amaçları hedefleyen soruların katılımcılara yönlendirilmesinin sonuçlarda farklılığa neden olabileceği düşünüldü. Yılmazel, Çetinkaya ve Naçar (2013)'ın yürüttüğü bir çalışmada ise, ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren öğrencilerin stres yönetimi ve sağlık sorumluluğunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucu farklı

soruları ve ölçekleri içermesine karşın, sağlık algısının yüksek olmasının gelir durumu ile ters ilişkili olduğu sonucuna varılabilir.

Aile üyelerinin yanında yaşama, gelir düzeyi ve cinsiyetin sağlık algısı değerlendirmesinde önemli bir değişken olmadığı görülmektedir. Araştırma verilerimizin aksine Tuğut ve Bekar (2008)'in çalışmasında, üniversite öğrencilerinin yaşantısını geçirdiği yer ve kronik hastalığı olma durumunun sağlıklı algılama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma sonuçları öğrencilerin kişisel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızda, sağlık algısının kişisel özelliklere göre farklılık göstermemesi öğrencilerin sağlıklarını değerlendirmede sorun yaşadıklarını gösterebilir. Bu algının değiştirilmesi için, öğrencilerin sağlık davranışlarına yönelik (egzersiz, beslenme, stres yönetimi, kişilerarası destek vb.) bilgi donanımlarını artırmaları ve bu bilgilerin eğitim konuları arasında daha ayrıntılandırılmasının gerektiği söylenebilir.

Öğrencilerin yaklaşık yarısının ailesi ile birlikte il merkezinde yaşadığı ve sağlık algısı ölçek puanlarının ilçede yaşayanlarda daha yüksek olduğu belirlendi. İlçede tüketilen gıda ürünlerinin il merkezindekilere göre daha doğal olduğu düşünüldüğünde bu sonuç olağan kabul edilebilir. Ayrıca araştırmada, Ege Bölgesi'nde ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilerin diğerlerine göre sağlık algısı ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Ege Bölgesi'nin beslenme alışkanlığının balık ve zeytinyağlı yemekler temeline dayandığı bilinmektedir (Kadıoğlu ve Yıldız, 2012). Araştırmanın bölgeler arasında farklılık göstermesi ve Ege Bölgesi'nin diğer bölgelerden daha yüksek sağlık algılarının besin tüketim alışkanlıklarından kaynaklandığı söylenebilir.

Öğrencilerin beşte ikisinin önerilen tedaviye düzenli devam ettiği ve sağlık algılarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulundu. Tedavisini düzenli yürüten bireylerin sağlık algılarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Öğrencilerin yaklaşık dörtte üçü, tıbbi tedavi yerine beraberinde tamamlayıcı tedavi yöntemini tercih edebileceğini belirtti. Meslek yüksekokulu öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada,

katılımcıların %98.4'ünün tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığını belirtmiştir (Sarı ve Kipay, 2008). Çalışma sonuçları benzerlik göstermemekle birlikte, öğrencilerin yaşadığı coğrafik bölgenin sağlık alışkanlıklarını oluşturmada etkili olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin beşte ikisinin psikiyatrik sorun yaşadığı ve bu sorunun en sık yaşanan sorun olduğu belirlendi. Bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin çoğunlukla emosyonel sorun yaşadığını belirtilmiştir (Göker, Yıldız, Karabacak ve Doğan, 2015). Araştırma sonuçları bulgularımızla paralellik göstermektedir. Teknolojinin hızla gelişmesinin beraberinde gelen sedanter yaşam, kişilerin yalnız kalmasına ve paylaşımlarının bireylerden makinelere yönelmesine yol açmaktadır (Sevindik, 2011). Yalnızlık duygusu, ilerleyen dönemlerde psikolojik ve sosyolojik sorunlara neden olmaktadır. Üniversite öğrencilerinin günümüzdeki teknolojik imkânlarla olan ilgisinin bu sonucu oluşturduğu söylenebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin beşte üçünün kendi ifadeleri ile sağlıklarını iyi olarak belirttikleri saptandı. Açıksöz ve ark. (2013)'nın çalışmasında da, hemşirelik öğrencilerinin %74.2'sinin kendi sağlık algılarını iyi olarak değerlendirdiği görülmüştür. Araştırma sonuçları bulgularımızla paralellik göstermekle birlikte, sağlığını "çok kötü" olarak değerlendiren öğrencilerin "çok iyi" olanlara göre sağlık algısı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olması dikkat çekmektedir. Bu sonuç, öğrencilerin kendi sağlıklarını değerlendirmede yeterli olmadığını ifade etmektedir. Kendi sağlığını değerlendirmede yeterli olmayan sağlık personelinin yetişmesi meslek yaşamında hastanın sağlığını doğru değerlendiremeyeceğini ifade etmektedir. Sağlık tanımının bireyler arasında değişmesi algının farklılaşmasında bir etken olabilir. Ancak, sağlık çalışanının başkalarının sağlığını doğru değerlendirmesini sağlamada belli standartların olması gerekmektedir. Bu bağlamda, öğrencilerin sağlık değerlendirmesinde

dikkat edilmesi gereken durumlara ve sağlığı oluşturan unsurların tanımlanması konularında eğitimlerinin desteklenmesi önerilebilir.

Öğrencilerin sağlık algısı ölçeğinde "kontrol merkezi" ve "kesinlik" yüksek ortalamaya sahipken "sağlığın önemi" en düşük ortalamaya sahip alt boyuttur. Koraltan (2017) bakım veren hasta yakınlarının sağlık algılarına ilişkin yürüttüğü çalışmada, sağlık algısı ölçeğinde "sağlığın önemi" ve "öz farkındalık" en yüksek ortalama puana sahipken en düşük puanın "kesinlik" alt boyutuna ait olduğunu belirtmiştir. Çalışma sonuçları farklı yaş grubu ve amacını hedefleyen soruları incelediğinden benzerlik göstermemektedir. Ayrıca, öğrencilerin sağlıklarını kontrol yeteneklerinde sorun yaşamadığını, ancak sağlığa verdiği önemin geliştirilmesi gerektiği ifade edilebilir. Ulaşılan araştırmalarda katılımcıların sağlık algılarını kendi ifadeleri ile değerlendiren sonuçlarla analiz ettiği, bir kısmının da farklı hedefleri içeren sonuçları paylaştığı görüldü.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, sağlık çalışanı adayının sağlık algısı değerlendiren ve sağlık algısı ölçeği kullanılarak kişisel özelliklerle ilişki kurmayı amaçlayan ilk çalışma niteliğini taşımaktadır. Öğrencilerden kronik hastalığı olan, ailesi ile birlikte ve ilçede yaşayanların sağlık algılarının diğerlerinden daha iyi olduğu saptandı. Ayrıca öğrencilerin üçte ikisinin kendilerine göre algıladıkları sağlık düzeyinin "iyi" olmasına karşın, sağlık algısı ölçek puanlarının düşük olduğu görüldü. Öğrencilerin kendi ifadeleri ile sağlık algısı ölçek puanları arasında negatif ilişki olduğu belirlenirken kendi sağlıklarını değerlendirmede yeterli olmadıkları ve bu konuda desteklenmeleri gerektiği ifade edilebilir. Bu sonuçlar ışığında, öğrencilerin sağlık algılarının geliştirilebilmesi için hemşirelik eğitiminde bu konuda farkındalığın artırılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-187.
- Alpar, S. E., Şenturan, L., Karabacak, U., & Sabuncu, N. (2008). Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish university nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 382-388.
- Araz, A., Harlak, H. ve Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 112-122.
- Aristizabal-Castano, I., & San-Martin-Rodriguez, L. (1998). Hábitos de salud de los profesionales de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 21, 15-18.
- Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
- Bahar-Özvarış, Ş. (2009). Sağlığın geliştirilmesi kavramı. D. Aslan (Ed.), *Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar* içinde (s. 10-14). Ankara: Ankara Tabip Odası.
- Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Ratner, P. A., & Hayduk, L. A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1), 30-36.
- Can, G., Ozdilli, K., Erol, O., Unsar, S., Tulek, Z. Savaser, S., ... Durna, Z. (2008). Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nursing & Health Science*, 10(4), 273-280.
- Cevizci, S., Uludağ, A., Tunga-Babaoğlu, Ü., Karaahmet, E., Vural, A., Şahin, E. M., ... Ünver, A. (2015). Dezavantajlı öğrencilerde sağlık algısının ve psikososyal becerilerin geliştirilmesi: Okul tabanlı bir müdahale çalışması. *TAF Preventive Medical Bulletin*, 14(1), 39-48.
- Oyur-Çelik, G., Tuna-Malak, A., Bektaş, M., Yılmaz, D., Sami-Yümer, A., Öztürk, Z., ... Demir, E. (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3(3), 164-169.
- Göker, K., Yıldız, H., Karabacak, E. ve Doğan, B. (2015). Türkiye'de çalışan dermatologların tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri hakkında bilgi ve yaklaşımları. *Türkderm*, 49, 31-36.
- Hui, W. H. (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 101-111.
- Kadıoğlu, H. ve Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(1), 47-53.
- Kang, R. (1995). Building community capacity for health promotion: a challenge for public health nurses. *Public Health Nursing*, 12(5), 312-318.
- Karadeniz, G., Yanikkerem-Uçum, E., Dedeli, Ö. ve Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 497-502.
- Kaya, M., Özvarış, Ş., Atlas, H., Altay, M., Atik, Ç. ve Aytekin, M. (2009). Ankara'da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçim düzeylerinin belirlenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(1), 8-13.
- Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- Koralan, A. (2017). *Eve bağımlı hastalara bakım verenlerin genel sağlık algısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özkan, S. ve Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 89-105.
- Özbaşaran, F., Çakmakçı-Çetinkaya, A. ve Güngör, N. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 43-55.
- Sarı, G. ve Kipay, S. S. (2008). *Meslek yüksekokulu öğrencilerinin alternatif / tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının belirlenmesi*. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, Poster Bildiri.
- Sevindik, F. (2011). *Fırat Üniversitesi öğrencilerinde problemlerini internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Şimşek, H., Öztoprak, D., İkiçoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., ... Çiftçi, Ş. (2012). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.
- Tambağ, H. ve Turan, Z. (2012). Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına halk sağlığı hemşireliği dersinin etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 46-55.
- Topkaya, N. ve Meydan, B. (2013). Üniversite öğrencilerinin problem yaşadıkları alanlar, yardım kaynakları ve psikolojik yardım alma niyetleri. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(1), 25-37.
- Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 17-26.
- Ulla-Diez, S. M., & Pérez-Fortis, A. (2010). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International*, 25(1), 85-93.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. ve Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-109.
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 20-27.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Who we are, what we do*. Retrieved from <http://www.who.int/about/en/>
- Yalçınkaya, M., Gök-Özer, F. ve Yavuz-Karamanoğlu, A. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6): 409-420.
- Yetkin, A. ve Uzun, Ö. (2000). Eğitimi sağlıkla ilgili olan ve olmayan yüksek okul öğrencilerinin sağlık davranışlarının karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 1-10.
- Yılmazel, G., Çetinkaya, F. ve Naçar, M. (2013). Hemşirelik öğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 261-270.
- Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95.

Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Evaluation of The Effect of Fatigue on Functional Quality of Life in Cancer Patients

Melike Özkan¹, Semiha Akın²



DOI: 10.17672/fnjin.343256

1. Uluslararası & 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Konsensüs Toplantısı'nda poster bildiri olarak sunulmuştur (6-7 Şubat 2017, İstanbul, Türkiye)

¹Bilim Uzmanı (MSc.), İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, Türkiye

²Doç. Dr., İstanbul Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Melike Özkan,
İstanbul Florence Nightingale Hastanesi,
Abide-i Hürriyet Caddesi, No: 166 Şişli,
İstanbul, Türkiye

Telefon/Phone: +90 (212) 361 8800

E-posta/E-mail: melikeodabas90@gmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 17.06.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 31.07.2017

Atıf/Citation: Özkan, M. ve Akın, S. (2017).

Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 177-192.

<https://doi.org/10.17672/fnjin.343256>

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, kanser tanısıyla kemoterapi uygulanan hastalarda yorgunluk düzeyinin fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Tanımlayıcı-ilişki arayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırma örneklemini kemoterapi alan 100 kanser hastası oluşturdu. Hastaların kemoterapi ile ilişkili hissettiği yorgunluk düzeyi ve fonksiyonel yaşam kalitesi sırasıyla Piper Yorgunluk Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yarısından fazlası (%62) kadın ve orta-ileri yaş (56.53±13.56) grubundadır. Örneklemin %31'i meme kanseri ve %64'ü IV. evre kanser hastasıdır. Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanı 4.13±3.06, Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam puanı 107.90±27.37 bulundu. Cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, bireyin kendi sağlığına ilişkin algısı, kanser tanısı, kanser evresi, hastanede yatarak kemoterapi uygulanma durumu, performans durumu ve baş etme becerilerine ilişkin bireysel algılara göre fonksiyonel yaşam kalitesinin değiştiği saptandı (p<0.05). Yorgunluk algısının ise eğitim düzeyi, çalışma durumu, bireyin kendi sağlığına ilişkin algısı, kanser tanısı, kanser evresi, hastanede yatarak kemoterapi uygulanma durumu, performans durumu ve baş etme becerileri durumuna ilişkin bireysel algılara göre değiştiği bulundu (p<0.05). Piper Yorgunluk Ölçeği ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki saptandı (r=-0.88, p<0.01).

Sonuç: Yorgunluk düzeyinin yüksek olması hastaların fonksiyonel durumunu olumsuz yönde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirmesini güçleştirmektedir. Kanserli hastalarda yorgunluğa neden olan faktörlerin etkin kontrolüne yönelik girişimler hastaların fonksiyonel yaşam kalitesi adına önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, kemoterapi, yorgunluk, fonksiyon, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim: This study was carried out to determine the effect of fatigue levels on the functional quality of life in patients diagnosed with cancer and receiving chemotherapy.

Method: It is a descriptive/correlational and cross-sectional research. Study Sample comprised 100 cancer patients receiving chemotherapy. The fatigue and functional quality of life of patients undergoing chemotherapy was assessed using Piper Fatigue Scale and Functional Living Scale-Cancer, respectively.

Results: More than half of the patients were female (62%) and middle-aged (56.53±13.56). Thirty one percent of the subjects were diagnosed with breast cancer, and 64% were at stage IV cancer. Piper Fatigue Scale score was found 4.13±3.06. Functional Living Scale score of the patients was 107.90±27.37. The study determined that variables such as gender, education level, employment status, personal perceptions of health status, type of cancer, stage of cancer, being hospitalized during chemotherapy, performance status, and personal perceptions for coping styles were associated with the functional quality of life (p<0.05). The perception of fatigue was associated with education level, employment status, personal perceptions for health status; type of cancer, stage of cancer, being hospitalized during chemotherapy, performance status, and personal perceptions for coping styles (p<0.05). A statistically significant, negative and high correlation was found between Piper Fatigue Scale and Functional Living Scale score averages (r=-0.88, p<0.01).

Conclusion: High fatigue levels have a negative impact on patients' functional status, preventing them from performing the activities of daily living. Interventions to effectively control factors causing fatigue of cancer patients are vital to promote patients' functional life quality.

Keywords: Cancer, chemotherapy, fatigue, functionality, quality of life

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Diagnosis and treatment of cancer affect patients physically, psychologically, emotionally and socially in a negative way (Görgülü, & Akdemir, 2010). When fatigue, which increases during and after the treatment in cancer patients, is not taken under control, quality of life and survival rates decrease in relation to pain, physical disabilities, and emotional distress (Ekti-Genç, 2005; İstek, 2008; Saygılı, 2012). Patients' functional quality of life can be improved by taking chemotherapy-induced fatigue under control (Garman, & Cohen, 2002).

Aim: This study was carried out to determine the effect of fatigue levels on the functional quality of life in patients with cancer and receiving chemotherapy.

Method: It is a descriptive/ correlational and cross-sectional research. The research was conducted at a research and application center affiliated with a foundation university. The research sample consisted of 100 cancer patients undergoing chemotherapy. The sample was created by convenience sampling, one of the improbable sampling methods. The sample included cancer patients who have undergone at least one cycle of chemotherapy, were 18 years or older, volunteered to participate in the study, and who were not terminally ill, and were eligible for interviews in terms of their general condition. Ethical committee and institutional approvals were obtained in order to conduct the study. The permits to use the scales were obtained from the researchers who conducted the Turkish validity-reliability study of the scales. The levels of chemotherapy-induced fatigue and functional quality of life perceived by the patients were assessed using the Piper Fatigue Scale and the Functional Life Scale, respectively. The data were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0.

Results: More than half of the patients were female (62%) and middle-aged (56.53 ± 13.56). Thirty one percent of the sample was diagnosed with breast cancer, and 64% were at stage IV cancer. Cancer patients undergoing chemotherapy had moderate fatigue, with a Piper Fatigue Scale average score (4.13 ± 3.06), and that they experienced the highest negative effects in the Affect sub-dimension (4.60 ± 3.28) and the least in the cognitive sub-dimension (3.37 ± 2.91). It was found that the patients who had low education level, high income level, were not working, reported having poor/medium health, were diagnosed with ovarian cancer/prostate cancer, had stage IV cancer, had "insufficient" or "medium" ability to deal with the disease and performed very low, and received chemotherapy at hospital had a higher level of fatigue. It was identified that there is a significant, positive and low-level correlation between the average age value and the affect, sensory, and cognitive/mental dimension scores of the Piper Fatigue Scale ($r_s = 0.20-0.22$, $p < 0.05$). The mean score of the Functional Life Scale (107.90 ± 27.37) obtained in this study indicates that the functional life quality is better than the moderate level in the patients receiving chemotherapy. It was found out that male patients with low education level, not working, reported having bad/medium health, were in the group of gastrointestinal cancer and "other cancers" (over cancer, prostate cancer, etc.), had stage IV cancer, performed low, had "insufficient" and "medium" ability to deal with the disease and received chemotherapy at hospital experienced more negative effects in many dimensions of the functional quality of life. There is a negative and low-level correlation between The Physical Functions sub-dimension of the Functional Life Scale and age ($r_s = -0.21$; $p = 0.033$). There is not a statistically significant correlation between the scores of Functional Life Scale and Piper Fatigue Scale and the life expectancy with the diagnosis of cancer ($p > 0.05$). It was identified that there is a statistically significant, negative, and high-level correlation between the mean scores of Functional Life Scale and Piper Fatigue Scale ($r_s = -0.88$, $p < 0.01$). This

correlation coefficient indicates that functional status of patients is increasingly affected negatively in parallel with the increase in fatigue level.

Conclusion: To sum up, it was found out in this study that there is a strong correlation between fatigue and quality of life in cancer patients who underwent chemotherapy, and the functional quality of life is affected negatively as fatigue increases. These results are significant in that they show that quality of life can be improved by taking fatigue level under control. High fatigue levels have a negative impact on patients' functional status, preventing them from performing the activities of daily living. Interventions to effectively control factors causing fatigue of cancer patients are vital to promote patients' functional quality of life. The use of strategies such as exercise, cognitive-behavioral interventions, improvement in sleep quality, energy conservation and activity management, management of concurrent symptoms, massage/aromatherapy massage, awareness-based stress management, multidimensional rehabilitative interventions, psycho-education, and yoga are recommended in order to manage cancer and chemotherapy-induced fatigue and the quality of life (Putting Evidence Into Practice, 2016). The study also reveals that the family should also be informed that as the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance scores in cancer patients' increase, the functional status decrease and the fatigue increase, and patients should be encouraged for taking self-care.

GİRİŞ

Kanser vücudun bir bölümünde hücrelerin kontrol dışı çoğalması ve yayılmasıyla ilişkili, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarıyla tehdit eden önemli kronik sağlık sorunlarından birisidir. Hastalığın kendisi ve tedavi yan etkileri kanser hastalarının işlevsellik derecesini, günlük yaşam aktivitelerini ve doyum aldığı yaşam alışkanlıklarını olumsuz etkilemektedir (American Cancer Society, 2016; Sarı-Şıra, 2007). Kanserli hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmaları özellikle en uygun tedavinin seçilmesi sürecinde karar vermeyi sağlar, hastalık prognozunu değerlendirilmesi, hastalıkla ve tedavi süresince karşılaşılan problemlerin nedenlerinin belirlenmesi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlanmaktadır (Akın, 2007; Kutlu, Çivi, Börüban ve Demir, 2011).

Kanser tanısı ve tedavisi hastaları fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal yönden olumsuz yönde etkilemektedir (Görgülü ve Akdemir, 2010). Yorgunluk karmaşık, çok yönlü ve sağlık harcamalarını arttıran kanserli hastaları tarafından deneyimlenen önemli sorunlardan birisidir. Kanser hastalarının %70-100'ünde kanser tanısı ve tedavi sürecine bağlı olarak yorgunluk ortaya çıktığı bildirilmektedir. Yorgunluk kanser hastaları tarafından güçsüzlük, halsizlik bitkinlik, konsantrasyon bozukluğu, kuvvetsizlik, uyku kalitesinde azalma ve motivasyon eksikliği gibi farklı şekilde tanımlanmaktadır (Can, 2006). Hastalığa ve tedaviye bağlı olarak hastalarda oluşan yorgunluk hastalığın başlangıcından itibaren tedavi tamamlandıktan aylar hatta yıllar sonra devam edebilmektedir (Bağ, 2012).

Yorgunluğun meydana gelmesiyle bireylerde; fiziksel yakınmalarda artış, daha hassas hale gelme, konsantrasyon bozukluğu, performans gücünde azalma, enerji eksikliği, yeterli uyumaya rağmen kendini dinlenmiş hissetmeme, sosyal yaşam aktivitelerini yerine getirememe, sevilen aktivitelere karşı oluşan ilgisizlik, cinsel istekte azalma, rutin olarak yapılan alışılmış eylemleri devam ettirmede zorlanma ve depresif durumda olma gibi etkiler yaratır. Kanser hastalarında tedavi sırasında ve tedaviden sonra artan yorgunluğun kontrol altına alınmaması durumunda ağrı, fiziksel yetersizlik ve

emosyonel sıkıntılar ile ilişkili yaşam kalitesi ve sağ kalım oranları düşmektedir (Ekti-Genç, 2005; İstek, 2008; Saygılı, 2012). Yorgunluk algısı hastaların hislerini (mutluluk, doyum alma, yaşamdan zevk alma), günlük yaşam aktivitelerini ve kişilerarası iletişimi etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürme konusunda gönülsüz olmalarına yol açabilmektedir (Yaranoğlu, 2012). Tedavi sırasında ve sonrası dönemde hastalığın tüm aşamalarında yorgunluk algısının değerlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşımla kontrol altına alınması ayrı bir önem taşır (Akdemir ve Aydın-Bektaş, 2009).

Bireyin sağlık durumundan yaşam kalitesine kadar hayatının değişik alanlardaki kişisel yeterliliği, fonksiyonel durum içinde ele alınmaktadır. Fonksiyonel durum kişinin günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi, öz bakımını karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirilmesi, sağlık ve iyilik halini sürdürmesidir. Bireylerin günlük ev işleri, sosyal, aile içi ve toplumsal sorumluluklarını yerine getirmeleri, kişilerarası iletişimi ve aktivitelerdeki performans durumları olarak açıklanabilir (Garman ve Cohen, 2002; Karakaş, 2014). Banyo yapabilmek, giyinebilme, tuvalet ihtiyacını karşılayabilme, yiyebilme, gezebilme, ekonomik ihtiyaçları giderebilme, alışveriş yapabilmek, yemek yapabilmek, ev işlerini yapabilmek, merdiven çıkabilmek, eşya taşıyabilmek ve yürüyebilme gibi işlevler fonksiyonel durum ve yeterlilik hakkında bilgi verir (Çelik, 2012; Karakaş, 2014; Piper ve ark., 1998; Uysal, 2011).

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin artırılması ve yorgunluk semptomunun kontrol altına alınması yanında fiziksel ve emosyonel iyilik halinin sürdürülmesi için de fonksiyonel durum ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir. Kanserli bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmesiyle fonksiyonel durumun en iyi düzeye getirilmesi, iyilik hali ve öz bakım yeteneğinin sürdürülmesi, geliştirilmesi ve bireylerin fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesi amaçlanmaktadır (Çelik, 2012; Karakaş, 2014). Kemoterapi uygulanan hastalarının yaşadıkları yorgunluğun fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi suretiyle yorgunluğun kontrol altına alınması, hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin geliştirilmesi adına önem taşımaktadır (Garman ve Cohen, 2002). Bu doğrultuda, bu çalışma

kanser tanısıyla kemoterapi uygulanan hastalarda yorgunluk düzeyinin fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma sonuçlarının hemşirelik bakımı ve hasta eğitimine rehber olması hedeflenmektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı-ilişki arayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir vakıf üniversitesine bağlı araştırma ve uygulama merkezinde kemoterapi ünitesi ve yatan hasta servislerinde kanser tedavisi gören 450 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemi bir vakıf üniversitesine bağlı araştırma ve uygulama merkezine kemoterapi almak için başvuran hastalar oluşturdu. Araştırma örneğine dahil edilme kriterleri, (a) kanser tanısıyla en az bir kür kemoterapi almış olmak, (b) araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, (c) 18 yaş veya üzeri yaşta olmak, (4) Türkçe konuşabilmek ve anlamak, (5) iletişime engel bir sağlık sorunu olmamak ve genel durumu görüşme yapmak için uygun olmak ve terminal dönemde olmamak olarak belirlendi. Örneklem; olasılıksız örnekleme yöntemlerinden birisi olan gelişigüzel örnekleme (convenience sampling) yöntemiyle oluşturuldu. Bu kapsamda Mayıs-Ağustos 2015 tarihlerinde bir vakıf üniversitesine bağlı araştırma ve uygulama merkezinde yatan hasta servisleri ve ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi uygulanan 136 hastaya ulaşıldı.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler dört aylık sürede toplandı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplama araçları kullanılarak elde edildi. Hastalar ile görüşme ayaktan kemoterapi ünitesinde, yatan hastalar ile görüşme hasta odasında gerçekleştirildi. Görüşme yaklaşık 15-20 dakikalık bir

süre içinde tamamlandı. Kanser tanısı, kanser evresi ve tedavisine ilişkin veriler tıbbi kayıtlardan elde edildi.

Araştırmada veriler Hasta Bilgi Formu, yorgunluk durumunu değerlendirmek amacıyla Piper'in Yorgunluk Ölçeği (PYÖ), fonksiyonel yaşam kalitesi durumlarını değerlendirmek amacıyla Fonksiyonel Yaşam Ölçeği - Kanser (FYÖ) kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu sosyo-demografik özellikleri, tanı ve kanser tedavisine ilişkin sorular içermektedir. Hastaların fonksiyonel performans durumu ECOG Performans Skalası (Eastern Cooperative Oncology Group) Performans Skoru'na (PS) göre değerlendirildi.

Piper'in Yorgunluk Ölçeği (Piper Fatigue Scale) 1987 yılında Barbara F. Piper ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Piper ve ark., 1998). Piper Yorgunluk Ölçeği 22 maddeli, 5'li Likert tipi bir tanılama aracıdır. Hastanın yorgunluğa ilişkin subjektif algıları dört alt boyut üzerinden değerlendirilmektedir. Puan artışı yorgunluk düzeyinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında toplam ölçek için 0.94 saptanmıştır (Can, 2001). Bu çalışmada ölçeğin tamamı için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.99 bulundu.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale- Cancer), Schipper, Clinch, McMurray, ve Levitt tarafından (1984) tüm erişkin ve kanserli hastalarda fonksiyonel durumu değerlendirmek üzere geliştirilen bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek toplam beş alt boyut ve 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 154'tür. Düşük puanlar fonksiyonel yaşam kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin ülkemiz için geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 bulunmuştur (Aydın-Bektaş, 2005). Bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin tamamı için 0.95 saptandı.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için etik kurul onayı ve kurum izni alındı. Ölçeklerin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri alındı. Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara

araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimseyle paylaşılmayacağı açıklandı ve yazılı bilgilendirilmiş olurları alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Veriler frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistikler kullanılarak çözümlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testiyle test edildi ve anlamlılık değerleri 0.05'ten küçük olduğu için ileri düzey çözümlenmelerde non-parametrik testler kullanıldı. Ölçekte puan ortalamalarının karşılaştırılması için non-parametrik testlerden iki bağımsız değişken için Mann - Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Kruskal - Wallis, ilişki analizleri için Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri: Araştırmaya katılan hastaların %62'si kadın olup yaş ortalaması 56.53 ± 13.56 yıldır. Hastaların %57'si ilköğretim, %26'sı lise mezunudur. Örneklemin %31'i meme kanseri, %29'u gastrointestinal (Gİ) kanser tanısıyla kemoterapi almaktadır ve %64'ünün hastalığının IV. evresinde iken kanser tanısı aldığı belirlendi (Tablo 1).

Kanser Hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları: Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği Davranışsal alt boyutu puan ortalaması 4.50 ± 3.17 , Duygulanım alt boyutu puan ortalaması 4.60 ± 3.28 , Duyusal alt boyutu puan ortalaması 3.97 ± 3.32 ve Bilişsel / Ruhsal alt boyutu puan ortalaması 3.37 ± 2.91 , PYÖ toplam puan ortalama değeri 4.13 ± 3.06 bulundu (Tablo 2).

Kanser Hastalarında Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamaları: Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı

Tablo 2'de verilmektedir. Yüksek puanlar fonksiyonel yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu göstermektedir.

Piper Yorgunluk Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamaları İle İlişkili Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özellikler: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Genel İyilik Hali alt boyut puanları hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Buna göre; kadın hastaların (16.94 ± 4.30) Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin Genel İyilik Hali alt boyut puanları erkek hastaların puanlarına (14.03 ± 5.17) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($z_{mwu} = -2.689$, $p = 0.007$). Ancak FYÖ'nün diğer alt boyut ölçek puanları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ayrıca PYÖ tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0.05$).

Bu çalışmada FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu ile hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve çok düşük düzeyde bir ilişki saptandı ($r_s = -0.21$, $p = 0.033$). Diğer Fonksiyonel Yaşam Ölçeği alt boyut puanları ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$).

Hastaların yaş ortalamaları ile Piper Yorgunluk Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, PYÖ Duygulanım, Duyusal ve Bilişsel/Ruhsal alt boyut puanları ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok düşük düzeyde bir ilişki saptandı (sırasıyla, $r_s = -0.20$, $p = 0.045$; $r_s = -0.22$, $p = 0.030$; $r_s = -0.20$, $p = 0.048$). Buna karşın Piper Yorgunluk Ölçeği Davranışsal alt boyutu puanı ve toplam ölçek puanı ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$).

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puanları hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Buna göre eğitim seviyesi arttıkça hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puanlarının yükseldiği görülmektedir.

Piper Yorgunluk Ölçeği Duygulanım, Duyusal ve Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik, kanser tanısı ve tedavisine ve ilişkin özellikler (N=100)

| Değişkenler | | n | % |
|---------------------------------|--|----|----|
| Cinsiyet | Kadın | 62 | 62 |
| | Erkek | 38 | 38 |
| Yaş | 20-29 yaş | 5 | 5 |
| | 30-39 yaş | 7 | 7 |
| | 40-49 yaş | 16 | 16 |
| | 50-59 yaş | 25 | 25 |
| | 60-69 yaş | 28 | 28 |
| | 70 yaş ve üzeri | 19 | 19 |
| Eğitim Durumu | Okur-yazar değil | 4 | 4 |
| | İlkokul | 57 | 57 |
| | Lise | 26 | 26 |
| | Ön Lisans | 2 | 2 |
| | Lisans | 9 | 9 |
| Çalışma Durumu | Yüksek lisans ve üstü | 2 | 2 |
| | Çalışmıyor | 89 | 89 |
| | Ücretli izin kullanıyor | 6 | 6 |
| | Ücretsiz izin kullanıyor | 2 | 2 |
| | Tam gün çalışma | 2 | 2 |
| Aile Gelir Durumu Algısı | Yarım gün ya da belirli saatlerde | 1 | 1 |
| | Gelir giderine göre az | 12 | 12 |
| | Gelir giderini dengeler | 75 | 75 |
| | Gelir giderine göre fazla | 13 | 13 |
| Kanser Tanısı | Meme kanseri | 31 | 31 |
| | Gastrointestinal sistem kanserleri | 29 | 29 |
| | Akciğer kanseri | 14 | 14 |
| | Diğer kanser türleri (prostat kanseri, over kanseri, lenfoma, endometriyum kanserleri vb.) | 25 | 25 |
| Kanser Evresi | I. evre | 5 | 5 |
| | II. evre | 12 | 12 |
| | III. evre | 17 | 17 |
| | IV. evre | 64 | 64 |
| Tanı Tarihi | 6 aydan az | 35 | 35 |
| | 6 ay – 1 yıl | 25 | 25 |
| | 1 – 2 yıl | 28 | 28 |
| | 3 yıl ve üzeri | 10 | 10 |
| Kemoterapi Protokolü | Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil | 25 | 25 |
| | Taksan grubu ajanlar | 21 | 21 |
| | Platin grubu ajanlar/Paklitaksel-Karboplatin | 19 | 19 |
| | Sisplatin veya Oksaliplatin | 9 | 9 |
| | Sisplatin + Gemsitabin | 8 | 8 |
| | Doksorobisin, Siklofosamid, Paklitaksel | 7 | 7 |
| | Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil) | 11 | 11 |
| *ECOG Performans Skalası | 0 – Asemptomatik | 21 | 21 |
| | 1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta | 32 | 32 |
| | 2 - Semptomatik, %50'den daha az yatakta | 26 | 26 |
| | 3 - Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta | 17 | 17 |
| | 4 – Yatalak | 4 | 4 |
| Tedavi Uygulama Yeri | Hastanede yatarak | 25 | 25 |
| | Ayaktan | 75 | 75 |

*Eastern Cooperative Oncology Group

puanları arasında hastaların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Hastaların eğitim seviyesi arttıkça Piper Yorgunluk Ölçeği

puanlarının düştüğü görülmektedir.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek

Tablo 2. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları (N=100)

| Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Alt Boyutları | Potansiyel Dağılım | Ort. | ±ss | Min-Maks |
|--|--------------------|--------|-------|----------|
| Fiziksel Fonksiyonlar | 9-63 | 38.58 | 13.20 | 15-63 |
| Psikolojik Fonksiyonlar | 6-42 | 31.61 | 6.84 | 14-42 |
| Genel İyilik Hali | 3-21 | 15.83 | 4.84 | 5-21 |
| Sosyal Fonksiyonlar | 2-14 | 11.81 | 2.75 | 2-14 |
| Gastrointestinal Semptomlar | 2-14 | 10.07 | 3.69 | 2-14 |
| Toplam Ölçek Puanı | 22-154 | 107.90 | 27.37 | 44-152 |
| Piper Yorgunluk Ölçeği ve Alt Boyutları | | | | |
| Davranışsal | 0-10 | 4.50 | 3.17 | 0-10 |
| Duygulanım | 0-10 | 4.60 | 3.28 | 0-10 |
| Duyusal | 0-10 | 3.97 | 3.32 | 0-10 |
| Bilişsel/Ruhsal | 0-10 | 3.37 | 2.91 | 0-10 |
| Toplam Ölçek Puanı | 0-10 | 4.13 | 3.06 | 0-10 |

puanları bireysel kronik hastalık öyküsüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). İstatistiksel düzeyde anlamlı olmamakla birlikte, kronik hastalığı olmayan hastalarda Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamalarının kanser dışında kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha yüksek, Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamalarının ise kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha düşük olduğu gösterilmektedir.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları hastaların sağlık durumu algısına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Buna göre sağlık durumunu "iyi" olarak niteleyen hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanları, sağlık durumunu "kötü" ve "orta" olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık durumunu "kötü" olarak niteleyen hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanları, sağlık durumunu "orta" ve "iyi" olarak niteleyen hastaların puanlarına göre; sağlık durumunu "orta" olarak niteleyen hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanları ise sağlık durumunu "iyi" olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Genel İyilik Hali alt boyut puanları, PYÖ Davranışsal, Duygulanım alt boyut ve toplam ölçek puanları kanser türüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu

($p<0.05$). Buna göre meme kanseri olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali alt boyut puanlarının, GI kanserleri ve 'diğer kanser türleri' grubunda olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 3).

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, GI kanserler ve "diğer kanser türleri" grubunda yer alan hastaların PYÖ Davranışsal alt boyut puanları, meme kanseri olan hastaların puanlarına göre; "diğer kanser türleri" grubunda yer alan hastaların PYÖ Duygulanım alt boyutu ve toplam ölçek puanları meme kanseri olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 3).

Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği toplam ölçek puanları ile kanser tanısıyla yaşama süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin Fiziksel Fonksiyonlar, Genel İyilik Hali ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyut puanları, FYÖ toplam ölçek puanı, PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanı kanser evresine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Buna göre kanser evresi I, II ve III olan hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puanları, kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre; kanser evresi II olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali ile Gastrointestinal Semptomlar alt boyutları ve FYÖ toplam ölçek puanları ise kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı

Tablo 3. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamalarının kanser tanısı, kanser evresi ve ECOG skoruna göre karşılaştırılması (N=100)

| Fonksiyonel Yaşam Ölçeği | | Kanser Tanısı | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------|----------|
| | | n | Ort.±ss | χ ² kw | p |
| Fiziksel Fonksiyonlar | Akciğer kanseri | 14 | 36.43±13.59 | 5.412 | 0.14 |
| | Meme kanseri | 31 | 43.29±9.77 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 35.62±13.85 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 36.44±14.37 | | |
| Psikolojik Fonksiyonlar | Akciğer kanseri | 14 | 31.71±7.42 | 3.280 | 0.35 |
| | Meme kanseri | 31 | 33.29±5.53 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 29.55±7.82 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 31.52±6.49 | | |
| Genel İyilik Hali | Akciğer kanseri | 14 | 15.50±5.10 | 8.540 | 0.036* |
| | Meme kanseri | 31 | 18.06 ^(3,4) ±3.13 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 14.48±5.38 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 14.60±5.08 | | |
| Sosyal Fonksiyonlar | Akciğer kanseri | 14 | 11.71±2.70 | 6.159 | 0.10 |
| | Meme kanseri | 31 | 12.87±1.67 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 11.21±2.85 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 11.40±3.42 | | |
| FYÖ Semptomlar | Akciğer kanseri | 14 | 9.79±4.10 | 7.414 | 0.06 |
| | Meme kanseri | 31 | 11.55±2.54 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 9.55±4.08 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 8.88±3.81 | | |
| Toplam Ölçek | Akciğer kanseri | 14 | 105.14±30.69 | 7.249 | 0.06 |
| | Meme kanseri | 31 | 119.06±18.09 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 100.41±29.79 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 102.84±28.67 | | |
| Piper Yorgunluk Ölçeği | | n | Ort.±ss | χ²kw | p |
| Davranışsal | Akciğer kanseri | 14 | 5.10±3.18 | 11.438 | 0.010* |
| | Meme kanseri | 31 | 2.87±2.36 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 5.08 ⁽²⁾ ±3.439 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 5.55 ⁽²⁾ ±3.17 | | |
| Duygulanım | Akciğer kanseri | 14 | 5.14±3.44 | 9.770 | 0.021* |
| | Meme kanseri | 31 | 3.20±2.59 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 5.12±3.40 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 5.61 ⁽²⁾ ±3.34 | | |
| Duyusal | Akciğer kanseri | 14 | 4.67±3.53 | 6.786 | 0.08 |
| | Meme kanseri | 31 | 2.59±2.37 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 4.41±3.63 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 4.87±3.52 | | |
| Bilişsel/ Ruhsal | Akciğer kanseri | 14 | 3.45±3.14 | 5.818 | 0.12 |
| | Meme kanseri | 31 | 2.40±2.44 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 3.67±2.96 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 4.17±3.16 | | |

| | | | | | |
|--------------|------------------------------|----|---------------------------|-------|--------|
| Toplam Ölçek | Akciğer kanseri | 14 | 4.56±3.16 | 9.181 | 0.027* |
| | Meme kanseri | 31 | 2.75±2.31 | | |
| | Gastrointestinal kanserler | 29 | 4.68±3.33 | | |
| | Diğer kanserler [§] | 25 | 5.03 ⁽²⁾ ±3.10 | | |

Kanser Evresi

| Fonksiyonel Yaşam Ölçeği | | n | Ort.±ss | χ ² kw | p |
|-----------------------------|-----------|----|------------------------------|-------------------|----------|
| Fiziksel Fonksiyonlar | I. evre | 5 | 48.60 ⁽⁴⁾ ±4.16 | 21.990 | 0.000*** |
| | II. evre | 12 | 52.42 ⁽⁴⁾ ±10.98 | | |
| | III. evre | 17 | 40.29 ⁽⁴⁾ ±10.43 | | |
| | IV. evre | 64 | 34.38±12.34 | | |
| Psikolojik Fonksiyonlar | I. evre | 5 | 35.40±6.84 | 5.946 | 0.11 |
| | II. evre | 12 | 34.42±4.58 | | |
| | III. evre | 17 | 32.94±5.98 | | |
| | IV. evre | 64 | 30.31±7.20 | | |
| Genel İyilik Hali | I. evre | 5 | 17.20±4.44 | 16.382 | 0.001** |
| | II. evre | 12 | 19.50 ⁽⁴⁾ ±2.39 | | |
| | III. evre | 17 | 17.65±3.90 | | |
| | IV. evre | 64 | 14.63±4.86 | | |
| Sosyal Fonksiyonlar | I. evre | 5 | 13.40±1.34 | 5.359 | 0.15 |
| | II. evre | 12 | 12.92±1.98 | | |
| | III. evre | 17 | 11.82±2.94 | | |
| | IV. evre | 64 | 11.61±2.80 | | |
| Gastrointestinal Semptomlar | I. evre | 5 | 12.00±2.45 | 13.479 | 0.004** |
| | II. evre | 12 | 12.83 ⁽⁴⁾ ±1.75 | | |
| | III. evre | 17 | 10.76±2.95 | | |
| | IV. evre | 64 | 9.20±3.93 | | |
| Toplam Ölçek | I. evre | 5 | 126.60±12.93 | 19.248 | 0.000*** |
| | II. evre | 12 | 132.08 ⁽⁴⁾ ±19.96 | | |
| | III. evre | 17 | 113.47±22.24 | | |
| | IV. evre | 64 | 100.13±27.16 | | |

Piper Yorgunluk Ölçeği

| Piper Yorgunluk Ölçeği | | n | Ort.±ss | χ ² kw | p |
|------------------------|-----------|----|-----------------------------|-------------------|----------|
| Davranışsal | I. evre | 5 | 1.13±0.97 | 13.832 | 0.003** |
| | II. evre | 12 | 2.75±1.85 | | |
| | III. evre | 17 | 3.63±2.83 | | |
| | IV. evre | 64 | 5.29 ^(1,2) ±3.26 | | |
| Duygulanım | I. evre | 5 | 1.04±0.71 | 17.900 | 0.000*** |
| | II. evre | 12 | 2.38±2.20 | | |
| | III. evre | 17 | 3.85±2.84 | | |
| | IV. evre | 64 | 5.51 ^(1,2) ±3.24 | | |
| Duyusal | I. evre | 5 | 0.96±1.20 | 14.409 | 0.002** |
| | II. evre | 12 | 1.97±1.89 | | |
| | III. evre | 17 | 3.34±2.75 | | |
| | IV. evre | 64 | 4.83 ^(1,2) ±3.49 | | |
| Bilişsel/Ruhsal | I. evre | 5 | 1.30±1.49 | 11.387 | 0.010* |
| | II. evre | 12 | 1.83±1.86 | | |
| | III. evre | 17 | 2.50±2.45 | | |
| | IV. evre | 64 | 3.97 ^(1,2) ±3.05 | | |

| Fonksiyonel Yaşam Ölçeği | | n | Ort.±ss | χ ² kw | p |
|------------------------------------|-----------|----|----------------------------------|-------------------|----------|
| Toplam Ölçek | I. evre | 5 | 1.12±0.99 | 15.435 | 0.001** |
| | II. evre | 12 | 2.24±1.81 | | |
| | III. evre | 17 | 3.30±2.56 | | |
| | IV. evre | 64 | 4.93 ^(1,2) ±3.16 | | |
| ECOG Skoru | | | | | |
| Fiziksel Fonksiyonlar | | | | | |
| Fiziksel Fonksiyonlar | ECOG 0 | 21 | 48.86 ^(2,3,4) ±8.88 | 54.944 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 45.47 ^(2,3,4) ±7.88 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 35.46 ^(3,4) ±10.31 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 22.94±7.68 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 16.25±1.89 | | |
| Psikolojik Fonksiyonlar | | | | | |
| Psikolojik Fonksiyonlar | ECOG 0 | 21 | 35.38 ^(3,4) ±6.34 | 34.066 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 34.22 ^(3,4) ±5.09 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 31.00 ^(3,4) ±6.32 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 25.47±4.88 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 21.00±3.37 | | |
| Genel İyilik Hali | | | | | |
| Genel İyilik Hali | ECOG 0 | 21 | 19.00 ^(2,3,4) ±3.26 | 41.185 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 18.00 ^(2,3,4) ±3.10 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 15.23 ^(3,4) ±4.07 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 10.82±4.19 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 7.00±1.16 | | |
| FYÖ Sosyal Fonksiyonlar | | | | | |
| FYÖ Sosyal Fonksiyonlar | ECOG 0 | 21 | 12.90 ^(3,4) ±2.07 | 24.959 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 12.78 ^(3,4) ±1.88 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 11.69 ⁽⁴⁾ ±2.28 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 10.00±3.61 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 6.75±0.96 | | |
| Gastrointestinal Semptomlar | | | | | |
| Gastrointestinal Semptomlar | ECOG 0 | 21 | 12.52 ^(2,3,4) ±2.06 | 30.637 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 11.16 ^(3,4) ±2.29 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 9.77 ^(3,4) ±3.55 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 7.00±4.18 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 3.50±1.29 | | |
| Toplam Ölçek | | | | | |
| Toplam Ölçek | ECOG 0 | 21 | 128.67 ^(2,3,4) ±17.36 | 52.887 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 121.63 ^(2,3,4) ±15.40 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 103.15 ^(3,4) ±20.40 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 76.24±19.56 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 54.50±7.19 | | |
| Piper Yorgunluk Ölçeği | | | | | |
| Davranışsal | | | | | |
| Davranışsal | ECOG 0 | 21 | 2.02±2.11 | 52.872 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 2.87±2.14 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 5.51 ^(0,1) ±2.48 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 7.82 ^(0,1,2) ±2.03 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 9.92 ^(0,1,2) ±0.17 | | |
| Duygulanım | | | | | |
| Duygulanım | ECOG 0 | 21 | 2.71±2.63 | 50.449 | 0.000*** |
| | ECOG 1 | 32 | 2.51±1.94 | | |
| | ECOG 2 | 26 | 5.37 ^(0,1) ±2.50 | | |
| | ECOG 3 | 17 | 8.40 ^(0,1,2) ±1.97 | | |
| | ECOG 4 | 4 | 10.00 ^(0,1,2) ±0.00 | | |

| | ECOG | n | Piper Yorgunluk Ölçeği | | p |
|-----------------|--------|----|--------------------------|-------|--------|
| | | | Ortalama | ±SD | |
| Duyusal | ECOG 0 | 21 | 1.42 | ±1.51 | 54.764 |
| | ECOG 1 | 32 | 2.16 | ±1.60 | |
| | ECOG 2 | 26 | 4.60 ^(0.1) | ±2.75 | |
| | ECOG 3 | 17 | 8.16 ^(0.1,2) | ±2.26 | |
| | ECOG 4 | 4 | 10.00 ^(0.1,2) | ±0.00 | |
| Bilişsel/Ruhsal | ECOG 0 | 21 | 1.47 | ±1.88 | 46.574 |
| | ECOG 1 | 32 | 1.92 | ±1.68 | |
| | ECOG 2 | 26 | 3.83 ^(0.1) | ±2.21 | |
| | ECOG 3 | 17 | 6.38 ^(0.1,2) | ±2.74 | |
| | ECOG 4 | 4 | 9.17 ^(0.1,2) | ±1.00 | |
| Toplam Ölçek | ECOG 0 | 21 | 1.89 | ±1.76 | 54.064 |
| | ECOG 1 | 32 | 2.37 | ±1.70 | |
| | ECOG 2 | 26 | 4.95 ^(0.1) | ±2.43 | |
| | ECOG 3 | 17 | 7.64 ^(0.1,2) | ±2.04 | |
| | ECOG 4 | 4 | 9.75 ^(0.1,2) | ±0.25 | |

χ^2 kw: Kruskal - Wallis Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, §= Over kanseri, prostat kanseri vb.

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group: 0 - Asemptomatik. 1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta. 2 - Semptomatik %50'den az yatakta. 3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta. 4 - Yatalak.

derecede daha yüksek bulundu (Tablo 3).

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları kanser evresine göre karşılaştırıldığında, kanser evresi IV olan hastaların puanları, kanser evresi I ve II olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 3).

"Doksorubisin + Siklofosfamid + Paklitaksel" tedavisi alan hastalarda Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanlarının en yüksek, "Sisplatin + Gemsitabin" tedavisi alan hastalarda ise en düşük bulunduğu belirlendi. "Sisplatin + Gemsitabin" tedavisi alan hastalarda Piper Yorgunluk Ölçeği puanları en yüksek, "Doksorubisin + Siklofosfamid + Paklitaksel" tedavisi alan hastalarda ise en düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ tüm alt boyut

puanları ve toplam ölçek puanları fonksiyonel performans durumuna göre karşılaştırıldığında, hastaların ECOG performans skorları arttıkça FYÖ toplam ölçek puanlarının düştüğü, PYÖ toplam ölçek puanlarının arttığı görülmektedir (p<0.05) (Tablo 3).

Piper Yorgunluk Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı (p<0.01) (Tablo 4). Elde edilen korelasyon katsayıları, yorgunluk düzeyinin artışıyla paralel olarak hastaların fonksiyonel durumundaki olumsuz yönde etkilenmenin arttığına işaret etmektedir.

Tablo 4. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (N=100)

| | Piper Yorgunluk Ölçeği | | | | Toplam Ölçek | |
|--------------------------|-----------------------------|------------|---------|-----------------|--------------|---------|
| | Davranışsal | Duygulanım | Duyusal | Bilişsel/Ruhsal | | |
| | rs | rs | rs | rs | | |
| Fonksiyonel Yaşam Ölçeği | Fiziksel Fonksiyonlar | -0.79** | -0.83** | -0.83** | -0.75** | -0.83** |
| | Psikolojik Fonksiyonlar | -0.67** | -0.73** | -0.72** | -0.71** | -0.73** |
| | Genel İyilik Hali | -0.77** | -0.79** | -0.77** | -0.79** | -0.82** |
| | Sosyal Fonksiyonlar | -0.58** | -0.57** | -0.60** | -0.63** | -0.68** |
| | Gastrointestinal Semptomlar | -0.61** | -0.56** | -0.60** | -0.50** | -0.59** |
| | Toplam Ölçek | -0.84** | -0.87** | -0.86** | -0.83** | -0.88** |

rs: Spearman Korelasyon Katsayısı, ** p<0.01

TARTIŞMA

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması:

Fonksiyonel sağlık, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirmesi, temel gereksinimlerini kendisinin karşılaması ve sürdürmesi durumu olarak tanımlanır (Karakaş, 2014). Kanser hastalarının fonksiyonel kapasite düzeyleri yapılan tedavilere, ya da hastalığın ilerleme şekli ve hızına bağlı olarak azalmaktadır. Hastalık ve tedaviye bağlı bireyler günlük sorumluluklarını yerine getirme konusunda güçlükler yaşamaktadır ve bu sorumlulukların yerine getirilememesi beraberinde emosyonel ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (Aydın-Bektaş, 2005). Bu bağlamda, kemoterapi uygulanan hastalarda fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar, hemşirelik bakımının hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlanmasına ışık tutacağından önemlidir. Bu çalışmada, elde edilen yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (107.90 ± 7.37) kemoterapi uygulanan hastalarda fonksiyonel yaşam kalitesinin orta düzeyinin üzerinde iyi olduğuna işaret etmektedir. Kemoterapi süresince yaşam kalitesinin desteklenmesi amacıyla egzersiz, bilişsel-davranışsal girişimler, uyku kalitesinin geliştirilmesi, enerjinin korunması ve aktivite yönetimi, ginseng, eşzamanlı belirtilerin yönetimi, masaj/ aromaterapi masajı, farkındalık temelli stres yönetimi, çok boyutlu rehabilitatif girişimler, psikoeğitim ve yoga gibi stratejilerin kullanılması önerilmektedir (Putting Evidence Into Practice, 2016).

Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması:

Yorgunluk, kemoterapi uygulanan kanser hastalarının çoğunluğu tarafından deneyimlenen ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen bir semptomdur (Karakoç, 2008). Hastalar yorgunluğu güç ve performansta azalma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, halsizlik, zayıflık, enerji kaybı, bitkinlik, depresyon, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, motivasyon eksikliği ve uyku kalitesinde azalma olarak tanımlamıştır

(Demiralp, Oflaz ve Komurcu, 2010; Yaranoglu, 2012). Hastalar tarafından farklı anlatılar kullanılarak tanımlanan bu sorun bireysel özelliklere, hastalıkla baş etme becerilerine, hastalığının prognozunun nasıl ilerlediğine ve uygulanan tedavinin türüne göre süre, sıklık ve yoğunluk açısından farklılık göstermekle birlikte, bireyin günlük yaşam aktivitelerinden uzaklaşmasına neden olan enerji eksikliği duygusunun öznel algılamasıdır (Can, 2006). Kanser hastaları fiziksel olarak kendini güçsüz hissettiğinden beden işlevlerinde zayıflama, duygusal alanda mutsuzluk, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, intihar düşünceleri ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşamaya başlarlar (Saygılı, 2012). Yorgunluk hastalarının sosyal ilişkilerini, çalışma durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Hastalığın her döneminde ortaya çıkabilen yorgunluk yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek işlevsel alanda sınırlamalara yol açmaktadır (Bağ, 2012; Işık, 2014).

Hintistan, Çilingir, Nural ve Akkaş-Gürsoy (2012) hematolojik kanser tanısıyla kemoterapi uygulanan hastalarda en sık yaşanan semptomlar arasında en yüksek oranla yorgunluk (%97.5) semptomunun olduğu saptanmıştır. Karakoç (2008)'un ayaktan kemoterapi uygulanan 60 yaş üzeri 71 kanser hastasıyla Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası kullanarak yaptığı bir çalışmada deneyimlenen yorgunluk şiddeti hastaların %3'ünde çok hafif, %42.4'ünde hafif, %28.8'inde orta, %25.7'sinde şiddetli ya da çok şiddetli olarak belirtilmiştir. Kuhnt ve ark. (2009) ilk kanser tedavisini takiben yaptıkları iki yıllık izlem çalışmasında, kanser hastaların %36'sında hafif derecede, %12'sinde ciddi derecede yorgunluk olduğunu belirlemişlerdir. Can (2001)'ın ayaktan kemoterapi uygulanan 90 meme kanserli hastayla yaptığı bir çalışmada yorgunluğun sırasıyla en fazla duyuşsal/ duygusal fonksiyonları etkilediği, günlük gereksinimleri sürdürmeyi orta derecede engellediği ve bilişsel/ ruhsal fonksiyonları en az etkilediği bulunmuştur. Saygılı (2012)'nin kemoterapi uygulanan gastrointestinal sistem (GİS) kanserli 233 hastayla yaptığı çalışmada kanser hastalarında yorgunluk düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yaranoglu (2012)'nin kemoterapi uygulanan

60 akciğer kanseri hastasıyla yaptığı çalışmada puan ortalamaları grubun yaygın şekilde yorgunluk yaşadığı, %16.7'sinin hafif, %50'sinin orta ve %33.3'ünün şiddetli derecede olmak üzere tamamının yorgunluk yaşadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada elde edilen puanlar doğrultusunda kemoterapi uygulanan kanser hastalarının orta düzeyde yorgunluk yaşadıkları, hastaların en fazla Duygulanım alt boyutu, en az Bilişsel alt boyutunda olumsuz etkilenmeler deneyimledikleri belirlendi. Hastalarda oluşan yorgunluğun davranışlar üzerindeki etkilerinin sorgulanması amacıyla yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini, iş faaliyetlerini sürdürmede yetersizlik, sevdiği etkinlikleri yapmada azalma olması; duygulanım açısından yorgunluğun anormal, yıpratıcı, olumsuz, kuvvetsiz, dinlenmemiş ve uyukulu olma gibi etkiler yakından incelenmelidir. Yorgunluk semptomunun en aza indirilmesi hastanın yaşam kalitesini artırarak, geleceğe ilişkin planlar yapabilmesini kolaylaştıracaktır (Turan-Kavradım ve Canlı-Özer, 2014).

Kanser Hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması:

Yorgunluk kanser hastalarının günlük yaşamlarını olumsuz etkileyen, dinlenmek ile geçmeyeabilen, tedavi tamamlandıktan sonra dahi devam edebilen ve en sık yaşadıkları semptomdur (Can, Enç ve Akkaya, 2008). Hintistan ve ark. (2012) hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada en sık yaşanan semptomun yorgunluk (%97) olduğu, yorgunluğa bağlı olarak günlük aktivitelerinin kısıtlandığını (%46.2) belirtmişlerdir. Yaranoglu (2012)'nin çalışmasında akciğer kanseri hastalarda yorgunluk düzeyi arttıkça fonksiyonel yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Saygılı (2012)'nin GİS kanserli hastayla yaptığı çalışmada hastaların Karnofsky Performans Skala puanının yükselmesiyle paralel olarak yaşam kalitesinin arttığı, aynı zamanda yorgunluk arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Kanser hastalarında performans

düzeyinin azalmasıyla birlikte, enerji ve motivasyon kaybı da yorgunluk oluşmasına neden olmaktadır. Saygılı (2012)'nin bu çalışmasında Karnofsky Performans Skala puan ortalamaları ile Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu çalışmada FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı. Bu sonuç kemoterapi uygulanan kanser hastalarında fiziksel fonksiyonların desteklenmesiyle yorgunluk düzeyinin kontrol altına alınabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu ile; Piper Yorgunluk Ölçeği Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki varken, PYÖ Davranışsal alt boyutu ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu. Bu sonuç psikolojik faktörlerin yorgunluk algısını etkilediğini, kemoterapi uygulanan kanser hastalarında psikolojik sorunlarla baş etmeye yönelik destekleyici girişimlerle algılanan yorgunluk düzeyinin de kontrol altına alınabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada FYÖ Genel İyilik Hali alt boyutu ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı. Bu sonuç kemoterapi uygulanan kanser hastalarında genel iyilik halinin yorgunluk algısını etkilediği ve iyilik halini geliştirmeye yönelik girişimlerin yorgunluk kontrolü üzerinde olumlu etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada FYÖ Sosyal Fonksiyonlar ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyutları ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu. Bu sonuç kemoterapi uygulanan kanser hastalarında sosyal yaşam ve GİS şikâyetlerinin yorgunluk algısını

etkilediğini, sosyal yaşam ile ilişkili olumsuz etkilenmeler ve GIS yan etkilerinin kontrolüne yönelik girişimlerle yorgunluk kontrolüne katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalarının yorgunluk düzeylerinin kontrol altına alınmasıyla fonksiyonel yaşam kalitesi arttığı için yorgunluk düzeyi kontrol altına alınmalı, bu konuda hasta ve ailesi desteklenmeli ve hastaların performans

durumunun artırılmasına yönelik eğitim verilmelidir. Eğitim seviyesi düşük olan hastalarda fonksiyonel durumun daha düşük olması ve yorgunluk düzeyinin daha yüksek olması nedeniyle, hastaların tedavi süresince yaşadıkları güçlükler ve baş etme becerileri yönünden yakından izlenmesi ayrı bir önem taşımaktadır. Kanser hastalarında ECOG performans skorları arttıkça fonksiyonel durumun düştüğü ve yorgunluk düzeyi arttığı göz önüne alınarak aile bu konuda bilgilendirilmeli ve hastalar öz bakım aktivitelerinin kendi kendine karşılamaları konusunda teşvik edilmelidir.

Kaynaklar

- Akdemir, N. ve Aydın-Bektaş, H. (2009). Kanserli bireylerde fonksiyonel durumun önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 54-60.
- Akın, S. (2007). *Meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve öz-etkililiklerinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- American Cancer Society (2016). *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>
- Aydın-Bektaş, H. (2005). *Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bag, B. (2012). Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(4), 253-273.
- Can, G. (2001). *Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Can, G. (2006). Kanser hastalarında yorgunluk. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 3(2), 10-17.
- Can, G., Enç, N. ve Akkaya, S. (2008). *Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi: Konsensus'07*. İstanbul: 3P.
- Çelik, F. (2012). *Kemoterapinin kolon kanserli hastaların beslenme durumlarına etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Demiralp, M., Oflaz, F., & Komurcu, S. (2010). Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1073-1083.
- Ekti-Genç, R. (2005). *Kemoterapi alan çocuklarda etkili hemşirelik girişimlerinin yorgunluk semptomuna etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Garman, K. S., & Cohen, H. J. (2002). Functional status and the elderly cancer patient. *Critical Reviews in Oncology Hematology*, 43(3), 191-208.
- Görgülü, Ü. ve Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 125-132.
- Hintistan, S., Çilingir, D., Nural, N. ve Akkaş-Gürsoy, A. (2012). Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 153-164.
- İşık, I. (2014). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 58-64.
- İstek, E. (2008). *Kolorektal kanserli hastalarda yorgunluk düzeyi ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Karakaş, Z. (2014). *Kanserli hastaların kemoterapiye bağlı bulantı kusmalarının fonksiyonel durumlarına olan etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Karakoç, T. (2008). Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 99-118.
- Kuhnt, S., Ernst, J., Singer, S., Rüffer, J. U., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U., ... Schwarz, R. (2009). Fatigue in cancer survivors-prevalence and correlates. *Onkologie*, 32(6), 312-317.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C. ve Demir, A. (2011). Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3), 149-153.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25(4), 677-684.
- Putting Evidence Into Practice (PEP) | ONS Oncology Nursing Society (2016, October). Retrieved from <https://www.ons.org/practiceresources/pep/fatigue>
- Sarı-Şıra, F. (2007). *Kemoterapi alan onkoloji hastalarında semptomların değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Saygılı, Ü. (2012). *Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A., & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patient: The functional living index-cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2(5), 472-483.

Turan-Kavradım, S. ve Canlı-Özer, Z. (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 154-164.

Uysal, N. (2011). *Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yaranoğlu, C. (2012). *Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda yorgunluk ve uyku kalitesinin fonksiyonel durum üzerine etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Ankara.

Yoğun Bakımdaki Çocuklarda Oral Mukozit Gelişme Durumu

Development of Oral Mucositis in Patients in The Pediatric Intensive Care Unit

Duygu Sönmez Düzkaya¹, Gülzade Uysal², Gülçin Bozkurt³, Tülay Yakut⁴



DOI: 10.17672/fnjn.343257

15th International Conference on Nursing & Midwifery (ICNM) Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (24-25 Haziran 2017, Malezya)

¹Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye

²Yrd. Doç. Dr., Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

³Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

⁴Hem., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Duygu Sönmez Düzkaya,
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Dekanlık
Binası, Kat: 2, 34053, Fatih, İstanbul, Türkiye
Telefon/Phone: +90 212 414 2000/31458
E-posta/E-mail: dygsnmz@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 22.11.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 07.08.2017

Atıf/Citation: Sönmez-Düzkaya, D., Uysal, G., Bozkurt, G. ve Yakut, T. (2017). Yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit gelişme durumu. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 193-200.
<https://doi.org/10.17672/fnjn.343257>

ÖZ

Amaç: Araştırma, yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit gelişme durumunu değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma, Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında İstanbul'da bir üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılıp yapılmış olan 181 çocuğun Mart -Nisan 2016 tarihleri arasında hasta dosyaları taranarak retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, hasta dosyalarında yer alan bilgiler taranarak araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Bulgular: Hasta dosyalarından elde edilen veriler değerlendirildiğinde; çocukların yaş ortalamalarının 48.69 ± 3.29 ay olduğu, %37.5'inin solunum sistemi hastalığı tanısı ile yoğun bakımda yattığı, %92.2'sinin oral beslenemediği, %86.1'inin oksijen tedavisi ve %77.3'ünün steroid tedavisi aldığı görüldü. Hastaların %2.7'sinde oral mukozit oluştuğu, oral mukozit gelişen hastaların üçünün yoğun bakımdan taburcu olmadan iyileştiği, ikisinin ise 1. evre oral mukozit ile taburcu edildiği belirlendi.

Sonuç: Çalışmanın yürütüldüğü yoğun bakımdaki çocuklarda, risk faktörlerine rağmen, oral mukozit oranının düşük olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, çocuk, oral mukozit

ABSTRACT

Aim: To evaluate the development of oral mucositis in patients admitted in the pediatric intensive care unit.

Method: Descriptive research was carried out by retrospectively scanning files of 181 children, who were admitted to the pediatric intensive care unit (ICU) of a university hospital in Istanbul between January and December, 2015. Rather than sampling, the whole population was included in the research. The data was extracted from patient files by the researchers.

Results: The mean age of the patients was 48.69 ± 3.29 months, 37.5% of the patients were treated in ICU because of respiratory system diseases, 92.2% could not manage oral feeding, 86.1% received oxygen therapy, and 77.3% received steroid treatment. Oral mucositis developed in 2.7% of patients, three patients fully recovered from oral mucositis before discharge from the ICU, and two patients were discharged with phase 1 oral mucositis.

Conclusion: Although risk factors are prevalent in the ICU, the rate of oral mucositis was low among our patients.

Keywords: Intensive care, child, oral mucositis

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Oral mucositis constitutes a potential risk in pediatric ICU, because of nosocomial infections and poor state of health of these children. Ensuring regular oral care for maintaining oral hygiene of the patients on mechanical ventilator in intensive care units is among significant nursing steps towards enhancing patients' comfort and quality of life. (Sebastian, Lodha, Kapil, & Kabra, 2012; Sönmez-Düzkaaya, 2014) Examining oral cavity (teeth, gingiva, tongue, mucous membrane, and lips) daily so as to avoid oral mucositis in ICU and providing oral care as per patients' requirements ensure good oral health by reducing dental plaque (Pearson, 2006). Oral health care, despite being a frequent nursing initiative with children in ICU, is not given adequate importance (Pearson, 2006). Information on standard nursing practices based on the prevalence of oral mucositis in children in ICU units and arriving at consensus about oral care is not sufficient (Çavuşoğlu, 2007; Grap, Munro, Brooke, & Bryant, 2003; Yılmaz, 2007). The results of the research will provide cues regarding the rates of children developing oral mucositis under intensive care.

Aim: To evaluate the development of oral mucositis in patients in the pediatric care unit.

Method: Descriptive research was carried out by retrospectively scanning files of 181 children, admitted to the pediatric intensive care unit of a university hospital in Istanbul between January and December, 2015. Rather than sampling, the whole population was included in the research.

The data was extracted from patient files by researchers. In the unit, oral mucositis was evaluated daily in accordance with Oral Mucositis Evaluation Scale of World Health Organization (WHO), and the figures obtained were recorded in patients' files. Before collecting data, permissions were obtained from ethical committee and the institution in which the research was conducted. The data received in the research was analyzed by using descriptive statistical methods: figures, percentile, and average value.

Results: The average age of the children in the research group was 48.69 ± 3.29 months, 59.2% of whom were male, 37.5% had a respiratory disease and 66.8% were admitted to intensive care unit with an additional disease diagnosis. It was observed that 61.4% of the patients were intubated, 12.7% received parenteral nutrition, 74.5% were on antibiotics and 21% were treated with neuromuscular blocking drugs. It was seen that average period of the patients on ventilator was 4.54 ± 3.01 days (range: 1–25 days) and the average length of stay in the pediatric ICU was 8.72 ± 0.54 days (range: 1–35 days). On examining the risk factors with regards to oral mucositis, it was detected that 92.2% of the patients were not fed orally, 86.1% received oxygen therapy, 77.3% received steroid therapy, 21.5% had fever, 18.2% developed dehydration and 4.4% received chemotherapy treatment. In line with the information acquired by patient files, oral mucositis was detected in 2.7% of the patients ($n= 5$); it was seen that two of these patients developed oral mucositis in the first 7 days of their admission to intensive care unit and three developed it 7 days after they were admitted to intensive care unit. It was seen that oral mucositis of three patients healed before being released from intensive care unit while two were discharged in first phase mucositis. It was seen that all patients developing oral mucositis were intubated, unable to be fed orally, received oxygen therapy, steroid therapy, antibiotics therapy and neuromuscular blocking drugs.

Conclusion: It was concluded that the rate of development of oral mucositis among children admitted to pediatric ICU is low, although, there exist many risk factors for mucositis in these children. Low rates of oral

mucositis seen in this intensive care unit, where the research was conducted may be associated with the efficiency of nursing care or the fact that oral mucositis cases were not properly recorded. So as to discern between the two, conducting larger prospective studies is recommended.

GİRİŞ

Yoğun bakım ünitelerine yatıştan 24-48 saat sonra, ağız florasının değiştiği, bakterilerin üremeye başladığı belirtilmektedir (Sebastian, Lodha, Kapil ve Kabra, 2012; Sönmez-Düzkaaya, 2014). Ağız mukozasında; tükrük ve IgA salgısının azalması, nazogastrik sonda/endotrakeal tüp (ETT) nedeniyle ağzın sürekli açık olması, steroid, sedatif ve opioid gibi tedavide kullanılan ilaçlar, ağızdan sıvı ve besin alamama, oksijen tedavisi, yüksek ateş, endotrakeal tüp tespiti için kullanılan flasterler, ağız ve çevresindeki doku bütünlüğünün bozulmasına yol açmaktadır (Özveren, 2010; Sebastian ve ark., 2012).

Oral mukozit ile ilgili çalışmalar daha çok erişkin hastalarda yapılmıştır. Erişkin hastalarda ETT takıldıktan 24 saat sonra hastaların %4.4'ünde ciddi düzeyde, %41'inde orta düzeyde ağız mukozasının bütünlüğünün bozulduğu bildirilmiştir (Mohammed ve Hassan, 2015). Ullman, Long ve Lewis (2011) yoğun bakımdaki çocukların %63'ünde orta düzeyde ağızda mukoza bütünlüğünün bozulduğunu saptamıştır.

Yoğun bakımda mekanik ventilatöre bağlı hastalarda, oral hijyenin sağlanması, sürdürülmesi, hastanın konforunu ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik önemli hemşirelik girişimleridir (Akdemir, 2013; Berry ve Davidson, 2006; Özveren, 2010). Yoğun bakımda oral mukoziti önlemek için günlük olarak oral kavitenin (diş, diş etleri, dil, mukoz membran ve dudaklar) değerlendirilmesi ve hastanın ihtiyacına göre ağız bakımının yapılmasının dental plağı azalttığı, ağız sağlığını koruduğu bildirilmektedir (Fields, 2008; Garcia ve ark., 2009; Pearson, 2006; Uysal ve Sönmez-Düzkaaya, 2013). Yoğun bakımdaki çocuklarda ağız bakımı en sık yapılan hemşirelik girişimi olmakla birlikte yeterince önemsenmemektedir (Kearns, Brewer ve Booth, 2009).

Hemşireler yoğun bakımdaki hastalara ağız bakımı yaparak mukozitin önlenmesi, şiddetinin azaltılması ve hastaların yaşam kalitesinin yükselmesinde aktif rol alırlar. Yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit görülme sıklığı ve ağız bakımına yönelik üzerinde görüş birliğine varılan kanıt dayalı standart bakım uygulamaları ile ilgili veriler yetersizdir. Çocuk yoğun bakım

ünitelerinin gelişimi ülkemizde yenidir. Dolayısı ile ülkemizde ve dünya genelinde yoğun bakımdaki çocuklar ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Çalışma sonuçları yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit gelişmesinin önlenmesi açısından değerli ipuçları sağlayacaktır (Çavuşoğlu, 2007; Grap, Munro, Brooke ve Bryant, 2003; Yılmaz, 2007).

Bu çalışma, yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit gelişme durumunu değerlendirmek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Çalışma retrospektif ve tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında, İstanbul'da bir üniversite hastanesinin, çocuk yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmış olan 181 hastanın Mart-Nisan 2016 tarihleri arasında dosyaları incelenerek yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi 6 yatak kapasitesine sahiptir. Üniteye 13 hemşire, 4 hekim (2 rotasyonel asistan, 1 profesör, 1 uzman), 1 temizlik personeli, 5 hasta bakıcı ve 1 tıbbi sekreter olmak üzere toplam 24 kişi çalışmaktadır. Üniteye akut solunum yetmezliği, sepsis, şok, multi-organ yetmezliği, zehirlenme, post-operatif yakın izlem vb. hastalıkları olan yılda ortalama 150-250 çocuk kabul edilmektedir.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacılar tarafından hasta dosyaları taranarak toplanmıştır. Hasta dosyaları klinik hemşireleri tarafından hastalar değerlendirildikten sonra doldurulmaktadır. Araştırmanın yapıldığı üniteye hastalara ait "Genel Hasta Dosyası" ve "Günlük Değerlendirme Dosyası" olmak üzere iki dosya yer almaktadır. Genel

hasta dosyasından hastayı tanılamak için gerekli bilgiler (yaş, cinsiyet, tanı, ek hastalıklar vb.) alınmıştır. Günlük değerlendirme dosyasından ise, hastanın beslenme durumu, mekanik ventilasyon uygulanmasına ve kullanılan ilaçlar gibi bireysel özellikleri içeren, oral mukozit risk faktörlerine yönelik veriler toplanmıştır. Ayrıca hemşireler tarafından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği doğrultusunda yapılan oral mukozit değerlendirmesinin puanları da dosyadan alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği: Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen ve hastanelerde oral mukozitin derecelendirmesinde kullanılan bir tanımlama aracıdır. Ölçekte oral mukozaya ilişkin anatomik değişiklikler ve mukozit şiddeti "sıfır" ile "dört" arasında puanlanmaktadır. Mukozit yok ve ağız sağlıklı görünümde (0), eritem ve oral kavitede lezyonlar görülür (1), mukozada kırmızı alanlar artmış, lezyonlar birbirinden ayrı (2), oral mukozanın tamamı kırmızı ve çok sayıda birleşmiş ülser görülür (3), ağızda ülserasyon, hemoraji ve nekroz var ise (4) puan verilerek derecelendirilmektedir (Can, 2007; Cheng, Molassiotis, Chang, Wai ve Cheung, 2001; Çubukçu, 2005).

Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı kurumdan (11.02.2016) ve etik kuruldan (Etik kurul tarihi: 29.02.2016, onay numarası: 74) yazılı izinler alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programında sayı, yüzde ve ortalama değerlerle analiz edildi.

BULGULAR

Araştırma grubundaki çocukların yaş ortalamalarının 48.69 ± 3.29 ay olduğu, %59.2'sinin erkek olduğu,

%37.5'inin solunum sistemi hastalığı ve %66.8'inin ek bir hastalık tanısı ile yoğun bakımda yatmış olduğu, %61.4'ünün entübe olduğu, %12.7'sinin parenteral beslendiği, %74.5'inde antibiyotik, %21'inde ise nöromusküler bloke edici ilaç kullanmış olduğu belirlendi. Hastaların ortalama mekanik ventilasyon süresinin 4.54 ± 3.01 gün (1-25 gün), ortalama yoğun bakımda kalış süresinin ise 8.72 ± 0.54 gün (1-35 gün) olduğu görüldü (Tablo 1).

Oral mukozit açısından risk faktörleri incelendiğinde; %92.2'sinin oral beslenmediği, %86.1'inin oksijen tedavisi aldığı, %77.3'ünün steroid tedavisi aldığı, %21.5'inin yüksek ateşinin olduğu, %18.2'sinde dehidratasyon geliştiği ve %4.4'ünün kemoterapi tedavisi aldığı saptandı (Tablo 2).

Hasta dosyalarından elde edilen bilgiler doğrultusunda hastaların %2.7'sinde oral mukozit geliştiği,

Tablo 1. Hastaları tanıttıcı özellikler (N=181)

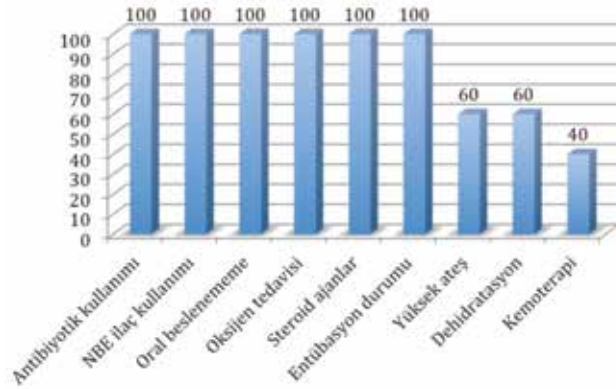
| Özellikler | n | % |
|--|------------------|--------|
| Yaş (ay) Ortalama | 48.69 ± 3.29 | |
| Cinsiyet | | |
| Kız | 74 | 40.8 |
| Erkek | 107 | 59.2 |
| Tanı | | |
| Solunum sistemi hastalıkları | 68 | 37.5 |
| Nörolojik sistem hastalıkları | 39 | 21.5 |
| Sepsis | 24 | 13.3 |
| Post-op izlem | 17 | 9.4 |
| İntoksikasyon | 15 | 8.4 |
| Metabolik hastalıklar | 13 | 7.2 |
| Diğer hastalıklar | 5 | 2.7 |
| Ek Hastalıklar | | |
| Var | 101 | 66.8 |
| Yok | 80 | 33.2 |
| Hastaların Beslenme Durumu | | |
| Oral | 15 | 8.2 |
| Enteral | 24 | 13.3 |
| Parenteral | 23 | 12.7 |
| Enteral + Parenteral | 119 | 65.8 |
| Entübasyon Durumu | | |
| Entübe | 111 | 61.4 |
| Entübe değil | 70 | 38.6 |
| Antibiyotik Tedavisi | | |
| Alıyor | 135 | 74.5 |
| Almıyor | 48 | 25.5 |
| Nöromusküler Bloke Edici İlaç Tedavisi | | |
| Alıyor | 38 | 21 |
| Almıyor | 143 | 79 |
| Mekanik Ventilasyon Süresi Ortalama (min-max) | 4.54 ± 3.01 | (1-25) |
| Yoğun Bakımda Kalış Süresi Ortalama (min-max) | 8.72 ± 0.54 | (1-35) |

Table 2. Oral mukozit gelişmesi açısından olası risk faktörleri (N=181)

| Risk Faktörleri | n | % |
|-----------------------|-----|------|
| Oral beslenemeyen | 167 | 92.2 |
| Oksijen tedavisi alan | 156 | 86.1 |
| Steroid tedavisi alan | 140 | 77.3 |
| Yüksek ateşi olan | 39 | 21.5 |
| Dehidratasyon gelişen | 33 | 18.2 |
| Kemoterapi alan | 8 | 4.4 |

Table 3. Oral mukozite ilişkin özellikler (n=5)

| Özellikler | Dudak Kenarı n (%) | Yanak İçi n (%) | Dil Üstü n (%) | Toplam n (%) |
|------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| Tanımlama Evresi | | | | |
| 1.evre | - | - | 1 (100) | 1 (100) |
| 2.evre | 1 (25.0) | 2 (50.0) | 1 (25.0) | 4 (100) |
| Mukozit Oluşma Zamanı | | | | |
| ≤7gün | 1 (50.0) | - | 1(50.0) | 2 (100) |
| >7 gün | - | 2 (66.6) | 1 (33.3) | 3 (100) |
| Taburculukta Mukozit | | | | |
| Mukozit var (1.evre) | 1 (50.0) | - | 1 (50.0) | 2 (100) |
| Mukozit yok | - | 2 (40.0) | 1 (20.0) | 3 (100) |

**NBE ilaç kullanımı: Nöromusküler bloke edici ilaç kullanımı****Şekil 1. Oral mukozit görülen hastaların özellikleri (n=5)**

hastaların ikisinde yoğun bakıma yatışının ilk yedi gününde, üçünde ise yatıştan yedi gün sonra oral mukozit geliştiği görüldü. Oral mukozit gelişen hastaların üçünün yoğun bakımdan taburcu olmadan oral mukozitinin iyileştiği, ikisinin ise 1. evre oral mukozit ile taburcu edildiği belirlendi (Tablo 3).

Oral mukozit görülen hastaların tamamının; entübe olduğu, oral beslenemediği, oksijen tedavisi, steroid tedavisi, antibiyotik tedavisi ve nöromusküler bloke

edici ilaç tedavisi aldığı görüldü. Çocukların %60'ının yüksek ateşi ve dehidratasyonunun olduğu, %40'ının kemoterapi tedavisi aldığı belirlendi (Şekil 1).

TARTIŞMA

Yoğun bakımda çocukların ağız florasının bozulma riskinin birçok nedenle yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir (Franklin, Senior, James ve Roberts, 2000;

Özveren, 2010). Çocuklarda mukozit görülme sıklığının %5-15 arasında değiştiği, kanser tedavisi gören çocuklarda bu oranın %80'in üzerine çıktığı bildirilmektedir (Çavuşoğlu, 2007). Yoğun bakımdaki çocuklarda ise oral mukozit görülme sıklığına ilişkin yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır (Franklin ve ark., 2000; Ullman ve ark., 2011). Ullman ve ark. (2011) 46 çocuk hastada yaptığı çalışmada çocukların %63'ünde ağız mukozasının bozulduğunu saptamıştır. Çalışma grubumuzdaki çocuklarda %2.7 oranında oral mukozit gelişmiştir. Ullman ve ark. (2011) çalışmasının sonucu ile kıyaslandığında, çalışma grubumuzdaki çocuklarda oral mukozitin oldukça düşük olduğu söylenebilir. Çalışmanın yürütüldüğü yoğun bakımda oral mukozit oranının düşük olması, hastaların bakıma yönelik sorunlarının yeterince kayıt altına alınmamış olması veya hemşirelik bakımının etkinliği ile ilişkili olabilir. Ancak mevcut veriler ile bunu ayırt etmek mümkün değildir. Daha büyük örneklem gruplarında prospektif yapılmış çalışmalara gereksinim vardır.

Yoğun bakımda çocuklara yapılan girişimlerin (Grap ve ark., 2003; Özveren, 2010; Sebastian ve

ark., 2012; Thorburn ve ark., 2009; Ullman ve ark., 2011), oral beslenememe, antibiyotik ve steroid kullanımını (Jiggins ve Talbot, 1999; Sixou, Medeiros-Batista ve Bonnaure-Mallet, 1996) vb. oral mukozit riskini artırdığı, özellikle entübasyon tüpünün mukozaya ve yanakta yaralanmalara yol açarak hastaların konforunu bozduğu bildirilmektedir (Ullman ve ark., 2011). Çalışma grubundaki oral mukozit görülen hastaların tamamının; entübe, oral beslenemeyen, oksijen tedavisi, steroid ve antibiyotik tedavisi alan hastalar olması literatür ile uyumludur. Oral mukozit gelişen hasta sayısı çok düşük olduğu için istatistiksel ilişki bakılamamıştır.

Hastaların yoğun bakımda kalış süresi uzadıkça kullanılan ilaç miktarının artması ve entübasyon süresinin uzamasına bağlı olarak ağız içi ve çevresinde doku bütünlüğünün bozulduğu bildirilmektedir (Özveren, 2010; Sebastian ve ark., 2012). Ullman ve ark. (2011) çalışmalarında yoğun bakımda yatıştan ortalama 4.4 gün sonra çocuklarda ağız mukozasının bozulduğunu saptamıştır. Çalışma grubumuzda oral mukozit görülen, toplam beş çocuğun üçünde yoğun bakıma yatıştan yedi gün sonra oral mukozit geliştiği belirlendi. Oral mukozit saptanan çocuk sayısı çok az olduğu için yoğun bakımda kalış süresi ile oral mukozit gelişmesi arasında istatistiksel ilişkiye bakılamamıştır. Çocuklarda yoğun bakımda kalış süresi ile mukozit gelişme ilişkisinin irdelendiği daha büyük örneklem de yapılmış, çok merkezli çalışmalara hâlâ ihtiyaç vardır.

Hasta dosyalarından elde edilen bilgilere göre, oral mukozit gelişen çocukların üçünde mukozitin tamamen iyileştiği, iki çocuğun ise birinci evre mukozit ile yoğun bakımdan taburcu edilmiş olduğu görüldü. Oral mukozit gelişen çocuklarda etkin bir ağız bakımı

ile oral mukozitin önlenilebileceği/televi edilebileceği bilinmektedir (Johnston, Spence ve Koziol-McLain, 2010; Thomson, Ayers ve Broughton, 2003). Çocukların mukozite bağlı yaşam kalitesinin etkilendiği, tedavi sürecinin uzadığı ve maliyet düşünüldüğünde mukozitin önlenmesi amaçlanmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Oral mukozit yoğun bakımda hastane enfeksiyonları ve çocuğun genel sağlığı açısından potansiyel risk oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü yoğun bakımdaki çocuklarda mukozit açısından birçok risk faktörleri olmasına rağmen oral mukozit oranının düşük olduğu belirlendi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın verileri bir yoğun bakım ünitesinden alındığı için sonuçlar genellenemez. Oral mukozit gelişen hasta sayısı az olduğu için risk faktörleri açısından analizler yapılmadı. Yoğun bakımdaki çocuklarda yapılan oral mukozit ile ilgili çalışmaların sınırlı olması bulguların tartışılmasını sınırlandırdı.

Teşekkür

15th International Conference on Nursing & Midwifery (ICNM) Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (24-25 Haziran 2017, Malezya). Kongre katılımı "İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi" tarafından Bilimsel Etkinliklere Katılım Desteği ile sağlanmıştır. İ.Ü. BAP birimine destekleri için teşekkür ederiz.

Kaynaklar

Akdemir, N. B. (2013). *Hastaların yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Berry, A. M., & Davidson, P. M. (2006, December). Beyond comfort: Oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 22(6), 318-328.

Can, G. (Ed.). (2007). *Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.

Cheng, K. K., Molassiotis, A., Chang, A. M., Wai, W. C., & Cheung, S. S. (2001). Evaluation of an oral care protocol intervention of chemotherapy-induced oral mucositis in paediatric cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(16), 2056-2063.

Çavuşoğlu, H. (2007). Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 27(3), 398-406.

Çubukçu, Ç. E. (2005). Pediatrik kanser hastalarında oral mukozit ve ağız sağlığı. *Güncel Pediatri*, 3, 67-69.

- Fields, L. (2008). Oral care intervention to reduce incidence of ventilator associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(5), 291-298.
- Franklin, D., Senior, N., James, I., & Roberts, G. (2000). Oral health status of children in a paediatric intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 26(3), 319-324.
- Garcia, R., Jendresky, L., Colbert, L., Bailey, A., Zaman, M., & Majumder, M. (2009). Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dentalcare: A 48-month study. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 523-534.
- Grap, M. J., Munro, C., Brooke, A., & Bryant, S. (2003). Oral care interventions in critical care: Frequency and documentation. *American Journal of Critical Care*, 12(2), 113-118.
- Johnston, L., Spence, D., & Koziol-McLain, J. (2010). Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: Practice recommendations. *Pediatric Nursing*, 36(2), 85-96.
- Jiggins, M., & Talbot, J. (1999). Mouthcare in PICU. *Paediatric Nursing*, 11(10), 23-26.
- Kearns, R., Brewer, & A., Booth, M. (2009). Oral hygiene practices in Scottish intensive care units- a national survey. *Journal of Intensive Care Society*, 10(2), 155-158.
- Mohammed, H. M., & Hassan, M. S. (2015). Endotracheal tube securements: Effectiveness of three techniques among orally intubated patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 64(1), 183-196.
- Özveren, H. (2010). Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağız bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 92-99.
- Pearson, L. S. (2006). A comparison of the ability of foam swabs and tooth brushes to remove dental plaque: Implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 62-69.
- Sebastian, M. R., Lodha, R., Kapil, A., & Kabra, S. K. (2012). Oral mucosal decontamination with chlorhexidine for the prevention of ventilator-associated pneumonia in children - a randomized, controlled trial. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(5), 305-310.
- Sixou, J., Medeiros-Batista, O., & Bonnaure-Mallet, M. (1996). Modifications of the microflora of the oral cavity arising during immunosuppressive chemotherapy. *Oral Oncology: European Journal of Cancer*, 32(5), 306-310.
- Sönmez-Düzkaya, D. (2014). Pediatri yoğun bakımda ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde hemşirenin rolü. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 54-61.
- Thomson, W. M., Ayers, K. M. S., & Broughton, J. R. (2003). *Child oral health inequalities in New Zealand: A background paper to the Public Health Advisory Committee* (pp.29-94). Retrieved from <http://www.aapd.org/assets/1/7/NZImprovingChildOralHealth.pdf>.
- Thorburn, K., Jardine, M., Taylor, N., Reilly, N., Sarginson, R. E., & van Saene, H. K. (2009). Antibiotic resistant bacteria and infection in children with cerebralpalsy requiring mechanical ventilation. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10(2), 222-226.
- Ullman, A., Long, D., & Lewis, P. (2011). The oral health of critically ill children: An observational cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3070-3080.
- Uysal, G. ve Sönmez-Düzkaya, D. (2013). Çocuk yoğun bakım ünitelerinde kanıta dayalı uygulamalar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 17(1), 29-36.
- Yılmaz, M. Ç. (2007). Mukozit yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 17(4), 241-246.

Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri, Mesleki Benlik Saygısı ve Akademik Branş Memnuniyetleri Arasındaki İlişki

Examining The Relationship Between The Social and Emotional Learning Skills, Professional Self-Esteem and Academic Major Satisfactions of The Nursing Students

Gamze Sarıkoç¹, Medine Kaplan²



DOI: 10.17672/fnjn.343258

15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (28-29 Nisan 2016, Eskişehir).

¹Yrd. Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
²Hemşire, Dr. Ersin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Gamze Sarıkoç,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu, Etilik, Ankara, Türkiye
Telefon/Phone: +90 312 304 3950
E-posta/E-mail: gamzesarkoc@yahoo.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 01.10.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 01.08.2017

Atf/Citation: Sarıkoç, G. ve Kaplan, M. (2017).

Hemşirelik öğrencilerinin sosyal duygusal öğrenme becerileri, mesleki benlik saygısı ve akademik branş memnuniyetleri arasındaki ilişki. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 201-208.

<https://doi.org/10.17672/fnjn.343258>

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin sosyal ve duygusal öğrenme becerileri, mesleki benlik saygısı ile akademik branş memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırmanın örneklemini Ankara ilinde lisans eğitimi veren bir hemşirelik okulunda öğrenim gören 347 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Akademik Branş Memnuniyeti Ölçeği, Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği, Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizleri ise Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis Testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Hemşirelik öğrencilerin sınıflara göre sosyal duygusal öğrenme becerileri ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, akademik branş memnuniyeti ve mesleki benlik saygısı ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuca göre birinci sınıftaki hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı puan ortalamalarının diğer sınıflardan yüksek olduğu ($p<0.05$), üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin akademik branş memnuniyetlerinin ise birinci ve ikinci sınıftakilerden daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Öğrencilerin mesleki benlik saygıları ile akademik branş memnuniyetleri ve sosyal duygusal öğrenme becerileri arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Hemşirelik okullarında eğitim müfredatının, eğitim atmosferinin ve eğitim sürecinde kullanılan öğretim stratejilerinin gözden geçirilerek mesleki benlik saygısının artırılmasına yönelik faaliyetlerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal duygusal öğrenme, mesleki benlik, akademik branş memnuniyeti, hemşirelik öğrencisi

ABSTRACT

Aim: This study aims to examine the relationship between the social and emotional learning skills, occupational self-esteem, and academic major satisfaction of nursing students.

Method: This descriptive study comprises 347 students as participants, who are studying at an undergraduate nursing school in Ankara. The study's data was collected using the Academic Major Satisfaction Scale, the Social Emotional Learning Skills Scale, and the Professional Self Esteem Scale.

Results: Although no difference was found to exist between the nursing students' social and emotional learning skills scale scores, a statistically significant difference was found in their academic major satisfaction and professional self-esteem scale scores ($p<0.05$). We analyze the results to determine the source of the difference. On the basis of our analysis, we can see that the first-year nursing students' professional self-esteem scores were higher than those of the other classes ($p<0.05$), and the academic major satisfaction scores of the third and fourth year students were lower than those of first and second year students ($p<0.05$).

Conclusion: A positive relationship was found between professional self-esteem and academic major satisfaction. This study proposes to develop activities that aim to increase professional self-esteem by protecting the education curriculum, atmosphere, and strategies of the nursing school education process.

Keywords: Social and emotional learning, professional self-esteem, academic major satisfaction, nursing student

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Social and emotional learning describes the process of recognizing and managing emotions, showing empathy to others, making good decisions, taking responsibility and acting fairly, interacting with others, and learning to avoid negative behaviors (Elias, et al.,1997). The concept of professional self-esteem can vary according to the personal qualities of the individual, the type and duration of his/her educational degree, and the effectiveness of the work environment (Arthur, & Thorne, 1998; Tabassum, Asghar-Ali, & Bibi, 2011). Academic major satisfaction predicts academic, personal, and professional achievement (Gür-Erdoğan, & Aرسال, 2015). Academic major satisfaction is one of the factors affecting professional achievement and may provide an exit point that allows students to leave without expressing their identity, values, and obligations. Existing literature suggests that the level of social emotional learning (Elias, 2006; McQueen, 2004), academic branch satisfaction (Gür-Erdoğan, & Aرسال, 2015), and professional self-esteem (Karadağ, Addis, Çalışkan, Göçmen-Baykara, & Sezgin, 2013; Lee, & Yang, 2015) affect motivation, satisfaction, and performance. Nevertheless, no study has examined the effects of social emotional learning, academic major satisfaction, and professional self-esteem concepts on each other and this relationship on the nursing profession.

Aim: This study aims to examine the relationship between the social and emotional learning skills, professional self-esteem, and academic major satisfaction of nursing students.

Method: The participants of this descriptive study are 347 students who are studying at an undergraduate nursing school in Ankara. Data for this study was collected using the Academic Major Satisfaction Scale, the Social Emotional Learning Skills Scale, and the Professional Self-Esteem Scale (Statistical Package of Social Sciences, Inc. (SPSS), Chicago, IL, USA). The 15.0 package program was used to evaluate the data. The mean \pm standard deviation was used for descriptive statistics. As the parametric test assumptions were not met, the Mann-Whitney U and the Kruskal-Wallis Tests were performed.

Results: Although no difference was identified between the nursing students' social and emotional learning skills scale scores, a statistically significant difference was found in the academic major satisfaction and professional self-esteem scale scores ($p<0.05$). We analyzed the results in order to determine the source of the difference. Our analysis shows that the first-year nursing students' professional self-esteem scores are higher than those of students from other classes ($p<0.05$) and that third and fourth year students' academic major satisfaction scores are lower than those of first and second year students ($p<0.05$). We also found a positive relationship between professional self-esteem and academic major satisfaction and a weak positive relationship between professional self-esteem and social emotional learning abilities ($p<0.05$). With an increase in the levels of social emotional learning skills and academic major satisfaction of students, the level of professional self-esteem also increases.

Conclusion: Students should be regularly assessed in their social emotional learning skills, academic major satisfaction, and professional self-esteem during the educational process. However, we also suggest integrating different educational strategies into the curriculum to assist both individuals and groups in preparing for the nursing profession. We propose the development of activities aimed at improving the social and economic conditions of the nursing profession and improving professional self-esteem toward the nursing profession.

GİRİŞ

Yedi gün 24 saat insan ile etkileşimde olan hemşirelerden, eğitimleri sürecinde aldıkları teorik bilgileri pratiğe aktararak, yardıma ihtiyacı olan bireye en iyi şekilde bakım vermeleri beklenir. Hastaya bakım verme sürecinde, etkin dinleme, bireyi anlama, empati yapma ve etkili iletişim kurma becerilerinin etkin şekilde kullanılması bireye yardım etme sürecinin önemli basamaklarını oluşturur. Bu nedenle günümüzde eğitim sürecinde hemşirelik okulları öğrencilerin edinmesi gereken temel beceriler ile birlikte sosyal ve duygusal öğrenme becerilerini de geliştiren eğitim programlarına yer vermeye başlamıştır. Sosyal ve duygusal öğrenme; duyguları farketme ve yönetebilme, empati yapabilme, iyi kararlar alabilme, sorumluluk alma ve adil davranabilme, diğerleriyle etkileşimde bulunabilme ve olumsuz davranışlardan kaçınmayı öğrenme sürecidir (Elias ve ark., 1997). Sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda acı çekme, hastalık, şiddet, üzüntü, kriz ve ölüm, sıklıkla yaşanan ve deneyimlenen durumlardır. Bu gibi durumlarda hemşirelerden, soğukkanlılıkla, duygularını kontrol etme becerisiyle var olan krizleri ve sorunları etkin şekilde çözerek kendilerinden beklenen becerileri gerçekleştirilmesi beklenir (Gómez-Díaz, Delgado-Gómez ve Gómez-Sánchez, 2017). Kriz yönetimi, problem çözme, etkili iletişim, karar verme gibi süreçlerin sağlık bakım hizmetlerinin verildiği kurumlarda önemli beceriler olduğu düşünüldüğünde, eğitim kurumlarının öğrencilere verdikleri eğitimsel süreçlerini gözden geçirerek öğrencilerin bu yönlerini de geliştirebilecek öğretim stratejilerini kullanmaları neredeyse zorunluluktur (Zins, Bloodworth, Weissberg ve Walberg, 2007). Özellikle de üniversite öğrencileri gibi gelecekte unvanıyla anılacakları mesleğin eğitiminin alındığı süreçte öğrencilerin sosyal ve duygusal öğrenmelerine de katkıda bulunabilecek planlamalar yapılmalıdır.

Akademik branş memnuniyeti; akademik, kişisel ve mesleki başarıyı öngören bir kavramdır. Mesleki başarıyı etkileyen faktörlerden biri olan akademik branş memnuniyeti öğrencilerin kimliğini, değerlerini ve yükümlülüklerini ortaya koymaya yardımcı olur

(Gür-Erdoğan ve Arsal, 2015). Bireyin kendini tanıması, güçlü ve geliştirilmesi gereken özelliklerinin, beceri ve yeteneklerinin farkında olması meslek seçiminde dikkate alınması gereken özelliklerdir. Bireylerin yaşamlarının büyük çoğunluğunu mesleklerine ilişkin eğitim ve kariyer gelişimi ile geçirdikleri göz önünde bulundurulduğunda; seçilen mesleki branşa yönelik memnuniyet düzeyi ve tercih edilen mesleğe yönelik saygı düzeyinin önemli olduğu düşünülmektedir (Akın, Odabaşı ve Özçelik, 2015). Yapılan bir araştırmada hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygıları ile gelecekte hemşirelik mesleğini yapma istekliliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Badiyepayma, Hojjat, Parandavar, Ramezanli ve Mosalanejad, 2014). Poorgholami, Ramezanli, Jahromi ve Jahromi de (2016) yaptıkları bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamadaki performansı ile mesleki benlik saygıları arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna varmışlardır. Mesleki benlik kavramı, hemşirelerin icra ettikleri mesleklerine ilişkin rolleri, değerleri ve davranışları hakkında sahip oldukları bilgi ve inançları içerir (Takase, Kershaw ve Burt, 2002). Mesleki benlik saygısı, bireyin kişisel niteliklerine, alınan eğitimin türü ve süresine, çalışma ortamındaki etkinliğine göre değişkenlik gösterebilen bir kavramdır (Arthur ve Thorne, 1998; Tabassum, Asghar-Ali ve Bibi, 2011). Günümüzde sağlık alanındaki yenilikler ve çağın gereksinimleri doğrultusunda hemşirelerden hastayı bütüncül olarak değerlendirerek, bireyin bakım gereksinimlerini tespit etmesi ve nitelikli bakım vermeleri beklenmektedir. Bireye verilen bakımın niteliğini artırmada ise hasta hemşire ilişkisi eşsiz öneme sahiptir. Bu durum bir yandan hemşirenin teorik ve pratik düzeyde nitelikli bir eğitim almış olmasını ve diğer yandan da aldığı eğitimi hasta ile kurduğu etkileşim ile uygulayabilmesini, etkili ekip işbirliği içerisinde çalışabilmesini gerektirir. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim sürecindeki sosyal duygusal öğrenme becerilerinin ve akademik branşlarına ilişkin memnuniyetlerinin gelecekteki mesleklerine ilişkin benlik saygılarını etkileyeceği öngörülmektedir. Literatür; sosyal duygusal öğrenme (Elias, 2006; McQueen, 2004), akademik

branş memnuniyeti (Gür-Erdoğan ve Arsal, 2015) ve mesleki benlik saygısı (Karadağ, Addis, Çalışkan, Göçmen-Baykara ve Sezgin, 2013; Lee ve Yang, 2015) düzeyinin; motivasyon, doyum alma ve performans üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte sosyal duygusal öğrenme, akademik branş memnuniyeti, mesleki benlik saygısı kavramlarının birbirleriyle ilişkisi ve bu ilişkinin hemşirelik mesleği üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin sosyal ve duygusal öğrenme becerileri, mesleki benlik saygısı ve akademik branş memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın örneklemini, Ankara ilinde 2015-2016 eğitim öğretim yılında öğrenim gören 347 öğrenci oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Akademik Branş Memnuniyeti Ölçeği, Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği, Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği ile toplanmıştır.

Akademik Branş Memnuniyeti Ölçeği: Nauta tarafından 2007'de üniversite öğrencilerinin eğitimini aldıkları alana ilişkin memnuniyetlerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akın, Odabaşı ve Özçelik (2015) tarafından yapılmıştır. Altı maddeden oluşan ölçek beşli bir derecelendirmeye sahiptir (1 "kesinlikle katılmıyorum", 5 "kesinlikle katılıyorum"). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur. Ölçekten alınan yüksek puanlar, akademik branş memnuniyetinin yüksekliğini gösterir. Ölçekteki 1, 2, 3 ve 6. maddeler ters kodlanan

maddelerdir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur (Akın ve ark., 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur.

Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği: Kabakçı ve Korkut tarafından geliştirilen ölçeğin (Kabakçı ve Korkut, 2008) üniversite öğrencilerinde uygulanabilirliği Kocakulah ve Kırtak-Ad (2015) tarafından yapılmıştır. 40 madde ve 4 faktörden oluşan ölçek 4'lü likert tipindedir. Ölçeğin 4 faktörü; iletişim becerileri (1, 9, 14, 17, 22, 28, 31, 32 ve 37. maddeler), problem çözme becerileri (6, 7, 10, 11, 12, 16, 23, 25, 29,30 ve 35. maddeler), stresle başa çıkma becerileri (2, 3, 5, 13, 18, 19, 21, 26, 27 ve 34. maddeler) ve kendilik değerini artıran becerilerdir (4, 8, 15, 20, 24, 33, 36, 38, 39 ve 40. maddeler). Maddelere verilen cevaplar; 4= Bana Tamamen Uygun, 3= Bana Oldukça Uygun, 2= Bana Pek Uygun Değil, 1= Bana Hiç Uygun Değil şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 40, en yüksek puan 160'tır ve Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.89'dur. Ölçek puanı her bir maddeye verilen puanların toplanmasıyla elde edilmektedir (Kocakulah ve Kırtak-Ad, 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur.

Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği: 30 maddeden oluşan ölçek Arıca tarafından geliştirilmiştir. Bir mesleği tercih etmiş, bir alanda mesleki eğitim gören ya da bir mesleği icra eden 17 yaş ve üstü bireylerin ilgili mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacıyla uygulanan likert tipi bir ölçme aracıdır. Bu maddelerin 14'ü olumlu, 16'sı ise olumsuz ifadeleri içermektedir. Olumlu maddeler: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 28 ve 30. maddeler; olumsuz maddeler ise: 1, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27 ve 29. maddelerdir. Olumlu maddelerde "Tamamen Katılıyorum" 5, "Katılıyorum" 4, "Kararsızım" 3, "Katılmıyorum" 2, "Kesinlikle Katılmıyorum" 1 puan alırken; olumsuz maddelerde "Tamamen Katılıyorum" 1, "Katılıyorum" 2, "Kararsızım" 3, "Katılmıyorum" 4, "Kesinlikle Katılmıyorum" 5 puan almaktadır. Ölçek toplam puanı her maddeye verilen

puanların toplanmasıyla elde edilir. Ölçek puanları 30 ile 150 arasında bir değer vermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puanlar, mesleki benlik saygısının yüksekliğini gösterir (Arıca, 2001, s. 29). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi için Statistical Package of Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 15.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama \pm standart sapma kullanılmıştır. Örneklem verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov - Smirnov testi ile yapılmıştır. Parametrik test varsayımlarının karşılanmaması nedeniyle analizler ise Mann-Whitney U Testi ile Kruskal - Wallis Testi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul onayı alınmıştır (1.Oturum, No:3, 2016). Araştırmaya katılan

öğrencilere araştırmanın yapılma gerekçesi ile ilgili bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflarına göre sosyal duygusal öğrenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). Bununla birlikte hemşirelik öğrencilerinin akademik branş memnuniyet düzeyleri ile mesleki benlik saygısı düzeyleri sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda birinci sınıf öğrencilerinin mesleki benlik saygısı ölçek puan ortalamalarının ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinden yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Akademik branş memnuniyeti puan ortalamaları açısından yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda ise üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin ölçek puan ortalamalarının birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinkinden düşük olduğu sonucuna varılmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Sınıflara göre öğrencilerin sosyal ve duygusal öğrenme, mesleki benlik saygısı ve akademik branş memnuniyet ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Ölçekler | X \pm S.S. (medyan) | X \pm S.S. (medyan) | X \pm S.S. (medyan) | X \pm S.S. (medyan) | İstatistiksel Analiz* |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | 1.sınıf (n=114) | 2.sınıf (n=113) | 3.sınıf (n=69) | 4.sınıf (n=51) | |
| Sosyal Duygusal Öğrenme Ölçek Puanı | 127.86 \pm 14.39 (124) | 130.46 \pm 15.26 (127) | 125.53 \pm 15.72 (126) | 125.29 \pm 16.24 (120) | X ² =6.409 p=0.93 |
| Akademik Branş Memnuniyeti Ölçek Puanı | 22.71 \pm 4.34 (23) | 22.34 \pm 4.35 (23) | 20.28 \pm 5.06 (20) | 18.01 \pm 6.63 (18) | X ² =27.922 p=0.001 |
| Mesleki Benlik Saygısı Ölçek Puanı | 119.86 \pm 17.30 (120) | 110.46 \pm 17.96 (114) | 105.33 \pm 16.32 (106) | 102.05 \pm 21.96 (101) | X ² =39.178 p=0.01 |

*Kruskal Vallis testi

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin akademik branş memnuniyetleri, mesleki benlik saygısı ile sosyal duygusal öğrenme beceri düzeyleri arasındaki ilişki

| | Sosyal Duygusal Öğrenme Düzeyi | Akademik Branş Memnuniyet Düzeyi | Mesleki Benlik Saygısı Düzeyi |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Sosyal Duygusal Öğrenme Düzeyi | - | r=0.151 p=0.005 | r= 0.196 p=0.001 |
| Akademik Branş Memnuniyet Düzeyi | r=0.151 p=0.005 | - | r= 0.614 p=0.001 |
| Mesleki Benlik Saygısı Düzeyi | r= 0.196 p=0.001 | r= 0.614 p=0.001 | - |

Hemşirelik öğrencilerinin akademik branş memnuniyetleri, mesleki benlik saygısı ile sosyal duygusal öğrenme beceri düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon testi sonucunda öğrencilerin akademik branş memnuniyetleri ile mesleki benlik saygıları arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r=0.614$, $p=0.001$); mesleki benlik saygısı ile sosyal duygusal öğrenme becerileri arasında pozitif yönde zayıf ilişki ($r=0.196$, $p=0.001$); akademik branş memnuniyeti ile sosyal duygusal öğrenme arasında ise pozitif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=0.151$, $p=0.005$) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Araştırma sonuçlarına göre birinci ve ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin akademik branş memnuniyet düzeyleri, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Gür-Erdoğan ve Arsal (2015) çalışmalarında öğretmen adaylarının akademik branş memnuniyetleri ile öğretmenlik mesleğine yönelme ve kariyer geliştirme arzuları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmada üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin akademik branş memnuniyetleri puan ortalamalarının (18) ölçek orta puanına (15) yakın olduğu görülmüştür (Gür-Erdoğan ve Arsal, 2015). Çalışmamızda da benzer olarak üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin, yani mezun olmaya yakın olan öğrenci grubunun, akademik branş memnuniyeti orta puana yakın olarak bulunmuştur. Öğrencilerin okulda mesleklerine ilişkin aldıkları teorik ve pratik bilgi düzeyleri arttıkça gelecekte icra edecekleri mesleği daha iyi tanıdıkları, farkındalıklarının arttığı ve bununla ilişkili olarak da mezuniyete yaklaştıkça akademik branş memnuniyetlerinin artması beklenmektedir. Ancak çalışmamızda sınıf ilerledikçe, öğrencilerin akademik branş memnuniyeti puanlarındaki düşüşün, öğrencilerin alan derslerinin zorluğu, klinik uygulamalarda karşılaşılan güçlükler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bireye bakım verme sorumluluğu, zarar vermeyen yararlı olabilme kaygısı, kritik durumlar ile baş edememe gibi durumlar, öğrencilerin kendilerini zaman zaman yetersiz ya da başarısız

hissetmelerine neden olabilmektedir. Diğer yandan, Ebulum ve Chidiobi (2016) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada; esnek kişilik özelliği, yaş ve cinsiyetin öğrencilerin akademik branş memnuniyetleri üzerindeki etkilerini incelemiş ve esnek kişilik özelliğine sahip olmanın akademik branş memnuniyeti üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte araştırmacılar, öğrencilerin akademik hedeflerine ulaşma noktasına ne kadar uzaklıkta olduğunu değerlendirmek amacıyla memnuniyet düzeylerinin eğiticiler tarafından değerlendirilmesi gerektiğini ve öğrencilerin akademik branş memnuniyetlerini artırmak amacıyla benlik saygılarını ve özyeterlik düzeylerini artırıcı girişimlerde bulunulması gerektiğini önermektedir (Ebulum ve Chidiobi, 2016). Öğrencilerin akademik branş memnuniyetlerinin ve akademik başarılarının incelendiği bir başka çalışmada da; spiritüel iyi oluşluk, güçlülük ve esnek kişilik özelliklerine sahip olmak ile akademik başarı arasında anlamlı ilişki varlığı tespit edilmiştir (Beauvais, Stewart, De Nisco ve Beauvais, 2014). Akademik başarıyı etkileyen bu faktörlerin, öğrencilerin akademik branşlarına yönelik memnuniyetlerini de etkileyeceği düşünülmektedir.

Sosyal duygusal öğrenme; kendinin ve diğerlerinin farkında olma, duyarlı olma, kendi yaşamsal hedeflerini gerçekleştirme, olumlu ilişkiler kurma, zorlayıcı durumları etkili bir şekilde ele alma becerilerini kazanma ve diğerlerine yönelik sorumluluklarını yerine getirmede duygu, düşünce ve davranışların bütünlük içerisinde kullanılabilme becerisidir (Elias ve ark., 1997; Merrell, Juskelis, Tran ve Buchanan, 2008). Çalışmamızda öğrencilerin sınıflarına göre sosyal duygusal öğrenme becerileri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Eğitim kurumları, sosyal alanlardır ve öğrenme de sosyal bir ortamda karşılıklı etkileşim ile gerçekleşmektedir (Uluyol ve Karadeniz, 2009; Zins ve ark., 2007). Öğrenme ortamının atmosferi, öğrenme sürecinde deneyimlenen duygular, öğrencilerin öğrenmelerini ve akademik başarılarını kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilmektedir (Zins ve ark., 2007). Hemşirelik eğitimi gibi sosyal mesleklerin eğitim sürecinde; öğrenenlerin fikirlerini rahatlıkla ifade edebildiği, birlikte tartışarak problem çözebildiği,

eğiticilerin öğrenmeyi kolaylaştırıcı rol oynadığı, öğrenenlerin yetişkin bireyler olarak görüldüğü ve yargılanmadan uzak, olumlu bir eğitim atmosferi gereken özelliklerdendir (Uluyol ve Karadeniz, 2009; Ünver ve ark., 2013). Öğrencilerin sosyal duygusal öğrenme becerileri puanlarında beklenen artışın olmaması; müfredat içeriği, eğitici tutumları, öğrenmenin keyifli ve öğrenenin aktif olarak eğitime katıldığı öğretim yöntemlerinin kullanımında yetersizlikler ya da programın öğrencilerin beklenti düzeyine uymamış olmaları ile ilişkili olabilir. Diğer yandan araştırmaya katılan öğrencilerin, bir üniversiteye girmeyi başarmış olmaları ve üniversite öğrencisi düzeyinde olmaları nedeniyle öğrenim gördükleri sınıfa göre duygusal ve sosyal öğrenme becerilerinin değişkenlik göstermediğide düşünülmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygı düzeyleri incelendiğinde ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin puan ortalamaları arasında farklılık görülmezken, birinci sınıf öğrencilerinin mesleki benlik saygılarının diğer sınıflardaki öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Konuk-Şener, Karaca, Açıkgöz ve Süzer (2011) tarafından birinci ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygılarının karşılaştırıldığı araştırmada; birinci sınıftaki öğrencilerin puan ortalamalarının, son sınıflarinkinden yüksek olduğu ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu bulgular araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Öğrencilerin birinci sınıfta mesleki benlik saygılarının yüksek olması, üniversite yaşamına yeni başlamış olmaları, zorlu bir sınav süreci ardından gelecekte icra edecekleri mesleği seçmiş olmalarının vermiş olduğu rahatlık ve mutlulukla ilişkili olabilir. Bununla birlikte diğer sınıflarda öğrencilerin mesleki benlik saygılarındaki düşüş ise hemşirelik eğitiminin yoğun ve stresli oluşu, klinik uygulama eğitimlerinde hastalara bakım vermeyi öğrenme sürecinde yaşanan güçlükler, zor hasta örnekleri ile karşılaşma ile ilişkili olabilir.

Hemşirelik, insana hizmet veren ve hasta/sağlıklı birey ile etkileşimde bulunan sosyal bir meslektir. İletişimin hemşireler için bir veri toplama aracı olduğu ve sürekli birey ile etkileşimde bulunması sebebiyle

yoğun olarak kullanıldığı düşünüldüğünde, hemşirelerin sosyal duygusal öğrenme becerilerinin yüksek olması beklenmektedir. Diğer yandan öğrencilerin hemşirelik mesleğini öğrenme sürecinden memnun olmalarının, mezuniyete yaklaştıkça edindikleri bilgileri klinik uygulamalara yansıtabileceklerine ilişkin özgüvenlerindeki artışın akademik branş memnuniyetlerini de artıracığı öngörülmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin sosyal duygusal öğrenme becerisi, akademik branş memnuniyeti ve mesleki benlik saygısı arasında ilişki olduğu tespit edilmiş olup; sosyal duygusal öğrenme becerisi ve akademik branş memnuniyetindeki artışın, öğrencilerin mesleki benlik saygılarını artırdığı görülmektedir. Hemşirelikte mesleki benlik kavramının toplumun tutumlarından da etkilendiği bilinmektedir (Poorgholami ve ark., 2016). Tüm meslek gruplarında olabileceği gibi hemşireler de olumsuz çalışma koşulları, ücret yetersizliği, motivasyon düşüklüğü gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir (Tan, Polat, Akgün-Şahin ve Genç, 2015). Mesleki benlik saygısının artırılmasına yönelik girişimler; bireyin mesleğini benimsemesini, yetki ve sorumluluklarını optimal düzeyde yerine getirmesini, kendi gelişimi ve mesleğin gelişimine katkıda bulunmasını sağlamada teşvik edici olabilir (Uslu, 2015). Bununla birlikte çalışmamızda öğrencilerin sosyal duygusal öğrenme becerileri ve akademik branş memnuniyeti düzeylerinin de mesleki benlik saygısı üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda, hemşirelik eğitiminde müfredat içeriği, eğitici özellikleri, eğitim ortamı gibi bileşenlerin gözden geçirilerek, mesleki benlik saygısının artırılabilmesi ve dolayısıyla da bireysel düzeyde mesleki doyum alma ve motivasyonun artırılabilmesi düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin sosyal duygusal öğrenme becerileri ve akademik branş memnuniyetleri ile mesleki benlik saygılarını arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu ilişki pozitif yönde olup; öğrencilerin sosyal duygusal öğrenme becerileri ve akademik branş memnuniyetleri arttıkça, mesleki benlik saygıları da

artmaktadır. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre sosyal duygusal öğrenme becerileri farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte öğrenim görülen sınıf düzeyi arttıkça, öğrencilerin akademik branş memnuniyetleri ve mesleki benlik saygılarının azaldığı görülmüştür. Bu doğrultuda; hemşirelik okulları tarafından öğrencilerin sosyal duygusal öğrenme becerileri

ve akademik branş memnuniyetleri belirli aralıklara değerlendirilerek, eğitim müfredatları gözden geçirilmelidir. Öğrencinin eğitim ihtiyacına cevap veren, öğrenen merkezli, yetişkin eğitimi ilkelerine dayanan ve alınan teorik bilgilerin pratik uygulamalara aktarımını kolaylaştıran öğretim stratejilerinin müfredata entegre edilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

- Akın, A., Odabaşı, Ş. ve Özçelik, B. (2015). Akademik branş memnuniyeti ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 36(2), 1-7.
- Arcak, O. T. (2001). Mesleki benlik saygısı ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. 6. *Ulusal psikolojik danışma ve rehberlik kongresi bildiri özetleri kitabı*. Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları.
- Arthur, D., & Thorne, S. (1998). Professional self-concept of nurses: A comparative study of four strata of nursing students in a Canadian university. *Nurse Education Today*, 18(5), 380-388.
- Badiyepayma, Z., Hojjat, M., Parandavar, N., Ramezanli, S., & Mosalanejad, L. (2014). The relationship between professional self-concept and nursing students' decision for job retention. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Sciences*, 4(2), 156-161.
- Beauvais, A. M., Stewart, J. G., De Nisco, S., & Beauvais J. E. (2014). Factors related to academic success among nursing students: A descriptive correlational research study. *Nurse Education Today*, 34(6), 918-923.
- Ebulum, G. C., & Chidiobi, R. U. (2016). Resilience, gender and age as predictors of satisfaction with academic major among university undergraduates. *International Journal of Research in Engineering and Social Sciences*, 6(4), 13-23.
- Elias, M. J. (2006). The connection between academic and social emotional learning. M. J. Elias, H. Arnold (Eds.), *The educator's guide to emotional intelligence and academic achievement*. Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, R. P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M., ... Shriver, T. P. (1997). *Promoting social and emotional learning: guidelines for educators*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Gómez-Díaz, M., Delgado-Gómez, M. S., & Gómez-Sánchez, R. (2017). Education, emotions and health: Emotional education in Nursing. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 237, 492-498.
- Gür-Erdoğan, D. ve Arsal, Z. (2015). Öğretmen adaylarının akademik branş memnuniyetleri ile öğretmenlik mesleğine yönelme ve kariyer geliştirme arzuları arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3, 147-171.
- Kabakçı, Ö. M. ve Korkut, F. (2008). 6-8. sınıftaki öğrencilerin sosyal-duygusal öğrenme becerilerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 33(148), 77-86.
- Karadağ, A., Addis, G., Çalışkan, N., Göçmen-Baykara, Z., & Sezgin, F. (2013). A longitudinal study of perceptions of self-concept and professional self-concept in Turkish nursing students. *Journal of Human Sciences*, 10(1), 1355-1365.
- Kocakulah, M. S. ve Kırtak-Ad, V. N. (2015). Sosyal duygusal öğrenme becerileri ölçeğinin üniversite öğrencileri için uygulanabilirliğinin belirlenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 241-247.
- Konuk-Şener, D., Karaca, A., Açıkgöz, F. ve Süzer, F. (2011). Hemşirelik eğitimi mesleki benlik saygısını değiştirir mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 12-16.
- Lee, H. K., & Yang, H. J. (2015). Influence of Professional self-concept and Professional autonomy on nursing performance of clinic nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(5), 297-310.
- McQueen, A. C. (2004). Emotional intelligence in nursingwork. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108.
- Merrell, K. W., Juskelis, M. P., Tran, O. K., & Buchanan, R. (2008). Social and emotional learning in the classroom: Evaluation of strong kids and strong teens on students' social-emotional knowledge and symptoms. *Journal of Applied School Psychology*, 24(2), 209-224.
- Poorgholami F., Ramezanli, S., Jahromi, M. K., & Jahromi, Z. B. (2016). Nursing students' clinical performance and professional self-concept. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 15(1), 57-61.
- Tabassum, F., Asghar-Ali, M., & Bibi, F. (2011). Comparison of professional self esteem of public and private teachers. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(18), 301-304.
- Takase, M., Kershaw, E., & Burt, L. (2002). Does public image of nurses matter? *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 196-205.
- Tan, M., Polat, H., Akgün-Şahin, Z. ve Genç, F. (2015). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyondüzeyleri ve hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 10-17.
- Uluyol, Ç. ve Karadeniz, Ş. (2009). Bir harmanlanmış öğrenme ortamı örneği: Öğrenci başarısı ve görüşleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(1), 60-84.
- Uslu, S. (2015). Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(1), 141-160.
- Ünver, V., Çınar, F. İ., Yüksel, Ç., Şahiner, G., Seven, M. ve Yava, A. (2013). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin acil servis klinik uygulamasına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3), 12-17.
- Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007). The scientific base linking social and emotional learning to school success. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17(2&3), 191-210.

Periferik İntravenöz Kateter Uygulamalarında Komplikasyonların Önlenmesinde Güncel Kanıtlar: Sistemik İnceleme

Current Evidence for Prevention of The Complications Related to Peripheral Intravenous Catheterization: Systematic Review

Betül Kuş¹, Funda Büyükyılmaz²



DOI: 10.17672/fnjn.343259

4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (25-27 Mayıs 2017, Bodrum, Türkiye).

¹Arş. Gör., Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Yozgat, Türkiye

²Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Betül Kuş,
Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu,
Çapanoğlu Mahallesi, Cemil Çiçek Caddesi,
No: 276 Erdoğan Akdağ Kampüsü Merkez,
Yozgat, Türkiye
Telefon/Phone: +90 354 242 1034/6416
Faks/Fax: +90 354 242 1038
E-posta/E-mail: betul.kus@bozok.edu.tr

Geliş tarihi/Date of receipt: 09.11.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 07.08.2017

Atıf/Citation: Kuş, B. ve Büyükyılmaz, F. (2017). Periferik intravenöz kateter uygulamalarında komplikasyonların önlenmesinde güncel kanıtlar: Sistemik inceleme. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 209-217. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343259>

ÖZ

Amaç: Literatürde periferik intravenöz kateter (PIK) uygulaması sırasında gerçekleştirilen hatalı ve tekrarlı girişimlerin ağrı, flebit ve hematoma gibi komplikasyonlara neden olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda çalışma, PIK uygulamalarında komplikasyonların önlenmesine yönelik güncel kanıtların sistemik olarak analiz edilmesi amacıyla planlandı.

Yöntem: Çalışmanın evrenini Medline, Scopus, Cochrane ve CINAHL veri tabanları taranarak, ulaşılan makaleler oluşturdu. İncelemeye, son 10 yılda yayımlanmış, yayın dili İngilizce olan, tam metnine ulaşılabilen, PIK uygulamalarında komplikasyonların önlenmesine yönelik yapılan girişimlerin değerlendirildiği makaleler dahil edildi. Tarama için İngilizce "peripheral venous catheters", "pain", "phlebitis", "ecchymosis", "hematoma", "peripheral venous catheters guideline" ve "nursing care" anahtar kelimeleri kullanıldı. Dahil edilme ölçütlerine uyan 13 makale veri özetleme formu doğrultusunda incelendi.

Bulgular: Değerlendirilen çalışmalarda, PIK uygulaması sırasındaki ağrının azaltılmasında lokal anestezi sprey, krem, salin solüsyon ve lidokain kullanımının etkili olduğu görüldü (n=5). PIK kalış süresinin arttırılması, ağrı, flebit, hematoma belirtisi-bulgularının azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; kateter materyalini (n=1), kateter türünü ve uygulama bölgesini (n=2), sabitleme için kullanılan pansuman türünü (n=2) ve kateterin vendede kalış süresini (n=3) inceleyen randomize kontrollü deneysel çalışmalar olduğu görüldü. Bu çalışmalarda vialon içerikli kateterler ile bireyin hareket durumunu kısıtlamayan geniş venlerin tercih edilmesi, kateter seçimi yapılırken de bireye ve tedaviye uygun kateterlerin seçilmesi (No=18-22G), transparan pansumanlarla tespit edilen kateterlerin flebit belirtisi-bulguları açısından değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca PIK uygulamalarında 8 saatte bir yapılan değerlendirmede komplikasyonlar görülmediği sürece kateterin 96 saate kadar güvenle kullanılacağı belirtilmektedir. Rutin aralıklarla kateter değişimi ise, hastaların tekrarlı ağrıyı uyarana maruz kalmasına, maliyet ve iş yükü artışına neden olduğundan önerilmemektedir.

Sonuç: Çalışmanın PIK uygulamalarında komplikasyonların önlenmesinde güncel yaklaşımların belirlenmesine ilişkin kanıt oluşturacağı, mevcut araştırma sonuçlarının uygulama alanına aktarılmasında hemşirelere rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Periferik intravenöz kateter, ağrı, flebit, ekimoz, hematoma, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Aim: Existing literature reports that incorrect and repeated interventions during peripheral intravenous catheterization (PIVC) can cause complications such as pain, phlebitis, and hematoma. This study was conducted to systematically examine the current evidence for the prevention of such complications encountered during PIVC procedures.

Method: In this study, we evaluated the most recent data found in relevant research papers retrieved from the databases Medline, Scopus, Cochrane, and CINAHL. This study includes manuscripts that (1) focused on the prevention of complications during PIVC procedures based on randomized clinical trials; (2) were published in the English language within the last 10 years; and (3) had accessible full text. Thirteen papers conforming to these inclusion criteria were evaluated. The keywords used for scanning the databases were "peripheral venous catheters," "pain," "phlebitis," "ecchymosis," "hematoma," "peripheral venous catheters guideline," and "nursing care."

Results: An evaluation of these studies shows that the administration of local anesthetic sprays, creams, saline solutions, and lidocaine is effective in pain relief (n=5). Further investigation focused on prolonging the placement of the PIVC and decreasing the symptoms and findings related to pain, phlebitis, and hematoma; the investigation also revealed that these were experimental randomized controlled studies, which evaluated the catheter material (n=1), catheter type and insertion site (n=2), type of dressing used for the fixation (n=2), and the length of stay of the PIVC (n=3).

These studies emphasized that large veins are preferred because they do not restrict the mobility of the patient when using vialon catheters. They recommend that catheters always be selected on the basis of their suitability for the patient and the treatment (Size: 18G-22G). Catheters with transparent dressings should be examined for the signs and symptoms of phlebitis. Furthermore, it was stated that catheters might stay in place for 96 hours if no complications are encountered during the examinations performed every eight hours after the PIVC procedure. Routine catheter replacement is not recommended due to repetitive exposure to pain, increased cost, and larger workload for the caregiver staff.

Conclusion: To sum up, our study presents evidence to determine the current best approach toward the prevention of complications during PIVC procedures, and that our findings will guide nurses in the implementation of positive results.

Keywords: Peripheral intravenous catheter, pain, phlebitis, ecchymosis, hematoma, nursing care

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Intravenous (IV) procedures are frequently performed on hospitalized patients (Akça-Ay, 2011; Uzun, 2012). This important procedure, which allows highly effective treatment application, is carried out by affixing a peripheral intravenous catheter (PIVC) (Idvall, & Gunningberg, 2006). The application of the PIVC is one of the most frequently used invasive nursing procedures. Although a safe application of a PIVC is beneficial, the pain of incorrect and repeated procedures can cause major complications, such as phlebitis and hematoma (Van Donk, Rickard, McGrail, & Doolan, 2009; Webster, Lloyd, Hopkins, Osborne, & Yaxley, 2007). Developing complications threaten patient safety by increasing the risk of infection, increasing the time of hospital stay, and increasing the cost of care through unnecessary expenditure of effort and materials in healthcare institutions (Abadi, Etemadi, & Abed, 2013; Denat, & Eşer, 2006; Kagel, & Rayan, 2004). Nurses are responsible for PIVC applications and for performing the necessary follow-up to prevent complications.

Aim: This study aims to systematically review current evidence regarding how to prevent complications in PIVC applications.

Method: We scanned the Medline, Scopus, Cochrane, and CINAHL databases to obtain articles to be examined for the study. For our research, we referred to articles published between 2005 and 2015, articles published in English, articles for which the full text could be accessed, and articles in which procedures for preventing complications in PIVC applications were included in the evaluation. We used the following English keywords for scanning the databases: "peripheral venous catheters," "pain," "phlebitis," "ecchymosis," "hematoma," "peripheral venous catheters guideline," and "nursing care." Thirteen suitable articles were identified and examined in accordance with the implication criteria and the data summary form. To summarize the data, we used a standard data summary form independently from each piece of research included in the sample, and then analyzed them by mutually assessing the results. In the data summary forms, we provided blank spaces for results that describe the impact of nursing procedures on the prevention of complications frequently seen in IV procedures.

Results: The studies evaluated the effectiveness of the applications in reducing pain levels during PIVC applications, as well as the procedures for reducing the symptoms of phlebitis and hematoma. The studies conclude that the use of local anesthetic sprays, creams, saline solution, and lidocaine are effective in reducing pain during PIVC applications (n=5). Furthermore, it was observed that in these studies, a 1% lidocaine solution frequently applied via intradermal (ID) means is effective as a local anesthetic (n=3), and that anesthetic creams are preferred in topical applications (n=1). Studies done on PIVC applications increasing the duration of hospital stay and reducing the pain and symptoms of phlebitis and hematoma were randomized controlled experiments that examined catheter material (n=1), type of catheter and application area (n=2), types of dressing used, and the period for which the catheter stayed in the vein (n=3).

These studies also emphasize that using a catheter containing vialon reduces the development of phlebitis in individuals, and that it can be used safely for a longer period (up to seven days). In addition, they also stated that (1) broad veins (primarily the interior face of the forearm) should be preferred because they do not limit the physicality of the individual, (2) it is important to select suitable catheters for each individual's treatment (No=18G–22G), and (3) catheters with transparent dressings should be used to note the symptoms of phlebitis (Idemoto, Rowbottom, Reynolds ve Hickman, 2014; Lopez, Vivala ve Palacio, 2014).

Furthermore, these studies indicate that symptoms of phlebitis need to be measured once every eight hours during the application of PIVC, and that catheters can be used safely for up to 96 hours as long as complications are not found during routine evaluation (Rickard, Webster, & Wallis, 2012; Webster, Lloyd, Hopkins, Osborne, & Yaxley, 2007). Changing the catheter at routine intervals is not recommended as it causes patients to be exposed to repeated painful stimuli and increases the use of materials and staff work load.

Conclusion: It is possible to increase the quality of patient care and the ability to obtain effective results by increasing the number of studies that identify how to prevent complications in safe vascular access procedures and by integrating these findings into clinical environments. This study will examine current evidence on how to prevent complications during PIVC applications, and it will act as a guide for nurses to transfer current research results into the field of application.

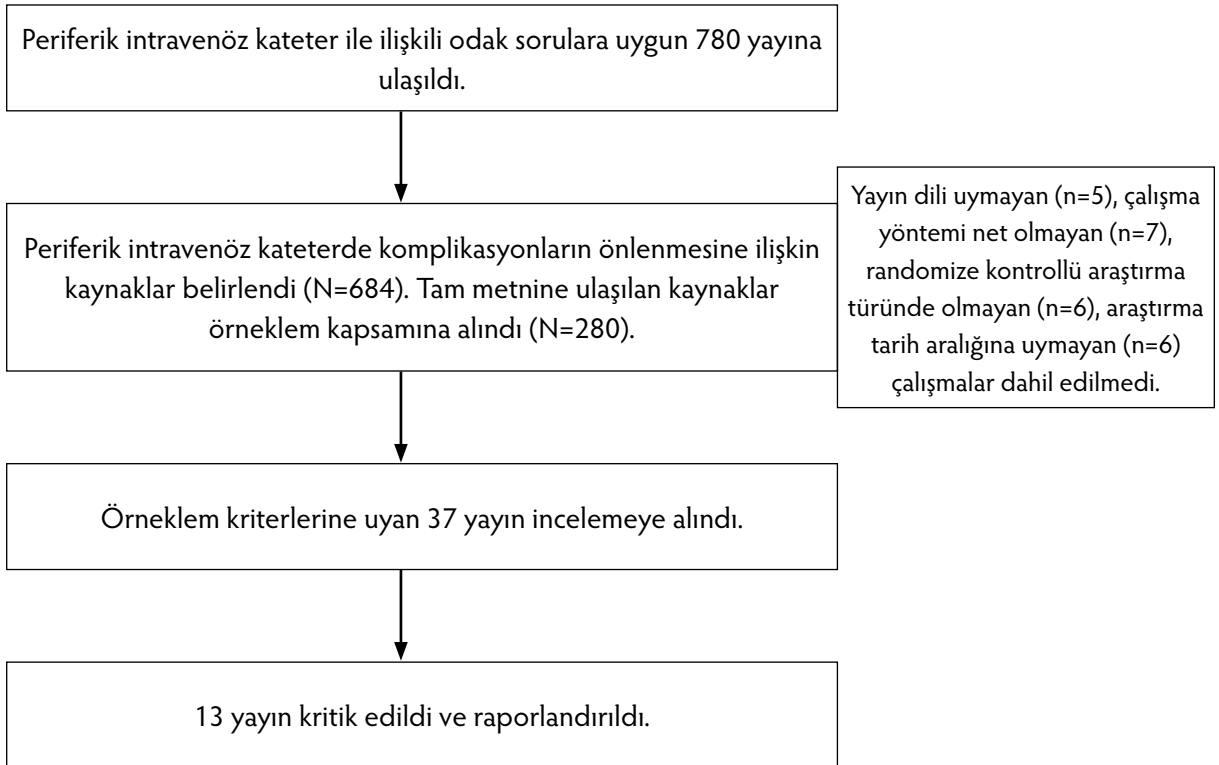
GİRİŞ

Son yıllarda sağlık bakım hizmetlerinde bilimsel bilgi tabanındaki ve teknolojiadaki gelişmeler sonucunda bireylere tanı ve tedavi amacıyla birçok girişim yapılabilmektedir. Hastanede yatarak hizmet alan bireylere, sıvı ve elektrolit kaybını yerine koymak, kan veya elemanlarını, fazla iritan ilaçları vermek, asit-baz dengesini düzenlemek, doğrudan dolaşıma vererek bazı ilaçların etkisini arttırmak amacıyla sıklıkla intravenöz (IV) girişimler uygulanmaktadır (Uzun, 2012). Tedavinin etkin bir şekilde uygulanması açısından oldukça önemli olan bu girişim periferik intravenöz kateter (PİK) yerleştirilerek gerçekleştirilmektedir. PİK uygulaması en sık ve en yüksek oranda gerçekleştirilen invaziv hemşirelik girişimlerdendir (Idvall ve Gunningberg, 2006). Yapılan çalışmalarda yatarak tedavi gören bireylerin %70'inden fazlasına PİK uygulandığı belirtilmektedir (Malach ve ark., 2006; Pujol ve ark., 2007; Uzun, 2012).

Özellikle PİK uygulaması sırasında gerçekleştirilen hatalı girişimler bireylerin ağırlı uyarana maruz

kalmasına yol açmakla birlikte, yaşanan ağrı hastalarda birçok davranışsal ve fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır (Van Donk, Rickard, McGrail ve Doolan, 2009; Webster, Lloyd, Hopkins, Osborne ve Yaxley, 2007). Ayrıca bu sırada endotel tabaka zarar görebilmekte, uygulama sırasında ve sonrasında ağrı, ektravazasyon, flebit ve hematoma gelişebilmektedir (Dutt-Gupta, Bown ve Cyna, 2007; Nassaji-Zavareh ve Ghorbani, 2007). Başarısızlıkla sonuçlanan tekrarlı girişimler ise, bireylerin enfeksiyon riskini arttırarak güvenliğini tehdit etmekte, hastanede kalış süresini arttırmakta ve sağlık bakım kuruluşlarında gereksiz iş gücü ve malzeme harcanmasına neden olarak bakım maliyetlerini arttırmaktadır (Abadi, Etemadi ve Abed, 2013; Denat ve Eşer, 2006). Ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalara PİK uygulamak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemek için gerekli takibi yapmak hemşirelerin sorumluluğundadır (Hadaway, 2009; Pasalioglu ve Kaya, 2014).

Bu çalışma PİK girişimlerinde komplikasyonların önlenmesi için yapılan hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sistematiik olarak



Şekil 1. Araştırma deseni

incelenmesi amacıyla planlandı.

Bu doğrultuda PİK uygulamasına ilişkin gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine yönelik belirlenen araştırma soruları;

- Girişim sırasında ağrı şiddetinin azaltılması / hafifletilmesinde etkili girişimler nelerdir?
- PİK kalış süresinin uzatılması, flebit, hematoma belirti-bulgularının azaltılması / hafifletilmesinde etkili girişimler nelerdir? olarak belirlendi.

YÖNTEM

İlgili Araştırmaların Taranması ve Seçimi:

Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmanın evrenini MEDLINE, Scopus, Cochrane ve CINAHL veri tabanları taranarak, ulaşılan makaleler oluşturdu. İncelemeye, son 10 yılda yayımlanmış, yayın dili İngilizce olan, tam metnine ulaşılabilen, PİK uygulamalarında komplikasyonların önlenmesine yönelik yapılan girişimlerin değerlendirildiği makaleler dahil edildi (N=780). Tarama için İngilizce "peripheral venous catheters", "pain", "phlebitis", "ecchymosis", "hematoma", "peripheral venous catheters guideline" ve "nursing care" anahtar kelimeleri kullanıldı. Dahil etme ölçütlerine uyan 13 makale veri özetleme formu doğrultusunda incelendi (Şekil 1). Spesifik hasta grupları (kanser, bilinci kapalı, obez/morbid obez, bebek/çocuk) ile yapılan araştırmalar ve tez çalışmaları incelemeye dahil edilmedi.

İlgili Araştırma Verilerinin Analizi: Verilerin özetlenmesi için araştırmacılar tarafından standart bir veri özetleme formu geliştirildi ve veriler buna göre değerlendirildi. Birbirinden bağımsız olarak araştırmacılar tarafından özetlenen veriler, daha sonra karşılaştırılarak fikir birliğine varıldı. Veri özetleme formunda; IV girişimlerde görülen komplikasyonların önlenmesine yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin etkisi ile ilgili sonuçlara yer verildi. Bu sistematik inceleme çalışmasına dahil edilen araştırmaların türü, ölçüm yöntemleri birbirinden farklı olduğu için meta-analiz yapılmadan ilgili verilerin sunumu hedeflendi.

BULGULAR

Bu sistematik inceleme çalışmasında, 2005-2015 yılları arasında yayınlanan 13 araştırma sonucuna yer verildi. Araştırmalar, araştırma sorusu doğrultusunda iki ana başlık altında incelendi.

Ağrı Şiddetinin Azaltılması / Hafifletilmesine

İlişkin Bulgular: PİK uygulaması sırasındaki ağrı şiddetinin azaltılmasında lokal anestezi sprey / krem, steril salin solüsyon ve lidokain kullanımının etkisini inceleyen randomize kontrollü deneysel çalışmalar olduğu görüldü (n=5) (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda lokal anestezi sağlama adına sıklıkla %1'lik lidokain solüsyonunun intradermal (ID) yoldan uygulandığı (n=3), topikal uygulamalarda da anestetik kremlerin tercih edildiği görüldü (n=1). Bu konu ile ilgili incelenen tüm çalışmalarda ID ve topikal yoldan uygulanan girişimlerin PİK girişi sırasında ağrı şiddetinin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Tablo 1).

PİK Kalış Süresinin Uzatılması, Flebit, Hematom Belirti-Bulgularının Azaltılması / Hafifletilmesine İlişkin Bulgular:

Bu konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde ise; kateter materyalini (n=1), kateter türünü ve uygulama bölgesini (n=2), sabitlenme için kullanılan pansuman türünü (n=2) ve kateterin vende kalış süresini (n=3) inceleyen randomize kontrollü deneysel çalışmalar olduğu görüldü (Tablo 2). Bu çalışmalarda vialon içerikli kateterlerin kullanımının bireylerde flebit gelişimini azalttığı ve daha uzun sürede (7 güne kadar) güvenle kullanılacağı belirtilmektedir. Idemoto, Rowbottom, Reynolds ve Hickman (2014) ile González-López ve ark. (2014) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, maliyeti yüksek olan farklı sistem (açık sistem ve otomatik kontrollü) ile çalışan kateterlerin, vene ilk seferde giriş başarı oranının oldukça yüksek olduğu (%89) ve 6 güne kadar flebit belirti-bulguları görülmeksizin güvenle kullanılacağı belirtilmektedir. Literatür incelemesi kapsamında değerlendirilen tüm çalışmalarda flebit durumunu önleme adına; geniş venlerin (öncelikle ön kolun iç yüzü) ve yetişkin

Tablo 1. Periferik intravenöz kateter girişimi sırasında ağrı şiddetinin azaltılması / hafifletilmesine ilişkin bulgular

| Yazarlar | Yıl | Araştırma Türü | Veri Toplama Aracı | Örneklem | Girişim-Amaç | Bulgular-Sonuç |
|------------------------|------|--|-----------------------|-------------------|---|---|
| Deguzman ve ark. | 2012 | Randomize kontrollü çalışma | Vizüel Analog Skalası | 376 hasta | Intradermal (ID) uygulanan salin solüsyon ve %1'lik lidokain etkisinin belirlenmesi | ID yoldan uygulanan %1'lik lidokain PİK girişimi sırasındaki ağrıyı azaltmada etkili bulunmuştur. |
| Burke ve ark. | 2011 | Randomize kontrollü çalışma | Vizüel Analog Skalası | 148 hasta | IV kateterizasyon öncesinde lokal anestezi uygulamasının etkisinin belirlenmesi | ID yoldan uygulanan %1'lik lidokain PİK girişimi sırasındaki ağrıyı azaltmada etkili bulunmuştur. |
| Anderson ve ark. | 2010 | Randomize kontrollü çalışma / ön test son test | Vizüel Analog Skalası | 84 hasta | IV kateterizasyon öncesinde 5 ayrı girişim (anestetik sprey, plasebo sprey, ID anestetik ilaç, ID plasebo ilaç ve ilaçsız gruplar) uygulamasının etkisinin belirlenmesi | IV kateterizasyon girişiminden 1 dakika sonra ID anestetik ilaç uygulanan grubun ağrı şiddeti diğer hastalardan yüksek iken; 3 dakika sonra tüm gruplar arasında benzer olduğu saptanmıştır. PİK girişiminden önce ID anestetik ilaç uygulaması önerilmemektedir. |
| Valdovinos ve ark. | 2009 | Randomize kontrollü çalışma | Vizüel Analog Skalası | 43 hasta | PİK girişimi sırasında topikal anestetik krem uygulaması etkisinin belirlenmesi | Topikal olarak uygulanan anestetik krem PİK girişimi sırasındaki ağrıyı azaltmada etkili bulunmuştur. |
| Ales, May, ve Whitney. | 2007 | Randomize kontrollü çalışma | Vizüel Analog Skalası | 64 sağlıklı birey | 2 farklı anestetik ilacın etkisinin belirlenmesi | PİK girişimi sırasındaki ağrıyı azaltmada ID yoldan uygulanan lidokain ve kloroprokain uygulaması arasında fark bulunmamıştır. |

bireyler için 18-22 G numaralı kateterlerin kullanıldığı görülmektedir. Bu konu ile ilgili Wallis ve ark. (2014) bireyler için uygun büyüklükte kateterlerin seçimini ve hastaların hareketini kısıtlamayacak şekilde geniş venlerin kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

PİK'lerin düzenli olarak flebit belirti-bulgularının tanınması gerektiği literatür incelemesi kapsamına alınan tüm çalışmalarda önemle vurgulanmaktadır. Bu konu ile ilgili Rickard ve ark. (2012) ile Webster ve ark. (2007) kateterlerin rutin değişim yerine, flebit belirti-bulguları açısından bir ölçme aracı kullanılarak tanınması gerektiğini ve komplikasyon görülmediği sürece de kullanılabilirliğini belirtmektedir. Tanılamada PİK için uygun tespit aracının seçimi de literatürde ele alınan bir diğer konudur. Chico-Padrón ve ark. (2011) çalışmasında PİK uygulamalarında flebit, hematoma belirti-bulgularının izleminde transparan pansuman materyali açısından fark bulunmazken; Bausone-Gazda, Lefaiver ve Walters (2010) materyal seçiminde transparan pansumanın tercih edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

TARTIŞMA

PİK, hastaların tedavisinde kullanılan sıvıların ve ilaçların verilmesinde kullanılan bir araç olarak günümüzde halen önemini korumakta, değişen teknoloji ile birlikte bu alanda da sürekli bir gelişme yaşanmaktadır (McCallum ve Higgins, 2012). PİK güvenli şekilde uygulanması halinde yararlı olmasına karşın, yanlış uygulama ve yetersiz bakım sonucu birçok komplikasyona da yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlardan en önemlileri, uygulama sırasındaki ağrı ve uygulama sonrasında gelişen infiltrasyon, flebit, hematoma belirti-bulgularının görülmesidir (Aygün, 2008; Pınar, 2007).

İncelenen çalışmalarda PİK girişimi sırasında ağrı şiddetini azaltmaya yönelik uygulamalar ve flebit/hematoma belirti-bulgularının azaltılmasına yönelik girişimlere yer verildi. Ağrı şiddetinin azaltılmasına yönelik konu ile ilgili incelenen tüm çalışmalarda ID ve topikal yoldan uygulanan girişimlerin PİK girişimi

Tablo 2. Periferik intravenöz kateter girişimi sırasında flebit, hematoma belirti-bulgularının azaltılması / hafifletilmesine ilişkin bulgular

| Yazarlar | Yıl | Araştırma Türü | Veri Toplama Aracı | Örneklem | Girişim-Amaç | Bulgular-Sonuç |
|--|------|-----------------------------|--|--|--|--|
| Chhugani, James ve Thokchom | 2015 | Randomize kontrollü çalışma | Vizüel infüzyon flebit skalası, katetere bağlı gelişebilecek komplikasyonları içeren veri formu | 120 hasta | İki farklı kateter materyalinin kalış süresi ve flebit gelişimine etkisinin incelenmesi | Vialon içeriğine sahip olan kateterlerin teflon kateterlere göre kalış süresinin daha uzun ve flebit gelişiminin daha az olduğu tespit edilmiştir. |
| Idemoto, Rowbotto, Reynolds ve Hickman Jr. | 2014 | Randomize kontrollü çalışma | İntravenöz kateter değerlendirme ölçeği | 248 hasta | İki farklı kateterin türünün kalış süresi, komplikasyonlar ve maliyet açısından incelenmesi | Vene girildikten sonra üzerindeki düğme ile otomatik olarak ilerletilen kateterlerin ilk seferde giriş başarı oranının yüksek (%89) olduğu, daha uzun süre (4,4 gün) güvenle kullanılabildiği, hasta memnuniyetinin de daha yüksek olduğu belirtilmektedir. |
| González-López ve ark. | 2014 | Randomize kontrollü çalışma | Flebit belirti-bulgularının takibini içeren veri toplama formu, kan kültürü ve mikrobiyolojik kültür alımı | 642 hasta, 1199 kateter | Açık ve kapalı sistem çalışan PİK'lerin kalış süresi, komplikasyonlar ve maliyet açısından incelenmesi | PİK'ler açık sistem ile daha uzun süre (144 saat) kullanılırken, günlük maliyeti kapalı sisteme göre daha yüksek bulunmuştur. |
| Wallis ve ark. | 2014 | Randomize kontrollü çalışma | Flebit belirti-bulgularının takibini içeren veri toplama formu | 4 gün ve daha uzun süre kalan 3283 hasta, 5907 kateter | PİK girişimlerinde kateter numarasının bireylerde flebit gelişimine etkisinin incelenmesi | PİK girişimlerinde kateter numarası 18 G ve daha büyük kateter numarası seçiminin flebit gelişimine etki eden bir faktör olduğu saptanmıştır. Bireye uygun büyüklükte kateter numarası seçimi ve öncelikle ön kolun iç yüzünün tercih edilmesi gerektiği önerilmektedir. |
| Rickard ve ark. | 2012 | Randomize kontrollü çalışma | Flebit belirti-bulgularının takibini içeren veri toplama formu, görsel flebit değerlendirme ölçeği | 3283 hasta, 5907 kateter | PİK kalış süresini belirlemede rutin ve klinik endikasyon durumunun karşılaştırılması | PİK rutin değişim yerine bireyde görülen flebit belirti-bulguları değerlendirilerek çıkarılmalıdır. |
| Chico-Padrón ve ark. | 2011 | Randomize kontrollü çalışma | Görsel Flebit/ İnfiltrasyon Skalası | 75 hasta | Flebit belirti-bulgularının azaltılmasında iki farklı pansuman materyalinin etkisinin incelenmesi | Değerlendirilen her iki pansuman türü (transparan ve gaz spanç) arasında flebit belirti-bulgularının azaltılmasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. |
| Bausone-Gazda, Lefaiver ve Walters | 2010 | Randomize kontrollü çalışma | Periferik İntravenöz Flebit Ölçeği | 302 hasta | Flebit belirti-bulgularının azaltılmasında iki farklı kateter sabitleme yönteminin etkisinin incelenmesi | Maliyeti yüksek olan transparan pansuman ile sabitlenen kanatsız kapalı kateter sistemlerinin PİK komplikasyonlarını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. |
| Webster ve ark. | 2007 | Randomize kontrollü çalışma | Görsel ven değerlendirme skalası | 206 hasta | PİK kalış süresini belirlemede rutin değişim (3 gün) süresi ile planlama olmaksızın klinik endikasyon durumunun karşılaştırılması ve maliyet açısından incelenmesi | PİK rutin değişim yerine flebit belirti-bulgularının gözlenmesi durumunda çıkarılması gerektiği önerilmektedir. Rutin kateter değişiminin, klinik endikasyon sonrası kateter değişime göre daha yüksek maliyetli olduğu bulunmuştur. |

sırasında ağrı şiddetinin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Bu konu ile ilgili olarak literatürde ağrı yönetiminde öncelikle non-farmakolojik girişimlerin (soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme vb.) uygulanması gerektiği önerilmektedir (Wentz, 2009). Bu noktada, hemşirelerin öncelikle bağımsız rol ve işlevleri kapsamındaki girişimlere yer vermesi gerektiği göze çarpmaktadır.

Flebit belirti-bulgularının azaltılmasına yönelik incelenen araştırmalarda; vialon içerikli kateterler ile bireyin hareket durumunu kısıtlamayan geniş venlerin tercih edilmesi, kateter seçimi yapılırken de bireyin damar çapına ve tedaviye uygun çapların seçilmesi, transparan pansumanlarla tespit edilen kateterlerin flebit belirti-bulguları açısından değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca PİK uygulamalarında 8 saatte bir yapılan değerlendirmede komplikasyonlar görülmediği sürece, kateterin 72-96 saate kadar güvenle kullanılabilmesi belirtilmektedir. Rutin aralıklarla kateter değişimi ise, hastaların tekrarlı ağrılı uyarana maruz kalmasına, maliyet ve iş yükü artışına neden olması açısından önerilmemektedir (Tablo 2). Literatürde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da sıklıkla santral uygulamalar için vialon gibi poliüretan içerikli kateterlerin tercih edildiği ve bu materyalin teflon yapıdaki santral kateterlere göre daha güvenli oldukları belirtilmektedir (Özsaraç ve ark., 2012; Phillips ve Gorski, 2014; Tripathi, Kaushik ve

Singh, 2008). Ayrıca Kagel ve Rayan (2004), infiltrasyonun en fazla el üstünde görüldüğünü; O'Grady ve ark. (2011) ise, transparan pansumanların kateter giriş bölgesinin daha rahat değerlendirilmesine olanak sağlayacağını belirtmektedir. İncelenen çalışmalarla benzer olarak Çakar da (2008) kateter bölgesinde transparan örtülerin kullanılabilmesi, kateter yeri örtüsünün nemli, yerinden çıkmış ya da kirli olması durumunda değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Flebit belirti-bulguları görülmedikçe transparan kateter örtüsünün 72 saat kalabileceği, giriş alanına antimikrobiyal direnç kazanmaya ya da mantar enfeksiyonuna yol açabileceği için topikal merhem ya da krem uygulanmaması ve bölgenin kuru tutulması gerektiği vurgulanmaktadır (O'Grady ve ark., 2011).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Güvenli damar yolu girişimlerinde komplikasyonların önlenmesinde güncel yaklaşımların belirlenmesi ile ilgili çalışmaların artırılması ve bunların klinik ortamlara entegre edilmesi ile hasta bakımındaki kalitenin artması ve hasta bakımında etkin sonuçların elde edilmesi sağlanacaktır. Çalışmanın PİK uygulamalarında komplikasyonların önlenmesinde güncel yaklaşımların belirlenmesine ilişkin kanıt oluşturacağı, mevcut araştırma sonuçlarının uygulama alanına aktarılmasında hemşirelere rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Abadi, P., Etemadi, S., & Abed, S. Z. (2013). Investigating role of mechanical and chemical factors in the creation of peripheral vein in flammation in hospitalization patients in hospital in Zahedan, Iran. *Life Science Journal*, 10(1), 379-383.
- Akça-Ay, F. (2011). İlaç Uygulamaları. F. Akça-Ay (Eds.), *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler* içinde (s. 421-473). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Ales, R., May, D., & Whitney, L. (2007). A study comparing chlorprocaine with lidocaine for skin infiltration before intravenous catheter insertion. *AANA Journal*, 75(4), 255-258.
- Anderson, S., Cockrell, J., Beller, P., Murphy, E., Nelson, P., Hawkins, M., ... Cederna-Moss, J. (2010). Administration of local anesthetic agents to decrease pain associated with peripheral vascular access. *Journal of Infusion Nursing*, 33(6), 353-361.
- Aygün, G. (2008). Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü. *Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol*, 60, 79-88.
- Bausone-Gazda, D., Lefaiver, C. A., & Walters, S. A. (2010). A randomized controlled trial to compare the complications of 2 peripheral intravenous catheter-stabilization systems. *Journal of Infusion Nursing*, 33(6), 371-384.
- Burke, S. D., Vercler, S. J., Bye, R. O., Desmond, P. C., & Rees Y. W. (2011). Local anesthesia before IV catheterization. *Am Journal Nursing*, 111(2): 40-45.
- Chico-Padrón, R. M., Carrión-García, L., Delle-Vedove-Rosales, L., González-Vargas, C. S., Marrero-Perera, M., Medina-Chico, S.,... Jiménez-Sosa, A. (2011). Comparative safety and costs of transparent versus gauze wound dressings in intravenous catheterization. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(4), 371-376.
- Chugani, M., James, M. M., & Thokchom, S. (2015). A randomized controlled trial to assess the effectiveness of Vialon™ cannula versus polytetrafluoroethylene (PTFE) cannula in terms of indwelling time and complications in patients requiring peripheral intravenous cannulation. *International Journal of Science and Research*, 4(12), 1075-1080.

- Çakar, V. (2008). Damar içi kateterler ve periferik venöz kateterlerde enfeksiyon kontrol uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 5(1), 24-33.
- Deguzman, Z. C., O'Mara, S. K., Sulo, S., Haines, T., Blackburn, L., & Corazza, J. (2012). Bacteriostatic normal saline compared with buffered 1% lidocaine when injected intradermally as a local anesthetic to reduce pain during intravenous catheter insertion. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 27(6), 399-407.
- Denat, Y. ve Eşer, İ. (2006). Yaşlı hastalarda periferik intravenöz kateterizasyon. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 43-49.
- Dutt-Gupta, J., Bown, T., & Cyna, A. M. (2007). Effect of communication on pain during intravenous cannulation: A randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*, 99(6), 871-875.
- Hadaway, L. (2009). Protect patients from I.V. infiltration. *American Nurse Today*, 5(2), 10-12.
- Idvall, E., & Gunningberg, L. (2006). Evidence for elective replacement of peripheral intravenous catheter to prevent thrombophlebitis: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 715-722.
- Idemoto, B. K., Rowbottom, R. J., Reynolds, D. J., & Hickman, Jr., R. L. (2014). The accuCath intravenous catheter system with retractable coiled tip guidewire and conventional peripheral intravenous catheters: A prospective, randomized, controlled comparison. *The Journal of Association for Vascular Access*, 19(2), 94-102.
- Kagel E. M., & Rayan G. M. (2004). Intravenous catheter complications in the hand and forearm. *Journal Trauma*, 56(1), 123-127.
- González-López, J. L., Arribi-Vilela, A., Fernández del Palacio, E., Olivares-Corral, J., Benedicto-Martí C., & Herrera-Portal, P. (2014). Indwell times, complications and costs of open vs closed safety peripheral intravenous catheters: a randomized study. *Journal of Hospital Infection*, 86(2), 117-126.
- Malach, T., Jerassy, Z., Rudensky, B., Schlesinger, Y., Broide, E., Olsha, O., ... Raveh, D. (2006). Prospective surveillance of phlebitis associated with peripheral intravenous catheters. *American Journal of Infection Control*, 34(5), 308-312.
- McCallum, L., & Higgins, D. (2012). Care of peripheral venous cannula sites. *Nursing Times*, 108(34/35), 12-15.
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Patchen-Dellinger, E., Garland, J., Heard, S. O., ... The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical Infectious Diseases*, 52(9), 162-193.
- Nassaji-Zavareh, M., & Ghorbani, R. (2007). Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors. *Singapore Medical Journal*, 48(8), 733-736.
- Özsaraç, M., Dolek, M., Sarsılmaz, M., Sever, M., Sener, S., Kiyan, S.,...Yılmaz, G. (2012). The effect of cannula material on the pain of peripheral intravenous cannulation in the emergency department: A prospective, randomized controlled study. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(4), 151-156.
- Pasalioglu, K. B., & Kaya, H. (2014). Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(4), 725-730.
- Phillips, D. L., & Gorski, L. (2014). *Manual of I.V. therapeutics, evidence-based practice for infusion therapy*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Pınar, S. (2007). *Hemşirelerin intravenöz sıvı uygulamasına ilişkin kayıtlarının incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara: 723.
- Pujol, M., Hornero, A., Saballs, M., Argerich, M. J., Verdaguer, R., Ciscal, M.,...Gudiol, F. (2007). Clinical epidemiology and outcomes of peripheral venous catheter-related bloodstream infections at a university-affiliated hospital. *The Journal Hospital Infection*, 67(1), 22-29.
- Rickard, C. M., Webster, J., Wallis, M. C., Marsh, N., McGrail, M. R., French, V.,... Whitby, M. (2012). Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: A randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 380(9847), 1066-1074.
- Tripathi, S., Kaushik, V., & Singh, V. (2008). Peripheral IVs: Factors affecting complications and patency--a randomized controlled trial. *Journal of Infusion Nursing*, 31(3), 182-188.
- Uzun, Ş. (2012). İntravenöz sıvı tedavisi. T. Atabek-Aştı ve A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik esasları: Hemşirelik bilimi ve sanatı* içinde (s. 817-853). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Valdovinos, N. C., Reddin, C., Bernard, C., Shafer, B., & Tanabe, P. (2009). The use of topical anesthesia during intravenous catheter insertion in adults: A comparison of pain scores using LMX 4 versus placebo. *Journal of Emergency Nursing*, 35(4), 299-304.
- Van Donk, P., Rickard, M. C., McGrail, R. M., & Doolan, G. (2009). Routine replacement versus clinical monitoring of peripheral intravenous catheters in a regional hospital in the home program: A randomized controlled trial. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 30(9), 915-917.
- Wallis, M. C., McGrail, M., Webster, J., Marsh, N., Gowardman, J., Playford, E. G., ... Rickard, C. M. (2014). Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(1), 63-68.
- Webster, J., Lloyd, S., Hopkins, T., Osborne, S., & Yaxley, M. (2007). Developing a research base for intravenous peripheral cannula re-sites (DRIP trial): a randomised controlled trial of hospital in-patients. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 664-671.
- Wentz, J. (2009). Pain Management. A. P. Potter, & G. A. Perry (Eds.), *Fundamental of nursing*. Canada: Mosby Elsevier, 1070-1072.

Nadir Bir Hastalık: Stevens Johnson Sendromlu Bireyin Yaşam Modeli Doğrultusunda Bakımı

A Rare Disease: Nursing Care of Patient with Stevens-Johnson Syndrome in Accordance with The Model of Life

Şengül Üzen Cura¹, Rengin Acaroğlu²



DOI: 10.17672/fnjn.343260

¹Öğr. Görevlisi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çanakkale, Türkiye

²Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Şengül Üzen Cura,
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,
Terzioğlu Kampüsü, Çanakkale, Merkez, Türkiye

Telefon/Phone: +90 286 218 1397

Faks/Fax: +90 286 218 1379

E-posta/E-mail: snglzn@gmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 11.07.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 03.07.2017

Atıf/Citation: Üzen-Cura, Ş. ve Acaroğlu, R. (2017). Nadir bir hastalık: Stevens Johnson Sendromlu bireyin yaşam modeli doğrultusunda bakımı. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 219-226. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343260>

ÖZ

Stevens Johnson Sendromu (SJS) nadir görülen fakat yaşamı tehdit eden ve epidermal hücrelerde nekroz oluşumuna sebep olan bir ilaç alerjisi hastalığıdır. Hastalığa bağlı olarak bireyin biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, ekonomik boyutlarının hemen hemen tümü etkilenmektedir. SJS olan hastanın hemşirelik bakımında amaç, gelişebilecek komplikasyonların erken belirlenerek doğru ve uygun önlemlerin alınması ile bireyin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu derlemede, SJS olan hastaların bakımının bir hemşirelik modeli rehber alınarak, hemşirelik süreci doğrultusunda irdelenmesi amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Stevens Johnson Sendromu, hemşirelik bakımı, yaşam modeli

ABSTRACT

Stevens-Johnson Syndrome (SJS) is a rare but life-threatening drug allergy disorder, that causes necrosis of the epidermal cell layer. Almost, all of the individual's systems like bio-physiological, psychological, socio-cultural, and economic dimensions are affected due to the disease. The aim of nursing care of the patient with SJS is to enhance the patient's quality of life by anticipating and diagnosing the possible complications early, and taking accurate and appropriate precautions. This review is aimed at providing guidance to the nurses, based on a nursing model of care guidelines for taking care of patients with SJS.

Keywords: Stevens-Johnson Syndrome, nursing care, model of life

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Stevens-Johnson Syndrome (SJS) is a rare, life-threatening drug allergy syndrome, which causes necrosis and blisters within epidermal layer of skin and mucous membrane. It was first diagnosed in 1922 in two pediatric patients by two American doctors, named Stevens and Johnson who observed skin lesions similar to erythema multiforme, acute purulent conjunctivitis, and severe stomatitis (Önder, Albayrak, Gürlevik, & Aydın, 2010). It is so rare that it is hardly encountered in one or two patients per million. It is highly probable to never come across an individual with this rarely seen disease (Cooper, 2012). The purpose of nursing care of a patient with SJS is to increase the individual's quality of life by ensuring independent performance of activities of daily life and by planning and implementing correct initiatives for early detection of likely complications. This review is aimed to guide the nurses who will take care of patients with this disease by focusing on etiology, epidemiology, symptom findings, treatment, and nursing care of SJS.

Diagnosis of patients with SJS begins with the first encounter and is an ongoing process. Information is gathered from patient by detailed history taking, observations, and physical examination. Accurate and complete data collection is the basis for attaining the proper level of care (Acaroğlu, Şendir, & Kaya, 2012; Birol, 2007).

Nursing history contains information such as age, sex, personal history, family history, having allergy or not, recent medication, negative feelings, past illnesses, work-load, personal and public roles, reasons for consultation, information on the place, beginning and duration of their complaints.

In the Evaluation of Activities of Daily Life;

- Pain, eyelid swelling, eye redness, conjunctivitis, corneal ulcer, dryness, and deterioration of vision, lesions, edema, high fever, drug use,
- Change in emotional state (hopelessness, etc.), change in thought process,
- Respiratory distress, pharyngeal pseudomembranogenesis, allergic rhinitis, sore throat, cough, nasal obstruction, scaling, hemorrhage, nasal mucosal involvement, upper respiratory tract infection,
- Wound formation in the mouth, presence of edema, presence of malnutrition, nutritional type (enteral and parenteral),
- Pain in the genital area, vaginal discharge, the presence of anal erosions,
- Skin constriction, itching, vesiculobullous lesions, black thick scaling on lip and mucous membranes, inflammation in mouth, condition of mouth mucosa, high fever,
- Movement level, problems that may affect movement (eye mucous membrane involvement, muscle and joint pain, fatigue, etc.),
- Interests and hobbies of the individual,
- The presence of wounds that affect the body image,
- Sleep pattern and agitations are diagnosed (CPN, 2012; NCP Blog, 2014).

While collecting this data, bio-physiological, psychological, socio-cultural, environmental, economic and political factors that affect life activities should be considered. Individual problems / nursing diagnoses are defined in the light of this objective and subjective data analyzed and confirmed with observation, interview and physical examination (Birol, 2007; Evans, 2009; Özsaban, & Acaroğlu, 2015; Seczynska, et al., 2013).

Nursing Diagnosis, Results of Nursing Care and Nursing Initiatives;

In a patient with Steven Johnson syndrome, common NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) nursing diagnoses are acute pain, risk of infection, deterioration of skin integrity, changes in oral mucous membranes, and sub-optimal nutrition. Nursing interventions for all these diagnoses should be planned.

Application;

In order to reach the results of nursing care, the initiatives determined in the care plan are reviewed and are applied by making adaptations in line with individual requirements. During the interventions, the honor and confidentiality of the patient is protected, participation is encouraged as much as possible and the patient's answers are recorded by evaluating during the application (Biol, 2007; Carpenito-Moyet, 2010).

Evaluation;

With the nursing interventions implemented, the condition of the patient is assessed, to see whether the expected / goals and results of the planning phase have been achieved. If the problem persists, all phases of the process are looked over to investigate the cause, and changes are made to the care plan in line with the expected requirements (Acaroğlu, et al., 2012).

In conclusion, although, SJS is a rare, life-threatening disease it is becoming important for day to day nursing care. Patients should be carefully evaluated by monitoring closely from the time of admission. In the evaluation, individual factors and environmental factors should be taken into consideration and appropriate nursing care should be planned, implemented, and the results of the care should be evaluated by obtaining the required data.

GİRİŞ

Stevens Johnson Sendromu (SJS) nadir görülen fakat yaşamı tehdit eden ve epidermal hücrelerde nekroz oluşumuna sebep olan bir ilaç alerjisi hastalığıdır. İlk kez 1922 yılında Stevens ve Johnson isimli iki Amerikalı hekim tarafından, iki çocuk olguda, akut pürülan konjonktivit, ciddi stomatit ve eritema multiforme benzeri deri lezyonları ile saptandığı belirtilmiştir (Önder, Albayrak, Gürlevik ve Aydın, 2010). Yılda, bir milyonda bir, ya da iki kişide ancak görülmektedir. Çok nadir görülen bu hastalığa sahip bireyler ile hemşirelerin hiç karşılaşmaması, ya da çok az karşılaşması olağandır (Cooper, 2012). SJS olan hastanın hemşirelik bakımında amaç, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesi ve gelişebilecek komplikasyonları erken belirlenmesine yönelik doğru ve uygun girişimlerin planlanarak uygulanması ile bireyin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu derlemede, SJS'nun etiyolojisi, epidemiyolojisi, belirti bulguları, tedavisi ve hemşirelik bakımına dikkat çekilerek bu hastaların bakımını üstlenecek hemşirelere rehber oluşturmak amaçlandı.

SJS etiyolojisinde enfeksiyonlar, maligniteler, kollenjen doku hastalıkları gibi çok çeşitli faktörler olmasına rağmen en sık neden ilaçlardır. Yüzden fazla ilaç SJS ile ilişkili olmakla birlikte en sık suçlanan ilaçlar antibiyotikler, nonsteroid antiinflamatuvarlar ve antikonvülanlardır (Gerull, Nelle ve Schaible, 2014; Önder ve ark., 2010). SJS'na neden olan ikincil sebep ise enfeksiyonlardır (Borchers, Lee, Naguwa, Cheema ve Gershwin, 2005). Enfeksiyon etkenleri arasında en sık saptanan patojen *Mycoplasma pneumoniae*'dir (Letko ve ark., 2005; Mukasa ve Craven, 2008; Önder ve ark., 2010).

SJS'nun insidansı bir milyonda 1-7 arasındadır. Her iki cinsiyette görülmekle birlikte, kadın erkek oranı 1/1.5'dir. Hastalık daha çok çocukları ve gençleri etkilemektedir. İmmün yetmezliği olan (AIDS, lenfoma), otoimmün hastalığı olan, beyin tümörü nedeniyle radyoterapi ve antikonvülan tedavi uygulanan hastalarda risk yüksektir. Vakaların yaklaşık %5-15'i ölümcül seyrederek (Cooper, 2012; Gerull ve ark., 2014; Önder ve ark., 2010).

SJS ateş, öksürük, kas ve eklem ağrıları ile kırgınlığı içeren 1-14 günlük prodrom faz içerir. Üst solunum yolu enfeksiyonu ile karıştırılan bu belirtileri genellikle, mukozal tutulum izler (Alpsoy, Dicle ve Akman-Karakaş, 2010). Bazal tabakadaki hücre ölümleri sonucu dermo-epidermal bileşkede ayrışma ve bunu takiben bül oluşumu görülür. Bu bülün lateral kısmına uygulanan hafif bir basınçla nekrotik epidermiste soyulma meydana gelir. Bu duruma (+) Nikolsky bulgusu denir. Bu bulgunun varlığı ayırıcı tanıyı gösterir (Borchers ve ark., 2005; Gerull ve ark., 2014; Letko ve ark., 2005; Önder ve ark., 2010). Hastaların yaklaşık %90'unda muköz membranlar tutulur. Ağrılı erozyonlar en sık ağız mukozasında görülmekle birlikte göz, genitoüriner sistem, gastrointestinal sistem ve respiratuar sistem de etkilenebilmektedir (Mukasa ve Craven, 2008). Hastaların yaklaşık %60'ında göz tutulumu mevcuttur. Göz bulguları akut konjonktiviten, korneal ülserasyon ve körlüğe kadar gelişebilmektedir (Letko ve ark., 2005; Önder ve ark., 2010).

Özellikle ağızda büllerin açılmasıyla yaygın hemorajik görünüm ortaya çıkar. Dudaklar karakteristik olarak aşırı miktarda hemorajik yapıda krutlarla kaplıdır. Hastaların neredeyse tamamında ağız ve dudakların membran tutulumu mevcuttur. Lezyonlar ağrılıdır ve hastalarda yeme içme bozukluğuna sebep olmaktadır (Alpsoy ve ark., 2010; Cooper, 2012; Evans, 2009). Burun tikanıklığı, kabuklanma, kanama, burun mukozası tutulumu sonucu gelişebilir. Genital bölgede ağrılı hemorajik büller üriner retansiyona yol açabilir. Kadınlarda son derece şiddetli ağrı gözlenebilir. Anal erozyon daha nadir ortaya çıkar (Alpsoy ve ark., 2010; Letko ve ark., 2005; Mukasa ve Craven, 2008).

SJS nadir olarak karşılaşılan bir hastalık olmasına rağmen hemşirelik bakımının önem kazandığı hastalıklardandır. Bireyin hemen hemen bütün sistemleri ve biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, ekonomik boyutlarının tümü etkilenmektedir. Bu bireylerde, hemşirelik öyküsü ve tanılama bakımın temelini oluşturur. Birey, hastalığın belirtileri açısından dikkatle izlenmeli ve bakım planındaki uygulamalar, bireyin değişen gereksinimlerini yansıtmalıdır. SJS olan hastaya bireysel ve bütüncül yardımın sağlanması için hemşirelik bakımı

Roper Logan Tierney'in Yaşam Modeli rehberliğinde ve hemşirelik sürecinin doğrultusunda incelenmiştir (Acaroğlu ve ark., 2012; Birol, 2007).

SJS Olan Bir Hastanın Bakımı

Tanımlama

SJS olan bireyin tanılanması, ilk karşılaşmada başlar ve aralıksız devam eder. Gözlem, görüşme ve fizik muayene gibi veri toplama yöntemleri ile hastadan ayrıntılı bilgi toplanır. Verilerin doğru ve eksiksiz toplanması bakımın amacına ulaşması için temeldir (Acaroğlu ve ark., 2012; Birol, 2007).

Hemşirelik Öyküsü

Yaş, cinsiyet, öz-geçmişi, soy-geçmişi, alerjisinin olup olmadığı, son dönemde kullandığı ilaçlar, olumsuz duygusal durumları, geçirdiği hastalıklar, iş yükü, bireysel ve toplumsal rolleri, sağlık bakımı kurumuna başvurma nedenleri, şikâyetlerinin yeri, başlangıcı, süresine ilişkin bilgileri içerir. Ayrıca hemşirelik öyküsü alınırken günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmelidir.

Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde ise;

- Ağrı, göz kapaklarında şişlik, gözlerde kızarıklık, konjektiva, korneal ülser, kuruluk ve görme bozulma, lezyonlar, ödem, yüksek ateş, ilaç kullanımı,
- Duygu durumunda değişiklik (umutsuzluk vb.), düşünce sürecinde değişim,
- Solunum güçlüğü, farenkste pseudomembran oluşumu, alerjik nezle (rinit), boğaz ağrısı, öksürük, burun tıkanıklığı, kabuklanma, kanama, burun mukozası tutulumu, üst solunum yolu enfeksiyonu,
- Ağızda yara oluşumu, ödem varlığı, malnütrasyon varlığı, beslenme şekli (enteral paraneal),
- Genital bölgede ağrı, vajinal akıntı, anal erozyonların varlığı,
- Deri bütünlüğü, kaşıntı, vezikobüller lezyonlar, dudak ve mukoz membranlar da siyah kalın kabuklaşmalar, ağızda iltihaplanma, ağız mukozasının durumu, yüksek ateş,

- Hareket düzeyi, hareketi etkileyebilecek sorunlar (gözde mukoz membran tutulumu, kas ve eklem ağrısı, halsizlik vb.)
- Bireyin ilgi alanları ve hobileri,
- Beden imajını etkileyebilecek yaraların varlığı,
- Uyku düzeni alışkanlıkları, ajitasyon belirtileri tanımlanır (CPN 2012; NCP Blog 2014).

Bu veriler toplanırken, yaşam aktivitelerini etkileyen biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politikoekonomik faktörler dikkate alınmalıdır. Kabul tanılanmasından gözlem, görüşme ve fizik muayene ile elde edilen ve doğrulanarak analiz edilen bu objektif ve subjektif veriler ışığında bireyin sorunları/hemşirelik tanıları belirlenir (Birol, 2007; Evans, 2009; Özsaban ve Acaroğlu, 2015; Seczynska ve ark., 2013).

Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımının Sonuçları ve Hemşirelik Girişimleri

Steven Johnson Sendromu olan hastada, bireysel farklılıklar göstermekle birlikte, sıklıkla görülen NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) hemşirelik tanıları (akut ağrı, enfeksiyon riski, deri bütünlüğünde bozulma, oral mukoz membranlarda değişim, beden gereksiniminden az beslenme) ve bu tanımlara yönelik hemşirelik bakımı sonuçları ve hemşirelik girişimlerin olarak sıralanabilir.

Ağrı

Tanımlayıcı Özellikler: Hastanın ağrısı olduğunu ifade etmesi, sayısal ağrı puanı: 5 ve üzeri.

İlişkili faktörler: Vücuttaki lezyonlar, açık yaraların varlığı, ödem.

Amaç / Beklenen Hasta Sonuçları: Hasta rahatladığını ifade edecek, sayısal ağrı puanı normal sınırlar içerisinde olacak.

Hemşirelik Girişimleri: Ağrının yeri ve şiddeti, niteliği, ağrıyı arttıran/azaltan faktörler değerlendirilir, vücudundaki açık yaralara doğrudan baskı yapabilecek uygulamalar kısıtlanır, ağrıya karşı oluşan ajitasyon ve huzursuzluk durumları gözlemlenir, uygulanacak tüm

girişimler öncesinde bireye açıklama yapılır, bireye bağlanan cihazların kablo ve bağlantı sistemlerinin yerleri kontrol edilerek bunların bireye zarar veremeleri engellenir, bireye rahat edebileceği uygun pozisyon verilir, ortamdaki uyaranlar azaltılır, gereksiz gürültü engellenir, hekimle iş birliği içerisinde isteme uygun sedasyon/analjezik ilaçlar uygulanır (Biol, 2007; Carpenito-Moyet, 2005; Carpenito-Moyet, 2010; Cooper, 2012; Gerull ve ark., 2014; Seczynska ve ark., 2013; Terzi, Sönmez-Düzkaya ve Yakut, 2015).

Enfeksiyon Riski

İlişkili faktörler: Vezikobüller lezyonlar, açık yaraların varlığı, kaşıntı, mukoz membranda kabuklaşma.

Amaç / Beklenen Hasta Sonuçları: Hastada enfeksiyon belirti ve bulguları gözlenmeyecek.

Hemşirelik Girişimleri: Vücuttaki açık yaralara uygun pansuman malzemeleri ile cerrahi aseptik ilkeler doğrultusunda, pansuman yapılır, hasta enfeksiyona neden olabilecek etmenlerden korunur, vücut ısısında artış, ağrı gibi enfeksiyonun belirti ve bulguları izlenir, tüm invaziv girişimlerde (arteryal / santral / venöz kateter, üretral kateter takılması vb.) cerrahi aseptik tekniğe uyulmasına özen gösterilir. Ünitelerde nozokomiyal enfeksiyonu olan bireylerin izole edilmesi sağlanır, bu bireylerin tüm atık materyallerinin (pansuman atıkları, çarşaf takımları, alt bezleri, idrar ve feçes atıkları vb.) ayrı bir yerde toplanarak uygun yöntemlerle imha edilmesi sağlanır (Biol, 2007; Carpenito-Moyet, 2005; Cooper, 2012; Evans, 2009; Gerull ve ark., 2014; Seczynska ve ark., 2013).

Deri Bütünlüğünde Bozulma

İlişkili Faktörler: Vezikobüller lezyonlar, açık yaraların varlığı, gözlerde şişlik, ödem, malnütrisyon.

Amaç / Beklenen Hasta Sonuçları: Hasta bakıma katılımda istekli olacak, deri bütünlüğünün devamlılığı sağlanacak.

Hemşirelik Girişimleri: Mukozal tutulumun oluşabileceği bölgeler sık sık kontrol edilir, hasta genital bölgede oluşabilecek mukozal tutulum hakkında

bilinçlendirilir ve bu bölgenin sık aralarla kontrol edilmesi sağlanır, eğer yara oluşmuşsa uygun şekilde pansuman yapılır. Pansuman malzemeleri bireyin cilt durumuna uygun şekilde seçilir. Pansumanların temiz ve kuru tutulması, kirlendiğinde derhal değiştirilmesi sağlanır. Bireye belirli aralıklarla pozisyon verilir. Bireyin cilt temizliğine ve cildin nemlendirilmesine özen gösterilir. Yatak çarşaflarının düzgün ve temiz olması sağlanır. Atel, alçı gibi ortopedik tedavi araçlarının deri bütünlüğünü bozmasını engelleyici önlemler alınır (Biol, 2007; Carpenito-Moyet, 2005; Carpenito-Moyet, 2010; Cooper, 2012; Evans, 2009; Gerull ve ark., 2014; Seczynska ve ark., 2013).

Oral Mukoz Membranda Değişim

Tanımlayıcı Özellikler: Ağız içinde ve dudaklarda yaygın ülserasyonlar.

İlişkili Faktörler: SJS varlığı.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın ağız membran bütünlüğü ve nemliliği sağlanacak, ağızdaki ağrılı durum azaltılacak, hasta beslenme ve sıvı almayı sürdürebilecek.

Hemşirelik Girişimleri: Ağız membranının nemliliği ve temizliğini sağlamak için bireylerde ağız bakımı 4-8 saatte bir, solunum yolu enfeksiyonlarını azaltan solüsyonlar (%0.12'lik klorheksidin glukonat, povidon iyot gibi), ya da serum fizyolojik solüsyonu ile yapılır. Ağız boşluğunun tamamı (yanak mukozası, dişlerin üzeri ve altı, dil üzeri ve altı, damak) iyice temizlenir. Oral mukozaya sık aralıklarla değerlendirilir. Turunçgiller gibi iritasyona neden olan yiyeceklerden kaçınması söylenir, hafif ve yumuşak bir diyet düzenlenir. Hasta ağız bakımını yapabilecek düzeyde ise dişlerini fırçalamasına yardım edilir. Gargara solüsyonlarla ağız içini çalkalamaları sağlanır (Biol, 2007; Carpenito-Moyet, 2010; Cooper, 2012; Gerull ve ark., 2014; Seczynska ve ark., 2013; Terzi ve ark., 2015).

Beden Gereksiniminden Az Beslenme

Tanımlayıcı Özellikler: Beden kitle indeksinin 18.5 kg/m²'nin altında olması.

İlişkili Faktörler: Ağızda oluşan mukozal tutulum nedeniyle, ödem, yorgunluk, ağrı.

Amaç / Beklenen Hasta Sonuçları: Hasta yeterli beslenecek, vücut ağırlığını koruyacak, yutma yeteneğinin geliştiğini ifade edecek.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın, boyu, kilosu, 24 saatlik beslenme biçimi, yeterli sıvı alıp almadığı, kilo kaybına ilişkin faktörler, aktivite düzeyi, besinler hakkındaki bilgisi, fizyolojik risk faktörleri, psikolojik durumu, kullandığı ilaç ve yan etkileri, laboratuvar bulguları incelenerek yetersiz beslenme durumu değerlendirilir. Dengeli beslenme ve besin öğelerinin önemi açıklanır, diyetisyenle iş birliği yapılarak uygun kalori ve besin gereksinimleri saptanır, gerekirse proteinden zengin oral alıma uygun mamalarla beslenmesi sağlanır, oral alımın yeterli olmadığı düşünülüyorsa hekimle işbirliği yapılarak parenteral beslenmesi sağlanır (Biol, 2007; Carpenito-Moyet, 2010; Cooper, 2012; Çoker, 2006; Gerull ve ark., 2014; Seczynska ve ark., 2013).

Uygulama

Hemşirelik bakımının sonuçlarına ulaşmak için bakım planında belirlenen girişimler gözden geçirilir, bireyin

gereksinimlerindeki değişimler doğrultusunda uyarlamalar yapılarak uygulanır. Girişimler sırasında hastanın onuru ve gizliliği korunur, mümkün olduğunca uygulamalara katılımı sağlanır ve uygulama sırasında hastanın yanıtları değerlendirilerek kaydedilir (Biol, 2007; Carpenito-Moyet, 2010).

Değerlendirme

Uygulanan hemşirelik girişimleri ile planlama aşamasında beklenen/amaç ve sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı, dolayısıyla sorunun durumu değerlendirilir, sorun devam ediyor ise nedenini araştırmak üzere sürecin tüm aşamaları gözden geçirilir ve beklenen gereksinimler doğrultusunda bakım planında değişiklikler yapılır (Acaroğlu ve ark., 2012).

Sonuç olarak; SJS nadir görülmesine rağmen yaşamı tehdit eden bir hastalık olması nedeniyle hemşirelik bakımının önem kazandığı bir hastalıktır. Hastalar kabulden itibaren dikkatli bir şekilde izlenerek değerlendirilmelidir. Değerlendirmede, bireysel faktörler ve çevresel faktörler dikkate alınmalı ve elde edilen veriler doğrultusunda sorunlar belirlenerek uygun hemşirelik bakımı planlanmalı, uygulanmalı ve bakımın sonuçları değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

- Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Kaya, H. (2012). Hemşirelik süreci. K. Babadağ, T. Atabek-Aştı (Eds.), *Hemşirelik esasları uygulama rehberi* içinde (s. 8-20). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Alpsoy, E., Dicle, Ö. ve Akman-Karakaş, A. (2010). Steven-Johnson Sendromu ve toksik epidermal nekroliz. *Türkderm*, 44(4), 180-186.
- Biol, L. (2007). *Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.
- Borchers, A. T., Lee, J. L., Naguwa, S. M., Cheema, G. S., & Gershwin, M. E. (2005). Steve Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Autoimmunity Reviews*, 7(8), 598-605.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2005). *Hemşirelik tanıları: El kitabı* (F. Erdemir, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2010). *Handbook nursing diagnosis*. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Care Plan Nursing (CPN) (2012). Impaired Skin Integrity Nanda Nursing Diagnosis - Stevens-Johnson Syndrome (SJS) - Retrieved from <http://careplannursing.blogspot.com/2012/01/impaired-skin-integrity-nanda-nursing.html> (06.07.2015).
- Cooper, K. L. (2012). Drug reaction, skin care, skin loss. *Critical Care Nurse*, 32(4), 52-59.
- Çoker, A. (2006). İmmünonutrisyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 40-44.
- Evans, J. (2009). Topical treatment protocol for Steven-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A brief report. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 36(5), 509-511.
- Gerull, R., Nelle, M., & Schaible, T. (2014). Toxic epidermal necrolysis and Stevens Johnson syndrome: A review. *Critical Care Medicine*, 39(6), 1521-1532.
- Letko, E., Papaliadis, D. N., Papaliadis, G. N., Daoud, Y. J., Ahmed, A. R., & Foster, C. S. (2005). Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A review of the literature. *Annals of Allergy Asthma & Immunology*, 94(4), 419-436.
- Mukasa, Y., & Craven, N. (2008). Management of toxic epidermal necrolysis and related syndromes. *Postgraduate Medical Journal*, 84(988), 60-65.
- Nursing Care Plan (NCP Blog) (2014). Stevens-Johnson syndrome (SJS) - 4 Nursing Diagnosis and Interventions Retrieved from <http://ncp-blog.blogspot.com.tr/2014/10/stevensjohnson-syndrome-sjs-4-nursing.html> (06.07.2015).
- Önder, E., Albayrak, H., Gürlevik, Z. ve Aydın, Y. (2010). İlaçlara bağlı Steven Johnson Sendromu. *Düzce Tıp Dergisi*, 12(1), 98-103.

Özsaban, A. ve Acaroğlu, R. (2015). Yoğun bakım hastalarında deliryum ve yaşam modeli doğrultusunda bakımı. *Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 146-151.

Seczynska, B., Nowak, I., Sega, A., Kozka, M., Wodkowski, M., Królikowski, W., ... Szczeklik, W. (2013). Supportive therapy for a patient with toxic epidermal necrolysis undergoing plasmapheresis. *Critical Care Nurse*, 33(4), 26-38.

Terzi, B., Sönmez-Düzkaya, D. ve Yakut, T. (2015). Olgu sunumu: Stevens-Johnson Sendromlu çocuğun hemşirelik bakımı. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(4), 284-289.

Hemşirelerde Kültürel Yeterliliği Geliştirmeye Yönelik Yaklaşım ve Öneriler

Approaches and Recommendations for Improving The Cultural Competence in Nursing

Gülbu Tanrıverdi¹



DOI: 10.17672/fnjn.343261

¹Prof. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Çanakkale, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:
Gülbu Tanrıverdi,
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,
Terzioğlu Kampüsü, Çanakkale, Merkez, Türkiye
Telefon/Phone: +90 286 218 1397/2443, 2616
Faks/Fax: +90 286 218 1379
E-posta/E-mail: gulbu.tanriverdi@gmail.com, gulbu@comu.edu.tr

Geliş tarihi/Date of receipt: 27.07.2016
Kabul tarihi/Date of acceptance: 26.05.2017

Atıf/Citation: Tanrıverdi, G. (2017). Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 227-236. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343261>

ÖZ

Artan kültürel çeşitlilik, hemşireleri farklı kültürden gelen hastalara bakım vermek durumunda bırakmaktadır. Farklı kültürden gelen sağlıklı ve hasta bireylere bakım veren hemşirelerin, kültürel farklılıklardan doğabilecek bakım gereksinimlerini göz ardı etmeyen bütüncül bir yaklaşımla bakım vermeleri gerekmektedir. Kültürel gereksinimlere uygun bir bakım verilebilmek, ancak kültürel yeterliliğe sahip olmakla mümkündür. Bu bağlamda hemşirelerin kültürel yeterlilik geliştirmeye istekli olmaları, kültürel bilgilerini, becerilerini, farkındalıklarını ve duyarlılıklarını artırmak için çaba göstermeleri gerekmektedir. Hemşirelerin kültürel yeterliliğini geliştirmeye yönelik yaklaşım ve önerileri içeren Türkçe literatür oldukça sınırlı olup bu derlemenin bu alandaki boşluğu kapatmada önemli olacağı düşünülmektedir. Bu derlemenin amacı, kültürel yeterliliğin önemine ve nasıl geliştirileceğine yönelik yaklaşım ve önerilerle hemşirelerde bir farkındalık oluşturulmasına katkı sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, kültürel yeterlilik, geliştirme, yaklaşım, öneri

ABSTRACT

The increasing cultural diversity around the globe requires nurses to be able to provide care to patients belonging to many different cultures. Nurses should be able to maintain a holistic approach toward caring for both patients and healthy individuals from different cultures so as not to ignore individual needs arising from cultural differences. To provide proper care according to cultural needs, a nurse necessarily requires a certain level of cultural competence. In this context, nurses are expected to enhance their cultural awareness and sensitivity to develop cultural competence, knowledge, and skills. This review aims to help fill the gap that exists in this area. It will also contribute to raising awareness among nurses about the importance of cultural competence by offering several new approaches to and suggestions for improving their caregiving skills in a culturally diverse world.

Keywords: Nurse, cultural competence, improving, approaches, recommendations

EXTENDED ABSTRACT

Cultural competence in nursing aims to make healthcare services more accessible, acceptable, and effective for people from diverse ethno-cultural communities. Furthermore, it seeks to increase the efficiency in health and social services by avoiding redundant and inconvenient health services (Kirmayer, 2012; Olavarria, Beaulac, Bélanger, Young, & Aubry, 2009). Cultural competence is one of the main components of good quality healthcare delivery (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand 2003; Gallagher, 2011; Lehman, Fenza, & Hollinger-Smith, 2005; Leininger, & McFarland, 2002). Providing care in a culturally competent manner reaps significant outcomes for nurses, their patients, and the patients' families. The results of caregiving in a culturally competent way include an increase in positive health outcomes, higher recovery ratios, an increase in patient satisfaction levels, and an increase in caregiver job satisfaction. It also increases equality in care across the patient demographic and lowers caregiver exhaustion, job stress, and prejudice (Anderson, et al. 2003; Lehman, Fenza, & Hollinger-Smith 2005). The positive significance of culturally competent nursing for individuals, parents, and caregivers cannot be understated.

To date, the published literature does not include any Turkish studies discussing various approaches and suggestions for the further development of cultural competence in nursing. Regarding this, the present collected work is poised to raise awareness in Turkey regarding the importance of nurses developing and improving their cultural competency skills. Cultural competence is a developmental process; there are various approaches and suggestions for improving healthcare in this field (Goode, Dunne, & Bronheim, 2006). The existing literature discusses how cultural competence can be developed in many ways such as cultural immersion programs, service learning, in-class and online learning, DVDs, and individual and group learning initiatives (Kiviharju, & Koivumäki, 2012). The same literature also proposes the use of models and guides that highlight various concepts that are vital to the process of developing cultural competence, including increased cultural knowledge, awareness, sensitivity, desire, and encounters (Campinha-Bacote, 2002; Kiviharju, & Koivumäki, 2012). To increase cultural knowledge, the literature suggests the use of transcultural nursing models, guides, and tools; research, project reports, novels, and videos about different cultures; travels to different countries; and exchange programs, observations, interviews, photographs, travel reports, and movies (Tanriverdi, & Karaca-Sivrikaya, 2014).

A comprehensive approach using concepts such as "learn, ask, avoid polarization, and empathize" is suggested as an excellent method of acquiring cultural knowledge (Marshal, 2005). In addition to cultural knowledge, nurses are expected to develop cultural awareness of misperceptions such as ethnocentrism, prejudice and judgment, discrimination, stereotyping, cultural imposition, and cultural ignorance. Nurses also need to understand in-group communication patterns and processes. To improve cultural competence, nurses need to be able to identify cultural differences, evaluate their own cultural capacity, be aware of cultural dynamics during interpersonal interactions, and internalize cultural knowledge (Haarmans, Noh, & Munger, 2004).

As the founder of the transcultural nursing movement in education research and practice, Leininger emphasizes the significance of the following issues for nurses, saying that nurses should be informed about the culture of their patients and families; the use of theory or conceptual perspectives should be applied in cultural care. Leininger also mentioned that effective and culturally appropriate communication must be practiced and that evaluating an individual and the individual's environment as a unit is important, along with cooperative and sensitive behavior toward the patient. Leininger's Sunrise Model identifies three nursing decision and action modes needed to achieve culturally congruent care: cultural preservation or

maintenance, cultural care accommodation or negotiation, and cultural care re-patterning or restructuring (Leininger, & McFarland 2002).

We can understand these modes further by looking at the following case as an example: A woman brings her baby to a primary healthcare center for heel lancing. The baby is swaddled and has a small booklet of the Quran, a "cevşen," an evil eye, and an amulet inside the swaddling. According to Leininger's cultural care preservation or maintenance code, the nurse should allow the mother to re-swaddle her baby and replace the talismans in the swaddling after examination; the nurse should not behave ethnocentrically toward the mother or react negatively to the mother's cultural behavior. The nurse should allow the mother to explain the cultural background of her practices, and only then should the nurse offer an explanation of the potential damage that these behaviors might cause to the baby's health. The nurse should pursue negotiation and consensus with the mother. After listening carefully to each other's explanations, the nurse and the mother can use re-patterning or restructuring to define a new behavior pattern that is culture appropriate and also not harmful to the baby's health. The mother and the nurse strive for effective communication; they listen to each other, and negotiate as necessary to achieve a common goal. The nurse is respectful of the mother's culture; she shows cultural sensitivity, manages cultural conflict, does not experience cultural shock, and is able to evaluate the mother through cultural relativity. In this way, she prevents the formation of a cultural gap, which in turn obviates cultural conflict and any cultural pain that may arise for the mother. To conclude, a culturally competent approach is a significant part of nursing care. Nurses should make efforts to develop their cultural competence.

GİRİŞ

Artan kültürel farklılıklar nedeniyle, sağlık bakım sağlayıcıları birden fazla kültürle karşılaşmak ve bakım vermek durumunda kalmaktadır. Sadece hastalar değil sağlık bakım sağlayıcıları da farklı kültürlerden gelebilmektedir (Chen ve Wang, 2015; Davidson, Daly, Meleis ve Douglas, 2003). Sağlık bakım sağlayıcıları arasında hastalarla en uzun süre iletişimde kalan grup olan hemşireler, farklı inanç ve kültürdeki hastalarla etkin iletişime geçme ve bütüncül bir yaklaşımla bakım verme sorumluluğuna sahiptirler (Chen ve Wang, 2015). Kültürel yeterlilik hemşirelerin kararlarını, uygulamalarını ve sonucunda hemşirelik bakımının kalitesini etkilemektedir (Gebru ve Willman, 2003). Kültürel yeterli yaklaşımı göz ardı eden hemşirelik bakımının, bireye yarar yerine zarar verebileceği vurgulanmaktadır (Leininger ve McFarland, 2002). Literatür kültürel yeterliliğin, sağlık bakım kalitesinin önemli bileşenlerinden biri olduğunu ve sağlık bakım çıktıları üzerinde iyileştirici etkisi olduğunu belirtmektedir (Anderson ve ark. 2003; Gallagher, 2011; Lehman, Fenza ve Hollinger-Smith, 2005; Leininger ve McFarland, 2002). So-Yun ve Kyung-Sook (2014) Kore'de yaptıkları çalışmada kültürel yeterliliğin, hemşirelerin tükenmişliği üzerindeki önemli belirleyicilerden biri olduğunu, çoklu kültürdeki hasta ve ailelere bakım verirken kültürel yeterliliği göz ardı eden hemşirelerde iş stresi ve tükenmişliğin arttığını ve bunun da hizmetin kalitesine olumsuz yansıdığını belirtmişlerdir. Lehman, Fenza ve Hollinger-Smith (2005) kültürel yeterli bakımın hasta memnuniyeti, çalışanın iş memnuniyeti ve işe bağlılığını da artırdığı saptamışlardır. Anderson ve ark. (2003) klinik etkiyi artırma, hizmetle personeli destekleme ve birey memnuniyetini artırma gibi olumlu sonuçların ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Goode, Dunne ve Bronheim (2006) ise kültürel ve dil yeterliliğinin birey, aile ve topluma olumlu etkilerini şu başlıklar altında özetlemişlerdir:

- Bakımın kalitesi ve etkinliği artar.
- Sağlık çıktıları ve iyileşme artar.
- Hasta ve bakım verenlerin iletişiminin etkinliği artar.

- Hasta ve bakım verenlerin memnuniyeti artar.
- Bakım verenlerin bilgi ve becerisi artar.
- Karşılıklı saygı ve ortak karar verme artar.
- Sağlık ve mental sağlık eşitsizlikleri azalır.
- Ölüm ve hastalığın orantısız yükü azalır.
- Sistem maliyeti azalır.
- Önyargı ve ayrımcılık azalır.

Tüm bunların yanı sıra kültürlerarası hemşireliğin kurucusu Leininger da kültüre özgü bakımın bireyin memnuniyetini ve klinik etkiyi artırdığına ve çabuk iyileşmesine katkı sağladığına vurgu yapmıştır (Leininger ve McFarland, 2002).

Bu bağlamda öncelikle şu soruya yanıt aranması gerektiği düşünülmektedir: Kültürel yeterlilik geliştirilebilir mi? Yapılan araştırmalar, hemşirelere ve hemşirelik öğrencilerine kültürel yeterliliğin planlı girişimlerle kazandırılabilirliği yönündedir. Kiviharju ve Koivumäki (2012) yaptıkları sistematik incelemeye 18 araştırma dahil etmiş ve bu araştırmaların 15'inde hem hemşire hem de hemşirelik öğrencilerinde eğitim girişimleri yoluyla kültürel yeterliliğin geliştirileceğini saptamışlardır. Özellikle kültürel daldırma (immersiyon) programları, topluma hizmet odaklı öğrenme (service-learning), sınıf içi ve online öğrenme, DVD'ler ve diğer yayınları kapsayan öğrenme metodlarının etkili olduğu saptanmıştır (Kiviharju ve Koivumäki, 2012). Gallagher (2011) yaptığı meta analizde bireysel eğitim girişimlerinin kültürel yeterliliği kazandırma üzerinde etkili olduğunu saptamıştır. Yine Beach ve ark. (2005) yaptıkları literatür incelemesinde 34 girişim programının sağlık bakım sağlayıcılarının kültürel yeterliliğinin geliştirdiğine yönelik saptama yapmışlardır. Berlin, Nilsson ve Törnkvist (2010) İsveç'te birinci basamak çocuk sağlığı bakım birimindeki 51 hemşire üzerinde yaptıkları randomize kontrol gruplu çalışmada, kültürel yeterliliği geliştirmek için yapılan üç günlük eğitimin göçmen ailelerin çocukları arasında sağlık eşitsizliklerini azaltarak sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Literatür hem hemşirelerde hem de hemşirelik öğrencilerinde kültürel yeterliliğin geliştirilebileceğini

ortaya koymaktadır. Bu bağlamda hemşirelerde kültürel yeterliliğin nasıl geliştireceğine yönelik yaklaşım ve önerilerin ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Türkiye'den hemşirelikte kültürel yeterliliğin geliştirilmesine yönelik Türkçe literatür yok denecek kadar sınırlıdır. Bu derlemenin bu anlamda önemli olduğu ve bu alanda bir boşluğun doldurulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kültürel Yeterlilik Geliştirme Süreci

Kültürel yeterlilik, farklı etnik-kültürel toplumlardaki insanlar için sağlık bakım hizmetlerini daha kabul edilebilir ve etkili hale getirmeyi, gereksiz ve uygunsuz hizmetlerin kullanımını azaltarak, sağlık ve sosyal hizmetlerin verimliliğini artırmayı hedeflemektedir (Kirmayer, 2012; Olavarria, Beaulac, Bélanger, Young ve Aubry, 2009). Kültürel yeterlilik uzun bir sürede ortaya çıkan gelişimsel bir süreçtir. Bireyler ve kurumlar kültürel yeterlilik süresince farkındalık, bilgi ve beceri kazanabilmektedir (Goode, Dunne ve Bronheim, 2006). Kültürlerarası yeterlilik öncelikle farklı kültürel özelliklere sahip kişileri tanıma ve anlama isteği ile başlamaktadır. Kültürlerarası yeterlilik üç şekilde gerçekleşmektedir.

1. Temel yeterlilik: Amaçlara ulaşmak için yeni çevreye etkin bir şekilde uyum sağlamaya yarayan genel yeteneği ifade etmektedir.
2. Toplumsal yeterlilik: Başkalarının duygularını sezebilme, toplumsal rol üstlenme, bilişsel karmaşıklık ve etkileşimi yönetebilme yeteneklerini kapsamaktadır.
3. Bireylerarası yeterlik: Başarılı biçimde iletişim yolu ile amaçlara ulaşabilme ve görevleri yerine getirebilme yeteneğini açıklamaktadır (Temel-Eğimli, 2011).

Kültürlerarası yeterliliği geliştirme sürecine yönelik literatürde farklı yaklaşım ve önerilere yer verilmiştir. Campinha-Bacote Modeli'nde kültürel yeterliliğin; kültürel bilgi, kültürel istek, kültürel beceri, kültürel farkındalık ve kültürel karşılaşmalarla gelişebileceği açıklanmıştır (Campinha-Bacote, 2002; Kiviharju ve

Koivumäki, 2012). Campinha-Bacote kültürel farkındalık kavramıyla "ben diğer kültürlerle yönelik önyargılarımın yanı sıra ırkçılık ve diğer öğretilerimin duygularımın farkında mıyım" sorusunun; kültürel beceri kavramıyla, "benim duyarlı bir kültürel değerlendirme yapma becerim var mı" sorusunun; kültürel bilgi kavramıyla, "ben farklı kültürler ve etnik grupların yanı sıra biyokültürel ekoloji alanında bir dünya görüşü hakkında bilgiye sahip miyim" sorusunun; kültürel karşılaşma kavramıyla, "ben kendimden farklı olan bireylerle yüz yüze veya farklı bir iletişim şekliyle karşı karşıya gelebilir miyim" sorusunun; kültürel istek kavramıyla da "ben gerçekten kültürel yeterliliğe sahip olmak istiyor muyum" sorusunun yanıtını aramaktadır (Dean, 2010). Literatürde hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirebilmek için "kültürel bilgi", "kültürel farkındalık" ve "kültürel duyarlılığın" geliştirilmesine odaklanılmıştır (Papadopoulos ve Lees, 2002; Papadopoulos, Tilki ve Lees, 2004). Bu üç kavramın nasıl geliştirileceği literatür doğrultusunda ele alınmıştır.

Kültürel Bilgi Nasıl Geliştirilir?

Farklı kültürler hakkında bilgi sahibi olmak anlamına gelen kültürel bilgi; hemşirelere etkili hemşirelik bakımı sunma ve karşıdaki bireyin davranışlarını anlamada önemli katkı sağlar (Degazon, 1996). Kültürel bilginin geliştirilmesi için kültürlerarası hemşirelik modelleri, rehberleri, araçlarının yanı sıra farklı kültürleri konu alan araştırmalar, proje raporları, roman, videolar, farklı kültürlerle yapılan seyahatler, değişim programları, gözlem, görüşme, fotoğraflar, gezi raporları, filmler ve birçok farklı yöntemler kullanılabilir. Bu amaçla en yaygın kullanılan başta Leininger'ın Gündoğumu Modeli olmak üzere Kültürlerarası Hemşirelik modelleridir (Tanrıverdi ve Karaca-Sivrikaya, 2014). Kültürel bilgiye ulaşırken "öğren, sor, kutuplaşmadan sakın ve empati yap" gibi kavramlara odaklanan bir yaklaşım önerilmektedir. Öncelikle kişinin kendini tanıması diğer kültürlerle ait kaynakları okuması gerekmektedir. Kendi önyargılarını ve stereotip davranışlarını tanıması önemli bir aşamadır.

Bilgiyi toplamak için açıklamalar yapmak, sorular sormak, tutum ve davranışların nedenlerini bulmak için derinlemesine araştırmalar yapmak, kültürel bilgiyi öğrenmeye gönüllü olduğunu göstermek önemli bir süreçtir. Yine kültürel bilgiyi toplarken aktarılan bilgiyi ve hareketleri yorumlamadan, yargılamadan anlaşılacak şeyin doğru olduğundan emin olarak kültürel bilgi toplanmalıdır. Sorular açık bir şekilde sorulmalı, argo, günlük yaşama ait ve yanlış anlaşılacak karışık ifadeler kullanılmadan kültürel bilgi toplanmalıdır. Kültürel bilgi toplarken diğer seçenekleri ya da diğer bakış açıları da sorgulamak gereklidir. Kültürel bilgi toplarken kişilerin farklı bakış açıları sorulmalı, tartışmaya girilmemeli ve savunma yapılmamalıdır. Bakış açısı ya da görüş savunma dürtüsüyle ortaya konulmamalıdır. Farklı değerlerle karşıt görüş olmak kabul edilmeli, kutuplaşmadan sakınılmalıdır. Sözcükler sadece dinlenmemeli, arkasındaki anlamlar hissedilmeye çalışılmamalıdır. İfade edilen güçlü duygular doğru lanmalı ve kabul edilmelidir (Marshal, 2005).

Kültürel Farkındalık Nasıl Geliştirilir?

Kültürel farkındalık geliştirecek bireyin, kendi kültürel özelliklerinin dışında kültürel normlarının ve değerlerinin olduğunu farkına varabilmesi için öncelikle kendi kültürel sınırlarından kurtulması; kültürlerarası konularda yanlış iletişim, yanlış yorumlama, yanlış değerlendirme gibi olumsuzlukları azaltmak için çaba göstermesi ve farklılıkların dinamiklerini çözümülemesi gerekmektedir (Temel-Eğinli, 2011). Haarmans, Noh ve Munger (2004) kültürel yeterlilikte bireye yönelik kazanılması gereken farkındalıklardan bazılarını şöyle belirtmiştir: Bireyin kültürel miras, kültürel değer, önyargı, ırkçı, cinsiyetçi ya da diğer zararlı tutumlarının farkında olması; etnik ve kültürel tanımlarla ilişkili öz tanımlama yapabilmesi; kendi geçmiş, deneyim, değer ve önyargılarının yanında bunların etkilerinin farkında olması; kültürel aktarım ve karşı aktarım tepkilerinin farkında olması; kendisini ve çalışmasını ayrımcılığın nasıl etkilediğinin ve kendi dünya görüşünün farkında olması gerekmektedir. Tüm bunların yanı sıra kültürel gruplar arasında ve içindeki farklılık ve

çeşitliliğe, başkalarının dini/manevi inançlarına, çift dil değerlerine, yerli yardımcı uygulamalarına ve toplum ağlarına saygı duyulmalıdır (Haarmans, Noh ve Munger 2004). Bireyin kendi kültürünün ve kültürel geçmişinin farkında olması; farklılıklara değer vermesi ve saygı göstermesi; kendi yeterlik ve sınırlarını fark edebilmesi; kendi inanç ve tutumlarını farklı kültürlerdekilerle önyargısız bir tutum ile karşılaştırmaya istekli olması; farklı etnik kökene sahip olan kişilere yönelik basmakalıp görüşlerinin farkında olması; dini veya tinsel değer ve inançlarına saygı duyması; çalıştığı grup veya kültür hakkında spesifik bilgiye sahip olması; gerektiğinde geleneksel şifa verici kişilerden veya dini ve tinsel liderlerden ve farklı kültüre mensup danışanlarla çalışan uygulayıcılardan konsültasyon yardımı alma; dil problemi yaşandığı durumlarda dış kaynaklardan yardım alma; farklı kültürlere mensup olan danışanın yaşam deneyimlerinin kültürel mirası ve geçmişinin, sağlık hizmetlerini kullanma konusunda karşılaşılabilecekleri engellerinin, aile yapılarının, hiyerarşilerinin, değer ve inançlarının, toplumun özellikleri ve toplumdaki, ailedeki destek kaynaklarının bilinmesi; çeşitli sözel ve sözel olmayan yardım tepkilerini kullanabilme, uygun şekilde sözel ve sözel olmayan mesajları alma ve iletebilmesi kazanılması gereken önemli farkındalıklardandır (Bektaş, 2006). Hemşireler kültürel çatışmaların nedenlerine yönelik de farkındalık geliştirmelidirler. Farkındalık geliştirilmesi gereken konular arasında etnik merkezîyetçilik, önyargı ve yargılama, ayrımcılık, stereotip davranışlar, kültürel dayatma, kültürel cehalet ve gruptaki iletişim deseni ve süreç gibi anlayış eksiklikleri yer almaktadır (Sobon-Sensor, 2006).

Kültürel Duyarlılık Nasıl Geliştirilir?

Kültürel duyarlı bakım hem bilişsel hem de duyuşsal hazırlanmayı gerektiren ve bir son ürün olmaktan ziyade bir süreçtir (Scholes ve Moore, 2000). Kültürel duyarlılığı geliştirmek için öncelikle farklı popülasyondan bireylere hizmet verirken kişisel bariyerleri, algıyı etkileyen kişisel inanç ve tutumlar tanımlanmalıdır. Farklı popülasyonun cevap ve deneyimlerinin

eşsiz olduğunun farkına varılmalı, farklı popülasyonun ihtiyaçlarına etkili yanıt vermek için stratejiler geliştirilmesi ve farklı popülasyonu konu alan vakalar gösterilmelidir (Maynard, 2009). Hutnik ve Gregory (2008) öğrencilere kültürel duyarlılığı öğretmeye odaklı araştırmalarında çalıştayın etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Çalıştayda; farklılıkların boyutları, isimler hakkında egzersiz, ilk anılar üzerine egzersiz, kültürel genogram başlıkları üzerinde çalışılmış ve çalıştayın sonunda kültürel farkındalığın arttığı, soru sorma özgürlüğü, konuşmak için güvenli bir ortam oluşturma gibi olumlu gelişmeler saptanmıştır (Hutnik ve Gregory, 2008). Kültürel farklılıkları anlama ve takdir etmeye ilişkin olumlu duygular geliştirebilmek ve kültürlerarası yeterliliği teşvik etmek için kültürlerarası duyarlı kişilerin sahip olması gereken özellikler arasında benlik saygısı, özdenetim, açık fikirlilik, empati ve önyargısızlığa yer verilmiştir (Rengi ve Polat, 2014). Ulrey ve Amason (2001) kültürel duyarlılığı geliştirmek için şu soruların cevaplanması gerektiğine işaret etmiştir:

- Hastanın kültürü hakkında ne biliyorum?
- Hastanın tedavisini kültürüne uygun yapıyor muyum?
- Hastaya öneri verirken onun kültürünü düşünüyör muyum?
- Hastayla iletişim kurarken, dilimi değiştiriyor muyum?
- Hastanın değerlerini anlıyor muyum?

Kültürel Yeterliliği Geliştirmek İçin Öneriler

Farklılıklara değer vermek: Kişinin etkileşimde bulunduğu diğer kişilerin gelenek, değer, iletişim biçimi gibi farklılıklarını kabul etmesi ve saygı duyması, bunlara ilişkin deneyimler edinerek geliştirmesi.

Kişinin kendi kültürel kapasitesini değerlendirmek: Kişinin diğer kültürden kişilerle etkileşimi sırasında ne denli doğru olarak anlaşıldığı ya da ne düzeyde yanlış anlaşılmanın yaşandığını analiz etmesi, farklılıklara ilişkin dinamikleri ne kadar anladığını yorumlamasına dayanmaktadır.

Kültürel etkileşimler sırasında dinamiklerin farkında olmak: Kişinin tamamı ile kültürel uyanıklığını gerektirmekte, farklı kültürel özellikleri ve farklı kültürlerin sahip olduğu benzer özellikleri bulup ortaya çıkarma yeteneğini tanımlamaktadır.

Kültüre ilişkin bilgiyi içselleştirmek: Kişinin öğrendiği kültürel özellikleri içselleştirerek iletişimi sırasında işlerlik kazandırması ve ardından söz konusu farklılıklara adapte olması, farklılıkların yaşamına anlam kattığını fark etmesidir (Temel-Eğinli, 2011).

Kültürlerarası Hemşireliğin kurucusu Leininger'ın kültürel yeterli bakım için önerileri:

- Birey ya da ailenin kültürü hakkında bilgi sahibi olma.
- Kendi kültürel geçmişini, kalıplarını, önyargılarını ve bireyin değerlendirilmesini ve anlaşılmasını sağlayacak etkili faktörleri bilme.
- Gündoğumu gibi değerlendirmeye rehber olacak teori ya da kavramsal perspektifi kullanma.
- Doğru bilgi elde etmek ve nitelikli tercümanlar ile çalışmak için bazı yaygın dil ifadelerini bilme.
- Bilgi verene onun hikâyesini, deneyimlerini, fikirlerini anlatırken aktif bir öğrenci gibi gerçek bir ilgi ve saygı gösterme.
- Eğer bireyi değerlendiriyor ve belgelendiriyorsan çevresel bağlamda dikkatli olma.
- Birey ile emik ya da etik verileri paylaşırken birey için anlamını kontrol etme ve yansıtma.
- Bireyden inandırıcı ve doğru veri elde etmek için değerlendirmede işbirlikçi katılımcı olmaya ihtiyaç duyacağının farkında olma.
- Özel ve genel kültürel bakım değerleri, inançları ve kültürel yeterli bakıma entegre edilmiş emik/etik verilerle ilişkili ihtiyaçları tanımlama ve sonrasında yeniden kontrol etme.
- Bireye duyarlı, bilerek, yaratıcı ve anlamlı yollarla değerlendirme bulgularını kullanma.

Leininger'ın Gündoğumu Modeli'nde kültürel yeterli bir yaklaşım için hemşirelerin ele alması gerektiğine vurgu yaptığı üç kod vardır. Bunlar; kültürel bakımı koruma / sürdürme, uzlaşma / anlaşmaya varma,

yeniden yapılandırma / yeniden modellemedir.

1. Kültürel bakımı koruma / sürdürme: Birey / hasta sorunla karşılaştığında inanç ve değerlerini korumasına ya da sürdürmesine yardım etmek, desteklemek, profesyonel eylem ya da kararlarını kolaylaştırmak amaçlanır.
2. Kültürel bakımda uzlaşma / anlaşmaya varma: Hastanın sağlığına uyumu veya adaptasyonu için görüşme yollarıyla destekleyici, yardım edici eylemlerdir.
3. Kültürel bakımı yeniden yapılandırma / yeniden modelleme: Yapılan davranışların zararlarını anlayıp ikna edildikten sonra yapılan davranışın yerine sağlığı tehdit etmeyecek yeni bir davranışın nasıl kazandırılacağı anlatılmasıdır (Leininger ve McFarland, 2002; Russell, Brunero ve Lamont, 2014).

Aşağıda Leininger'ın Gündoğumu Modeli doğrultusunda, kültürel yeterli bir yaklaşımın nasıl olması gerektiği bir örnek vaka ile ele alındı.

Vaka Analizi

Aile sağlığı merkezine topuktan kan aldırma için gelen Fatma Hanım yeni doğan bebeğini battaniyesi ile birlikte muayene masasının üzerine koyar. Hemşire bebeğin battaniyesini açtığı anda bebeğin sınıksız bir şekilde kundaklandığını ve kundağı açtığı anda ise bir minik Kuran-ı Kerim, cevşen, nazar boncuğu ve muska olduğunu görür.

Bu vaka Leininger'in Kültürel Yaklaşım kodlarına göre ele alındı ve değerlendirildi.

1. Kültürel Bakımı Koruma / Sürdürme

Leininger'ın kültürel bakımı koruma / sürdürme koduna göre hemşirenin annenin bebeğini tekrar kundaklamasına ve muskaları kundağın içine koymasına müsaade etmesi ve kendisine bu davranışların arkasındaki kültürel nedenleri açıklaması için fırsat vermesi gerekmektedir. Anne ötekileştirilmeden, yargılanmadan, önyargı oluşturulmadan davranışlarının nedenlerini açıklamasına ve bu davranışları değiştirmek için

ikna olmasına fırsat tanınmalıdır. Unutulmaması gereken hemşirenin doğru olarak ifade edeceği şeyler hasta için doğru olarak kabul görmeyebilir, hatta kendi kültürüne yapılan bu davranışı bir saygısızlık olarak da algılayabilir. Bu durumdan hem anne, hem bebek hem de hemşire olumsuz etkilenebilir.

2. Kültürel Bakımda Anlaşma / Uzlaşmaya Varma

Hemşire, Fatma Hanım'a bebeğini neden kundakladığını sorduğunda "kundaklamanın bebeği sıcak tuttuğu, rahat uyumasını sağladığı, kucağa almayı kolaylaştırdığı, kolunun bacağının kırılmasını, bükülmesini engellediği ve büyüklerinden de böyle gördüğünü" yanıtını alır. Hemşire tüm açıklamaları dinler ve kundaklamanın bebekte gelişimsel kalça displazisine neden olabileceğini uygun ifadelerle de açıklar. Ancak Fatma Hanım ne kendi ailesinde, ne de eşinin ailesinde kundaklandığı halde kalça displazisi olan hiçbir kimse olmadığını ifade eder. Hemşire, Fatma Hanım'a bunun bir risk olduğunu ve risklerin bütün vakalarda değil, bazı vakalarda görüldüğünü ve bu bebekte olmasının da bir risk olduğunu ifade eder. Bu riski almak isteyip istemediğini sorar. Fatma Hanım bu riski almak istemediğini ifade eder. Hemşire, Fatma Hanım'ın bebeğini nazar ve diğer kötülüklerden korumak için Kuran-ı Kerim, muska, nazar boncuğu ve cevşeni bebeğin kundaklarının içine koyduğunun farkındadır. Ancak çok hassas bir cilde sahip olan bebeğin vücuduna temas etmelerinin bebeğe vereceği rahatsızlık anlatılır. Ayrıca bu materyallerin bir süre sonra enfeksiyon kaynağı olabileceğini, bebeğin gelişimiyle birlikte ağızına götürebileceğini, enfeksiyon kaynağı olabileceğini, çengelli iğne kullandığı takdirde ise batma gibi istenmedik yaralanmaların olabileceğini ifade eder.

3. Kültürel Bakımı Yeniden Yapılandırma / Yeniden Modelleme

Hemşire ve Fatma Hanım birbirinin açıklamalarını dinler. Bebeğin anne karnındaki şeklini muhafaza ederek ve bacakları dümdüz hale getirmeden çok gevşek olmak koşuluyla özellikle de uyurken yarım kundak

yapılabilir konusunda hemfikir olurlar. Hemşire, Fatma Hanım'a bebeği korumak adına yaptığı uygulamaları saygı duyarak karşıladığını ifade eder. Ancak daha önce yaptığı açıklamalar doğrultusunda bu materyalleri bebeğin üzerinde değil, dış kıyafetlerin (hırka, yelek, battaniye gibi) içine çengelli iğne, ya da yaralanmaya neden olabilecek herhangi bir şey kullanmadan bir cep dikilerek içine konulmasına, ev ortamında ise bebeğin yatağında bebeği rahatsız etmeyecek bir şekilde kullanılması konusunda uzlaşmaya varılır. Hemşire ve Fatma Hanım birbirini dinlemiş, bebeğin yararına olacak kararlar almış, Fatma Hanım kültürel uygulamalarından dolayı ötekileştirilmemiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kültürel yeterlilik göz ardı edilerek hemşirelik bakımının amacına ulaşması beklenemez. Kültürel

yeterlilik hemşirelerin kültürel bilgi, kültürel duyarlılık, kültürel farkındalıklarını artırarak geliştirebilecekleri bir yaklaşımdır. Hemşireler kültürel yeterliliklerini geliştirmek için çaba göstermeleri sadece bakım verdikleri ve çalıştıkları kurumların sağlık çıktılarına olumlu yansımaz aynı zamanda kendilerinin de mesleki doyum ve memnuniyetine olumlu yansır. Bunun için hemşirelerin kültürel yeterliliklerini geliştirmek için bir çaba göstermeleri gerekmektedir. Hemşirelerin bakım verirken her bireyin farklı bir kültüre sahip olduğunu ve kendi kültürüne uygun bir bakım alma istediğinin olacağını unutmaması gereklidir. Mesleki anlamda doğru olan bilginin hastanın doğrularıyla aynı olmayacağı unutulmamalıdır. Hemşirelere bakım verirken farklı gelen, anlamakta zorlandığı bilgi, tutum ve davranışların arkasında bireyin kültürünün yer almış olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 68-79.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., & Powe, N. R. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4), 356.
- Bektaş, Y. (2006). Kültüre duyarlı psikolojik danışma yeterlikleri ve psikolojik danışman eğitimindeki yeri. *Ege Eğitim Dergisi*, 7(1), 43-59.
- Berlin, A., Nilsson, G., & Törnkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 381-391.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Chen, J., & Wang, Y. (2015). *Cultural competence experiences which Chinese nurses have in Finland*. Retrieved from <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87039/Cultural%20competence%20experiences%20which%20Chinese%20nurses%20have%20in%20Finland-Jia%20Chen%20and%20Yan%20Wang.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Davidson, P. M., Daly, J., Meleis, A., & Douglas, M. (2003). Globalisation as we enter the 21st century: Reflections and directions for nursing education, science, research and clinical practice. *Contemporary Nurse*, 15(3), 162-174.
- Dean, R. A. K. (2010). Cultural competence: Nursing in a multicultural society. *Nursing for Women's Health*, 14(1), 50-59.
- Degazon, C. (1996). Cultural diversity and community health nursing practice. M. Stanhope, J. Lancaster (Eds.), *Community health nursing* (117-134). Baltimore: Mosby-Year Book.
- Gallagher, R. W. (2011). *A meta-analysis of cultural competence education in professional nurses and nursing students*. (Unpublished dissertation). University of South Florida, Tampa.
- Gebbru, K., & Willman, A. (2003). A research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(1), 55-61.
- Goode, T. D., Dunne, M. C., & Bronheim, S. M. (2006, October). *The evidence base for cultural and linguistic competency in health care - The Commonwealth Fund*. Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/oct/the-evidence-base-for-cultural-and-linguistic-competency-in-health-care>
- Haarmans, M., Noh, S., & Munger, F. (2004). *A review of clinical cultural competence: Definitions, key components, standards and selected trainings*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Hutnik, N., & Gregory, J. (2008). Cultural sensitivity training: Description and evaluation of a workshop. *Nurse Education Today*, 28(2), 171-178.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164.
- Kiviharju, J., & Koivumäki, K. (2012). *Educational interventions to improve nurses' and nursing students' cultural Competence: A Literature Review*. (Dissertation). Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki.

- Lehman, D., Fenza, P., & Hollinger-Smith, L. (n.d.). *Diversity & cultural competency in health care settings*. Retrieved from <http://studylib.net/doc/8296495/diversity-and-cultural-competency-in-health-care-settings>
- Leininger, M., & McFarland M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw Hill.
- Marshal, S. (2005). *A cultural competence guide for primary health care professionals in Nova Scotia*. Retrieved from http://www.healthteamnovascotia.ca/cultural_competence/Cultural_Competence_guide_for_Primary_Health_Care_Professionals.pdf
- Maynard, S. (2009). Cultural sensitivity. *Maine / New Hampshire Victim Assistance Academy*, 152-162. Retrieved from http://www.mainenewhampshirevaa.muskie.usm.maine.edu/Academies/2009VOCA_Academy.pdf
- Olavarria, M., Beaulac, J., Bélanger, A., Young, M., & Aubry, T. (2009). Organizational cultural competence in community health and social service organizations: How to conduct a self-assessment. *Journal of Cultural Diversity*, 16(4), 140-150.
- Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 258-264.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Lees, S. (2004). Promoting cultural competence in health care through a research based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care*, 1(2), 107-115.
- Rengi, Ö. ve Polat, S. (2014). Sınıf öğretmenlerinin kültürel farklılık algıları ve kültürlerarası duyarlılıkları. *Zeitschrift für die Welt der Türken / Journal of World of Turks*, 6(3), 135-156.
- Russell, R., Brunero, S., & Lamont, S. (2014). Reflecting on transcultural care; Culture care theory and mental health nursing. *Austin Journal of Nursing & Health Care*, 1(2), 1-4.
- Scholes, J., & Moore, D. (2000). Clinical exchange: One model to achieve culturally sensitive care. *Nursing Inquiry*, 7(1), 61-71.
- Sobon-Sensor, C. (2006). Culturally competent care in the workplace. *Features, February-March*, 46-50.
- So-Yun, C., & Kyung-Sook, K. (2014). The effects of cultural competence on nurses' burnout. *Advanced Science and Technology Letters (Healthcare and Nursing)*, 47, 300-304.
- Tanrıverdi, G., & Karaca-Sivrikaya, S. (2014). Kültürlerarası hemşirelik modelleri. Ü. Seviğ, G. Tanrıverdi (Eds.), *Kültürlerarası hemşirelik içinde* (s. 187-210). İstanbul: Akademi Basın.
- Temel-Eğimli, A. (2011). Kültürlerarası yeterliliğin kazanılmasında kültürel farklılık eğitimlerinin önemi. *Öneri Dergisi*, 9(35), 215-227.
- Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Communication*, 13(4), 449-463.

Obez Bir Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı

Use of Roy Adaptation Model in Nursing Care of A Case Obesity

Tuğba Menekli¹, Semra Eyi²



DOI: 10.17672/fnjn.343263

¹Yrd. Doç. Dr., Harran Üniversitesi, Viranşehir Sağlık Yüksekokulu, Şanlıurfa, Türkiye

²Yrd. Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Keşan Sağlık Yüksekokulu, Edirne, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Tuğba Menekli,

Yrd. Doç. Dr., Harran Üniversitesi, Viranşehir Sağlık Yüksekokulu, Şanlıurfa, Türkiye

E-posta/E-mail: tugbamenekli2013@gmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 28.08.2015

Kabul tarihi/Date of acceptance: 31.05.2017

Atıf/Citation: Menekli. T. ve Eyi S. (2017). Obez Bir bireyin hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3): 237-246. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343263>

ÖZ

Hemşirelik; felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş bir sağlık disiplini. Hemşirelikte model kullanımı, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rolüne ve uygulamalarına odaklanmasını sağlamaktadır. Ayrıca bakımın, sistematik, amaçlı, kontrollü ve etkili olmasına yardımcı olmaktadır. Roy Adaptasyon Modeli (RAM); hemşirelikte yaygın olarak kullanılan modellerden birisidir ve bireylerin, ailelerin ve grupların uyum gereksinimlerini belirlemede çatı oluşturmakta ve insanın adaptif sisteminde ve çevrede meydana gelen değişimlere odaklanmaktadır. Fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağıllık alanları olmak üzere dört uyum alanını içeren bu modelde insan, çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan ve uyaranlardan etkilenen biyopsikososyal bir oluşum olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler obez bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini karşılamakla birlikte karşılaştığı zorluklara uyum sağlamasına yardımcı olan sağlık profesyonelleridir. Bu çalışma, Roy tarafından geliştirilen Adaptasyon Modeli'nin obez bireyin bakımında kullanılabilirliği konusunda farkındalık yaratmak, bu modelin obezite bakımında yol gösterici bir rehber niteliği taşıdığına vurgu yapmak ve disipline özgü çalışmalara ışık tutmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Roy Adaptasyon Modeli, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Nursing is a health discipline built on philosophy, theory, application, and research. The use of models in nursing allows nurses to focus on the role of nursing and its applications rather than on medical practice. In addition, the use of models allows patient care to be systematic, purposeful, controlled, and effective. The Roy Adaptation Model is a model commonly used in nursing to create a structure under which the needs of individual humans, families, and groups can be determined; the model focuses on an adaptive system of human and environmental alterations. It includes four areas of adaptation: physiological, the self-esteem concept, role function, and dependence on mutual areas. In this model, "human" is portrayed as a biopsychosocial creation of an interactive and affective environment. Nurses not only take care of the health needs of obese individuals but are also the responsible health professionals to ensure that such individuals adapting to the difficulties they face. This study aims to create awareness about the Roy Adaptation Model's use in nursing practice, emphasizing that it provides guidance for obesity care and helps to enlighten discipline-specific studies.

Keywords: Obesity, Roy Adaptation Model, nursing care

EXTENDED ABSTRACT

Obesity is a term that describes the accumulation of excess fat in the body due to an imbalance between energy intake and energy expenditure. It is a significant health problem holding medical, psychological, and social dimensions. There is an increase in the incidence of obesity not only in developed countries but also in developing countries (Ersoy, & Çakır, 2007; Mokdad, et al., 2003). According to data from the World Health Organization (WHO), the prevalence of obesity in European countries varies between 10%–20% for men and 10%–25% for women; furthermore, 25% of all women and 20% of all men in the United States are obese (Haslam, & James, 2005; Kopelman, & Stock, 2002; WHO, 2000). In studies conducted among adults in Turkey, the incidence of obesity is reported to be 21.9% (Çitak-Akbulut, Özmen, & Besler, 2007; Satman, et al., 2002) It is very important for nurses to provide holistic care for obese patients, which can only be provided by using nursing models. Using models allows nursing activities to be moved away from the business center, thus enabling uninterrupted patient-oriented services from nurses (Ersoy, & Çakır, 2007). Using models in nursing delineates the basic concepts related to the discipline and the explanations of these concepts (Fawcett, 2005).

Nursing is a health discipline based on philosophy, theory, practice, and research. The use of models in nursing allows nurses to focus on the role of nursing and its applications rather than on medical practices. Using models also helps maintain systematic, purposeful, controlled, and effective healthcare. The Roy Adaptation Model (RAM) is a widely used model in nursing and forms a framework for determining the adaptation needs of individuals, families, and groups. This model focuses on changes in the adaptive system of individuals and in the environment (Grant, Kinney, & Davis, 1993; Pektekin, 2013). It has four areas of adaptation, including physiological, the self-esteem concept, role function, and mutual dependence. In this model, "human" is defined as a biopsychosocial entity that is constantly interacting with its surroundings and is affected by stimuli. Nurses are health professionals who assist obese individuals in meeting their healthcare needs and overcoming the challenges they face (Fawcett, 2005).

This article explains nursing care for obese individuals based on RAM. The main objectives of this article are to raise awareness of RAM in terms of its usability for an obese individual, to emphasize that this model establishes guidelines for obesity care, and to shed light on discipline-specific studies. The basis of this article is the identification of the individual according to RAM and the identification of the nursing diagnosis and suggested interventions. In RAM, nursing practices aim to facilitate adaptation. Nurses should conduct their activities in the following six steps to facilitate patient compliance: evaluation of the stimulus, diagnosis of nursing, development of target, and the selection and evaluation of nursing interventions (Özkaraman, Özer, & Balcı-Alparlan, 2012; Roy, 2008; Shosha, & Kalaldehy, 2012).

In our study, nursing care for an obese female was performed in accordance with the compliance areas defined in RAM. The patient's weight was 115 kg and her height was 160 cm. Her BMI was 45 kg/m². She had considerable difficulty in performing any activity because of fatigue, difficulty in walking and climbing stairs, and breathlessness. Her ineffective breathing style, intake of more food than necessary, fatigue, and activity intolerance were supplied to the physiological field as base information, and appropriate initiatives were applied.

The patient expressed that she did not want to establish any friendships because of her obesity. She did not trust herself; everybody made fun of her, and no one respected her. Unable to cope with the problems she had experienced, the patient did not allow control by the internal medicine polyclinic and did not use her medications regularly. This information was used to diagnose a body image disability, low self-esteem,

inadequacy in individual coping, and inadequacy in managing the treatment plan, and appropriate interventions were applied accordingly. During behavior evaluation in the field of role function, the female A.T., who generally felt sluggish and exhausted, was unable to fulfill her roles and responsibilities at home and had to get help from others. In this way, ineffective role performance was identified and appropriate initiatives were applied. During behavior evaluation in the field of mutual interaction, the study discovered that in the business environment, people were instructed to befriend her; however, everybody made fun of her, and no one respected her. In this way, social interaction was distorted, and hence, appropriate initiatives were implemented. Targets for nursing diagnoses in all areas were identified and initiatives were implemented. The success of the nursing process, which is the result of nursing processes, and obesity, which is a chronic disease, was achieved by patient adaptation. In this respect, we can conclude that RAM is suitable for use while caring for obese patients.

GİRİŞ

Tıbbi, psikolojik ve sosyal boyutları olan obezite önemli bir sağlık sorunudur ve enerji alımı ile harcanması arasındaki dengesizlikten dolayı vücutta aşırı yağ birikmesiyle meydana gelir. Görülme sıklığında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artış vardır (Ersoy ve Çakır, 2007; Mokdad ve ark., 2003).

Ulusal çalışmalardan elde edilen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) en son verilerine göre, kadınlarda %10-25; erkeklerde %10-20 olan Avrupa ülkelerindeki obezite prevalansının, ABD'de ise obezitenin tüm kadınların %25'inde, tüm erkeklerin ise %20'sinde görüldüğü bildirmiştir (Haslam ve James, 2005; Kopelman ve Stock, 2002; WHO, 2000). Türkiye'de erişkinlerde yapılan çalışmalarda obezitenin [beden kitle indeksi (BKİ)>30 kg/m²] görülme oranının %21.9 olduğu bildirilmiş ve en yüksek oranın orta Anadolu (%25); en düşük oranın Batı Anadolu (%17.2) bölgesinde olduğu saptanmıştır (Çıtak-Akbulut, Özmen ve Besler, 2007; Satman ve ark., 2002).

Obez hastaların hemşirelik bakımında bütüncül yaklaşımı önemlidir. Bütüncül hemşirelik bakımı hasta odaklı bakıma olanak sağlayarak hemşirelik aktivitelerini iş merkezli olmaktan uzaklaştıran hemşirelik modelleri ile gerçekleştirilebilir (Ersoy ve Çakır, 2007). Modeller hemşirelik disiplininin temel kavramlarını ve bu kavramlar arasındaki ilişkiyi açıklar (Fawcett, 2005). Hemşirelik uygulamalarında modellere olan ilgi giderek artmasına karşın günümüzde uygulamalarda model kullanımı yeterli düzeyde değildir. Oysaki uygulamalarda model kullanımı uygulamadaki sorunların araştırılıp, çözüm önerileri bulunmasına yön verir (Fawcett, 2005; Cody, 2006). Roy Adaptasyon Modeli (RAM) hemşirelikte yaygın olarak kullanılan modellerden birisidir. RAM uzun yıllardır hemşirelik uygulamalarına, eğitime, araştırmalarına ve yönetimine katkı sağlamakta ve model tabanlı bilgi üretmektedir (Grant, Kinney ve Davis, 1993; Pektekin, 2013).

Bu makalede obez bireyde RAM'a dayalı hemşirelik bakımının açıklanması amaçlanmaktadır. Hemşirelik süreci basamakları doğrultusunda, RAM'a göre

bireyin tanılanması, hemşirelik tanılarının ve hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi makalenin ana amacını oluşturmaktadır.

Roy'un Adaptasyon Modeli

Hemşire Calista Roy bu modeli 1964 yılında oluşturmaya başlamış, 1968'de uygulamaya koymuş ve 1970'li yıllarda geliştirmeye devam etmiştir. Roy Adaptasyon Modeli (RAM) "uyum" kavramına odaklanmıştır (Roy, 2008). Yaşam insan için olumlu, olumsuz yönde sürekli değişerek aynı devam etmez. RAM'a göre iç, dış çevre ve ortamdaki değişimlere birey, ya da grupların olumlu yanıt vermesi uyumdur. İnsan, çevre, sağlık ve hemşirelik RAM'ın metaparadigma kavramlarıdır (Akyil ve Ergüney, 2013; Isbir ve Mete, 2010; Kacaroglu-Vicdan, 2010).

Roy adaptasyon modelinin sekiz temel ilkesi

1. Biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bir bütün olan birey bu bütünlüğü korumaya çalışır.
2. Açık bir sistem olan birey değişen çevre ile etkileşim halindedir ve bu etkileşime iç ve dış uyaranların değişimlerine uyumu gerektirir.
3. Uyum için birey doğuştan, ya da edimsel uyum mekanizmaları kullanır.
4. Bireyin yaşamının kaçınılmaz bölümleri sağlık ve hastalıktır.
5. Birey uyum sağlamak için çevre değişimlerine olumlu tepki vermelidir.
6. Bireyin baş edebilme durumu ve çevresel değişikliklerin (bir virüsün varlığı, ısı değişimleri vb.) derecesi bireyin uyumunu etkileyen faktörlerdir.
7. Bireyin uyum davranışını, olumlu cevaba yönlendirecek uyaranın, bireyin uyum alanı içinde bulunup bulunmaması etkiler.
8. Birey dört uyum alanı içinde değerlendirilir (Akyil ve Ergüney, 2013; Bandura, 2001; Fawcett ve Gigliotti, 2001; Velioğlu, 1999).

Roy, hemşirenin insanın içinde var olan "yaratma" gücünü ortaya çıkarması gerektiğini vurgular (McEwen

Tablo 1: Obez bireyin RAM'a göre demografik ve klinik bilgileri

| SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLER | | FİZİKSEL ALAN | | BENLİK ALGISI ALANI | | ROL PERFORMANSI ALANI | | KARŞILIKLI ETKİLEŞİM ALANI | |
|---|--|---|--|---|---|--|---|----------------------------|--|
| SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLER | | BESLENME | AKTİVİTE | BENLİK ALGISI | ROL PERFORMANSI | KARŞILIKLI ETKİLEŞİM ALANI | ÖYKÜ | | |
| <p>Bayan A.T.</p> <ul style="list-style-type: none"> 35 beş yaşında memur Sosyal güvencesi var Evliliği ve bir çocuk sahibi Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşıyor. | | <p>ŞİKAYETLERİ</p> <p>Dahiliye polikliniğine başvuran Bayan A.T.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aşırı kilo sebebi ile aşırı yorgunluk ve nefes darlığı şikayeti olduğunu, merdiven inip-çıkarken çok zorlandığını, yürürme güçlüğü çektiğini ve nefes nefese kaldığını, yorgunluk şiddetinin arttığını, genellikle halsiz-bitkin hissettiğini belirtiyor On yıldır obezite hastası olduğunu, Xenical (Lx1) ile tedavi neticesinde beş kilo verdiği için iyileştiğini düşünerek iki yıldır dahiliye polikliniğindeki kontrollerine gelmediğini, ilaçlarını düzenli kullanmadığını ifade ediyor. | <ul style="list-style-type: none"> A.T. sorunları olduğunda sürekli olarak fast-food tarzı besinler tükettiğini, on yıl önce evlendiğini, evlendikten sonra kendisine bakmadığını ve çocuklarının olması ile daha sağlıklı ve dengeli beslendiğini, günde bir ya da iki ana öğün ile beslendiğini ve şekertli, yağlı gıdaları çok tükettiğini ifade ediyor. Hafta içi kahvaltılarını düzenli yapmıyor, tercih ettiği yemeklerle iş gitmeyi yüksek kalorili ve glisemik indeksleri yüksek besinler aldığını, karbonhidrat ve protein ağırlıklı besinlerden hoşlanırken sebze ve meyve yemeyi pek sevmediğini, hafta içi işe gittiği için öğünlerinin çoğunu dışarıda yediğini ifade ediyor. | <ul style="list-style-type: none"> Obezite yakınımasıyla iki kez Dahiliye Polikliniğine gittiğini, ancak takibi bıraktığını ve kendisi hakkında olumsuz beden imajı olduğunu ifade ediyor. (Aynalardan bile kaçtığını belirtti). Kendisine güvenmediğini, herkesin onunla dalga geçtiğini, kimsenin ona saygı göstermediğini, giyim konusunda çok sıkıntı yaşadığını, yaşadığı sorunlarla baş edemediğini ifade ediyor. | <ul style="list-style-type: none"> Evde annelik ve eş rollerini yerine getiremediğini, başkalarının yardımı olmadan sorumluluklarını yerine getiremediğini, ifade ediyor. | <p>BENLİK ALGISI ALANI</p> <p>SOSYAL İLİŞKİ BİÇİMİ</p> <ul style="list-style-type: none"> İş ortamında insanların kendisinden obez olduğu için kaçtığını, onunla arkadaşlık kurmak istemediklerini belirtiyor. | <p>LABORATUVAR BULGULARI</p> <p>HB: 14,7 gr/dl PLT: 275000 mm³ GGT: 45 IU/L CRP: 3 mg/dl Sedim: 12 mm/h T.Bil: 0,7 mg/dl Üre: 10 mg/dl Kreatinin: 0,9mg/dl Na: 141 mEq/L Kolesterol, total: 280 mg/dL, Kolesterol – LDL: 210 mg/dL Kolesterol – HDL: 450 mg/dL AKŞ: 89 mg/dL.</p> | | |
| <p>FİZİK MUAYENE</p> <ul style="list-style-type: none"> Genel durumu iyi. TA: 110/80mmHg NB: 87/dk Ateş: 36,7 C, Solunum: 14/dk. Kilo: 115kg boy: 1,60 cm BKİ: 45kg/m². A.T.'nin Yorgunluk şiddeti ölçeği (fatigue severity scale-FSS) puanı 48 puan olarak belirlenerek orta düzeyde yorgunluğunun olduğu tespit edilmiştir. Hastanın ifadesi doğrudan gözlemlenerek (visual) analog skala kullanılarak yapılan dispne değerlendirilmesinde, A.T.'nin 4 şiddetinde dispnesinin olduğu saptanmıştır. Fizik muayene sonucunda diğer sistemlere ilişkin anormal bir bulgu olmadığı saptanmıştır. | | <p>FİZİK MUAYENE</p> <ul style="list-style-type: none"> Genel durumu iyi. TA: 110/80mmHg NB: 87/dk Ateş: 36,7 C, Solunum: 14/dk. Kilo: 115kg boy: 1,60 cm BKİ: 45kg/m². A.T.'nin Yorgunluk şiddeti ölçeği (fatigue severity scale-FSS) puanı 48 puan olarak belirlenerek orta düzeyde yorgunluğunun olduğu tespit edilmiştir. Hastanın ifadesi doğrudan gözlemlenerek (visual) analog skala kullanılarak yapılan dispne değerlendirilmesinde, A.T.'nin 4 şiddetinde dispnesinin olduğu saptanmıştır. Fizik muayene sonucunda diğer sistemlere ilişkin anormal bir bulgu olmadığı saptanmıştır. | | | <p>LABORATUVAR BULGULARI</p> <p>HB: 14,7 gr/dl PLT: 275000 mm³ GGT: 45 IU/L CRP: 3 mg/dl Sedim: 12 mm/h T.Bil: 0,7 mg/dl Üre: 10 mg/dl Kreatinin: 0,9mg/dl Na: 141 mEq/L Kolesterol, total: 280 mg/dL, Kolesterol – LDL: 210 mg/dL Kolesterol – HDL: 450 mg/dL AKŞ: 89 mg/dL.</p> | | | | |

Tablo 2: Obes bireyin RAM'nin fizyolojik alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

| DAVRANIŞ | UYARAN | HEMŞİRELİK TANISI | AMAÇ | GİRİŞİM | DEĞERLENDİRME |
|---|---|---|--|--|---|
| Sürekli olarak fast-food tarzı besinler tüketme, iş yerinde yüksek kalorili ve glisemik indeksleri yüksek besinler alma, karbonhidrat ve protein ağırlıklı besinlerden hoşlanma, sebze ve meyve yemeyi sevmeme, Kilo:115 kg Boy:1.60 cm BKİ: 45kg/m ² olması | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: Anksiyete nedeniyle fazla yeme Olası Uyarı: Yaşadığı olayları kabullenememe | Beden gereksiniminden daha fazla beslenme | Hastanın dengeli beslenmesini sağlayarak ideal kilosuna ulaşmasını sağlamak | <ul style="list-style-type: none"> Hastanın beslenme değişikliğini ortaya çıkaran faktörler araştırılır. Diyetisyenle işbirliği yapılarak hastaya uygun diyet belirlenir ve uyumu için teşvik edilir. Hastanın yaşam koşulları değerlendirilerek uygun egzersiz programı belirlenmesi için destek sağlanır. Hasta /hasta yakınlarına dengeli beslenme, obezite, sağlıklı yaşam gibi konularda eğitim verilir. Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan diyet ve egzersiz programlarına uymaması durumunda karşılaşılabileceği komplikasyonlar hakkında bilgi verilir. | Diyetisyen ile birlikte diyet programı belirlendi. Hasta, diyet ve egzersiz programlarına uyacağını ifade etti. |
| Yorgunluk sebebi ile yaptığı etkinliklerin sayısının az olması, merdiven inip çıkarken çok zorlanması, yürüme güçlüğü çekmesi | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: Yorgunluk şiddetinin artması Olası Uyarı: Yürüme güçlüğü çekme | Aktivite intoleransı | Hastanın istenen aktivitelere katılmasını ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini sağlamak | <ul style="list-style-type: none"> Aktivite intoleransı belirti ve bulguları değerlendirilir. Yeni aktivitelere hasta tolerasyonu değerlendirilir (kan basıncı, nabız, ritmi, solunum hızı, derinliği, bilinç düzeyi v.s.) İyileşme sürecine bağlı aktivite yavaş yavaş artırılır. Ağrı var ise kontrol altına alınır. Enerji gereksinimine göre diyet düzenlenir. Ödem ve asit var ise girişimler planlanır ve uygulanır. Hasta ve hasta yakınlarına solunum teknikleri, diyet, aktiviteye yönelik eğitim planlanır. Yatakta oturarak ve yatak kenarında ROM egzersizleri yapılır. Egzersizler günde 3 defa 10-15 dakika uzatılır. Stres yönetimi sağlanır. Aktivite ile dinlenme arasındaki dengenin önemi anlatılır. Uyku ve dinlenme esnasında uygun oda ortamı sağlanır. | Hasta günlük yaşam aktivitelerini kendi başına sürdürebiliyor. |
| Yorgunluk şiddetinin arttığını, merdiven inip çıkarken çok zorlandığını, nefes nefese kaldığını belirtmektedir. Yorgunluk şiddeti ölçeği (fatigue severity scale-FSS) puanın 48 olması | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: Merdiven inip çıkarken zorlanma Olası Uyarı: GYA'yı yerine getirirken zorlanma | Yorgunluk | Hastada yorgunluk göstergelerini tanımlamak ve yorgunluğun azalmasını sağlamak | <ul style="list-style-type: none"> Hastanın yorgunluğunun nedeni belirlenir. Yorgunluk hakkında bilgi verilir. Yorgunluğun hastaya neler hissettirdiği ve hastanın yaşamında nasıl etkiler yarattığını açıklamak için olanak sağlanır. Bireyin kendisinin yapabileceği ve başkalarından destek alabileceği aktiviteler belirlenir. Hastanın ihtiyacı olan eşyalar yakınına yerleştirilir. Hasta gerektiğinde yardım istemesi için teşvik edilir. Yorgunluk düzeyi skala kullanılarak değerlendirilerek hastanın enerjisini verimli bir şekilde kullanmasına yardım edilir. Hastanın enerjisinin en fazla ve en az olduğu zamanlar ve hastada yorgunluğa neden aktiviteler belirlenerek, yorgunluk düzeyleri analiz edilir. Hastanın enerjisine ve yorgunluk düzeyine göre aktivite ve dinlenme programları belirlenir. | Hasta yorgunluk ve enerjisi hakkında bilgi verildi. Hasta koruma ilkelerini tanımlayabiliyor |
| Zaman zaman, nefes nefese kalması | Odak: Aşırı kilolu olma Etkileyen: Nefes nefese kalma Olası: GYA'yı yerine getirirken zorlanma | Etkisiz solunum şekli | Hastada etkili ve yeterli solunumun sürdürülmesi | <ul style="list-style-type: none"> ANT takibi yapılır. Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri, öksürük ve varsa sekresyonun özelliği değerlendirilir. Dispne şiddeti ölçülür. Dispneyi düzeltmek için hastaya uygun pozisyon (örneğin; Fowler pozisyon) verilir, gaz değişimini düzenlemek için 1-2 saatte bir pozisyon değişikliği yaparak akciğerlerin iyi havalandırılması sağlanır. Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilir. Solunum hızında ve akciğer seslerinde değişiklikler, hipoksemi ve hiperkapni (konfüzyon, uyku hali, baş ağrısı, irritabilite, mental durumda bozulma, solunumda artma, yüzde kızarma, terleme) belirtileri değerlendirilir. Hipoksemiye önlemek için minimal seviyedeki aktiviteler seçilir. Ekstremiteler renk, ısı ve nabızlar açısından değerlendirilir. | Hastada dispne şiddeti 4 olarak ölçüldü. Uygun pozisyon ve solunum egzersizleri ile etkili solunum sağlandı. |

(Akdemir ve Birol, 2011; Birol, 2004; Erkol ve Khorshid, 2004; Haslam ve James, 2005; Isbir ve Mete, 2010; Ordin ve ark., 2013)

Tablo 3: Obez bireyin RAM'nin benlik kavram alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

| DAVRANIŞ | UYARAN | HEMŞİRELİK TANISI | AMAÇ | GİRİŞİM | DEĞERLENDİRME |
|---|---|---|--|---|---|
| Kendisi hakkında olumsuz beden imajı olması. (Aynalardan bile kaçtığı belirtilmesi). İş ortamında insanların kendisinden obez olduğu için kaçması, onunla arkadaşlık kurmak istememeleri | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: Fiziksel değişiklik, aynalardan kaçması Olası Uyarı: Sosyal baskı sonucu yaşadığı anksiyete | Beden imajında bozulma | Hastanın beden imgesindeki değişikliklerle etkin bir şekilde baş etmesini sağlamak | <ul style="list-style-type: none"> • Beden imajı ile ilgili olarak birey tedavisinin her aşamasında değerlendirilir. • Destekleyici ve güvenli iletişim kurulur. • Beden imajı ile ilgili hastanın eşinin yaklaşımının önemli olduğu, hastanın eşinin hastalık hakkındaki olumsuz düşüncelerini değiştirmesi ve eşine değişimi kabullenme aşamasında destek olması gerektiğinin önemi anlatılır. • Hastanın baş etme mekanizması, destek sistemleri belirlenerek beden imajının hasta için önemi değerlendirilir. • Hastanın benzer hastalığa sahip bireylerle iletişimi sağlanarak rahatlamasına yardımcı olunur. • Hastanın destek sistemlerini geliştirmek için grup terapilerine katılması sağlanır. • Daha önceden kullandığı etkili baş etme mekanizmaları belirlenerek yardımcı olunur. | Hasta olumlu ifadeler kullanarak beden imajında ve yaşam tarzında meydana gelen değişiklikleri değerlendirdi. |
| İş ortamında insanların kendisinden obez olduğu için kaçtığı onunda arkadaşlık kurmak istemediklerini ifade etti. Kendisine güvenmediğini, herkesin onunla dalga geçtiğini, kimsenin ona saygı göstermediğini, giyim konusunda çok sıkıntı yaşadığını ifade etti. | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma İş ortamında arkadaşlık kurmak istemediklerini ve kendisine saygı göstermediklerini ifade etmesi Olası Uyarı: Kendini aşağılama duygusu | Düşük benlik saygısı | Hastanın hastalığa uyumunun sağlanarak, kendisi ile ilgili olumlu düşünceler kazanmasını sağlamak. | <ul style="list-style-type: none"> • Hasta-hemşire ilişkisi güvenli bir şekilde kurulur. • Eleştiriler de olumsuzluktan kaçınılır. • Benlik saygısını arttıran aktivitelere hasta yönlendirilir. • Hasta kendi başına yapabildiği aktivitelerde desteklenir ve konu ile ilgili geribildirim verilir. • Hastanın kendi hakkındaki düşüncelerini açıklamasına izin verilerek, olumsuz düşünceleri düzeltilmeye çalışılır. | Hasta kendisini olumlu ifadeler kullanarak değerlendirdi. |
| | Yaşadığı sorunlarla baş edememesi | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: Düşük benlik saygısı nedeniyle yaşadığı anksiyete Olası Uyarı: Eksternal stresörlere tepki | Bireysel baş etmede yetersizlik | Hastanın etkin baş etme yöntemlerini kazanmasını sağlamak | <ul style="list-style-type: none"> • Hasta ve ailesinin baş etme mekanizmaları belirlenerek strese baş etme, gevşeme egzersizleri gibi aktiviteler hakkında eğitim verilir. • Hasta ile iletişim kurularak cesareti artırılır ve başarıları desteklenir. • Hasta ile güven verici ilişki kurularak, verilen sözler tutulur ve hastaya karşı dürüst olunur. • Hastayla sakin, savunucu olmayan, dostça yaklaşım kurulur. • Hastanın baş etme yöntemlerinin olumlu ve olumsuz tarafları tartışılır. • Baş etme yöntemlerinden uygun olanları belirlenir. • Aile desteğinin hasta için önemi anlatılır. |
| On yıldır obezite hastası olması, Xenical (1x1) ile tedavi neticesinde beş kilo verdiği ifade etti. Son iki yıldır dahiliye polikliniğindeki kontrollerine gitmemesi, ilaçlarını düzenli kullanmaması. | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: Tedavi planının günlük aktivitelere entegre edilememesi Olası Uyarı: Hastalık ile ilgili ileriye yönelik belirsizlik | Tedavi planını yönetmede yetersizlik | Hastanın tedavi süreci ile ilgili bilgi eksikliğini gidermek | <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın hastalığı ve tedavi süreci ile ilgili sıkıntılarını ve merak ettiklerini ifade etmesi sağlanır. • Tedavi planını uygulamada yaşadığı zorluklara yönelik sorular sorulur. • Elde edilen verilere yönelik çözüm önerileri sunulur. • Yakınları ile iletişime geçilerek tedavi planını uygulaması için hastayı desteklemeleri sağlanır. • Tedavi süreci, ilaçlar ve meydana gelebilecek komplikasyonlar hakkında hasta ve yakını bilgilendirilir. • Hastanede yattığı süre içerisinde tedavi planını uygulamada hasta ve yakınlarının planın içerisine katılımı sağlanır. • Taburculukta tedavi planı düzenlenir. | Hastanın hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi eksikliği giderildi. |

(Akbayrak, Erkal-İlhan, Ançel ve Albayrak, 2007; Ardashir ve ark., 2013; Carpenito-Moyet, 2005; Crerand ve ark., 2007; Karadakovan ve Eti-Aslan, 2011)

Tablo 4: Obes bireyin RAM'nin rol fonksiyon alanı ve karşılıklı etkileşim alanı ile ilgili verileri ve hemşirelik girişimleri

| | DAVRANIŞ | UYARAN | HEMŞİRELİK TANISI | AMAÇ | GİRİŞİM | DEĞERLENDİRME |
|-----------------------------------|---|---|----------------------------|---|--|--|
| ROL FONKSİYON ALANI | Genellikle halsiz-bitkin hissetmesi, evde annelik ve eş rollerini ve sorumluluklarını yerine getirememesi, başkalarından yardım almak zorunda kalması | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: Anksiyete, benlik saygısında azalma, beden imajındaki değişim Olası Uyarı: Yaşadığı olayları kabullenememe | Etkisiz rol performansı | Hastanın hastalığının yaşamında meydana getirdiği değişiklikleri olumlu değerlendirmeler ile ifade etmesi | <ul style="list-style-type: none"> Hastalık süresince, sosyal yaşamında, meslek hayatında ve ailedeki rollerinde yaşadığı değişiklikler değerlendirilir. Rol performansı ile ilgili düşüncelerini açıklamasına olanak sağlanır. Rol performansında değişimler yaşıyorsa uyumlu şekilde düzenlenmeye yönlendirilir. Rollerini ve aktivitelerini almış olduğu şekilde sürdürmesi için desteklenir. Annelik ile eş olma hakkında bireysel sorumlulukları incelenir. Annelik ile eş olma hakkında yaşadığı güçlükleri ve karşılaştığı stresörleri paylaşması için cesaretlendirilir. Ebeveynlere çocukların bakımı konusunda fırsat verilir. Aile, arkadaş gibi destek sistemleri değerlendirilir. Meslek hayatında işvereni ile bireysel durum ve koşullarını konuşması önerilir. Meslek hayatında işverenin isteklerinin iki taraf için uygun şekilde planlanabileceği üzerinde durulur. | Hasta yaşamında meydana gelen değişiklikleri olumlu bildirimlerle ifade etti |
| KARŞILIKLI ETKİLEŞİM ALANI | İş ortamında insanların onunla arkadaşlık kurmak istememeleri, herkesin onunla dalga geçmesi, kimsenin ona saygı göstermemesi | Odak Uyarı: Aşırı kilolu olma Etkileyen Uyarı: İş yerindeki arkadaşlarının davranışları Olası Uyarı: Yakınma, benlik saygısında azalma | Sosyal etkileşimde bozulma | Hastanın sosyal etkileşimi arttıracak olumlu ifadelerde bulunması | <ul style="list-style-type: none"> Hasta duygu paylaşımı için cesaretlendirilir. Hastanın sosyal iletişiminde bozulmaya yol açan etkenleri tanımlaması istenir. Sosyal etkileşimi nasıl başlatacağının etkin yöntemleri tartışılır. Boş zamanlarında bireysel tercihlerine uygun aktivitelerde bulunması için teşvik edilir. Sosyal davranışlarında yeni aktiviteler denemesi için cesaretlendirilir. | Hasta sosyal etkileşimi bozan etkenleri tanımlayarak, iş arkadaşları ile planlar yapacağını ifade etti |

(Akbayrak, Erkal-İlhan, Ançel ve Albayrak, 2007; Akyıl ve Ergüney, 2013; Bal, Özgür ve Babacan-Gümüş, 2006; Birol, 2004; Durna, Akın ve Özdilli, 2011; Karadakovan ve Eti-Aslan, 2011)

ve Wills, 2006). İç, dış uyaranlara karşı uyum yanıtlarının verilmesi, yani homeostazis temel amaçtır. İki önemli başetme sistemi uyum yanıtlarının verilmesinde rol alır. Birey uyum sağlayabilmek için başetme mekanizmalarını kullanır. RAM'da başetme sistemleri bireyde doğuştan var olan ve sonradan edindiği, düzenleyici (regülatör) ve bilişsel-duygusal (kognatör) olarak iki şekilde tanımlanmıştır. İnsan başedebileceği sınırların üstünde çevresel etkiyle karşılaşarsa başetme sistemleri görevini yerine getiremez ve sağlık bozulur. Hemşire; bireyle ilk tanışmadan itibaren bireyin davranışlarını değerlendirip, uyumlu davranış göstermesine yardımcı olur (Akyıl ve Ergüney, 2013; İsbir ve Mete, 2009; Pearson, Vaughan ve Fitzgerald, 2005). Gözlenebilen davranışlar, modelin fizyolojik (physiological), benlik kavramı (self-concept), rol fonksiyonu (role function) ve karşılıklı bağlılık

(interdependence) uyum alanlarını (adaptive modes) oluşturmaktadır. Fizyolojik alan, sistemin fiziksel olarak bütünlüğünü sürdürmesini amaçlar. Bu alan, oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme ve koruma, duyarlar, sıvı-elektrolit, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içerir. Benlik kavramı alanı, ruhsal bütünlük ile ilgili temel gereksinimler ile ilişkilidir. Rol fonksiyon alanı, anne, baba olma gibi sosyal bütünlükle ilişkili rolleri içerir. Karşılıklı bağlılık alanı, bireyler ile ilişki geliştirilme, sürdürme davranışlarını ve sosyal desteği içerir (Ordin, Karayurt ve Wellard, 2013; Özkaraman, Özer ve Balcı-Alparlan, 2012; Roy, 2008; Shosha ve Kalaldehy, 2012). Roy, dört uyum alanındaki davranışsal yanıtları uyumlu (adaptif) veya uyumsuz (adaptif olmayan) olarak sınıflandırır. Uyumlu yanıtlar bireysel bütünlüğü geliştirmeye yönelik iken, uyumsuz yanıtlar bu bütünlüğü olumsuz

yönde etkilemektedir (Fawcett, 2005). Roy uyum alanlarının dördünde de uyumlu yanıtların geliştirilmesinin hemşireliğin amacı olarak tanımlamıştır. Çevreden gelen uyarılara müdahale edip odak ve/veya etkileyen uyarıların etkisinin azaltılması veya kaldırılması hemşirelik girişimleridir (Ardashir, Karimi ve Hassani, 2013; Gigliotti, 2008; Ordin ve ark., 2013). Odak uyarı davranışsal yanıtı en çok etkileyen uyarı olduğundan odak uyarıya müdahale öncelikli hemşirelik girişimidir. Etkileyen uyarıya odak uyarı değiştirilemediğinde müdahale edilir. Bireyin gözlenen davranışlarının girişimden sonra değerlendirilmesi hemşirelik girişiminin etkisini belirler. Bireyde uyumlu davranış geliştiren hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış geliştirenler etkisiz kabul edilir (Isbir ve Mete, 2010; McEwen ve Wills, 2006; Roy, 2008; Satman ve ark., 2002; Velioğlu, 1999; Bandura, 2001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik girişimlerinin mesleki boyut dahilinde değerlendirilmesini sağlayan hemşirelik modelleri, odak noktası olarak bireyi ele alır. Hemşireye rehberlik eden modeller, hemşirelik bilgi ve uygulamalarını sistematize eder. Sağlıklı/ hasta bireyi tüm yönleri ile bir bütün olarak ele alan Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanılması hemşirelik girişimlerini kolaylaştırmaktadır.

Kaynaklar

Akbayrak, N., Erkal-İlhan, S., Ançel, G. ve Albayrak, S. A. (Eds.) (2007). *Hemşirelik bakım planları: Dahiliye - cerrahi hemşireliği ve psiko-sosyal boyut*. Ankara: Alter Yayıncılık.

Akdemir, N. ve Birol, L. (2011). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.

Akyil, R. Ç. ve Ergüney, S. (2013). Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1063-1075.

Ardashir, A., Karimi, Z., & Hassani, P. (2013). Roy's Adaptation Model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(7), 566-572.

Bal, Ö., Özgür, G. ve Babacan-Gümüş, A. (2006). Obez bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 20-28.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Modelin birçok alanda kullanılması hemşireliğin temellerinin bilime dayanmasını sağlayacaktır (Ardashir ve ark., 2013; Cody, 2006; Fawcett, 2005). Roy'un adaptasyon modeli; uyumu kolaylaştırmayı amaçlayan hemşirelik uygulamalarını içerir. Hasta uyumunu kolaylaştırmak için hemşire, faaliyetlerini davranışın değerlendirilmesi, uyarının değerlendirilmesi, hemşirelik tanısı, hedef geliştirme, hemşirelik girişimlerinin seçilmesi ve değerlendirme başlıkları altında altı basamakta gerçekleştirmelidir. (Bandura, 2001; Özkaraman, Özer ve Balcı-Alparlan, 2012; Roy, 2008; Shosha ve Kalaldehy, 2012).

Bu örnekte, obez bir bayanın hemşirelik bakımı RAM'da tanımlanan uyum alanları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Fizyolojik alanda, etkisiz solunum şekli, beden gereksiniminden fazla beslenme, yorgunluk, aktivite intoleransı; benlik kavramı alanında, beden imajında bozulma, düşük benlik saygısı, bireysel baş etmede yetersizlik, tedavi planını yönetmede yetersizlik; rol fonksiyonu ve karşılıklı etkileşim alanında, sırasıyla etkisiz rol performansı ve sosyal etkileşimde bozulma hemşirelik tanıları konularak belirlenen hedefler doğrultusunda girişimler uygulanmıştır. Planlanan hemşirelik süreci basamakları doğrultusunda hasta uyumu ile obezitede hemşirelik bakımında başarı sağlanmıştır. Bu doğrultuda RAM'ın, obezite hastalarında kullanılmasının uygun olduğu söylenebilir.

Birol, L. (2004). *Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım (Genişletilmiş 6. Baskı)*. İzmir: Etki Yayıncılık.

Carpenito-Moyet, L. J. (2005). *Hemşirelik tanıları: El kitabı* (F. Erdemir, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Cody, W. K. (2006). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing (4th edition)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Crerand, C. E., Wadden, T. A., Foster, G. D., Sarwer, D. B., Paster, L. M., & Berkowitz, R. I. (2007). Changes in obesity-related attitudes in women seeking weight reduction. *Obesity*, 15(3), 740-747.

Çıtak-Akbulut, G., Özmen, M. M. ve Besler, T. (2007). Çağın hastalığı obezite. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi (Ek)*, Mart, 2-15.

Durna, Z. (Ed.), Akın, S. ve Özdiilli, K. (2011). *İç hastalıkları hemşireliği uygulama rehberi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Erkol, A. ve Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(2), 101-107.

- Ersoy, R. ve Çakır, B. (2007). Obezite. *Türk Tıp Dergisi* (2)1, 107-116.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evolution of nursing models and theories. (Second edition)*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using conceptual models of nursing to guide nursing research: The case of the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 339-345.
- Gigliotti, E. (2008). The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1(1), 42-50.
- Grant, J. S., Kinney, M. R., & Davis, L. L. (1993). Using conceptual frameworks of models to guide nursing research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25(1), 52-56.
- Haslam, D. W., & James, W. P. (2005). Obesity. *Lancet*, 366(9492), 1197-1209.
- İsbir, G. G., & Mete, S. (2010). Nursing care of nausea and vomiting in pregnancy: Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 23(2), 148-155.
- İsbir, G. G. ve Mete, S. (2009). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy uyum modeline göre incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(2), 75-86.
- Kacaroğlu-Vicdan, A. (2010). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 106-118.
- Karakovan, A., Eti-Aslan, F. (Eds.) (2011). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Kitabevi.
- Kopelman, P. G., & Stock, M. J. (Eds.) (2002). *Klinik obezite*. (A. N. Dursun, İ. Yurdakul, Çev.) İstanbul: Tekin Ciltevi.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2006). *Theoretical basis for nursing (Second edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mokdad, A. H., Ford, E. S., Bowman, B. A., Dietz, W. H., Vinicor, F., Bales, V. S., ... Marks, J. S. (2003). Prevalance of obesity, diabetes and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA*, 289(1), 76-79.
- Ordin, Y. S., Karayurt, O., & Wellard, S. (2013). Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. *Nursing & Health Sciences*, 15(1), 31-38.
- Özkaraman, A., Özer, S. ve Balcı-Alparslan, G. (2012). Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 138-152.
- Pearson, A., Vaughan, B., & Fitzgerald, M. (2005). *Nursing models for practice (Third edition)*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann.
- Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik felsefesi: Kuramlar - bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model (Third edition)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Satman, I., Yılmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S.,... King, H. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25(9), 1551-1556.
- Shosha, G. A., & Kalaldehy, M. A. (2012). Critical analysis of using Roy's Adaptation Model in nursing research. *International Journal of Academic Research Part B*, 4(4), 26-31.
- World Health Organization (WHO) (2000). *The World health report (2000): Health systems: Improving performance (pp. 1-205)*. Geneva, Switzerland: Author
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.

Ameliyat sırası dönemde kaliteli hemşirelik bakımına ulaşmada hemşirenin rolü *bkz.* 2017; 25(2): 126-138
ameliyat sırası dönem *bkz.* 2017; 25(2): 126-138
kaliteli bakım *bkz.* 2017; 25(2): 126-138
ameliyat sırası uygulamalar *bkz.* 2017; 25(2): 126-138

Bakım paketi nedir? *bkz.* 2017; 25(2): 145-151
bakım paketi *bkz.* 2017; 25(2): 145-151
kanıta dayalı uygulama *bkz.* 2017; 25(2): 145-151
yoğun bakım *bkz.* 2017; 25(2): 145-151

Bir eğitim araştırma hastanesi acil servisine başvuran hastaların analizi: Adli vakalar *bkz.* 2017; 25(2): 119-125
acil servis *bkz.* 2017; 25(2): 119-125
adli vakalar *bkz.* 2017; 25(2): 119-125
hemşirelik *bkz.* 2017; 25(2): 119-125

Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimine ilişkin bilgi ve yaklaşımları *bkz.* 2017; 25(1): 21-30
ateş *bkz.* 2017; 25(1): 21-30
ateş yönetimi *bkz.* 2017; 25(1): 21-30
çocuk *bkz.* 2017; 25(1): 21-30
hemşire *bkz.* 2017; 25(1): 21-30

Doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşleri *bkz.* 2017; 25(3): 153-165
anne-dostu doğum *bkz.* 2017; 25(3): 153-165
doğal doğum *bkz.* 2017; 25(3): 153-165
hemşirelik, ebelik, bakımı *bkz.* 2017; 25(3): 153-165

Genç erişkin erkeklerde şiddet eğilimi ve psikolojik durum ile ilişkisi *bkz.* 2017; 25(2): 77-84
şiddet *bkz.* 2017; 25(2): 77-84
genç erişkin *bkz.* 2017; 25(2): 77-84
şiddet eğilimi *bkz.* 2017; 25(2): 77-84
kısa semptom envanteri *bkz.* 2017; 25(2): 77-84

Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler *bkz.* 2017; 25(3): 227-236
hemşire *bkz.* 2017; 25(3): 227-236
kültürel yeterlilik *bkz.* 2017; 25(3): 227-236
geliştirme *bkz.* 2017; 25(3): 227-236
yaklaşım *bkz.* 2017; 25(3): 227-236
öneri *bkz.* 2017; 25(3): 227-236

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin görüşleri *bkz.* 2017; 25(1): 1-12
kanıt *bkz.* 2017; 25(1): 1-12
kanıta-dayalı uygulama *bkz.* 2017; 25(1): 1-12
kanıta dayalı uygulama için engeller *bkz.* 2017; 25(1): 1-12
hemşirelik *bkz.* 2017; 25(1): 1-12

Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı *bkz.* 2017; 25(3): 167-176
sağlık *bkz.* 2017; 25(3): 167-176
sağlık değerlendirmesi *bkz.* 2017; 25(3): 167-176
sağlık algısı *bkz.* 2017; 25(3): 167-176
sağlıklı davranış *bkz.* 2017; 25(3): 167-176
hemşirelik *bkz.* 2017; 25(3): 167-176
hemşirelik öğrencisi *bkz.* 2017; 25(3): 167-176
anket *bkz.* 2017; 25(3): 167-176

Hemşirelik fakültesi birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası kariyer planlarının incelenmesi *bkz.* 2017; 25(1): 41-48
üniversite öğrencisi *bkz.* 2017; 25(1): 41-48
hemşire *bkz.* 2017; 25(1): 41-48
kariyer planlama *bkz.* 2017; 25(1): 41-48

Hemşirelik öğrencilerinin sosyal duygusal öğrenme becerileri, mesleki benlik saygısı ve akademik branş memnuniyetleri arasındaki ilişki *bkz.* 2017; 25(3): 201-208
sosyal duygusal öğrenme *bkz.* 2017; 25(3): 201-208
mesleki benlik *bkz.* 2017; 25(3): 201-208
akademik branş memnuniyeti *bkz.* 2017; 25(3): 201-208
hemşirelik öğrencisi *bkz.* 2017; 25(3): 201-208

İnkontinans ile ilişkili dermatiti değerlendirme ölçeği: Gözlemciler arası uyum çalışması *bkz.* 2017; 25(2): 111-118
inkontinans *bkz.* 2017; 25(2): 111-118
dermatit *bkz.* 2017; 25(2): 111-118
ölçek *bkz.* 2017; 25(2): 111-118
gözlemciler arası uyum *bkz.* 2017; 25(2): 111-118

Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi *bkz.* 2017; 25(3): 177-192
kanser *bkz.* 2017; 25(3): 177-192
kemoterapi *bkz.* 2017; 25(3): 177-192
yorgunluk *bkz.* 2017; 25(3): 177-192
fonksiyon *bkz.* 2017; 25(3): 177-192
yaşam kalitesi *bkz.* 2017; 25(3): 177-192

Kolorektal kanseri önleme: Kolorektal kanser risk danışmanlığı *bkz.* 2017; 25(1): 69-77
kolorektal kanser *bkz.* 2017; 25(1): 69-77
risk danışmanlığı *bkz.* 2017; 25(1): 69-77
hemşire *bkz.* 2017; 25(1): 69-77

Nadir bir hastalık: Stevens Johnson Sendromlu bireyin yaşam modeli doğrultusunda bakımı *bkz.* 2017; 25(3): 219-226
Stevens Johnson Sendromu *bkz.* 2017; 25(3): 219-226
hemşirelik bakımı *bkz.* 2017; 25(3): 219-226
yaşam modeli *bkz.* 2017; 25(3): 219-226

Obez bir bireyin hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon

Modeli'nin kullanımı bkz. 2017; 25(3): 237-246

obezite bkz. 2017; 25(3): 237-246

Roy Adaptasyon Modeli bkz. 2017; 25(3): 237-246

hemşirelik bakımı bkz. 2017; 25(3): 237-246

Periferik intravenöz kateter uygulamalarında komplikasyonların önlenmesinde güncel kanıtlar: Sistematik inceleme bkz. 2017; 25(3): 209-217

periferik intravenöz kateter bkz. 2017; 25(3): 209-217

ağrı bkz. 2017; 25(3): 209-217

flebit bkz. 2017; 25(3): 209-217

ekimoz bkz. 2017; 25(3): 209-217

hematom bkz. 2017; 25(3): 209-217

hemşirelik bakımı bkz. 2017; 25(3): 209-217

Sağlık çalışanlarında mobbing algısı ve iş doyumunun belirlenmesi bkz. 2017; 25(1): 31-40

mobbing bkz. 2017; 25(1): 31-40

iş doyumunu bkz. 2017; 25(1): 31-40

sağlık çalışanı bkz. 2017; 25(1): 31-40

hemşire bkz. 2017; 25(1): 31-40

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi bkz. 2017; 25(2): 85-94

sağlık okuryazarlığı bkz. 2017; 25(2): 85-94

güvenirlilik bkz. 2017; 25(2): 85-94

geçerlik bkz. 2017; 25(2): 85-94

Simülasyonla eğitimde kullanılan Öğrenci Memnuniyeti ve Öğrenmede Kendine Güven Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması bkz. 2017; 25(2): 95-103

simülasyon bkz. 2017; 25(2): 95-103

öğrenci memnuniyeti bkz. 2017; 25(2): 95-103

kendine güven bkz. 2017; 25(2): 95-103

ölçek geçerlik ve güvenirliliği bkz. 2017; 25(2): 95-103

Toplumsal cinsiyet eşitliği dersini alan ve almayan üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları bkz. 2017; 25(2): 104-110

toplumsal cinsiyet rolleri bkz. 2017; 25(2): 104-110

planlı eğitim bkz. 2017; 25(2): 104-110

hemşirelik öğrencisi bkz. 2017; 25(2): 104-110

Türkiye'de organ nakli hemşireliğinin; dün, bugün ve yarını... bkz. 2017; 25(1): 49-58

organ nakli hemşireliği bkz. 2017; 25(1): 49-58

organ nakli bkz. 2017; 25(1): 49-58

organ bağıışı bkz. 2017; 25(1): 49-58

Türkiye'de organ nakli hemşireliği bkz. 2017; 25(1): 49-58

Üroloji hastasında ağrı yönetimi: Güncel yaklaşımlar ve kanıta dayalı uygulamalar bkz. 2017; 25(1): 59-68

ağrı yönetimi bkz. 2017; 25(1): 59-68

kanıta dayalı uygulamalar bkz. 2017; 25(1): 59-68

hemşirenin rolü bkz. 2017; 25(1): 59-68

üroloji bkz. 2017; 25(1): 59-68

Yoğun bakım ünitelerinde koruyucu hasta pozisyonları, egzersiz ve mobilizasyon: Güvenli uygulama rehberi bkz. 2017; 25(2): 139-144

hasta pozisyonları bkz. 2017; 25(2): 139-144

egzersiz bkz. 2017; 25(2): 139-144

mobilizasyon bkz. 2017; 25(2): 139-144

yoğun bakım ünitesi bkz. 2017; 25(2): 139-144

Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile bakım davranışları arasındaki ilişki bkz. 2017; 25(1): 13-20

bakım davranışı bkz. 2017; 25(1): 13-20

öfke bkz. 2017; 25(1): 13-20

hemşire bkz. 2017; 25(1): 13-20

Yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit gelişme durumu bkz. 2017; 25(3): 193-200

yoğun bakım bkz. 2017; 25(3): 193-200

çocuk bkz. 2017; 25(3): 193-200

oral mukozit bkz. 2017; 25(3): 193-200

- Acaroğlu R** (bkz. Üzen Cura ve ark.) 2017; 25(3): 219-226.
- Ağar M** (bkz. Çağlar S ve ark.) 2017; 25(1): 41-48.
- Akın S** (bkz. Özkan M ve ark.) 2017; 25(3): 177-192.
- Akyolcu N** (bkz. Eyi S ve ark.) 2017; 25(2): 126-138.
- Aras Z** ve ark. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. 2017; 25(2): 85-94 (Orijinal araştırma)
- Aydın A** ve ark. Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. 2017; 25(3): 167-176 (Orijinal araştırma)
- Bayık Temel A** (bkz. Aras Z ve ark.) 2017; 25(2): 85-94.
- Bozkurt G** (bkz. Sönmez Düzkaya D ve ark.) 2017; 25(3): 193-200.
- Büyükyılmaz F** ve ark. Yoğun bakım ünitelerinde koruyucu hasta pozisyonları, egzersiz ve mobilizasyon: Güvenli uygulama rehberi. 2017; 25(2): 139-144 (Derleme)
- Büyükyılmaz F** (bkz. Kuş B ve ark.) 2017; 25(3): 209-217.
- Çağlar S** ve ark. Hemşirelik fakültesi birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası kariyer planlarının incelenmesi. 2017; 25(1): 41-48 (Orijinal araştırma)
- Çetin Ö I** ve ark. Genç erişkin erkeklerde şiddet eğilimi ve psikolojik durum ile ilişkisi. 2017; 25(2): 77-84 (Orijinal araştırma)
- Çilingir D** (bkz. Aydın A ve ark.) 2017; 25(3): 167-176.
- Egelioglu Cetişli N** ve ark. Toplumsal cinsiyet eşitliği dersini alan ve almayan üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. 2017; 25(2): 104-110 (Orijinal araştırma)
- Erdoğan S** (bkz. Çetin Ö I ve ark.) 2017; 25(2): 77-84.
- Eyi S** ve ark. Ameliyat sırası dönemde kaliteli hemşirelik bakımına ulaşmada hemşirenin rolü. 2017; 25(2): 126-138 (Derleme)
- Eyi S** (bkz. Menekli T ve ark.) 2017; 25(3): 237-246.
- Gözen D** (bkz. Çağlar S ve ark.) 2017; 25(1): 41-48.
- Gözen D** (bkz. Sökün D ve ark.) 2017; 25(1): 21-30.
- Gündüz A** ve ark. Bir eğitim araştırma hastanesi acil servise başvuran hastaların analizi: Adli vakalar. 2017; 25(2): 119-125 (Orijinal araştırma)
- Gürler H** (bkz. Yılmaz M ve ark.) 2017; 25(1): 1-12.
- Hatipoğlu S** ve ark. Türkiye'de organ nakli hemşireliğinin; dünü, bugün ve yarını. 2017; 25(1): 49-58 (Derleme)
- Işık G.** (bkz. Egelioglu Cetişli N ve ark.) 2017; 25(2): 104-110.
- İşeri Ö** (bkz. Hatipoğlu S ve ark.) 2017; 25(1): 49-58.
- Kanan N** (bkz. Eyi S ve ark.) 2017; 25(2): 126-138.
- Kanan N** (bkz. Kandemir D ve ark.) 2017; 25(1): 59-68.
- Kandemir D** ve ark. Üroloji hastasında ağrı yönetimi: Güncel yaklaşımlar ve kanıta dayalı uygulamalar. 2017; 25(1): 59-68 (Derleme)
- Karabacak Ü** (bkz. Kocatepe V ve ark.) 2017; 25(1): 13-20.
- Kaplan M** (bkz. Sarıkoç G ve ark.) 2017; 25(3): 201-208.
- Karaçam Z** (bkz. Olgaç Z ve ark.) 2017; 25(3): 153-165.
- Karaçay P** ve ark. Simülasyonla eğitimde kullanılan öğrenci memnuniyeti ve öğrenmede Kendine Güven Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. 2017; 25(2): 95-103 (Orijinal araştırma)
- Karayurt Ö** (bkz. Hatipoğlu S ve ark.) 2017; 25(1): 49-58.
- Kaya H** (bkz. Karaçay P ve ark.) 2017; 25(2): 95-103.
- Kaya H** (bkz. Özdemir Aydın G ve ark.) 2017; 25(2): 111-118.
- Kerimoğlu Yıldız G** (bkz. Çağlar S ve ark.) 2017; 25(1): 41-48.
- Kılıç N** ve ark. Sağlık çalışanlarında mobing algısı ve iş doyumunun belirlenmesi. 2017; 25(1): 31-40 (Orijinal araştırma)
- Kılıklı N** (bkz. Çağlar S ve ark.) 2017; 25(1): 41-48.
- Kocatepe V** ve ark. Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile bakım davranışları arasındaki ilişki. 2017; 25(1): 13-20 (Orijinal araştırma)
- Koçşalı S** (bkz. Gündüz A ve ark.) 2017; 25(2): 119-125.
- Koç S** Kolorektal kanseri önleme: Kolorektal kanser risk danışmanlığı. 2017; 25(1): 69-77 (Derleme)
- Kuş B** ve ark. Periferik intravenöz kateter uygulamalarında komplikasyonların önlenmesinde güncel kanıtlar: Sistematik inceleme. 2017; 25(3): 209-217 (Sistematik Derleme)
- Menekli T** ve ark. Obez bir bireyin hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. 2017; 25(3): 237-246. (Derleme)
- Olgaç Z** ve ark. Doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşleri. 2017; 25(3): 153-165 (Orijinal araştırma)
- Özbaş A** (bkz. Kandemir D ve ark.) 2017; 25(1): 59-68.
- Özdemir Aydın G** ve ark. İnkontinans ile ilişkili Dermatiti Değerlendirme Ölçeği: Gözlemciler arası uyum çalışması. 2017; 25(2): 111-118 (Orijinal araştırma)
- Özkan M** ve ark. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. 2017; 25(3): 177-192 (Orijinal araştırma)
- Özsaban A** (bkz. Büyükyılmaz F ve ark.) 2017; 25(2): 139-144.
- Sarıgöl Ordın Y** (bkz. Hatipoğlu S ve ark.) 2017; 25(1): 49-58.
- Sarıkoç G** ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin sosyal duygusal öğrenme becerileri, mesleki benlik saygısı ve akademik branş memnuniyetleri arasındaki ilişki. 2017; 25(3): 201-208 (Orijinal araştırma)
- Sayın Y** Bakım paketi nedir? 2017; 25(2): 145-151 (Derleme)
- Sökün D** ve ark. Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimine ilişkin bilgi ve yaklaşımları. 2017; 25(1): 21-30 (Orijinal araştırma)
- Sönmez Düzkaya D** ve ark. Yoğun bakımdaki çocuklarda oral mukozit gelişme durumu. 2017; 25(3): 193-200 (Orijinal araştırma)
- Tanrıverdi G** Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler. 2017; 25(3): 227-236 (Derleme)
- Tel H** (bkz. Kılıç N ve ark.) 2017; 25(1): 31-40.
- Top E D** (bkz. Egelioglu Cetişli N ve ark.) 2017; 25(2): 104-110.
- Uğur E** (bkz. Kocatepe V ve ark.) 2017; 25(1): 13-20.
- Uysal G** (bkz. Sönmez Düzkaya D ve ark.) 2017; 25(3): 193-200.
- Üzen Cura Ş** ve ark. Nadir bir hastalık: Stevens Johnson Sendromlu bireyin yaşam modeli. 2017; 25(3): 219-226 (Derleme)
- Yakut T** (bkz. Sönmez Düzkaya D ve ark.) 2017; 25(3): 193-200.
- Yılmaz M** ve ark. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin görüşleri. 2017; 25(1): 1-12 (Orijinal araştırma)

DERGİNİN TANIMI

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, hakemli, açık erişimli ve yılda 3 sayı olarak Şubat, Haziran ve Ekim aylarında yayınlanan bilimsel bir dergidir. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nin yayın organıdır. Dergiye yayınlanması için gönderilen bilimsel makaleler Türkçe ya da İngilizce olmalıdır.

AMAÇ VE KAPSAM

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, bilimsel, kuramsal ve felsefi temelli hemşirelik uygulaması, eğitimi, yönetimi ve araştırmaları ile ilgili yazılara açıktır. Dergi, tüm açılardan hemşireliğin gelişimine ve ulusal-uluslararası düzeyde alanla ilgili perspektife katkı sağlayan çalışmalarını yayımlar. Hemşirelik konusunda araştırma bulguları, uygulama, deneyim ve bilgi alışverişi için uluslararası bir platform sağlamayı amaçlar. Hemşire ve diğer akademisyenler, klinik araştırmacılar, tıp/sağlık profesyonelleri, öğrenciler, ilgili mesleki, akademik kurum ve kuruluşlar derginin hedef kitlesini oluşturur.

EDİTORYAL POLİTİKALAR VE HAKEM SÜRECİ

Yayın Politikası

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, yayınlanmak üzere gönderilen makalelerin içeriği derginin amaç ve kapsamı ile uyumlu olmalıdır. Dergi aşağıda belirtilen türlerde makale kabul eder:

- Araştırma,
- Meta analiz, -Sistemik derleme, -Olgu sunumu, -Derleme,
- Editöre mektup

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, Türkiye'de hemşirelik bilimi ile ilgili yapılan araştırmaların ulusal ve uluslararası bilim dünyasına duyurulması, arenasına, bilim çevrelerince paylaşılması ve bu bağlamda hemşirelik biliminin teorik ve uygulama bilgi kapasitesini geliştirmeyi ve Türkiye'nin tanıtılmasına katkıda bulunmayı misyon edindiğinden özellikle orijinal araştırma niteliğindeki yazıları yayınlamaya öncelik vermektedir.

Genel İlkeler

Daha önce yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirilmediği olmayan ve her bir yazar tarafından onaylanan makaleler Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'de değerlendirilmek üzere kabul edilir.

Makalede daha önce yayınlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Gerekli

izinlerin alınıp alınmadığından yazar(lar) sorumludur.

Bilimsel toplantılarda sunulan özet bildiriler, makalede belirtilmesi koşulu ile kaynak olarak kabul edilir. Editör, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'e gönderilen makale biçimsel esaslara uygun ise, gelen yazıyı yurtiçinden ve /veya yurtdışından en az iki hakemin değerlendirmesine sunar, hakemler gerek gördüğü takdirde yazıda istenen değişiklikler yazarlar tarafından yapıldıktan sonra yayınlanmasına onay verir.

Makale yayınlanmak üzere Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'e gönderildikten sonra yazarlardan hiçbirinin ismi, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez ve yeni bir isim yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.

Yayına kabul edilmeyen makale, resim ve fotoğraflar yazarlara geri gönderilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir.

Yazarların Sorumluluğu

Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Yazar makalenin orijinal olduğu, daha önce başka bir yerde yayınlanmadığı ve başka bir yerde, başka bir dilde yayınlanmak üzere değerlendirilmediği konusunda teminat sağlamalıdır. Uygulamadaki telif kanunları ve anlaşmaları gözetilmelidir. Telifle ilgili materyaller (örneğin tablolar, şekiller veya büyük alıntılar) gerekli izin ve teşekkürle kullanılmalıdır. Başka yazarların, katkıda bulunanların çalışmaları ya da yararlanılan kaynaklar uygun biçimde kullanılmalı ve referanslarda belirtilmelidir.

Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır, bu bağlamda "yazar" yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına ve desenine, verilerin elde edilmesine, analizine ya da yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının yazılması ya da bunun içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesinde görev yapan birisi olarak görülür. Yazar olabilmenin diğer koşulları ise, makaledeki çalışmayı planlamak veya icra etmek ve / veya revize etmektir. Fon sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başına yazarlık hakkı kazandırmaz. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler sayılan tüm ölçütleri karşılamalıdır ve yukarıdaki ölçütleri karşılayan her birey yazar olarak gösterilebilir.

Çok merkezli çalışmalarda grubun tüm üyelerinin yukarıda belirtilen şartları karşılaması gereklidir. Yazarların isim sıralaması ortak verilen bir karar olmalıdır. Tüm yazarlar yazar sıralamasını telif hakkı devri formunda imzalı olarak belirtmek zorundadırlar. Yazarların tümünün ismi yazının başlığının altındaki bölümde yer almalıdır.

Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler "teşekkür / bilgiler" kısmında sıralanmalıdır. Bunlara örnek olarak ise sadece teknik destek sağlayan, yazıma yardımcı olan ya da sadece genel bir destek sağlayan kişiler verilebilir. Finansal ve materyal destekleri de belirtilmelidir.

Yazıya materyal olarak destek veren ancak yazarlık için gerekli ölçütleri karşılamayan kişiler "klinik araştırmacılar" ya da "yardımcı araştırmacılar" gibi başlıklar altında toplanmalı ve bunların işlevleri ya da katılımları "bilimsel danışmanlık yaptı" "çalışma önerisini gözden geçirdi" "veri topladı" ya da "çalışma hastalarının bakımını üstlendi" şeklinde belirtilmelidir. Teşekkür (acknowledgement) kısmında belirtilecek bu bireylerden de yazılı izin alınması gerekmektedir. Bütün yazarlar, araştırmanın sonuçlarını ya da bilimsel değerlendirmeyi etkileyebilme potansiyeli olan finansal ilişkiler, çıkar çatışması ve çıkar rekabetini beyan etmelidirler. Bir yazar kendi yayınlanmış yazısında belirgin bir hata ya da yanlışlık tespit ederse, bu yanlışlıklara ilişkin düzeltme ya da geri çekme için editör ile hemen temasa geçme ve işbirliği yapma sorumluluğunu taşır.

Yazarların görevleri ve sorumlulukları konusunda aşağıdaki kaynaklara bakabilirsiniz;

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/>

Editör ve Hakem Sorumlulukları ve Değerlendirme Süreci

Editörler, makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirirler. Yayına gönderilen makalelerin adil bir şekilde çift taraflı kör hakem değerlendirmesinden geçmelerini sağlarlar. Gönderilen makalelere ilişkin tüm bilginin, makale yayınlanana kadar gizli kalacağını garanti ederler. Editörler içerik ve yayının toplam kalitesinden sorumludurlar. Gereğinde hata sayfası yayınlamalı ya da düzeltme yapmalıdır.

Editör; yazarlar, editörler ve hakemler arasında çıkar çatışmasına izin vermez. Hakem atama konusunda tam yetkiye sahiptir ve Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'de yayınlanacak makalelerle ilgili nihai kararı vermekle yükümlüdür. Yayın etiği konusunda COPE kaynağına bakabilirsiniz.

<https://publicationethics.org/files/u7141/1999pdf13.pdf>

Hakemler makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirirler. Araştırmayla ilgili, yazarlarla ve/veya araştırmanın finansal destekçileriyle çıkar çatışmaları olmamalıdır. Değerlendirmelerinin sonucunda tarafsız bir yargıya varmalıdırlar. Hakemler yazarların atıfta bulunmadığı konuyla ilgili yayınlanmış çalışmaları tespit etmelidirler. Gönderilmiş yazılara ilişkin tüm bilginin gizli tutulmasını sağlamalı ve yazar tarafında herhangi bir telif hakkı ihlali ve intihal fark ederlerse editöre raporlamalıdırlar. Hakem, makale konusu hakkında kendini vasıflı hissetmiyor ya da zamanında geri dönüş sağlaması mümkün görünmüyorsa, editöre bu durumu bildirmeli ve hakem sürecine kendisini dahil etmemesini istemelidir.

Editör makalelerle ilgili bilgileri (makalenin alınması, içeriği, gözden geçirme sürecinin durumu, hakemlerin eleştirileri ya da varılan sonuç) yazarlar ya da hakemler dışında kimseye

paylaşmaz. Değerlendirme sürecinde editör hakemlere gözden geçirme için gönderilen makalelerin, yazarların özel mülkü olduğunu ve bunun imtiyazlı bir iletişim olduğunu açıkça belirtir. Hakemler ve yayın kurulu üyeleri topluma açık bir şekilde makaleleri tartışamazlar. Hakemlerin kendileri için makalelerin kopyalarını çıkarmalarına izin verilmez ve editörün izni olmadan makaleleri başkasına veremezler. Hakemler gözden geçirmelerini bitirdikten sonra makalenin kopyalarını yok etmeli ya da editöre göndermelidirler. Dergimiz editörü de reddedilen ya da geri verilen makalelerin kopyalarını imha etmelidir.

Yazarın ve editörün izni olmadan hakemlerin gözden geçirmeleri basılamaz ve açıklanamaz. Hakemlerin kimliğinin gizli kalmasına özen gösterilmelidir. Bazı durumlarda editörün kararıyla, ilgili hakemlerin makaleye ait yorumları aynı makaleyi yorumlayan diğer hakemlere gönderilerek hakemlerin bu süreçte aydınlatılması sağlanabilir.

Değerlendirme süreciyle ilgili olarak COPE kaynağına bakabilirsiniz:

https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

AÇIK ERİŞİM İLKESİ

Açık erişimli bir yayın olan Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing dergisinin tüm içeriği okura ya da okurun dahil olduğu kuruma ücretsiz olarak sunulur. Okurlar, ticari amaç haricinde, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergi makalelerinin tam metnini okuyabilir, indirebilir, kopyalayabilir, arayabilir ve link sağlayabilir. Bu BOAI açık erişim tanımıyla uyumludur.

YAYIN ETİĞİ

İlke ve Standartlar

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır ve Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journals (ICJME) tarafından geliştirilen yayın etiği ilkelerini ve tavsiyelerini gözetir.

Gönderilen tüm makaleler orijinal, yayınlanmamış ve başka bir dergide değerlendirme sürecinde olmamalıdır. Her bir makale editörlerden biri ve en az iki hakem tarafından çift kör değerlendirmeden geçirilir. Gönderilen makaleleri intihal yazılımı ile denetleme hakkımız saklıdır. İntihal, veride hile ve tahrif (araştırma verisi, tabloları ya da imajlarının manipülasyonu ve asılsız üretimi), insan ve hayvanların araştırmada uygun olmayan kullanımı konuları denetimden geçmektedir. Bu standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Buna yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de dahildir. Yayın etiği kurallarına bağlı olarak, intihal şüphesini ve duplikasyon durumlarını rapor edeceğimizi belirtiriz.

Olası bilimsel etik dışı davranışlar ve etik yayın ihlali durumunda, COPE Ethics Flowcharts dikkate alınır:

https://publicationethics.org/files/Full_set_of_flowcharts_Turkey_2017%20%281%29.pdf

Bilimsel Sorumluluk

Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır, bu bağlamda "yazar" yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına ve desenine, verilerin elde edilmesine, analizine ya da yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının yazılması ya da bunun içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesinde görev yapan birisi olarak görülür. Yazar olabilmenin diğer koşulları ise, makaledeki çalışmayı planlamak veya icra etmek ve / veya revize etmektir. Fon sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başına yazarlık hakkı kazandırmaz. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler sayılan tüm ölçütleri karşılamalıdır ve yukarıdaki ölçütleri karşılayan her birey yazar olarak gösterilebilir.

Çok merkezli çalışmalarda grubun tüm üyelerinin yukarıda belirtilen şartları karşılaması gereklidir. Yazarların isim sıralaması ortak verilen bir karar olmalıdır. Tüm yazarlar yazar sıralamasını telif hakkı devri formunda imzalı olarak belirtmek zorundadırlar. Yazarların tümünün ismi yazının başlığının altındaki bölümde yer almalıdır.

Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler "teşekkür/bilgiler" kısmında sıralanmalıdır. Bunlara örnek olarak ise sadece teknik destek sağlayan, yazıya yardımcı olan ya da sadece genel bir destek sağlayan kişiler verilebilir. Finansal ve materyal destekleri de belirtilmelidir.

Yazıya materyal olarak destek veren ancak yazarlık için gerekli ölçütleri karşılamayan kişiler "klinik araştırmacılar" ya da "yardımcı araştırmacılar" gibi başlıklar altında toplanmalı ve bunların işlevleri ya da katılımları "bilimsel danışmanlık yaptı" "çalışma önerisini gözden geçirdi" "veri topladı" ya da "çalışma hastalarının bakımını üstlendi" şeklinde belirtilmelidir. Teşekkür (acknowledgement) kısmında belirtilecek bu bireylerden de yazılı izin alınması gerekmektedir.

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur, Çıkar Çatışması

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, yayınladığı makalelerin ticarî kaygılardan uzak ve konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olması şartını gözetmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. International Journal of Feeding and Eating Disorders, 1975 Helsinki Deklarasyonu'nun 2004 yılında revize edilen Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects'e <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> ve 2006 yılında revize edilen WMA Statement on Animal Use in Biomedical Research'e <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a18/> uymayı prensip edinmiş bir

dergidir. Bu yüzden Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'de yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, klinik deneylere katılan denekler ile ilgili olarak yukarıda belirtilen etik standartlara uyulduğunun mutlaka belirtilmesi gerekmektedir. Ayrıca deneyin türüne göre gerekli olan yerel veya ulusal etik komitelerden alınan onay yazıları yazı ile birlikte gönderilmelidir. Bununla birlikte deneye katılan kişi/hastalardan, hastalar eğer temyiz kudretine sahip değilse vâsilerinden yazılı bilgilendirilmiş olur alındığını belirten bir yazı ile beraber tüm yazarlar tarafından imzalanmış bir belgenin editöre gönderilmesi gerekmektedir. Hastalardan bilgilendirilmiş olur alınmadan mahremiyet bozulamaz. Hastaların ismi, isimlerinin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, fotoğraflar ve soy ağacı bilgileri v.b. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba, ya da vasisi) yazılı bilgilendirilmiş olur (rıza) vermedikçe basılmazlar.

Özellikle olgu bildirimlerinde, çok gerekli olmadıkça hasta ile ilgili tanımlayıcı ayrıntılar çıkarılmalıdır. Örneğin, fotoğraflarda göz bölgesinin maskelenmesi kimliğin gizlenmesi için yeterli değildir. Eğer veriler kimliğin gizlenmesi için değiştirildiyse yazarlar bu değişikliklerin bilimsel anlamı etkilemediği konusunda güvence vermelidirler. Olgu sunumlarında yer verilen hastalardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" alınmalıdır. Bilgilendirilmiş olur (rıza) alındığı da makalede belirtilmelidir.

Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Çalışmada "hayvan" kullanılmış ise yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (www.nap.edu/catalog/5140.html) doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Hayvan deneyleri rapor edilirken yazarlar, laboratuvar hayvanlarının bakımı ve kullanımı ile ilgili kurumsal ve ulusal rehberlere uyup uymadıklarını yazılı olarak bildirmek zorundadırlar.

Makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır. International Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, WAME'nin çıkar çatışması tanımını benimser <http://www.wame.org/about/wame-editorial-on-coi>

Buna göre, yazar, hakem ya da editör sorumluluklarını aşırı düzeyde ve/veya haksızlığa yol açabilecek düzeyde etkileyebilecek ya da etkileyebileceği olası bir çıkar rekabeti içindeyse, çıkar çatışması söz konusudur ve bunun açıklanması gerekir. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri, finansal bağlar, akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik ya da dini inançlar, kurumsal bağlantılardır. Çıkar çatışması söz konusuysa bu makalede açıklanmalıdır.

DİL

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'in yayın dili Türkçe ve Amerikan İngilizce'sidir.

YAZILARIN HAZIRLANMASI

Aksi belirtilmedikçe gönderilen yazılarla ilgili tüm yazışmalar ilk yazarla yapılacaktır. Gönderilen yazılar, yazının yayınlanmak üzere gönderildiğini ve Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'in hangi bölümü (orijinal araştırma, olgu sunumu, derleme...) için başvurulduğunu belirten bir mektup, yazının elektronik formunu içeren Microsoft Word 2003 ve üzerindeki versiyonları ile yazılmış elektronik dosya ile tüm yazarların imzaladığı 'Telif Hakkı Devri Formu' eklenerek gönderilmelidir.

Makaleler sayfanın her bir kenarından 2,5 cm kenar boşluğu bırakılarak ve çift satır aralıklı yazılmalıdır. Makalelerde aşağıdaki sıra takip edilmelidir ve her bölüm yeni bir sayfa ile başlamalıdır: 1) başlık sayfası, 2) özet, anahtar kelimeler ve genişletilmiş özet (Extended Abstract), 3) metin, 4) teşekkür 5) kaynaklar ve 6) tablo ve/veya şekiller. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır.

Başlık sayfasında, yazının başlığını takiben yazarların adları, akademik ünvanları, bağlı oldukları kurumun açık adı ve adresi ve yazılacak yazarın tam adres, telefon ve faks numaraları ile e-mail adresi mutlaka bulunmalıdır. Yazının 40 karakteri geçmeyen (boşluklar dahil) kısa başlığı da bu bölümde belirtilmelidir.

Makale Türleri

Araştırma

Orijinal araştırma makaleleri derginin kapsamına uygun konularda önemli, özgün bilimsel sonuçlar sunan araştırmaları raporlayan yazılardır. Orijinal araştırma makaleleri, Öz, Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden ve Tablo, Grafik ve Şekillerden oluşur.

Öz

Türkçe yazıların İngilizce özetlerinde mutlaka İngilizce başlık da yer almalıdır. Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler 250 kelimeyi geçmemeli ve aşağıdaki şekilde yapılandırılmalıdır:

Amaç/ Aim: Yazının birincil ve asıl amacı;

Yöntem(ler)/Method(s): Veri kaynakları, çalışmanın iskeleti, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, görüşme/değerlendirmeler ve temel ölçümler;

Bulgular/Results: Ana bulgular;

Sonuç(lar)/Conclusion(s): Doğrudan klinik uygulamalar, çıkartılacak sonuçlar belirtilmelidir.

Özet çalışmanın temeliyle ilgili bilgi vermeli ve çalışmanın amacını, temel prosedürleri (olguların ya da laboratuvar hayvanlarının seçimi, gözlemsel ve analitik yöntemler), ana bulguları (mümkünse özgül etki büyüklüklerini ve istatistiksel anlamlılıklarını vererek) ve temel çıkarımları içermelidir. Çalışmanın

ya da gözlemlerin yeni ve önemli yönleri belirtilmelidir. Özetler bir makalenin birçok elektronik veritabanında yer alan en belirgin kısmı olduğundan, yazarlar özetin makalenin içeriğini doğru olarak yansıttığından emin olmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Anahtar kelimeler, her türlü yazıda Türkçe ve İngilizce özetlerin altındaki sayfada en az 3 en fazla 5 adet verilmelidir. Anahtar sözcük olarak Index Medicus'un Tıbbi Konu Başlıkları'nda (Medical Subject Headings, MeSH) yer alan terimler kullanılmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri" ne uygun olmalı ve [http:// www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) adresinden seçilmelidir.

Genişletilmiş Özet (Extended Abstract)

Her makale için genişletilmiş özet (Extended Abstract) yazarlarca hazırlanmalıdır. 600-800 kelime ile sınırlandırılan genişletilmiş özet (Extended Abstract), makalede aşağıdaki sıralamada, özet ve anahtar kelimelerden sonra, makale ana metninden önce, yer almalıdır. Genişletilmiş özet (Extended Abstract) sadece İngilizce hazırlanmalıdır.

Giriş

Giriş bölümünde konunun önemi, tarihçe ve bugüne kadar yapılmış çalışmalar, hipotez ve çalışmanın amacından söz edilmelidir.

Hem ana hem de ikincil amaçlar açıkça belirtilmelidir. Sadece gerçekten ilişkili kaynaklar gösterilmeli ve çalışmaya ait veri ya da sonuçlardan söz edilmemelidir. Giriş bölümünün sonunda çalışmanın amacı, araştırma soruları veya hipotezler yazılmalıdır.

Yöntem

Yöntem bölümünde, veri kaynakları, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, ölçekler, görüşme/değerlendirmeler ve temel ölçümler, yapılan işlemler ve istatistiksel yöntemler yer almalıdır. Yöntem bölümü, sadece çalışmanın planı ya da protokolü yazılırken bilinen bilgileri içermelidir; çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler bulgular kısmında verilmelidir.

Yöntem aşağıdaki başlıkları içermelidir:

Çalışmanın tipi: Açıklanmalıdır.

Çalışmanın evren ve örnekleme:

Gözlemsel ya da deneysel çalışmaya katılanların (hastalar, hayvanlar, kontroller) seçimi, kaynak popülasyon, çalışmaya alınma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri açıkça tanımlanmalıdır. Yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin çalışmanın amacıyla olan ilişkisi her zaman açık olmadığından yazarlar çalışma raporundaki kullanımlarını açıklamalıdır; örneğin yazarlar niçin sadece belli bir yaş grubunun alındığını ya da neden kadınların çalışma dışında bırakıldığını açıklamalıdır. Çalışmanın niçin ve nasıl belli bir şekilde yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. Yazarlar etnisite ya da ırk gibi değişkenler kullandıklarında bu değişkenleri nasıl ölçtüklerini ve geçerliklerini açıklamalıdır. Çalışmanın genel ve çalışma evreni tanımlanmalı; evrenden örnekleme nasıl yapıldığı, hangi örnekleme yöntemi kullanılarak seçim yapıldığı ve örnekleme büyüklüğünün nasıl hesaplandığı açıklanmalıdır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçlarının her biri ayrı ayrı tanıtılmalı ve geçerlik-güvenilirlik bilgileri verilmelidir. Diğer çalışmacıların

sonuçları yineleyebilmesi için yöntem ve kullanılan araçlar (üretici firma ve adres paragraf içinde belirtilerek) ayrıntılı bir şekilde belirtilmelidir. Önceden kullanılan bilinen yöntemler için (istatistiksel yöntemler dahildir) kaynak gösterilmeli, basılmış ama iyi bilinmeyen bir yöntem için kaynak verilmeli ve yöntem açıklanmalıdır. Aynı şekilde yeni ya da belirgin olarak modifiye edilmiş yöntemler tanımlanmalı ve kullanıma nedenleri belirtilip kısıtlılıkları değerlendirilmelidir. Kullanılan tüm ilaç ve kimyasallar doğru olarak tanımlanıp jenerik isimleri, dozları ve kullanım biçimleri belirtilmelidir. Gözden geçirme yazısı gönderen yazarlar veriyi bulma, seçme, ayırma ve sentezleme yöntemlerini belirtmelidir. Bu yöntemler aynı zamanda özette de yer almalıdır.

Etik Konular

Önceki bölümde işaret edilen Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journals (ICJME) tarafından geliştirilen yayın etiği ilkelerini ve tavsiyelerine dikkat edilmelidir. Ayrıca çalışmanın türüne göre Etik Kurul İzin Belgesi (alınış tarihi ve numarası), Kurum İzni ve Bilgilendirilmiş Olur'un alınma belgesi ile bilgiler eklenmelidir.

Verilerin Analizi

İstatistiksel yöntem, orijinal veriye erişebilecek bilgili bir okuyucunun rapor edilen sonuçları onaylayabileceği bir ayrıntıda belirtilmelidir. Mümkünse, bulgular niceliksel hale getirilmeli ve hata ölçümleri (güvenlik aralıkları gibi) sunulmalıdır. Etki büyüklüğünü vermeyen, p değerlerinin kullanımı gibi, salt istatistiksel hipotez sinamasına dayanılmamalıdır. Çalışma deseni ve istatistiksel yöneme dair kaynaklar sayfalar belirtilerek mümkün olduğu sürece standart kaynaklar olmalıdır. İstatistiksel terimler, kısaltmalar ve semboller tanımlanmalıdır. Kullanılan bilgisayar programı belirtilmelidir.

Bulgular

Ana bulgular istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak eksiksiz verilmeli ve bu bulgular uygun tablo, grafik ve şekillerle görsel olarak da belirtilmelidir. Bulgular yazıda, tablolarda ve şekillerde mantıklı bir sırayla önce en önemli sonuçlar olacak şekilde verilmelidir. Tablo ve şekillerdeki tüm veriyi yazıda vermemeli, sadece önemli noktaları vurgulanmalıdır.

Ekstra materyal ve teknik bilgi ek kısmında verilerek yazının akışının bozulmaması sağlanmalı, alternatif olarak bunlar sadece elektronik versiyonda yer almalıdır.

Tartışma

Tartışma bölümünde o çalışmadan elde edilen veriler, kurulan hipotez doğrultusunda hipotezi destekleyen ve desteklemeyen bulgular ve sonuçlar irdelenmeli ve bu bulgu ve sonuçlar literatürde bulunan benzeri çalışmalarla kıyaslanmalı, farklılıklar varsa açıklanmalıdır. Çalışmanın yeni ve önemli yanları ve bunlardan çıkan sonuçları vurgulanmalıdır. Giriş ya da sonuçlar kısmında verilen bilgi ve veriler tekrarlanmamalıdır.

Deneysel çalışmalar

Deneysel çalışmalar için tartışmaya sonuçları kısaca özetleyerek başlamak, daha sonra olası mekanizmaları ya da açıklamaları incelemek ve bulguları önceki çalışmalarla karşılaştırmak, çalışmanın kısıtlılıklarını özetlemek, gelecekteki çalışmalar ve klinik

pratik için uygulamalarını belirtmek faydalıdır. Varılan sonuçlar çalışmanın amacıyla karşılaştırılmalı, ancak elde edilen bulgular tarafından yeterince desteklenmeyen çıkarımlardan kaçınılmalıdır. Yazarlar, eğer elde ettikleri veriler ekonomik veri ve analizler içermiyorsa, ekonomik çıkar ya da faydalarla ilgili yorumlardan özellikle kaçınılmalıdır. Gerekliğinde yeni hipotezler ortaya konmalı, ancak bunların yeni hipotezler olduğu belirtilmelidir.

Sonuçlar

Sonuçlar bölümünde yazı özetlenirken sayısal sonuçları sadece türevler (örneğin yüzde) şeklinde değil mutlak şekilde de vermeli ve kullanılan analiz yöntemi belirtilmelidir. Sadece makaledeki fikri destekleyen şekil ve tablolar konmalıdır. Çok büyük tablolar yerine grafikleri kullanmayı denemeli, grafik ve tablolarda aynı veriyi tekrarlamamalıdır.

Tablo, Grafik ve Şekiller

Yazı içindeki grafik, şekil ve tablolar Arap sayıları ile numaralandırılmalıdır. Şekillerin metin içindeki yerleri belirtilmelidir.

Meta Analizi (İleri Çözümleme)

Meta-analizi, girişimlerin etkinliği için en yüksek düzeyli kanıt sağlamak amacıyla belirli bir konuda yapılmış, birbirinden bağımsız, birden çok çalışmanın sonuçlarını birleştirme ve elde edilen araştırma bulgularının istatistiksel analizini yapma yöntemidir. Meta-analizi, hem deneysel hem de nicel araştırmalar için yapılabilir. Meta-analizi makaleleri; Öz, Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden ve Tablolardan oluşur.

Sistemik Derleme

Sistemik derleme, meta-analizinde olduğu gibi ilgili bilim disiplinlerine ve klinisyenlere en iyi kanıt sağlayan, bir çeşit sekonder araştırma çalışmalarıdır. Bir derleme makalenin sistemik olarak tanımlanabilmesi için derlemeye alınacak çalışmaların belirlenmesi, seçilmesi, çalışma verilerinin sentezlenmesi süreçlerinin izlenmesi gerekir. Sistemik derleme çalışmaları; Öz, Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet, Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden ve Tablolardan oluşur.

Olgu Sunumu/Case Report

Olgu sunumu makaleleri özgün vakaları rapor eden yazılardır. Derginin kapsamına giren konulara ilişkin bir problemin üstesinden gelen tedaviyle ilgili, yeni araçlar, teknikler ve metotlar göstererek okuyucular için bilgilendirme sağlamalıdır. Olgu sunumu yazıları Öz (özetin araştırma makalesinde olduğu gibi belli bir formatta yapılandırılmış olması gerekmiyor), Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Referanslar, gerekirse Tablo ve açıklayıcı bilgilerden oluşur. Olgu sunumunda yazılı bilgilendirilmiş onam alınmalı ve makalede belirtilmelidir.

Derleme/Review

Derleme makaleleri alanında zengin birikime ve atf alan çalışmalara sahip uzman kişilerce yazılan yazılardır. Klinik pratiğe ilişkin bir konuda mevcut bilgiyi tanımlayan, değerlendiren ve tartışan; geleceğe ilişkin çalışmalara yol gösteren derleme yazıları yazmaları için dergi belirlediği yazarlara davet gönderir. Derleme makaleleri, Öz (özetin, araştırma makalesinde olduğu gibi belli bir formatta yapılandırılmış olması gerekmiyor), Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Sonuç bölümlerinden oluşur. Derleme makale gönderen yazarların, makalede kullandıkları verinin seçimi, alınması, sentezi için kullandıkları yöntemleri tanımlayan bir bölüme de makalede yer vermeleri gerekir. Bu yöntemler Öz bölümünde de belirtilmelidir.

Editöre Mektup/Letter to the Editor

Editöre Mektup, kısa ve net görüş bildiren yazılardır. Dergide daha önce yayınlanmış olan makalelerle ilgili olarak ya da dergide ifade edilmiş görüşlerle ilgili olarak yazılmış olması tercih edilir. Editöre Mektup yazıları, daha sonra yeni bir yazı ile geçerlilik ispatı gerektirebilecek ön görüş bildiren yazılar olmamalıdır.

Tablolar

Tablolar bilgileri etkin bir şekilde gösterir ve ayrıca bilginin istenen tüm ayrıntı seviyelerinde verilmesini sağlar. Bilgileri metin yerine tablolarda vermek genelde metnin uzunluğunu kısaltır. Her tablo ayrı bir sayfaya çift aralıklı olarak basılmalıdır. Tablolar metindeki sıralarına göre numaralanıp, her birine kısa bir başlık verilmelidir. MS Word 2003 ve üstü versiyonlarında otomatik tablo seçeneğinde "tablo klasik 1" ya da "tablo basit 1" seçeneklerine göre tablolar hazırlanmalıdır. Başlık satırı ve tablo alt üst satırları dışında tablonun içinde başka dikey ve yatay çizgiler kullanılmamalıdır. Her sütuna bir başlık verilmelidir. Yazarlar açıklamaları başlıkta değil, dipnotlarda yapmalıdır. Dipnotlarda standart olmayan tüm kısaltmalar açıklanmalıdır. Dipnotlar için sırasıyla aşağıdaki semboller kullanılmalıdır: (*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡).

Varyasyonun standart sapma ya da standart hata gibi istatistiksel ölçümleri belirtilmelidir. Metin içinde her tabloya atıfta bulunulduğuna emin olunmalıdır. Eğer yayınlanmış ya da yayınlanmamış herhangi başka bir kaynaktan veri kullanılıyorsa izin alınmalı ve onlar tam olarak bilgilendirilmelidir.

Çok fazla veri içeren tablolar, çok yer tutar ve sadece elektronik yayınlar için uygun olabilir ya da okuyuculara yazarlar tarafından doğrudan sağlanabilir. Böyle bir durumda uygun bir ifade metne eklenmelidir. Bu tip tablolar, hakem değerlendirmesinden geçmesi için makaleyle beraber gönderilmelidir.

Şekiller

Şekiller ya profesyonel olarak çizilmeli ve fotoğraflanmalı ya da fotoğraf kalitesinde dijital olarak gönderilmelidir.

Şekillerin basıma uygun versiyonlarının yanı sıra JPEG ya da GIF gibi elektronik versiyonlarda yüksek çözünürlükte görüntü oluşturacak biçimlerde elektronik dosyaları gönderilmeli ve yazarlar göndermeden önce bu dosyaların görüntü kalitelerini bilgisayar ekranında kontrol etmelidir.

Röntgen, CT, MRI filmleri ve diğer tanısız görüntülemeler yüksek kalitede basılmış olarak gönderilmelidir. Bu nedenle şekillerin üzerindeki harfler, sayılar ve semboller açık ve tüm makalede eşit ve yayın için küçültüldüklerinde bile okunabilecek boyutlarda olmalıdır. Şekiller mümkün olduğunca tek başlarına anlaşılabilir olmalıdır. Fotomikrografik patoloji preparatları iç ölçekler içermelidir. Semboller, oklar ya da harfler fonla kontrast oluşturmalıdır. Eğer insan fotoğrafı kullanılacaksa, ya bu kişiler fotoğraftan tanınmamalıdır ya da yazılı izin alınmalıdır (Etik bölümüne bakınız).

Şekiller metinde geçiş sıralarına göre numaralandırılmalıdır. Eğer önceden yayınlanmış bir şekil kullanılacaksa, yayın hakkını elinde bulunduran bireyden izin alınmalıdır. Toplum alanındaki belgeler hariç yazarlığa ve yayıncıya bakılmadan bu izin gereklidir. Basılacak bölgeyi gösteren ek çizimler editörün işini kolaylaştırır. Renkli şekiller editör gerekli gördüğünde ya da sadece yazar ek masrafı karşılarsa basılır.

Şekillerin Dipnotları

Ayrı bir sayfadan başlayarak şekiller için tablo başlıkları ve dipnotları tek aralıklı olarak ve Arap sayıları ile hangi şekle karşı geldikleri belirtilerek yazılmalıdır. Semboller, oklar, sayılar ya da harfler şeklin parçalarını belirtmek için kullanıldığında, dipnotlarda her biri açıkça tanımlanmalıdır. Fotomikrografik patoloji preparatlarında iç ölçek ve boyama tekniği açıklanmalıdır.

Ölçüm Birimleri

Uzunluk, ağırlık ve hacim birimleri metrik (metre, kilogram, litre) sistemde ve bunların onlu katları şeklinde rapor edilmelidir. Sıcaklıklar Celsius derecesi, kan basıncı milimetre civa cinsinden olmalıdır. Ölçü birimlerinde hem lokal hem de Uluslararası Birim Sistemleri (International System of Units, SI) kullanılmalıdır. İlaç konsantrasyonları ya SI ya da kütle birimi olarak verilir, alternatif olarak parantez içinde de verilebilir.

Kısaltmalar ve Semboller

Sadece standart kısaltmaları kullanın, standart olmayan kısaltmalar okuyucu için çok kafa karıştırıcı olabilir. Başlıkta kısaltmadan kaçınılmalıdır. Standart bir ölçüm birimi olmadıkça kısaltmaların uzun hali ilk kullanılışlarında açık, kısaltılmış hali parantez içinde verilmelidir.

Teşekkür/Acknowledgement

Yazının sonunda kaynaklardan önce yer verilir. Bu bölümde

YAZARLARA BİLGİ

kişisel, teknik ve materyal yardımı gibi nedenlerle yapılacak teşekkür ifadeleri yer alır.

Kelime Sayısı Sınırlandırması

Araştırma, meta analiz, sistematik derleme ve derleme yazılarında özel bir kelime sayısı sınırlandırması yoktur. Derleme yazılarında öz/abstract, genişletilmiş özet, kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç 3000 kelimeyi aşmamalıdır. Olgu sunumları öz/abstract hariç 1000 kelime ile sınırlandırılmalı ve en az sayıda şekil, tablo ve kaynak içermelidir. Editöre mektuplar (en fazla 1000 kelime, tablosuz ve şekilsiz) olmalı ve mektup, tüm yazarlar tarafından imzalanmış olmalıdır. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'da yayınlanmış olan bir yazı ile ilgili eleştiri ya da değerlendirme niteliğindeki mektuplar sözü edilen yazının yayınlanmasından sonraki 12 hafta içinde alınmış olmalıdır.

Kaynaklar

Kaynaklarla İlgili Genel Konular

Gözden geçirme yazıları okuyucular için bir konudaki kaynaklara ulaşmayı kolaylaştıran bir araç olsa da, her zaman orijinal çalışmayı doğru olarak yansıtmaz. Bu yüzden mümkün olduğunca yazarlar orijinal çalışmaları kaynak göstermelidir. Öte yandan, bir konuda çok fazla sayıda orijinal çalışmanın kaynak gösterilmesi yer israfına neden olabilir. Birkaç anahtar orijinal çalışmanın kaynak gösterilmesi genelde uzun listelerle aynı işi görür. Ayrıca günümüzde kaynaklar elektronik versiyonlara eklenebilmekte ve okuyucular elektronik literatür taramalarıyla yayınlara kolaylıkla ulaşabilmektedir.

Kabul edilmiş ancak yayınlanmamış makalelere atıflar "basımda" ya da "çıkacak" şeklinde verilmelidir; yazarlar bu makaleleri kaynak gösterebilmek için yazılı izin almalıdır ve makalelerin basımda olduğunu ispat edebilmelidir. Gönderilmiş ancak yayına kabul edilmemiş makaleler, "yayınlanmamış gözlemler" olarak gösterilmeli ve kaynak yazılı izinle kullanılmalıdır. Genel bir kaynaktan elde edilemeyecek temel bir konu olmadıkça "kişisel iletişimlere" atıfta bulunulmamalıdır. Eğer atıfta bulunulursa parantez içinde iletişim kurulan kişinin adı ve iletişim tarihi belirtilmelidir. Bilimsel makaleler için yazarlar bu kaynaktan yazılı izin ve iletişimin doğruluğunu gösterir belge almalıdır.

Referans Stili ve Formatı

Dergiye gönderilen makalelerde American Psychological Association (APA) kaynak sitilinin kullanılması esastır. Yazarlar, makale metninde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA stiline uygun olarak belirtmelidir.

Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir.

Metin İçinde Kaynak Gösterme

Kaynaklar metinde parantez içinde yazarların soyadı ve yayın tarihi yazılarak belirtilmelidir. Birden fazla kaynak gösterilecekse kaynaklar arasında (;) işareti kullanılmalıdır. Kaynaklar alfabetik olarak sıralanmalıdır.

Örnekler:

Birden fazla kaynak;

(Esin ve ark., 2002; Karasar 1995)

Tek yazarlı kaynak;

(Akyolcu, 2007)

İki yazarlı kaynak;

(Sayiner ve Demirci 2007, s. 72)

Üç, dört ve beş yazarlı kaynak;

Metin içinde ilk kullanımda: (Ailen, Ciambune ve Welch 2000, s. 12-13) Metin içinde tekrarlayan kullanımlarda: (Ailen ve ark., 2000)

Altı ve daha çok yazarlı kaynak;

(Çavdar ve ark., 2003)

Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterme

Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir.

Dergi adları Pubmed'de kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Pubmed'de yer almayan dergilerin adı kısaltılmamalıdır.

Kaynak yazımı ile ilgili örnekler aşağıda verilmiştir.

Kitap

a) Türkçe Kitap

Karasar, N. (1995). *Araştırmalarda rapor hazırlama* (8.bs). Ankara: 3A Eğitim Danışmanlık Ltd.

b) Türkçeye Çevrilmiş Kitap

Mucchielli, A. (1991). *Zihniyetler* (A. Kotil, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları.

c) Editörlü Kitap

Ören, T., Üney, T. ve Çölkesen, R. (Ed.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

d) Çok Yazarlı Türkçe Kitap

Tonta, Y., Bitirim, Y. ve Sever, H. (2002). *Türkçe arama motorlarında performans değerlendirme*. Ankara: Total Bilişim.

e) İngilizce Kitap

Kamien R., & Kamien A. (2014). *Music: An appreciation*. New York, NY: McGraw-Hill Education

f) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

Bassett, C. (2006). Cultural studies and new media. In G. Hall & C. Birchall (Eds.), *New cultural studies: Adventures in theory* (pp. 220-237). Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

g) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi. M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi kitabı* içinde (s. 233-263). Bursa: Dora Basım Yayın.

h) Yayıncının ve Yazarın Kurum Olduğu Yayın

Türk Standartları Enstitüsü (TSE). (1974). *Adlandırma ilkeleri*. Ankara: Yazar

Makale

a) Türkçe Makale

Mutlu, B. ve Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 179-182.

b) İngilizce Makale

de Cillia, R., Reisinger, M., & Wodak, R. (1999). The discursive construction of national identity. *Discourse and Society*, 10(2), 149-173. doi:10.1177/0957926599010002002

c) Yediden Fazla Yazarlı Makale

Lal, H., Cunningham, A. L., Godeaux, O., Chlibek, R., Diez-Domingo, J., Hwang, S.-J. ... Heineman, T. C. (2015). Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *New England Journal of Medicine*, 372, 2087-2096. doi:10.1056/NEJMoa1501184

d) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

Al, U. ve Doğan, G. (2012). Hacettepe Üniversitesi Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü tezlerinin atıf analizi. *Türk Kütüphaneciliği*, 26, 349-369. Erişim adresi: <http://www.tk.org.tr/>

e) DOI'si Olan Makale

Turner, S. J. (2010). Website statistics 2.0: Using Google Analytics to measure library website effectiveness. *Technical Services Quarterly*, 27, 261-278. doi:10.1080/07317131003765910

f) Online First Olarak Yayımlanmış Makale

Smith, J. A. (2010). Citing advance online publication: A review. *Journal of Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a45d7867

g) Popüler Dergi Makalesi

Semerçioğlu, C. (2015, Haziran). Sıradanlığın rayihası. *Sabit Fikir*, 52, 38-39.

Tez, Sunum, Bildiri

a) Türkçe Tezler

Sarı, E. (2008). *Kültür kimlik ve politika: Mardin'de kültürlerarasılık*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

b) Ticari Veritabanında Yer Alan Yüksek Lisans Ya da Doktora Tezi

Van Brunt, D. (1997). *Networked consumer health information systems* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 9943436)

c) Kurumsal Veritabanında Yer Alan İngilizce Yüksek Lisans/ Doktora Tezi

Yaylalı-Yıldız, B. (2014). *University campuses as places of potential publicness: Exploring the political, social and cultural practices in Ege University* (Doctoral dissertation). Retrieved from: <http://library.iyte.edu.tr/tr/hizli-erisim/iyte-tez-portali>

d) Web'de Yer Alan İngilizce Yüksek Lisans/Doktora Tezi

Tonta, Y. A. (1992). *An analysis of search failures in online library catalogs* (Doctoral dissertation, University of California, Berkeley). Retrieved from <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/yayinlar/phd/ickapak.html>

e) Dissertations Abstracts International'da Yer Alan Yüksek Lisans/Doktora Tezi

Appelbaum, L. G. (2005). Three studies of human information processing: Texture amplification, motion representation, and figure-ground segregation. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 65(10), 5428.

f) Sempozyum Katkısı

Krinsky-McHale, S. J., Zigman, W. B. & Silverman, W. (2012, August). Are neuropsychiatric symptoms markers of prodromal Alzheimer's disease in adults with Down syndrome? In W. B. Zigman (Chair), *Predictors of mild cognitive impairment, dementia, and mortality in adults with Down syndrome*. Symposium conducted at American Psychological Association meeting, Orlando, FL.

g) Online Olarak Erişilen Konferans Bildiri Özeti

Çınar, M., Doğan, D. ve Seferoğlu, S. S. (2015, Şubat). *Eğitimde dijital araçlar: Google sınıf uygulaması üzerine bir değerlendirme* [Öz]. Akademik Bilişim Konferansında sunulan bildiri, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir. Erişim adresi: <http://ab2015.anadolu.edu.tr/index.php?menu=5&submenu=27>

h) Düzenli Olarak Online Yayımlanan Bildiriler

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105, 12593-12598. doi:10.1073/pnas.0805417105

i) Kitap Şeklinde Yayımlanan Bildiriler

Schneider, R. (2013). Research data literacy. S. Kurbanoglu ve ark. (Ed.), *Communications in Computer and Information Science: Vol. 397. Worldwide Communalities and Challenges in Information Literacy Research and Practice* (s. 134-140) içinde. Cham, İsviçre: Springer. doi:10.1007/978-3-319-03919-0

j) Kongre Bildirisi

Çepni, S., Bacanak A. ve Özsevgeç T. (2001, Haziran). *Fen bilgisi öğretmen adaylarının fen branşlarına karşı tutumları ile fen branşlarındaki başarılarının ilişkisi*. X. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi'nde sunulan bildiri, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Diğer Kaynaklar

a) Gazete Yazısı

Toker, Ç. (2015, 26 Haziran). 'Unutma' notları. *Cumhuriyet*, s. 13.

YAZARLARA BİLGİ

b) Online Gazete Yazısı

Tamer, M. (2015, 26 Haziran). E-ticaret hamle yapmak için tüketiciyi bekliyor. *Milliyet*. Erişim adresi: <http://www.milliyet>

c) Web Page/Blog Post

Bordwell, D. (2013, June 18). David Koepp: Making the world movie-sized [Web log post]. Retrieved from <http://www.davidbordwell.net/blog/page/27/>

d) Online Ansiklopedi/Sözlük

Bilgi mimarisi. (2014, 20 Aralık). Vikipedi içinde. Erişim adresi: http://tr.wikipedia.org/wiki/Bilgi_mimarisi

Marcoux, A. (2008). Business ethics. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/ethics-business/>

e) Podcast

Radyo ODTÜ (Yapımcı). (2015, 13 Nisan). *Modern sabahlar* [Podcast]. Erişim adresi: <http://www.radyoodtu.com.tr/>

f) Bir Televizyon Dizisinden Tek Bir Bölüm

Shore, D. (Senarist), Jackson, M. (Senarist) ve Bookstaver, S. (Yönetmen). (2012). Runaways [Televizyon dizisi bölümü]. D. Shore (Baş yapımcı), *House M.D.* içinde. New York, NY: Fox Broadcasting.

g) Müzik Kaydı

Say, F. (2009). Galata Kulesi. *İstanbul senfonisi* [CD] içinde. İstanbul: Ak Müzik.

Yukarıda sıralanan koşulları yerine getirmemiş çalışma kabul edilmez, eksiklerinin tamamlanması için yazara iade edilir. Yayın Komisyonu tarafından kabul edilen yazılar basıma kabul sırasına göre yayınlanır. Baskı tashihleri yazarlar tarafından yapılır.

MAKALENİN DERGIYE GÖNDERİLMESİ

Çevrimiçi gönderim (online submission) ile birlikte Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing websitesinin (<http://dergipark.gov.tr/fnjn>) ilgili kısımlarındaki talimatlara uyarak makale gönderilebilmekte, hakem süreçleri de bu yolla yapılabilmektedir.

Makalelere eşlik eden ve aşağıdaki bilgileri içeren bir kapak mektubu olmalıdır.

- Aynı ya da çok benzer çalışmadan elde edilen raporların daha önce yayına gönderilip gönderilmediği mutlaka belirtilmelidir. Böyle bir çalışmaya özgül olarak atıfta bulunulmalı ve ayrıca yeni makalede de eskisine atıfta bulunulmalıdır. Gönderilen makaleye bu tip materyalin kopyaları da eklenerek editöre karar vermesinde yardımcı olunmalıdır.
- Eğer makalenin kendisinde ya da yazar formunda belirtilmemişse çıkar çatışmasına neden olabilecek mâli ya da diğer ilişkileri belirten bir ifade olmalıdır.
- Makalenin tüm yazarlar tarafından okunup kabul edildiğini, önceden belirtilen şekilde yazarlık ölçütlerinin karşılandığını, her yazarın makalenin dürüst bir çalışmayı yansıttığına

inandığını belirten bir ifade olmalıdır.

Mektup editöre yardımcı olabilecek tüm diğer bilgileri içermelidir.

Yazarların makalelerini göndermeden önce bir eksiklik olmadığından emin olmalarını sağlamak için bir kontrol listesi bulunmaktadır. Yazarlar derginin kontrol listesini kullanıp gönderilerini kontrol etmeli ve makaleleri ile birlikte bu formu göndermelidirler.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Yönetici Editör

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Abide-i Hürriyet Cad.

34381 Şişli İstanbul – Türkiye

Tel: +90212 4400000/27006

Faks:+90212 2244990

E-mail: mnesin@istanbul.edu.tr

SON KONTROL LİSTESİ

- Editöre sunum sayfası
 - ✓ Makalenin türü
 - ✓ Başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu bilgisi
 - ✓ Sponsor veya ticari bir firma ile ilişkisi (varsa belirtiniz)
 - ✓ İstatistik kontrolünün yapıldığı (araştırma makaleleri için)
 - ✓ İngilizce yönünden kontrolünün yapıldığı
- Telif hakları devri formu
- Daha önce basılmış materyal (yazı-resim-tablo) kullanılmış ise izin belgesi
- İnsan ögesi bulunan çalışmalarda "yöntemler" bölümünde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygunluk, kendi kurumlarından alınan etik kurul onayının ve hastalardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" alındığının belirtilmesi
- Hayvan ögesi kullanılmış ise "gereç ve yöntemler" bölümünde "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" prensiplerine uygunluğunun belirtilmesi
- Makale kapak sayfası
 - ✓ Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı
 - ✓ Yazarlar, ünvanları ve bağlı oldukları kurumlar
 - ✓ Tüm yazarların yazışma adresi, iş telefonu, GSM, e-posta adresleri
 - ✓ Özetler (200 Türkçe, 200 kelime İngilizce)
 - ✓ Genişletilmiş Özet (Extended Abstract) (600-800) (İngilizce)
 - ✓ Anahtar Kelimeler: 3-10 arası (Türkçe ve İngilizce)
 - ✓ Teşekkür
 - ✓ Kaynaklar
 - ✓ Tablolar-Resimler, Şekiller

INFORMATION FOR AUTHORS

DESCRIPTION

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is an open access, peer-reviewed, scholarly journal published three times a year in February, June and October. It is a publication of Istanbul University, Florence Nightingale Faculty of Nursing. The manuscripts submitted for publication in the journal must be scientific and original work in Turkish or English.

AIMS AND SCOPE

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing welcomes articles focusing on nursing research, practice, education and management issues. It publishes original scholarly papers that contribute to the development of nursing in all aspects, and broaden understanding and perspective regarding the field at both national and international level. It aims to provide an international platform for exchange of knowledge, research findings, practice and experience. The target group of the journal consists of nurses, academicians, clinical researchers, medical/health professionals, students, nursing professionals and related professional and academic bodies and institutions.

EDITORIAL POLICIES AND PEER REVIEW PROCESS

Publication Policy

The subjects covered in the manuscripts submitted to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing for publication must be in accordance with the aim and scope of the journal. The Journal considers manuscripts for publication in the following categories:

- Research,
- Meta Analysis, - Case Report, - Review,
- Letter to the editor

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing takes it a mission to announce the researches related to nursing science done in Turkey to national and international science communities; to provide a worldwide forum for sharing knowledge; and within this context to contribute to the development of theoretical and practical knowledge base of nursing science and promotion of Turkey. Concordantly, the journal gives priority to original research papers submitted for publication.

General Principles

Only those manuscripts approved by its every individual author and that were not published before in or sent to another journal, are accepted for evaluation.

For quoted texts, tabulated data and graphics from published papers, author has to obtain permission from the author(s) or the owner of the publishing rights of the source article and indicate the allowance in the paper. Author(s) is responsible to obtain

such permissions.

Short presentations that took place in scientific meetings can be referred if indicated in the article. The editor hands over the papers matching the formal rules to at least two national/international referees for evaluation and gives green light for publication upon modification by the authors in accordance with the referees' claims. Changing the name of an author (omission, addition or order) in papers submitted to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing requires written permission of all declared authors. Refused manuscripts and graphics are not returned to the author. The copyright of the published articles and pictures belong to the journal.

Author Responsibilities

It is authors' responsibility to ensure that the article is in accordance with scientific and ethical standards and rules. And authors must ensure that submitted work is original. They must certify that the manuscript has not previously been published elsewhere or is not currently being considered for publication elsewhere, in any language. Applicable copyright laws and conventions must be followed. Copyright material (e.g. tables, figures or extensive quotations) must be reproduced only with appropriate permission and acknowledgement. Any work or words of other authors, contributors, or sources must be appropriately credited and referenced. All the authors of a submitted manuscript must have direct scientific and academic contribution to the manuscript. The author(s) of the original research articles is defined as a person who is significantly involved in "conceptualization and design of the study", "collecting the data", "analyzing the data", "writing the manuscript", "reviewing the manuscript with a critical perspective" and "planning/conducting the study of the manuscript and/or revising it". Fund raising, data collection or supervision of the research group are not sufficient roles to be accepted as an author. The author(s) must meet all these criteria described above. The order of names in the author list of an article must be a co-decision and it must be indicated in the copyright transfer form. The individuals who do not meet the authorship criteria but contributed to the study must take place in the acknowledgement section. Individuals providing technical support, assisting writing, providing a general support, providing material or financial support are examples to be indicated in acknowledgement section.

All authors must disclose all issues concerning financial relationship, conflict of interest, and competing interest that may potentially influence the results of the research or scientific judgment.

When an author discovers a significant error or inaccuracy in his/her own published paper, it is the author's obligation to promptly cooperate with the Editor-in-Chief to provide retractions or corrections of mistakes.

Please browse ICMJE recommendations on roles and responsibilities of authors on <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/>

INFORMATION FOR AUTHORS

Responsibility for the Editors, Reviewers and Review Process

Editors evaluate manuscripts for their scientific content without regard to ethnic origin, gender, sexual orientation, citizenship, religious belief or political philosophy of the authors. They provide a fair double-blind peer review of the submitted articles for publication. They ensure that all the information related to submitted manuscripts is kept as confidential before publishing.

Editors are responsible for the contents and overall quality of the publication. They must publish errata pages or make corrections when needed.

Editor does not allow any conflicts of interest between the authors, editors and reviewers. Only he has the full authority to assign a reviewer and is responsible for final decision for publication of the manuscripts in Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing.

Please review the COPE publication ethics guidelines on <https://publicationethics.org/files/u7141/1999pdf13.pdf>

Reviewers evaluate manuscripts based on content without regard to ethnic origin, gender, sexual orientation, citizenship, religious belief or political philosophy of the authors. They must have no conflict of interest with respect to the research, the authors and/or the research funders. Their judgments must be objective. Reviewers should identify the relevant published work that has not been cited by the authors. They must ensure that all the information related to submitted manuscripts is kept as confidential and must report to the Editor if they are aware of copyright infringement and plagiarism on the author's side.

A reviewer who feels unqualified to review the topic of a manuscript or knows that its prompt review will be impossible should notify the Editor and excuse himself from the review process.

The editor informs the reviewers that the manuscripts are confidential information and that this is a privileged interaction. The reviewers and editorial board cannot discuss the manuscripts with other persons. The reviewers are not allowed to have copies of the manuscripts for personal use and they cannot share manuscripts with others. Unless the authors and editor permit, the reviews of referees cannot be published or disclosed. The anonymity of the referees is important. In particular situations, the editor may share the review of one reviewer with other reviewers to clarify a particular point.

Please review the COPE publication ethics guidelines on:

https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

OPEN ACCESS STATEMENT

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is an open access journal which means that all content is freely available without charge to the user or his/her institution. Users are allowed to read, download, copy, print, search, or link to the full texts of the articles in this journal without asking prior permission from the publisher or the author. This is in accordance with the BOAI definition of open access.

PUBLICATION ETHICS AND PUBLICATION MALPRACTICE STATEMENT

Standards and Principles

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is committed to upholding the highest standards of publication ethics and pays regard to the following principles of Publication Ethics and Malpractice Statement which is based on the recommendations and guidelines for journal editors developed by the Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

All submissions must be original, unpublished (including as full text in conference proceedings), and not under the review of any other publication synchronously. Each manuscript is reviewed by one of the editors and at least two referees under double-blind peerreview process. We reserve the right to use plagiarism detectingsoftware to screen submitted papers at all times. We check for plagiarism and fraudulent data; falsification (fabrication or manipulation of research data, tables, or images) and improper use of humans or animals in research. All manuscripts not in accordance with these standards will be removed from the publication. This also contains any possible malpractice discovered after the publication. In accordance with the code of conduct we will report any cases of suspected plagiarism or duplicate publishing.

For dealing with cases of possible scientific misconduct and breach of publication ethics, COPE Ethics Flowcharts are taken into consideration:

https://publicationethics.org/files/Full%20set%20of%20English%20flowcharts_9Nov2016.pdf

Human and Animal Rights, Informed Consent, Conflict of Interest

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing adopts highest ethical and scientific standards and ensures that it is free of influences regarding commercial interests. It is authors' responsibility that the articles are in accordance with ethical codes of conduct.

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing takes as principle to comply with the ethical standards of 1975 Helsinki Declaration – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects- revised in 2004-

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> and WMA Statement on Animal Use in Biomedical Research- revised in 2006

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a18/>

For this reason, regarding the subjects of clinical experiments, it must be indicated in the submitted manuscripts definitely that the above mentioned codes of conduct were applied. Besides approvals, from national or local ethical committees must be sent together with the papers as well. Manuscripts that report the

INFORMATION FOR AUTHORS

results of experimental investigation with human subjects must include a statement that informed consent was obtained after the procedure(s) had been fully explained. In the case of children and those under wardship or with confirmed insanity, authors are asked to include information about whether the legal custodian's assent was obtained. And a letter of affirmation signed by all authors, confirming the collection of informed consents has to be sent to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing.

Identifying information such as names, initials, hospital numbers, dates, photographs, and family pedigree must be avoided, unless disclosure is allowed by written consent of patient or the legal custodian of the patient. Informed consent for this purpose requires that an identifiable patient be shown in the manuscript to be published. Patient consent must be written and archived either with the journal, the authors, or both, as dictated by local regulations or laws. It must be mentioned in the text that informed consent was obtained from the participants. Especially for case report, identifying information must be avoided as much as possible. Eye masking on photos is not sufficient to conceal the identity of the patient. Authors have to stipulate lack of impact on scientific significance in case of changing the identifying information. Written informed consent must be taken from the patients presented in case studies; and it must be indicated in the manuscript.

Authors have to confirm in the section "Methods" that study has been conducted in compliance to above mentioned principles, approvals have been obtained from related institutional ethical committees and informed consents were collected. When reporting experiments on animals, authors must indicate whether the institutional and national guides for the care and use of laboratory animals were followed as in "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (www.nap.edu/catalog/5140.html) and approval from ethical committee must be taken.

The editor and the publisher do not guarantee or accept responsibility for the published features or definitions of commercial products. If there is direct or indirect grant support, it must be acknowledged in the section titled "declaration of interest" and must include the full name of the sponsor and grant number. Existence or lack of sponsorship of any kind as well as the type of sponsorship (consulting etc) has to be acknowledged, as well.

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing adopts WAME's definition <http://www.wame.org/about/wame-editorial-on-coi> which states that conflict of interest exists when author, peer reviewer or editor has a competing interest that could unduly influence (or be reasonably seen to do so) his or her responsibilities in the publication process. The types of competing interests that must be declared include financial ties, academic commitments, personal relationships, political or religious beliefs, institutional affiliations. The conflict of interest is to be acknowledged in the manuscript.

LANGUAGE

The language of the journal is both Turkish and American English.

MANUSCRIPT ORGANIZATION AND FORMAT

All correspondence will be sent to the first-named author unless otherwise specified. Manuscript is to be submitted online via <http://dergipark.gov.tr/iufnhy> and it must be accompanied by a cover letter indicating that the paper is intended for publication and specifying for which section of the Journal it is being submitted (i.e., original article, review article, or case report). In addition, a copyright transfer form that has to be signed by all authors must be submitted.

All parts of the manuscript, including case reports, quotations, references, and tables, must be double-spaced throughout. All four margins must be at least 2.5 cm. The manuscript must be arranged in the following order, with each item beginning a new page: 1) title page, 2) abstract, keywords and extended abstract 3) text, 4) acknowledgement 5) references, and 6) tables and/or figures. All pages must be numbered consecutively.

Title Page

On the title page, include full names of authors, academic or professional affiliations, and complete address with phone, fax number(s) and e-mail address (es) of the corresponding author. Acknowledgments for personal and technical assistance must be indicated on the title page.

Article Types

Research Article

Original research articles report substantial and original scientific results within the journal scope. Original research articles comprised of Abstract, Key Words, Extended Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusion, References and Table/Figures. The abstract must be structured as the following.

Abstract

Title of the manuscript in English must be written in English abstract. The abstract must be no longer than 250 words and structured as follows: aim, method, results, and conclusions.

Aim -the primary purpose of the article;

Method -data sources, design of the study, patients or participants, interventions, and main outcome measures;

Results -key findings;

Conclusions -including direct clinical applications.

Abstract must give information about the ground and the aim of the study, basic procedures (case selection, analytical or observational methods), main findings (specific weight and significance, if applicable) and basic conclusions. The novel and remarkable features of the study must be emphasized. Authors must ensure that the abstract would represent the whole study as it is the most prominent part of the work in the majority of electronic data bases.

Key Words

Up to 3-5 key words which are to be in accordance with Index Medicus, Medical Subjects Subheadings (MeSH).

INFORMATION FOR AUTHORS

Extended Abstract

Extended abstract must be prepared in English by the author. It must be no shorter than 600 and no longer than 800 words and placed after the abstract and keywords, and before the introduction section of the article. Extended abstract must be structured as aim, method, results and conclusions.

Introduction

This section must contain a clear statement of the general and specific objectives as well as the hypotheses which the work is designed to test. It should also give a brief account of the reported literature. The last sentence should clearly state the primary and secondary purposes of the article. Only, the actual references related with the issues have to be indicated and data or findings related with the current study must not be included in this section.

Methods

This section must contain explicit, concise descriptions of all procedures, materials and methods (i.e. data sources, participants, scales, interviews/reviews, basic measurements, applications, statistical methods) used in the investigation to enable the reader to judge their accuracy, reproducibility, etc. This section should include the known findings at the beginning of the study and the findings during the study must be reported in results section. Type, population and sample of the study must be explained. How the sample is selected; which sampling method is used and, how the sample size is calculated are to be clearly stated.

The election, source of population, inclusion and exclusion criteria of the participants (patients, animals, control group) in experimental, clinical or observational study must be clearly defined in this section. The particular study sample must be explained by the authors (i.e., why the study is performed in a definite age, race or sex population, etc.). When variables such as ethnicity and race are used, the authors must explain how they measure these variables and explain their validity.

Technical information on data collection

The methods, apparatus (the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail must be defined and their reliability-validity information must be given. References to established methods, including statistical methods (see below) must be given and brief descriptions for methods that have been published but are not well-known must be provided; new or substantially modified methods must be described, the reasons for using them must be given, and their limitations of the methods must be evaluated. The all drugs and chemicals used, including generic name(s), dose(s), and route(s) of administration must be identified. Authors should include a section describing the methods used for locating, selecting, extracting, and synthesizing data. These methods should also be summarized in the abstract.

Ethical Issues

As stated in the Publication Ethics and Malpractice Statement section, principles, recommendations and guidelines developed by Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science

Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) should be taken into consideration. Information of Ethics Committee Approval (with date of acceptance and issue number), Institution Approval and Informed Consent should be included in the manuscript with regard to the type of the study, and all these documents should be submitted together with the manuscript as attachments.

Statistics

The statistical methods must be described with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to verify the reported results. If possible, findings should be quantified and presented with appropriate indicators of measurement error or uncertainty (such as confidence intervals). Relying solely on statistical hypothesis testing, such as P values, which fail to convey important information about effect size must be avoided. References for the design of the study and statistical methods must be given to standard works and include the page number if possible. Statistical terms, abbreviations, and most symbols must be defined and the computer software used must be specified.

Results

The results should be presented in logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first. The all the data in the tables or illustrations should not be repeated in the text; only the most important observations must be emphasized or summarized. Extra or supplementary materials and technical detail can be placed in an appendix where they will be accessible but will not interrupt the flow of the text, or they can be published solely in the electronic version of the journal.

Discussion

The findings of the study, the findings and results which support or do not support the hypothesis of the study should be discussed, results should be compared and contrasted with findings of other studies in the literature and the different findings from other studies should be explained. The new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them should be emphasized. The data or other information given in the Introduction or the Results section should not be repeated in detail.

For experimental studies, it is useful to begin the discussion by summarizing briefly the main findings, then explore possible mechanisms or explanations for these findings, compare and contrast the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for future research and for clinical practice. The conclusions should be linked with the goals of the study but unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data should be avoided. New hypotheses should be stated when required, but they must be labeled clearly as such.

Conclusions

Conclusions derived from the study should be stated. For experimental studies, it is useful to begin the discussion by

INFORMATION FOR AUTHORS

summarizing briefly the main findings, then explore possible mechanisms or explanations for these findings, compare and contrast the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for future research and for clinical practice. The conclusions should be linked with the goals of the study but unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data should be avoided. New hypotheses should be stated when warranted, but should be labeled clearly as such.

Tables, Graphics and Illustrations

Tables, graphics and illustrations should be numbered in Arabic numerals in the text. The places of the illustrations should be signed in the text.

Meta Analysis

Meta-analysis is the statistical procedure for combining the results of multiple independent scientific researches done on a specific subject in order to identify the treatment effect precisely and provide evidence at the highest level to aid clinical decision making. Meta analysis can be done for experimental and quantitative researches. Meta analysis manuscripts comprise of Abstract, Keywords, Extended Abstract, Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References and Tables.

Systematic Review

Systematic review is a kind of secondary research study that provides evidence at the highest level for the clinicians and related scientific disciplines. To define a review manuscript as systematic, it requires to follow the process of identifying and selecting the studies that will be included in the review and synthesizing all the data.

Case Report

Case reports consider new, interesting and intriguing case studies in detail. They should be unique and present methods to overcome any health challenge by use of novel tools and techniques and provide a learning source for the readers. Case reports comprise of: Abstract (unstructured summary), Keywords, Extended Abstract, Introduction, Case Report, Discussion, Reference, Tables and Figures. Written informed consent of the patient should be obtained and indicated in the manuscript.

Review

Review articles are written by individuals who have done substantial work on the subject or are considered experts in the field. The Journal invites authors to write articles describing, evaluating and discussing the current level of knowledge regarding a specific subject in the clinical practice.

The manuscript should have an unstructured Abstract representing an accurate summary of the article, Key Words, Introduction, Conclusion. Authors submitting review article should include a section describing the methods used for locating, selecting, extracting, and synthesizing data. These methods should also be summarized in the abstract.

Letter to the Editor

Letter to the Editor is short and decisive manuscript. They should be preferably related to articles previously published in the Journal or views expressed in the Journal. The letter should not include preliminary observations that need a later study for validation.

Tables

Tables capture information concisely and display it efficiently; they also provide information at any desired level of detail and precision. Including data in tables rather than text frequently makes it possible to reduce the length of the text. Each table should be typed or printed with double spacing on a separate sheet of paper. The tables should be numbered consecutively in the order of their first citation in the text and a brief title for each table should be supplied. Any internal horizontal or vertical lines should not be used and a short or an abbreviated heading should be given to each column. Authors should place explanatory matter in footnotes, not in the heading. All nonstandard abbreviations should be explained in footnotes, and the following symbols should be used in sequence: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ††† The statistical measures of variations, such as standard deviation and standard error of the mean should be identified. Be sure that each table is cited in the text. If you use data from another published or unpublished source, obtain permission and acknowledge that source fully. Additional tables containing backup data too extensive to publish in print may be appropriate for publication in the electronic version of the journal, deposited with an archival service, or made available to readers directly by the authors. An appropriate statement should be added to the text. Such tables should be submitted for consideration with the paper so that they will be available to the peer reviewers.

Illustrations (Figures)

Figures should be either professionally drawn and photographed, or submitted as digital prints in photographic-quality. In addition to requiring a version of the figures suitable for printing, authors are asked for electronic files of figures in a format (for example, JPEG or GIF) that will produce high-quality images in the Web version of the journal; authors should review the images of such files on a computer screen before submitting them to be sure they meet their own quality standards. For x-ray films, scans, and other diagnostic images, as

INFORMATION FOR AUTHORS

well as pictures of pathology specimens or photomicrographs, sharp, glossy, black-and-white or color photographic prints should be sent, usually 127 x 173 mm. Letters, numbers, and symbols on figures should therefore be clear and consistent throughout, and large enough to remain legible when the figure is reduced for publication. Figures should be made as self-explanatory as possible, since many will be used directly in slide presentations. Titles and detailed explanations belong in the legends—not on the illustrations themselves. Photomicrographs should have internal scale markers. Symbols, arrows, or letters used in photomicrographs should contrast with the background. Photographs of potentially identifiable people must be accompanied by written permission to use the photograph. Figures should be numbered consecutively according to the order in which they have been cited in the text. If a figure has been published previously, the original source should be acknowledged and written permission from the copyright holder should be submitted to reproduce the figure. Permission is required irrespective of authorship or publisher except for documents in the public domain. Accompanying drawings marked to indicate the region to be reproduced might be useful to the editor. We publish illustrations in color only if the author pays the additional cost.

Legends for Illustrations (Figures)

The legends for illustrations should be typed or printed out using one spacing, starting on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, each one clearly should be identified and explained in the legend. The internal scale should be explained and the method of staining in photomicrographs should be identified.

Units of Measurement

Measurements of length, height, weight, and volume should be reported in metric units (meter, kilogram, or liter) or their decimal multiples. Temperatures should be in degrees Celsius, blood pressures should be in millimeters of mercury. Authors must consult the Information for Authors of the particular journal and should report laboratory information in both local and International System of Units (SI). Drug concentrations may be reported in either SI or mass units, but the alternative should be provided in parentheses where appropriate.

Abbreviations and Symbols

Use only standard abbreviations; use of nonstandard abbreviations can be confusing to readers. Avoid abbreviations in the title of the manuscript. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention unless the abbreviation is a standard unit of measurement.

Acknowledgement(s)

All forms of support, including individual technical support or material support must be acknowledged in the author's footnote before references.

Word Limitation

Research papers, meta analysis and systematic reviews have no specific word limitation. Reviews must not exceed 3000 words, excluding abstract, extended abstract, references, tables and figures. A case report must be strictly limited to 1000 words excluding abstract, and have minimal figures, tables, and references. Letter to the Editor must be limited to 1000 words. It must include references but no tables or figure, and it is to be signed by all of its authors. Letters critical of an article published in the journal must be received within 12 weeks.

References

Although references to review articles can be an efficient way to guide readers to a body of literature, review articles do not always reflect original work accurately. Readers should therefore be provided with direct references to original research sources whenever possible. On the other hand, extensive lists of references to original work on a topic can use excessive space on the printed page. Small numbers of references to key original papers often serve as well as more exhaustive lists, particularly since references can now be added to the electronic version of published papers, and since electronic literature searching allows readers to retrieve published literature efficiently. Using abstracts as references should be avoided. References to papers accepted but not yet published should be designated as "in press" or "forthcoming"; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication. Information from manuscripts submitted but not accepted should be cited in the text as "unpublished observations" with written permission from the source. Citing a "personal communication" should be avoided unless it provides essential information not available from a public source, in which case the name of the person and date of communication should be cited in parentheses in the text. For scientific articles, written permission and confirmation of accuracy from the source of a personal communication must be obtained.

Reference Style and Format

It is essential that the manuscripts submitted to the journal must use American Psychological Association (APA) style 6th edition. Authors must indicate the citations in the text and references section, in accordance with the APA style. The guidelines for APA Style 6th edition can be found at <http://www.apastyle.org>. Accuracy of citation is the author's responsibility. All references should be cited in text. Reference list must be in alphabetical order. Type references in the style shown below.

INFORMATION FOR AUTHORS

Citations in the Text

Citations must be indicated with the author surname and publication year within the parenthesis.

If more than one citation is made within the same parenthesis, separate them with (;).

Samples:

More than one citation;

(Esin, et al., 2002; Karasar, 1995)

Citation with one author;

(Akyolcu, 2007)

Citation with two authors;

(Sayiner, & Demirci, 2007)

Citation with three, four, five authors;

First citation in the text: (Ailen, Ciambrene, & Welch, 2000)

Subsequent citations in the text: (Ailen, et al., 2000)

Citations with more than six authors;

(Çavdar, et al., 2003)

Citations in the Reference

All the citations done in the text should be listed in the References section in alphabetical order of author surname without numbering. Below given examples should be considered in citing the references.

Abbreviation of journal names should be in compliance with Medline/PubMed. Journals that are not indexed by Medline/PubMed should be given in full name. Abbreviations of the journals in Medline/PubMed can be found in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>

Basic Reference Types

Book

a) Turkish Book

Karasar, N. (1995). *Araştırmalarda rapor hazırlama* (8th ed.) [Preparing research reports]. Ankara, Turkey: 3A Eğitim Danışmanlık Ltd.

b) Book Translated into Turkish

Mucchielli, A. (1991). *Zihniyetler* [Mindsets] (A. Kotil, Trans.). İstanbul, Turkey: İletişim Yayınları.

c) Edited Book

Ören, T., Üney, T., & Çölkesen, R. (Eds.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi* [Turkish Encyclopedia of Informatics]. İstanbul, Turkey: Papatya Yayıncılık.

d) Turkish Book with Multiple Authors

Tonta, Y., Bitirim, Y., & Sever, H. (2002). *Türkçe arama motorlarında performans değerlendirme* [Performance evaluation in Turkish search engines]. Ankara, Turkey: Total Bilişim.

e) Book in English

Kamien R., & Kamien A. (2014). *Music: An appreciation*. New York, NY: McGraw-Hill Education.

f) Chapter in an Edited Book

Bassett, C. (2006). Cultural studies and new media. In G. Hall & C. Birchall (Eds.), *New cultural studies: Adventures in theory* (pp. 220-237). Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

g) Chapter in an Edited Book in Turkish

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi [Organization culture: Its functions, elements and importance in leadership and business management]. In M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi* [Organization sociology] (pp. 233-263). Bursa, Turkey: Dora Basım Yayın.

h) Book with the same organization as author and publisher

American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American psychological association* (6th ed.). Washington, DC: Author.

Article

a) Turkish Article

Mutlu, B., & Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri [Source and intervention reduction of stress for parents whose children are in intensive care unit after surgery]. *Istanbul University Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(60), 179-182.

b) English Article

de Cillia, R., Reissigl, M., & Wodak, R. (1999). The discursive construction of national identity. *Discourse and Society*, 10(2), 149-173. doi:10.1177/0957926599010002002

c) Journal Article with DOI and More Than Seven Authors

Lal, H., Cunningham, A. L., Godeaux, O., Chlibek, R., Diez-Domingo, J., Hwang, S.-J. ... Heineman, T. C. (2015). Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *New England Journal of Medicine*, 372, 2087-2096. doi:10.1056/NEJMoa1501184

d) Journal Article from Web, without DOI

Sidani, S. (2003). Enhancing the evaluation of nursing care effectiveness. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(3), 26-38. Retrieved from <http://cjr.mcqill.ca>

e) Journal Article with DOI

Turner, S. J. (2010). Website statistics 2.0: Using Google Analytics to measure library website effectiveness. *Technical Services Quarterly*, 27, 261-278. doi:10.1080/07317131003765910

f) Advance Online Publication

Smith, J. A. (2010). Citing advance online publication: A review. *Journal of Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a45d7867

g) Article in a Magazine

Henry, W. A., III. (1990, April 9). Making the grade in today's schools. *Time*, 135, 28-31.

INFORMATION FOR AUTHORS

Doctoral Dissertation, Master's Thesis, Presentation, Proceeding

a) Dissertation/Thesis from a Commercial Database

Van Brunt, D. (1997). *Networked consumer health information systems* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 9943436)

b) Dissertation/Thesis from an Institutional Database

Yaylali-Yıldız, B. (2014). *University campuses as places of potential publicness: Exploring the political, social and cultural practices in Ege University* (Doctoral dissertation). Retrieved from Retrieved from: <http://library.iyte.edu.tr/hizli-erisim/iyte-tez-portali>

c) Dissertation/Thesis from Web

Tonta, Y. A. (1992). *An analysis of search failures in online library catalogs* (Doctoral dissertation, University of California, Berkeley). Retrieved from <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/yayinlar/phd/ickapak.html>

d) Dissertation/Thesis abstracted in Dissertations Abstracts International

Appelbaum, L. G. (2005). Three studies of human information processing: Texture amplification, motion representation, and figure-ground segregation. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 65(10), 5428.

e) Symposium Contribution

Krinsky-McHale, S. J., Zigman, W. B., & Silverman, W. (2012, August). Are neuropsychiatric symptoms markers of prodromal Alzheimer's disease in adults with Down syndrome? In W. B. Zigman (Chair), *Predictors of mild cognitive impairment, dementia, and mortality in adults with Down syndrome*. Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, Orlando, FL.

f) Conference Paper Abstract Retrieved Online

Liu, S. (2005, May). *Defending against business crises with the help of intelligent agent based early warning solutions*. Paper presented at the Seventh International Conference on Enterprise Information Systems, Miami, FL. Abstract retrieved from http://www.iceis.org/iceis2005/abstracts_2005.htm

g) Conference Paper - In Regularly Published Proceedings and Retrieved Online

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105, 12593-12598. doi:10.1073/pnas.0805417105

h) Proceeding in Book Form

Parsons, O. A., Pryzwansky, W. B., Weinstein, D. J., & Wiens, A. N. (1995). Taxonomy for psychology. In J. N. Reich, H. Sands, & A. N. Wiens (Eds.), *Education and training beyond the doctoral degree: Proceedings of the American Psychological Association National Conference on Postdoctoral Education and Training in Psychology* (pp. 45-50). Washington, DC: American Psychological Association.

i) Paper Presentation

Nguyen, C. A. (2012, August). *Humor and deception in advertising: When laughter may not be the best medicine*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Orlando, FL.

Other Sources

a) Newspaper Article

Browne, R. (2010, March 21). This brainless patient is no dummy. *Sydney Morning Herald*, 45.

b) Newspaper Article with no Author

New drug appears to sharply cut risk of death from heart failure. (1993, July 15). *The Washington Post*, p. A12.

c) Web Page/Blog Post

Bordwell, D. (2013, June 18). David Koepp: Making the world movie-sized [Web log post]. Retrieved from <http://www.davidbordwell.net/blog/page/27/>

d) Online Encyclopedia/Dictionary

Ignition. (1989). In *Oxford English online dictionary* (2nd ed.). Retrieved from <http://dictionary.oed.com>

Marcoux, A. (2008). Business ethics. In E. N. Zalta (Ed.). *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/ethics-business/>

e) Podcast

Dunning, B. (Producer). (2011, January 12). *inFact: Conspiracy theories* [Video podcast]. Retrieved from <http://itunes.apple.com/>

f) Single Episode in a Television Series

Egan, D. (Writer), & Alexander, J. (Director). (2005). Failure to communicate. [Television series episode]. In D. Shore (Executive producer), *House*; New York, NY: Fox Broadcasting.

g) Music

Fuchs, G. (2004). Light the menorah. On *Eight nights of Hanukkah* [CD]. Brick, NJ: Kid Kosher.

SUBMISSION TO JOURNAL

All new manuscripts must be submitted online through Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing website (<http://dergipark.gov.tr/fnjin>). Complete instructions are available at the website.

SUBMISSION CHECKLIST

Ensure that the following items are present:

- Cover letter to the editor
 - ✓ The category of the manuscript
 - ✓ Acknowledgement of "the paper is not under consideration for publication in another journal"
 - ✓ Disclosure of any commercial or financial involvement
 - ✓ Reviewing the statistical design of the research article
 - ✓ Last control for fluent English
- Copyright transfer form
- Permission of previous published material if used in the present manuscript

INFORMATION FOR AUTHORS

- Acknowledgement of the study "in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of in 2000.
- Statement that informed consent was obtained after the procedure(s) had been fully explained. Indicating whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed as in "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals".
- Title page
 - ✓ The title of the manuscript both in Turkish and in English
 - ✓ All authors and affiliations (e-mail address, full postal address, telephone and fax numbers)
 - ✓ Abstracts (200 words) both in Turkish and in English
 - ✓ Key words: 3 to 10 words in Turkish and in English

- ✓ Extended Abstract (600-800 words) in English
- ✓ Acknowledgement
- ✓ References
- ✓ All tables, illustrations (figures) (including title, description, footnotes)

Correspondance Address:

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Managing Editor

Istanbul University, Florence Nightingale Faculty of Nursing,
Abide-i Hurriyet Cad. 34381 Sisli Istanbul – Turkey

Phone: +90212 4400000/27006

Fax: +90212 2244990

E-mail: mnesin@istanbul.edu.tr

TELİF HAKKI DEVİR FORMU

Biz aşağıda imzaları bulunan:

(Yazar(lar)ın Adı):

.....

tarafından yazılmış,

(Makale Adı):

.....

.....

başlıklı makale konusunda, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'nin yazı kendisine ulaşıncaya kadar hiç bir sorumluluk taşımadığını kabul ederiz.

Aşağıda imzaları bulunan yazar(lar) olarak, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'nin "Yazarlara Bilgi" bölümündeki tüm koşulları kabul ettiğimi(zi) ve sunduğum(uz) makalenin etik kurallara uygun olarak gerçekleştirildiğini, orijinal olduğunu, herhangi bir başka dergiye yayınlanmak üzere verilmediğini; daha önce yayınlanmadığını (eğer tümüyle ya da bir bölümü yayınlandı ise yukarıda adı geçen dergide yayınlanabilmesi için gerekli her türlü iznin alındığını) ve orijinal telif hakkı formu ile birlikte Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'ne gönderildiğinin garanti edildiğini ve yayınlanacak yazı(lar)da düzeltme yapma hakkının Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi Yayın Kurulu'na devredildiğini ve makalenin yazar(lar)ı olarak: Telif hakkı dışında kalan patent v.b. bütün tescil edilmiş haklarını; yazar(lar)ın gelecekteki kitaplar ve dersler gibi çalışmalarında; makalenin tümü ya da bir bölümünü ücret ödemeksizin kullanmak hakkını ve makaleyi satmamak koşulu ile kendi amaçları için çoğaltma hakkını Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'ne devredildiğini tasdik eder(ler).

(Yazar(lar) tarafından imzalanmak üzere):

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Yazışma Adresi:

.....

.....

Tel: Faks: E-mail:

NOT: Lütfen formu doldurunuz, imzalayınız, tarayınız ve makale ile birlikte sisteme yükleyiniz.

COPYRIGHT TRANSFER FORM

We undersigned:

(Name(s) of author(s)):

.....

.....

Agree and undertake that the Florence Nightingale Journal of Nursing has no responsibility about the article titled

(Title of the article):

.....

.....

until it is received by them,

I (we), undersigned, agree and undertake that the article submitted by author(s) follow(s) all the ethical designs, is original, is never submitted to another journal to be published, and that cases where a part or the whole of the article is published, necessary permission is guaranteed for the article to be published in the above mentioned bulletin and that the article is forwarded to the Advisory Board of the Florence Nightingale Journal of Nursing with the copyright form filled. Furthermore, we agree and undertake to hand: All the registered rights, except copyright, such as license; the right to use the whole or part of the article for the future books or lessons of the author(s) without any cost and the right to reproduce the article for personal use, except for the purpose of selling it, over to the Florence Nightingale Journal of Nursing.

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Correspondence address:

.....

.....

Phone: Fax: E-mail address:

NOTE: Please fill in this form, then print and sign. Please scan a copy of the signed form and upload to our management system together with your article.
