

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- İki Farklı Eğitim Sistemi İle Öğrenim Gören Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğini Algılama Durumlarının Karşılaştırılması
The Comparison of the Perceptions of Nursing Professions Among Senior Nursing Students Receiving Education in Two Different Education Systems
Şebnem ÇINAR YÜCEL, Elem KOCAÇAL GÜLER,
İsmet EŞER, Leyla KHORSHID 1-8
- Bir Üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Son Sınıf Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin Belirlenmesi
Determining The Senior Students Critical Thinking Abilities in Health Sciences Faculty in a University
Ebru AKGÜN ÇITAK, Gülzade UYSAL... 9-20
- Bir Üniversite Hastanesinde Düşmelerin Sıklığı ve Kök Neden Analizi
Root Cause Analysis and Frequency of Fallings in a University Hospital
Yıldız MÜLAYİM, Şeyda SEREN İNTEPELER 21-34
- Basınç Yaralarının Önlenmesinde % 100 Pamuklu Havlu İle Havalı Yatak Kullanımının Etkinliği
The Effectiveness of 100 % Cotton Towel and Air Mattress in Preventing of Pressure Ulcers
Burcu TOTUR, Alev DIRAMALI... 35-44
- Günübirlik Cerrahide Çocuk Hastaların Hemşirelik Bakımı İçin Yeniden Yapılanma
Reorganization in Day Surgery Nursing Care For Child Patient
Eda DOLGUN, Meryem YAVUZ... 45-54
- Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi
Burn-Out Level of Nurses Working in an University Hospital
Ümmü Yıldız FINDIK, Özgül EROL, Nejdet SÜT, Deniz MOTÖR... 55-65

Derleme Yazılar

- Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoeğitim
Evidence-Based Practice: Psychoeducation
Figen ŞENGÜN, Hatice ÖNER ALTIÖK, Besti ÜSTÜN...66-74

Olgu Sunumu

- Özefagus Atrezisi Olan Prematüre Yenidoğana Postoperatif
Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı
*Nursing Approach to Premature Newborn who has Esophageal Atresia at
Postoperative Period*
Sema BAYRAKTAR, Duygu GÖZEN.....75-87

Editörden Okura,

Değerli Okuyucularımız,

Dergimizin yayın kalitesini artırma çabamız devam etmesine karşın, girmiş olduğumuz “Türkiye Atıf Dizini” tarafından yapılan değerlendirmelerde son üç sayımız için “Ulusal Katkı Değeri” nin sıfır puan olarak bizlere iletilmesi üzücü olmuştur. Ancak değerlendirmelerde bu sonucun nedeni olarak yazım kurallarının ve anahtar kelimelerin düzenlenmesi gibi hızla düzeltilebilecek değişiklikler belirtilmiştir. Bundan sonraki sayılarda bu değişiklikler hemen yapılacaktır ve tüm yazarların bu konuya önem göstermeleri gerekmektedir. Yazarlarımıza dergimizdeki makalelere atıf yapmaları konusunun üzerinde dikkatle duracağımızı hatırlatmak isterim. Makalelerinizin kabul sürecinde bu konu dikkat edeceğimiz bir alan olacaktır.

Değerli okuyucularımız, dergimizin kalitesini artırma çabamızdaki motivasyonumuzu artıran bir gelişme de Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nun “**Hemşirelik Fakültesi**” olarak eğitimini sürdürmesi kararının Bakanlar Kurulu’nda onaylanmış olmasıdır. Bu olumlu gelişmenin sonucu olarak, dergimizin isminde de bir değişiklik olacaktır. Bu kararı Dergi Yayın Kurulu önümüzdeki en kısa sürede verecektir. 2012 yılı sayılarımızda kalitenin artmaya devam etmesi ümidiyle önemli indeklere girmeyi planlamaktayız.

Bu sayımızda, sekiz makale bulunmaktadır. Bu makalelerin altısı araştırma, biri derleme, biri de olgu sunumu şeklinde olmuştur. Bu sayıda yayınlanan tüm makalelerin içerisindeki bilimsel bilgilerin, mesleğimizin bilimsel bilgi birikimini arttıracığı inancındayım.

Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı ve verimli günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Olcay ÇAM
EDİTÖR

m.olcay.cam@ege.edu.tr
olcaycam@yahoo.com

İletişim Mail Adresi:
Özen DURAKOĞLU
ozen.durakoglu@ege.edu.tr

İKİ FARKLI EĞİTİM SİSTEMİ İLE ÖĞRENİM GÖREN HEMŞİRELİK SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNİ ALGILAMA DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

THE COMPARISON OF THE PERCEPTIONS OF NURSING PROFESSIONS AMONG SENIOR NURSING STUDENTS RECEIVING EDUCATION IN TWO DIFFERENT EDUCATION SYSTEMS

Yard.Doç.Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL Ar.Gör. Elem KOCAÇAL GÜLER
Prof.Dr. İsmet EŞER Prof.Dr. Leyla KHORSHID

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırma, klasik ve entegre eğitim sistemi ile öğrenim gören hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğini algıma durumlarını karşılaştırmak amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini, Hemşirelik Yüksekokulu'nun 2007–2008 öğretim yılında klasik sistemle (N=166), 2008–2009 öğretim yılında entegre sistemle öğrenim gören (N=169) son sınıf öğrencileri, örneklemini ise; araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 139 entegre eğitim sistem ve 135 klasik sistem öğrencisi oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında; "Tanıtım Formu" ve öğrencilerin hemşirelik mesleğini algılamalarını ölçmek amacıyla "Hemşirelik Mesleğini Algılama Ölçeği (HMAÖ)" kullanıldı. HMAÖ, 22 maddeden, "Mesleki Nitelikler" ve "Mesleki Statü" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmuştur. Araştırmanın yürütülmesi için gerekli etik izinler alındı ve çalışma gönüllülerle yürütüldü. Araştırma verilerinin analizi, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 23.10±1.05 olduğu, %49.3'ünün klasik ve % 50.7'sinin entegre sistem ile öğrenim gördüğü belirlendi. HMAÖ toplam puan ortalaması, klasik sistemle öğrenim gören öğrencilerde 87.57±17.27 iken entegre sistemle öğrenim gören öğrencilerde 84.29±15.96 olarak saptandı. İki farklı eğitim sistemi ile öğrenim gören öğrencilerinin HMAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Klasik ve entegre sistem ile öğrenim gören öğrencilerin Mesleki Nitelikler (p>0.05) ve Mesleki Statü (p>0.05) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Sonuç olarak; iki farklı eğitim sistemi ile öğrenim gören öğrencilerin meslek algıları arasında fark olmadığı ve hemşirelik mesleğini yüksek düzeyde algıladıkları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, Hemşirelik mesleğini algıma

ABSTRACT

Objective: This descriptive research was conducted to compare the perception of nursing profession among fourth year senior nursing students receiving classical or integrated education.

Material and Methods: The scope of the research was composed of 166 fourth year senior nursing students attending in classical education system during the 2007-2008 academic year and

169 fourth year senior nursing students attending in integrated education system during the 2008-2009 academic year; the research sample comprised 139 students in integrated system and 135 students in classical system who voluntarily accepted to participate in research. For data collection, "Personal Identification Form" and "Perception of Nursing Profession Scale" (PNPS) are used. Scale has 2 sub-scales: "Professional Qualities" and "Professional Statute". The research was conducted in accordance with ethical principles and volunteers. The percentages, standard deviation, Independent Sample T test, Chi-Square test were used in the analysis of the data.

Results: The students' mean age was found to be 23.10 ± 1.05 (Range: 21-27) years, 49.3% were receiving education in classical system and 50.7% receiving education in integrated system. It was found that PNPS total score mean for students receiving education in classical system was 87.97 ± 7.17 , while it was 84.29 ± 15.96 for students receiving education in integration system. There was no statistically significant difference in PNPS mean points of the students educated in two different education systems ($p > 0.05$). There was any statistically significant difference between the "Professional Status" and "Professional Qualities" sub-scale mean scores of the students receiving education in classical and integrated systems ($p > 0.05$).

Conclusion: As a result, it was found that there was no significant difference between perceptions of nursing profession among the students receiving education in two different education systems and that nursing students perceived nursing profession in high level.

Key Words: Nursing students, Perception of nursing profession

GİRİŞ

Hemşireliği algılama, bireylerin kendilerini, çevrelerini, hemşirelik hakkında hissettiklerini ve düşündüklerini tanımlar. Hemşirelik öğrencileri için mesleği algılama, öğrencilerin kendileri, çevreleri, hemşirelik ve hemşirelikteki eylemlerin uygunluğu hakkında hissettiklerini, düşüncelerini ve hemşirelik eğitimini nasıl gördüklerini tanımlar. Algılama, öğrencilerin hemşirelik uygulamalarını ve bu uygulamalarda en önemli faktörün bilgi olduğunu kavramalarında ve bakış açılarının gelişmesinde ilgili deneyimlerin bir filtresi olarak işlev görür (Andersson 1993).

Meslek seçiminde, mesleğe uyum sağlamada ve verimli bir çalışma yaşamı sürdürmede o mesleğe ilişkin olumlu bir görüş ve tutuma sahip olmak mesleğin gelişimi açısından önemlidir (Demirkıran ve ark. 2005). Toplumdaki önyargılarla ve mesleği tanımadan hemşirelik eğitime başlayan öğrencilerin okula ilk başladıklarında mesleğe ilişkin tutarlı bir görüşe sahip olmaları beklenemez (Dereli ve Demir 1998). Meslek bilincinin temeli okul yaşamı sırasında atılır, tüm meslek yaşamı boyunca devam eder ve mesleki felsefenin oluşmasını sağlar (Bilecan ve ark. 2005, Özsoy ve ark 1999, Ulusoy 1992). Öğrencilerin meslekle ilgili düşünceleri, aldıkları teorik ve uygulamalı eğitimler sonunda olumlu ya da olumsuz yönde değişebilmektedir (Erdemir 1997, Karadakovan 1996).

Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencileri mesleki yaşama atılacak olan hemşire adaylarıdır. Bu adayların hemşirelik algısı motivasyonlarını, özgüvenlerini, diğer disiplinlerin üyeleri ve hastalarla olan ilişkilerini etkileyebileceğinden önemlidir. Dört yıllık öğrenim yaşantıları sırasındaki deneyimleri mesleği algılamalarını farklı şekilde etkileyebilir.

Klasik sistem öğrencileri dört yıllık eğitimleri boyunca teorik dersi izleyen klinik uygulamalara öğretim elemanı denetiminde çıkarak eğitimlerini tamamlarlar. Entegre sistemde ise; son sınıf öğrencileri bir ders yılı boyunca intörn olarak eğitimlerini sürdürürler. Bu süre içinde klinik hemşireleri ile daha yakın çalışma fırsatı bulurken, hastalar, aileleri ve ekip ile daha yakın ilişki içinde olurlar. Aynı zamanda entegre eğitim sisteminde müfredata yeni eklenen Girişkenlik, Hemşirelikte Eleştirel Düşünme, Kişisel Gelişim gibi seçmeli dersler bulunmaktadır. Dolayısıyla iki farklı eğitim sisteminde öğrencilerin yaşadıkları deneyimler farklıdır. Bu nedenle farklı eğitim sistemlerinin öğrencilerin mesleklerine ilişkin algılarını farklı yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

AMAÇ

Bu araştırma, klasik ve entegre eğitim sistemi ile öğrenim görenin hemşirelik mesleğini algılamaya etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma evrenini, Hemşirelik Yüksekokulu'nun 2007–2008 öğretim yılında klasik sistemle (N=166) ve 2008–2009 öğretim yılında entegre sistemle öğrenim gören (N=169) son sınıf öğrencileri, örneklemini ise; olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 139 entegre eğitim sistem ve 135 klasik sistem öğrencisi oluşturdu. Araştırmada öğrencilerin %81.8'ine (274 öğrenci) ulaşılmıştır.

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından "Tanıtım Formu" ve öğrencilerin hemşirelik mesleğini algılamalarını ölçmek amacıyla Eşer ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen "Hemşirelik Mesleğini Algılama Ölçeği (HMAÖ)" kullanılarak sınıf içinde toplanmıştır. Soruların yanıtlanması 10-15 dakikalık bir süre almıştır.

HMAÖ, 5'li likert tipi bir ölçek olup 22 maddeden, mesleğin değişik yönlerini tanımlayan ifadeleri içeren "Mesleki Nitelikler" (17 madde) (min 17, max 85) ve mesleğin toplumdaki yerini içeren ifadelerden oluşan "Mesleki Statü" (5 Madde) (min 5, max 25) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmuştur. "Mesleki Nitelikler" alt boyutu; hemşirelik yoğun iletişim, fedakarlık gerektiren, bağımsız uygulamaları olan, bilgiye, beceriye dayalı, doyum verici, yorucu, stresli, çalışma koşulları ağır, ekip çalışması, teknoloji kullanımını, problem çözme becerilerinin kullanımı ve yüksek öğretim gerektiren bilime dayalı meslektir gibi mesleğin pek çok yönünü tanımlayan ifadeleri içermektedir. "Mesleki Statü" alt boyutu ise; hemşireliğin diğer sağlık meslekleri arasındaki konumunu, prestijini, toplumdaki yerini içeren ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.83 ve alt ölçeklerin Cronbach Alpha kat sayıları "Mesleki Nitelikler" için 0.85 "Mesleki Statü" için ise; 0.79 olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen toplam puanın yükselmesi, meslek algısının olumlu yönde olduğunu göstermektedir (min 22, max 110).

Araştırmanın yürütülmesi için; Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan yazılı izin, araştırmaya katılan tüm öğrencilerden sözel izin ve ölçeğin uygulanması için yazardan izin alınmıştır.

Araştırma verilerinin analizi SPSS 15.0 paket programından yararlanılarak, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve ki-kare testi kullanılarak yapıldı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan öğrencilere ait tanıtıcı özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

n=274	n	%
Yaş		
21-23 yaş	191	69.7
24-27 yaş	83	30.3
Eğitim		
Entegre eğitim	139	50.7
Klasik eğitim	135	49.3
Yaşanılan Yer		
Köy	27	9.9
İlçe	72	26.3
Şehir	89	32.5
Büyükşehir	86	31.4
Annenin Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	3	1.1
Okur-yazar	19	6.9
İlköğretim	200	73.0
Lise	35	12.8
Üniversite	17	6.2
Babanın Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	2	0.7
Okur-yazar	6	2.2
İlköğretim	150	54.8
Lise	82	29.9
Üniversite	34	12.4

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 23.10 ± 1.05 olduğu, %69.7'sinin 21-23 yaş grubunda olduğu, %49.3'ünün klasik ve % 50.7'sinin ise entegre sistem ile öğrenim gördüğü belirlendi (Tablo 1).

Araştırma sonucunda, öğrencilerin %31.4'ünün en uzun süreyle büyük şehirde yaşadığı saptandı. Benzer çalışmalarda da hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin uzun süre bir il merkezinde yaşadıkları görülmektedir (Akbaş ve ark. 2003, Bayık ve ark. 1999, Eşer ve ark. 2008, Turgay ve ark. 2005).

Öğrencilerin ailelerine ilişkin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, %73'ünün annesinin, %54.8'inin babasının ilköğretim mezunu olduğu saptandı (Tablo 1). Çalışmamızda öğrencilerin çoğunun anne ve babalarının ilköğretim mezunu olması,

yapılan pek çok çalışma ile benzerlik göstermektedir (Akbaş ve ark. 2003, Atalay 1988, Başer 1995, Bayık ve ark 1999, Eşer ve ark. 2008, Kuzulu ve Koçak 1993, Özsoy ve ark. 1999, Öztürk ve Bahçecik 2003, Turgay ve ark. 2005). Başer (1995)'in de belirttiği gibi hemşirelik yüksekokullarında okuyan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri diğer fakülte ve yüksekokullara göre daha düşüktür. Bu durum 1988'lerden 2008 yılına kadar neredeyse hiçbir farklılık göstermemiştir (Başer 1995, Eşer ve ark. 2008, Öztürk ve Bahçecik 2003).

Tablo 2: Öğrencilerin Meslek Seçimine İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı

n=274	n	%
İsteyerek seçme durumu		
Seçen	139	50.7
Seçmeyen	135	49.3
Meslek Seçiminde etkili olan kişi		
Kendisi	108	39.4
Ailesi	125	45.6
Öğretmenleri	19	6.9
Arkadaşları	12	4.4
Tercih sırası		
1.sırada	63	23
2. sırada	26	9.5
3.sırada	13	4.7
4. sırada	26	9.5
5. sırada	23	8.4
Diğer	123	44.9

Pek çok meslekte kişinin başarılı olabilmesi, mesleği bilerek ve isteyerek seçmeleri ile yakından ilişkilidir (Özsoy ve ark. 1999). Araştırmamıza katılan öğrencilerin meslek seçimi ile ilgili görüşleri incelendiğinde; %50.7'sinin mesleği isteyerek, %39.4'ünün kendi isteği ile seçtiği saptandı (Tablo 2). Çalışma sonucunda öğrencilerin meslek seçiminde öncelikle ailenin daha sonra kendisinin etkili olduğu, aile dışındaki sosyal çevrenin çok fazla etkili olmadığı görülmektedir.

Öğrencilerin üniversite sınavında hemşirelik mesleğini tercih sıralamaları incelendiğinde; %55.1'inin hemşireliği ilk 5 sırada tercih ettiği, %23'ünün ise birinci sırada tercih ettiği saptandı (Tablo 2). Yapılan pek çok benzer çalışmada öğrencilerin çok düşük bir oranının hemşireliği ilk sıralarda tercih ettikleri bulunmuş, mesleği ailelerinin isteği ve çeşitli zorunlu nedenlerle tercih ettikleri saptanmıştır (Erdemir 1997, Eşer ve ark. 2008, Fadiloğlu ve ark. 1999, Özsoy ve ark. 1999, Öztürk ve Bahçecik 2003, Ulupınar ve Ekizler 1997, Ulusoy 1992). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise; öğrencilerin hemşireliği ilk beş tercih sıralamasına aldıkları saptanmıştır (Akbaş ve ark. 2003, Bezci ve Bayık 2005, Demirkıran ve ark. 2005, Eşer ve ark. 2008, Öztürk ve Bahçecik 2003). Araştırmamızın sonuçları son yıllarda yapılan çalışmalarını destekler nitelikte olmakla birlikte, öğrencilerin yarıya yakınının mesleği istemeden seçmesine rağmen, hemşirelik mesleğini ilk 5 sırada tercih eden öğrenci oranının artması çelişkili bir bulgu olarak görülmektedir. Bu durumun üniversite sınav sistemindeki

değişikliklerden kaynaklandığı düşünülebilir. Günümüz sınav sisteminde öğrenciler aldıkları sınav sonuç puanlarına göre tercih yapmaktadırlar.

Tablo 3. Klasik ve Entegre Sistem Öğrencilerinin Hemşireliğe ve Mezun Olunca Çalışmayı Düşündükleri Alanlara İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

n=274	Klasik Sistem	Entegre Sistem
Hemşireliğe ilişkin duygular		
Hemşirelik mesleğini seviyorum	115 (%85.2)	117 (%84.2)
Hemşirelik mesleğini sevmiyorum	20 (%14.8)	22 (%15.8)
	$\chi^2=0.05$	$p=0.81$
Mezun Olunca Çalışması Düşünülen Alan		
Hastanede hemşire	52 (%38.5)	54 (%38.8)
Hastanede yönetici hemşire	34 (%25.2)	44 (%31.7)
Hemşire okulunda eğitimci	35 (%25.9)	28 (%20.1)
Sağlıkla ilgili hemşirelik dışında başka bir meslek	9 (%6.7)	8 (%5.8)
Hemşirelik dışında başka bir meslek	5 (%3.7)	5 (%3.6)
	$\chi^2=7.76$	$p=0.10$
Mesleğe hazır hissetme durumu		
Evet	95 (%70.4)	99 (%71.2)
Hayır	40 (%29.6)	40 (%28.8)
	$\chi^2=0.02$	$p=0.87$
Toplam	135	139

Klasik sistemle öğrenim gören öğrencilerin %85.2'sinin, entegre sistemle öğrenim gören öğrencilerin ise %84.2'sinin hemşirelik mesleğini sevdiği ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$)(Tablo 3).

Öğrencilerin mezun olduklarında çalışmayı düşündükleri alan incelendiğinde; klasik (%38.5) ve entegre (%38.8) sistemle öğrenim gören öğrencilerin mezun olduktan sonra en yüksek oranda hastanede hemşire olarak çalışmak istedikleri belirlendi ve yapılan analiz sonucu aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$)(Tablo 3). Yapılan pek çok çalışmada öğrencilerin yüksek oranda akademisyen hemşire ya da yönetici hemşire olmak istedikleri saptanmıştır (Dereli ve Demir 1998, Öztürk ve Bahçecik 2003). Bu sonuçta, klinik uygulama sırasında bilgi ve becerileri kullanmanın, başkalarına yardım etmenin, hastayla birebir iletişim kurmanın öğrenciye verdiği doyumun etkisi olabileceği gibi öğrencilerin klinik ortamda mesleklerini daha yakından tanımaları ve klinikte çalışan hemşireleri kendilerine rol modeli almalarının da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Her iki sistemle de öğrenim gören öğrencilerin tamamına yakınının kendilerini mesleğe hazır hissettikleri belirlendi (Tablo 3). Entegre sistemle öğrenim gören öğrencilerin bir yıl süreyle daha yoğun bir klinik uygulama deneyimi (nöbet tutma, hastalar ve ekip üyeleriyle daha fazla birlikte olmaları gibi) yaşamaları nedeniyle klasik sistem öğrencilerine göre kendilerini daha hazır hissetmeleri beklenebilir. Ancak her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ülkemizde birinci sınıf hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda öğrencilerin dönem sonunda kendilerini bu mesleğe uygun gördükleri saptanmıştır (Atalay ve ark 1994, Bezci ve Bayık 2005, Turgay ve ark. 2005).

Tablo 4: Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Eğitim Sistemine Göre Hemşirelik Mesleğini Algılama Puanlarının Dağılımı

Hemşirelik Mesleğini Algılama Ölçeği Alt Boyutları	Klasik Sistem	Entegre Sistem	t	p
	X± SS	X± SS		
<i>Algılama Ölçeği Toplam Puanı</i>	87.57±17.27	84.29±15.96	-1.63	0.10
<i>Mesleki Nitelikler</i>	70.20±14.65	68.82±13.42	-0.80	0.41
<i>Mesleki Statü</i>	17.37±4.22	15.46±4.66	-3.55	0.06

HMAÖ toplam puan ortalaması, klasik sistemle öğrenim gören öğrencilerde; 87.57±17.27 iken entegre sistemle öğrenim gören öğrencilerde 84.29±15.96 yüksek düzeyde olduğu saptandı (Tablo 4). Ülkemizde son sınıf hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda öğrencilerin meslek algılarının orta düzeyde olduğu, sınıf ilerledikçe hemşirelik hakkındaki düşüncelerinin olumlu olarak değiştiği belirlenmiştir (Bezci ve Bayık 2005, Çakmakçı ve Aycan 2003, Özsoy ve ark. 1999, Turgay ve ark. 2005, Ulusoy 1992). Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. İki farklı eğitim sistemi ile öğrenim gören öğrencilerin HMAÖ puan ortalamaları, Mesleki Nitelikler ($p>0.05$) ve Mesleki Statü ($p>0.05$) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Her iki eğitim sisteminde; ders içeriklerinin benzer olması ve klinik ortamın aynı olması nedeniyle öğrencilerin hemşirelik meslek algılarının benzer olduğu düşünülmektedir. Entegre eğitim sisteminde müfredata eklenen seçmeli derslerin ve intörn uygulamasının öğrencilerin hemşirelik mesleği algılarını değiştirmedikleri görülmektedir. Ülkemizde hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda öğrencilerin eğitimleri süresince hemşirelik algılarının olumlu yönde değiştiğini ifade ettikleri saptanmıştır (Atalay ve ark. 1994, Bezci ve Bayık 2005, Turgay ve ark 2005). Görüldüğü gibi ülkemizde hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin hemşirelik mesleğini algılamaları olumlu yönde değişim göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; klasik ve entegre eğitim sistem ile öğrenim gören öğrencilerin meslek algıları arasında fark olmadığı ve hemşirelik mesleğini yüksek düzeyde algıladıkları belirlendi. Çalışma sonuçları doğrultusunda; entegre sistemle öğrenim gören farklı hemşirelik okullarında çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbaş M, Alparslan N, Öztunç G (2003). Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu I. sınıf öğrencilerinin mesleği tercih etme, okula başlama ve devam etmelerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. I. Uluslar arası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, Dstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık, 187-190.
- Andersson E.P (1993). The perspective of student nurses and their perceptions of professional nursing during the nurse training programme. Journal of Advanced Nursing, 18, 808-815.

- Atalay M (1988). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği isteyerek seçip seçmeme durumları ile okuldaki başarıları arasındaki ilişkinin açıklanması. I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, 11-12: Eylül 1986 İstanbul: Hilal Matbaacılık, 117-124.
- Atalay M, Tel H, Altun E, Tel H (1994). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamada yaşadıkları güçlükler ve yardım beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1: 1, 19-25.
- Başer G (1995). Hemşirelik yüksekokullarında öğrenim gören öğrencilerin sosyal özellikleri, okulu tercih sıralamaları ve seçme nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 1, 11-20.
- Bayık A, Durmuş H, Uysal A (1999). Lise son sınıf kız öğrencilerinin hemşirelik mesleğini seçme ve bu mesleğe ilişkin görüşlerinin incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum; A.Ü.H.Y.O., 390-394.
- Bezci G, Bayık A (2005). Hemşirelik öğrencilerinin hemşireliği algılamaları. IV. ulusal hemşirelik öğrencileri kongresi, Ankara: Kök Yayıncılık, 51.
- Bilecan D, Çakır Z, Demircan H ve ark. (2005). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki yeterlilik açısından kendilerini algılayış düzeylerinin belirlenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ankara: Kök Yayıncılık, 42.
- Çakmakçı A, Aycan N (2003). Lise son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğine bakış açıları ile mesleği tercih etme durumları; Manisa örneği. Hemşirelik Forumu, 6: 1, 33-42.
- Demirkıran F., Türk G, Denat Y (2005). İlk klinik uygulama öğrencilerin mesleklerine ilişkin görüşlerini etkiler mi? Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Özel Sayısı.
- Dereli N, Demir Ü (1998). Hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin mesleğe ilişkin düşüncelerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksekokulu Dergisi., 14: 2, 119-128.
- Erdemir F (1997). Hemşirelik yüksekokulu 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik yüksekokulunu tercih etme, okula başlamaya karar verme özellikleri ve okula devam etmede etkili faktörler. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, Dstanbul: Çevik Matbaacılık, 322-327.
- Eşer İ, Khorshid L, Denat Y (2008). Hemşirelik Mesleğini Algılamada İlk Klinik Uygulamanın Etkisi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 24:1, 15-26.
- Eşer, D., Khorshid, L., Denat, Y. (2006) "Hemşirelik Mesleğini Algılama" Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Çınar Dergisi, 10 (1).
- Fadıloğlu C, Esen A, Akyol AD (1999). Öğrenci ve mezun hemşirelerin klinik uygulamalara ilişkin beklentilerinin karşılaştırılması. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı (Uluslararası Katılımlı), İstanbul: Çevik Matbaacılık, 30-36.
- Karadakovan A (1996). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin eğitimin başlangıcında ve mezuniyetten önce meslek seçimi beklentileri ve çalışmak istedikleri alanlar ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. Türk Hemşireliğinde Yükseköğrenimin 40. Yılı Sempozyumu Kitabı, Dzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 301.
- Kuzulu K, Koçak F (1993). H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu 1. sınıf öğrencilerinin mesleğe yönelmelerini etkileyen faktörler ve değer sistemleri. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı (Uluslararası Katılımlı), Dstanbul: D.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 120-125.
- Özsoy SA, Uysal A, Bayık A, Erefe İ. (1999). Hemşire öğrencilerin mesleğe ilişkin görüşlerinin ileriye dönük incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum: A.U.H.Y.O., 345-350.
- Öztürk H, Bahçecik N (2003). Öğrencilerin meslek olarak hemşireliği seçmelerini etkileyen faktör ve gelecekteki mesleki beklentileri. I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık, 387-392.
- Turgay AS, Karaca B, Ceber E, Aydemir G. (2005). Hemşirelik öğrencilerinin mesleği algılayışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 1, 54-62.
- Ulupınar S, Ekizler H (1997). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin okulları ile ilgili görüşlerine ilişkin niteliksel bir çalışma. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, İstanbul: Çevik Matbaacılık, 188-189.
- Ulusoy MF (1992). Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin meslek bilinçlerinin araştırılması. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas: Esnaf Ofset Matbaacılık, 24-26.

BİR ÜNİVERSİTENİN SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE ÖĞRENİM GÖREN SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

DETERMINING THE SENIOR STUDENTS CRITICAL THINKING ABILITIES IN HEALTH SCIENCES FACULTY IN A UNIVERSITY

Yard.Doç.Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK Ar.Gör. Gülzade UYSAL

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; bir üniversitede sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören son sınıf öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerini belirlemek ve karşılaştırmaktır.

Yöntem: Araştırma; tanımlayıcı bir araştırmadır. Özel bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören 211 son sınıf öğrencisinin katılımı ile Mart-Haziran 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplamada araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilmiş 20 sorudan oluşan soru formu ve California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CCDTI) kullanılmıştır. Veriler SPSS 11.5 paket programında ki kare t testi, ANOVA testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin % 62,6'sı, 21-23 yaş arasında olup %74,4'ü, kadındır. Öğrencilerin %56,4'ünün Anadolu/ Fen lisesi/Kolej mezunu olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin % 69.7'sinin eleştirel düşünme eğilim puanları düşük düzeyde iken, % 30.3'ünün eleştirel düşünme eğilim puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bölümlere göre CCDTI eleştirel düşünme eğilim düzeyi toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelik bölümü puan ortalaması; 237,69, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü puan ortalaması; 230,56, beslenme ve diyetetik bölümü puan ortalaması; 225,41, sosyal hizmet bölümü puan ortalaması 220,24; spor bilimleri bölümü puan ortalaması 218,40; sağlık kurumları işletmeciliği bölümü puan ortalaması 210,27 olarak saptanmıştır. ($p < 0.05$). Çalışmaya katılan öğrencilerden anadolu/ fen lisesi/ kolejde eğitim almış olanların eleştirel düşünme eğilim puanları $229,49 \pm 23,8$ olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar: Sonuç olarak; üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde eleştirel düşünme eğilim düzeylerinin düşük olduğu saptanırken bazı sosyo-demografik özelliklerinin eleştirel düşünme eğilim düzeylerini etkilediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Eleştirel düşünme, eleştirel düşünme eğilimi, hemşirelik ve eleştirel düşünme, düşünme

ABSTRACT

Objectives: Aim of this study is to determine and compare critical thinking dispositions of the senior students in health sciences faculty in a university.

Methods: This descriptive study was conducted with 211 senior students in health sciences faculty in a private university in March- July 2010. The California Critical Thinking Disposition Inventory and a self report questionnaire survey which was developed by the researchers with the

help of the material based on the literature was used to collect the data in the study. The questionnaire was developed by the researchers. Chi-square, ANOVA and t tests were used in the data analysis in the program of SPSS 11.5.

Results: The majority (62.6 %) of the students participating in the research were in the 21-23 year old age group and 74.4 % of them were women. Most of the students (%56,4) graduated from anatolian/science high school or college. According to the findings of this study, it was determined that % 69.7 of the student's have low level critical thinking skills, % 30.3 of the students have moderate level critical thinking skills. It was determined that the mean scores of the CCTDI according to departments were for nursing department 237.69; for physical treatment and rehabilitation department 230.56; for nutrition and dietetic department 225.41, for social services department 220.24, for sports sciences department 218.40, and for health institutions management department was 210.27 ($p<0.05$). It was significantly meaningful that, the students who were graduated from anatolian/science high school or college CCTDI mean scores higher than the other students.

Conclusion: As a conclusion; it was determined that students have low level critical thinking skills in health sciences faculty in a university. Some socio-demographic data had influence on critical thinking skills.

Key Words: Critical thinking, critical thinking disposition, critical thinking skills, nursing and critical thinking

GİRİŞ

21. yüzyıl için gereken temel becerilerden biri olan eleştirel düşünme, literatürde önemi giderek artan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Eleştirel düşünme aktif, bağımsız, yeni fikirlere açık, fikirleri destekleyen ve göz önünde tutan, fikirlerin organizasyonuna önem veren, çok boyutlu bir düşünme biçimi olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu 1998). Diğer bir tanımı ise; araştırma, sezgi, mantık ve deneyime dayanan, evrensel değerleri olan bir süreçtir. Eleştirel düşünme, çok yönlü düşünmeyi, bazen de karşıt düşünmeyi gerektirir (Taşcı 2005).

Eleştirel düşünme; bireyin bir bilginin ya da iddianın doğruluğunu, gerçekliğini ve güvenilirliğini kanıtlama, bir konu hakkında karar vermede çeşitli kriterlerden yararlanma, okuduğu ya da duyduğu bir şeye ilişkin kanıt elde etmeye çalışma, başkalarının iddia ve düşüncelerini kabul etmeden önce, onlardan bunu çeşitli dayanaklara göre kanıtlamalarını isteme, açıklık, dürüstlük, tutarlılık, doğruluk gibi zihinsel ya da entelektüel becerilerdir (Özdemir, 2005). Eleştirel düşünme becerisi de eleştirel düşünebilmek için gereken düşünme yeteneği olarak tanımlanır. Eleştirel düşünme sürecinin içerdiği beceriler; kanıtlanmış gerçekler ve öne sürülen iddialar arasındaki farklılığı yakalayabilme, elde edilen bilgilere ait kaynakların güvenilirliklerini test edebilme, ilişkisiz bilgileri kanıtlardan ayıklayabilme, önyargı ve bilişsel hataların farkında olabilme, tutarsız yargıların farkına varabilme, etkili soru sorabilme, sözlü ve yazılı dili etkili kullanabilme ve bireyin kendi düşüncelerinin farkına vardığı üst biliş ve benzerleri yer alır (Kökdemir, 2000). Eleştirel düşünebilmek için yalnızca eleştirel düşünme becerilerine sahip olmak yeterli değildir. Kişinin, bu becerilerini kullanabilmesi, kişinin eleştirel düşünme eğilimini göstermektedir (Dirimeşe, 2006). Amerikan Felsefe Derneği tarafından hazırlanan "California Eleştirel Düşünme

Eğilimleri Ölçeği" ile eleştirel düşünmeyi oluşturan yedi temel eğilim belirlenmiştir. Bu eğilimler şu şekilde açıklanmaktadır (Kökdemir, 2003):

Doğruyu arama: Seçenekleri ya da birbirinden farklı düşünceleri değerlendirme eğilimlerini içeren bu boyutta kişi gerçeği arama, soru sorma becerisi, kendi düşüncesine ters olan veriler karşısında bile nesnel davranma eğilimi gösterir.

Açık fikirlilik: Kişinin farklı yaklaşımlara karşı hoşgörüsünü ve kendi hatalarına karşı duyarlı olmasını ifade etmektedir. Bu boyutta birey, herhangi bir karar verirken başkalarının görüşlerini de göz önüne alır.

Analitiklik: Sorun çıkabilecek durumlara karşı dikkatli olma ve zor problemler karşısında bile akıl yürütme ve nesnel kanıtları kullanma eğilimini gösterir.

Sistematiklik: Örgütlü, planlı ve dikkatli araştırma eğilimidir.

Kendine güven: Kişinin kendi akıl yürütme süreçlerine duyduğu güveni ifade eder.

Meraklılık: Herhangi bir çıkar ya da beklentisi olmaksızın kişinin bilgi edinme ve yeni şeyler öğrenme eğilimini yansıtır.

Olgunluk: Zihinsel olgunluk ve bilişsel gelişimi ifade eder (Kökdemir, 2003).

Günümüzde hızla değişen sağlık sistemi ve teknoloji nedeniyle insan sağlığıyla ilgilenen disiplinlerin, uygulamalarını gerçekleştirebilmesi ve toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilmesi için bilgiyi araması, sorgulaması, eleştirel düşünebilmesi, sorunlara çözüm getirebilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının hizmet sunumunda bu becerilerini etkin bir şekilde kullanmaları güvenli ve etkili bakım sağlamada, hizmet kalitesini yükseltmede önemli bir faktördür (Zaybak ve Khorshid, 2006). Bu nedenle, mesleğe başlamadan önce, öğrencilerin üniversite eğitimleri esnasında, eleştirel düşünme becerilerini kazanmış olması gerekmektedir.

Farklı alanlarda eğitim veren sağlık bilimleri programlarında (Çıkrıkçı 1996, Kaya 1997, Dil ve Coşkun 2001, Şenturan ve Alpar 2005, Dirimeşe 2006) ve bu bölümlerin dışındaki programlarda da (Kökdemir 2003, Özdemir 2005, Saçlı ve Demirhan 2008, Korkmaz 2009) öğrenim gören üniversite öğrencileri ile yapılmış olan çalışmalarda öğrencilerin eleştirel düşünme becerilerinin olması gerektiği düzeyin altında olduğu ve genellikle orta düzeyde eleştirel düşünme becerisine sahip oldukları görülmektedir.

Öğrencilerde eleştirel düşünme becerisinin geliştirilmesi; bireysel, mesleki gelişimin ve toplumun sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından gereklidir. Bu nedenle bu çalışmada sağlık bilimleri fakültesinden mezun olacak öğrencilerin (hemşirelik ve sağlık hizmetleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, sağlık kurumları işletmeciliği, sosyal hizmetler ve spor bilimleri bölümleri) eleştirel düşünme düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel niteliktedir. Araştırma, bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören son sınıf öğrencileri ile Mart-Haziran 2010

tarihleri arasında yapılmıştır. Fakültede 869 öğrenci öğrenim görmekte olup araştırmacının örneklemini fakültenin 6 bölümünün (Beslenme ve Diyetetik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Sosyal Hizmet ve Spor Bilimleri) son sınıfında öğrenim gören 211 öğrenciden oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Örneklemin tümüne ulaşılmıştır.

Verilerin toplanmasında California Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği (CCTDI) ve soru formu kullanılmıştır. Soru formu, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve eleştirel düşünme eğilimlerini etkileyen faktörleri içeren 20 sorudan oluşmaktadır. CCTDI 51 maddeden oluşmakta olup 1990 yılında Amerikan Felsefe Derneğinin yürüttüğü Delphi projesinde geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Kökdemir (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri doğruyu arama, açık fikirlilik, analitik düşünen, sistematiklik, kendine güven ve meraklılıktır. Bu alt ölçeklerde, ayrı ayrı değerlendirme amacıyla ölçeklerin toplamından oluşan puanlama sistemi kullanılmaktadır. Her bir madde 1 ve 6 arasında (Hiç katılmıyorum: 1 puan, katılmıyorum: 2 puan, kısmen katılıyorum: 3 puan, kısmen katılmıyorum: 4 puan, katılıyorum: 5 puan, tamamen katılıyorum: 6 puan) değerlendirilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan eleştirel düşünme düzeyini yansıtır. 240 puanın altı düşük, 240-300 puan arası orta, 300 puanın üstü yüksek eleştirel düşünme eğilimini göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.88'dir.

Elde edilen veriler Statistical Package For Social Science (SPSS 11,5 for Windows) kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizi bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Veriler istatistiksel analizlerde ki-kare t testi, ANOVA testi yapılarak, yüzdelik ve sayısal dağılımlar incelenerek analiz edilmiştir.

Araştırma için Üniversitenin Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Kurulu'ndan ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; % 62,6'sı, 21-23 yaş arasında olup %74,4'ü, kadındır. Öğrencilerin %97,2'si bekâr ve %59,2'si bir kardeşe sahiptir. Öğrencilerin %56,4'ünün Anadolu/ Fen lisesi/Kolej mezunu olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin, üniversite eğitimi alırken çalışma durumları incelendiğinde; %64,5'inin (n=136) hiç çalışmamış olduğu, çalışanların ise %23,2'sinin eğitimleriyle ilgili bir işte çalıştıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin % 55,9'u sosyo-ekonomik durumlarını "gelir gidere eşit" olarak ifade etmiştir.

Öğrencilerin aile ilişkisi örüntüleri incelendiğinde; %52,6'sı demokratik, %20,9'u ise koruyucu aileye sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 1: Öğrencilerin Bölümlerine Göre Eleştirel Düşünme Eğilim Puan Düzeylerinin Dağılımı (n=211)

SBF BÖLÜMLERİ	Düşük düzey (239 puan ve altı)		Orta düzey (240-299puan)	
	n	%	n	%
Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü	26	12.3	24	11.4
Beslenme ve Diyetetik Bölümü	23	10.9	12	5.7
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü	28	13.3	17	8.1
Sosyal Hizmetler Bölümü	25	11.8	5	2.4
Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü	24	11.4	1	0.5
Spor Bilimleri	21	10.0	5	2.4
Genel Toplam	147	69.7	64	30.3
X₂=21,1 P=0,001				

Tablo 1’de öğrencilerin bölümlerine göre eleştirel düşünme eğilim puanlarının dağılımları görülmektedir. Öğrencilerin % 69.7’sinin eleştirel düşünme eğilim puanları düşük düzeyde iken, % 30.3’ünün eleştirel düşünme eğilim puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü’nün orta düzey eğilim puanı diğer bölümlere göre yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 2. Öğrencilerin CCTDI Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı (n=211)

CCTDI Alt Ölçekleri	CCTDI Alt Ölçek Puan Ortalamaları		t	p
	X	Sd		
Doğruyu arama	26,21 ± 5,8		1,9	0,02
Açık fikirlilik	48,33 ± 8,7		1,0	0,43
Analitik düşünme	49,43 ± 7,3		1,1	0,30
Sistematiklik	26,30 ± 4,0		0,6	0,81
Kendine güven	30,15 ± 5,6		1,8	0,03
Meraklılık	35,39 ± 6,7		1,2	0,27
Toplam	226,03 ± 23,6		1,4	0,12

Tablo 2’de öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; alt ölçek puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüş; doğruyu arama (26,21±5,8) ve kendine güven (30,15±5,6) alt ölçek puan ortalamalarının düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 3: Öğrencilerin Bölümlerine Göre Eleştirel Düşünme Eğilimi Alt Ölçek Puan Ortalamaları (n=211)

CCTDI ve Alt Ölçekleri	HSH (n=50)	BD (n=35)	FTR (n=45)	SH (n=25)	SB (n=26)	SKİ (n=30)	F p
	X Sd	X Sd	X Sd	X Sd	X Sd	X Sd	
Doğruyu Arama	28,05±5,8	25,23±4,7	28±5,3	24,23±6,4	25,04±5,9	23,91±5,6	3,7 0,00
Açık Fikirlilik	50,24±9,1	49,58±7,7	51,69±8,6	46,41±7,3	44,26±8,2	43,25±8,2	5,5 0,00
Analitik Düşünme	51,43±6,5	49,25±7,4	50,63±7,0	48,07±8,3	47,53±6,7	47,13±7,4	2,1 0,06
Sistematiklik	39,16±5,5	34,41±7,4	34,47±6,2	35,01±5,8	34,81±3,1	31,92±6,8	1,3 0,25

Kendine Güven	32,54±5,0	30,01±6,1	29,03±5,1	30,07±5,9	30,06±5,3	27,81±5,4	3,2 0,00
Meraklılık	26,77±3,7	26,35±3,1	27,21±4,6	25,72±4,2	25,09±3,1	25,61±4,9	5,2 0,00
Toplam	237,69±21,8	225,41±23,8	230,56±21,6	220,24±21,0	218,40±25,1	210,27±19,0	6,6 0,00

Tablo 3' de öğrencilerin bölümlere göre eleştirel düşünme eğilimi alt ölçek puanları görülmektedir. Doğruyu arama ve kendine güven alt ölçek ve genel puan ortalamalarında hemşirelik bölümü öğrencilerinin diğer bölümlere göre daha yüksek puan aldıkları; doğruyu arama, açık fikirlilik ve meraklılık alt ölçek puan ortalamalarında ise fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin diğer bölümlere göre daha yüksek puan aldıkları görülmüş olup sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan öğrencilerin mezun oldukları lise türlerine göre eleştirel düşünme eğilimi ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Düz lise/ Meslek lise'sinde eğitim görmüş öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları $221,55±22,7$, Anadolu/Fen lisesi/Kolej'de eğitim görmüş öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları ise $229,49±23,8$ 'dir ($p<0,05$).

Anadolu/ Fen lise/Kolej'de eğitim görmüş öğrencilerin doğruyu arama ve açık fikirlilik alt ölçek puan ortalamaları diğer lise türlerine göre yüksek düzeyde ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan öğrencilerinin mevcut not ortalamalarına göre eleştirel düşünme eğilimi ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; 1-2,49 not ortalamasına sahip öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları $219,63±21,0$, 2,5-2,99 not ortalamasına sahip öğrencilerde $229,05±25,5$, 3-4 not ortalamasına sahip öğrencilerde $230,64±20,7$ 'dir ($p<0,05$).

Öğrencilerin not ortalamasına göre alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında ise; 3-4 not ortalamasına sahip öğrencilerin doğruyu arama ve meraklılık alt ölçek puan ortalamaları diğer not ortalamalarına göre yüksek düzeyde olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Öğrencilerin kardeş sayılarına göre eleştirel düşünme eğilimi ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kardeşi olmayan öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları $215,34±23,5$, 1 kardeşe sahip öğrencilerin puanları $228,5±23,6$, 2 ve üzeri kardeşe sahip öğrencilerin puanları $224,99±22,8$ 'dir. Öğrencilerin kardeş sayısına göre eleştirel düşünme eğilim puanları arasında 1 kardeşe sahip öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları yüksek düzeyde ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre eleştirel düşünme eğilimi ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderinden az olan öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları $222,50±28,9$, geliri giderine eşit olan öğrencilerin puanları $227,62±23,1$ ve geliri giderden fazla olan öğrencilerin eğilim puanları $224,28±23,5$ 'tir ($p>0,05$).

Öğrencilerin çalışma deneyimlerine göre eleştirel düşünme eğilimi ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma deneyimi olan öğrencilerde eleştirel düşünme eğilim puan ortalamaları yüksek düzeydedir ($p=0,05$). Çalışma deneyimi olan öğrencilerin analitik düşünme, kendine güven ve meralılık alt ölçek puan ortalamaları, çalışma deneyimi olmayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Öğrencilerin aile ilişki örüntülerine göre eleştirel düşünme eğilimi ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; aile özelliği otoriter olan öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları $231,43\pm 23,3$, demokratik olanların puan ortalamaları $227,41\pm 23,7$, aşırı ilgili olanların puan ortalamaları $221,15\pm 23,3$ tür. Ayrıca aile ilişkisi örüntüsü koruyucu olanların puan ortalamaları $224,81\pm 22,2$, ilgisiz olanların puan ortalamaları $206,61\pm 22,8$ ve diğer aile ilişkilerini seçenlerin puan ortalamaları ise $237,53\pm 42,3$ tür.

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin CCTDI' den aldıkları puan ortalamasına göre eleştirel düşünme düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, literatürdeki diğer araştırma bulguları ile farklılık göstermektedir.

Literatürdeki araştırmaların eğitim bilimleri, mühendislik, fen edebiyat, sosyal bilimler ve sağlık bilimleri alanında yoğunlukla hemşirelik öğrencileri üzerinde yürütüldüğü görülmüştür. Kaya (1997)'nin mühendislik, sosyal bilimler ve sağlık bilimleri öğrencileriyle, Gülveren (2007)'in eğitim fakültesi öğrencileriyle, Kökdemir'in 2003 yılında İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmaların sonuçlarında öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimleri "orta düzey" olarak belirlenmiştir.

Dil ve Coşkun (2001)'un sağlık teknolojisi beslenme ve diyetetik bölümü, Dicle ve Dirimeşe (2005)'nin hemşirelik yüksekokulu, Saçlı ve Demirhan (2008)'in beden eğitimi ve spor öğretmenliği bölümü öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda, öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyleri "orta düzey" olarak belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın nedenleri incelendiğinde, diğer araştırmalarda yer alan bölümlerin giriş puanlarının araştırma örnekleme kapsamında yer alan sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin giriş puanlarından daha yüksek oldukları düşünülebilir.

Zambak ve Khorshid(2006)'in, Öztürk (2006)'ün, Güneş ve Kocaman(2005)'in hemşirelik bölümü öğrencileri ile yürüttükleri çalışmalarında, öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyleri "düşük" olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, araştırma bulgularıyla ve özellikle hemşirelik bölümü öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleriyle benzerlik göstermektedir.

Grosser ve Lombard (2008)'in yaptığı çalışmada ise, üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerinin yüksek olmamasının nedenlerini öğretmen merkezli

işlenen dersler ile kültürel çevrenin bilişsel gelişimi destekleyecek ve eleştirel düşünme yeteneklerini kullanacak şekilde hazırlanmaması ile ilişkilendirilmiştir. Öğretmen merkezli yaklaşımlarda öğrenci, düşünen biri olarak değerlendirilmemekte, yaratıcı düşünme ve eleştirel düşünme için öğrenciye çok az fırsat tanınmaktadır. Myrick ve Yonge (2003), hemşirelik bölümünde çalışan öğretmenlerin o bölümde okuyan öğrencilerde eleştirel düşünmeyi geliştirmedeki deneyimlerini belirlemeye yönelik bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışmada öğretmen ve öğrenciler, hemşirelik bölümü programlarının ve öğretmenlerinin derslerde kullandıkları öğretim yöntem ve tekniklerinin öğrencilerde eleştirel düşünme düzeylerini geliştirmede yetersiz kaldıklarını ve derslerde öğretmenlerin daha çok ezbere dayalı öğretim yöntemleri ve sınav durumlarını kullandıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmada öğrencilerin bölümlere göre eleştirel düşünme eğilim puanına bakıldığında en çok “orta düzeyde” eleştirel düşünme puanına sahip olan bölüm, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümüdür. Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın nedeninin yalnızca literatüre dayalı ders işlenmeyip problem odaklı çalışmaların yapılması, rol-play uygulamalarının olması ve klinik stajların olması düşünülebilir.

Zhang ve Lambert (2008)’in hemşirelik bölümünde öğrenim gören son sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada benzer bulgulara ulaşmışlardır. Bu şekildeki eğitimlerin öğrencilerin daha iyi yetişmesini sağlarken eleştirel düşüncelerini arttırdığını ifade etmektedir. Eleştirel düşünme düzeyi aktif eğitim yoluyla artırılabilir. Zygmont ve Schaefer (2006)’ın yaptıkları çalışmada da, hemşirelik öğrencilerine öğrenci merkezli eğitim verilerek eleştirel düşünme becerilerinin geliştirildiğini ifade etmişlerdir. Klinik deneyimler ve sınıf ortamında bu deneyimlerin tartışılmasının ise öğrencilerin problem çözme ve eleştirel düşünme becerilerini arttırdığını bildirmişlerdir. Sınıf ortamının eleştirel düşünme düzeyini geliştirdiği bu nedenle interaktif ve diyaloga dayalı ortamın oluşturulmasının, öğrencilerin düşüncelerini söyleyebilecek bir ortam sağlanmasının gerekli olduğunu da belirtmişlerdir. Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri bölümünün eleştirel düşünme düzeyinin diğer bölümlere göre yüksek olmasının nedenini etkileyen diğer bir faktörün ise psikolojiye giriş ve eleştirel düşünme dersinin müfredatta olması düşünülebilir. Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik Bölümleri bu dersi alan bölümler olup eleştirel düşünme düzeylerinin araştırmaya katılan diğer bölümlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Nitekim Kökdemir (2003) tarafından yapılan bir çalışmada da, lisans öğrencilerinin aldıkları “Psikolojiye Giriş” derslerinde eleştirel düşünme eğitimi verilmiş ve bu eğitimin beklenildiği gibi eleştirel düşünme eğilimini güçlendirdiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puan ortalamaları ile öğrencilerin mezun oldukları lise türleri incelendiğinde; Anadolu /Fen Lisesi/Kolej mezunu öğrencilerin puanlarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Anadolu/Fen Lisesi/Kolej türü okullara kayıt olabilmek için öğrencilerin yapılan giriş sınavını kazanmaları gerekmektedir. Bu yüzden bu okullarda daha başarılı öğrencilerin eğitim görmekte olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin not ortalamalarına göre eleştirel düşünme eğilim düzeyi incelendiğinde; öğrencilerin not ortalamaları yükseldikçe eleştirel düşünme eğilim puanlarının yüksek bulunduğu ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürdeki öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim düzeyi üzerine yapılan bir çok araştırmada, eleştirel düşünme eğilimine sahip olan öğrencilerin daha yüksek not ortalamalarına sahip oldukları yolunda bulgulara rastlanılmaktadır (Facione 1995, Kaya 1997, Kökdemir 2003, Öztürk 2006). Ancak araştırmamızın bu bulgusunun aksine, Güneş ve Kocaman (2005)'in hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında eleştirel düşünme düzeyi ile akademik başarı arasında bir fark olmadığı saptanmıştır. Eleştirel düşünmenin akademik başarıya olan etkisini araştırmaya yönelik yurtdışında yapılan araştırmalar incelendiğinde, çalışmamızın bulgusunu destekler şekilde, akademik başarının eleştirel düşünmeyi olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Adams ve ark. 1999).

Araştırmada ise kardeşi olmayanların eleştirel düşünme düzeyi puanları daha düşük olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin kardeş sayılarına göre eleştirel düşünme alt ölçeklerine bakıldığında, sadece iki kardeşe sahip olan öğrencilerin ortalamalarının diğer gruplara göre sistematiklik alt ölçeğindeki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Öğrencilerin sahip olduğu kardeş sayısı ile eleştirel düşünme düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; Kaya (1997)'nin çeşitli fakülte öğrencileri ile yaptığı araştırmada kardeş sayısına göre eleştirel düşünme eğilimi arasında anlamlı farklılık olduğunu belirlemiş ancak gruplar arasında ileri analizlerinde kardeşi olmayanların kardeşi olanlara göre eleştirel düşünme düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca Öztürk (2006)'ün öğrencilerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puan ortalaması incelendiğinde, tek çocuk olanların diğerlerine göre daha yüksek eleştirel düşünme eğilim düzeyi ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin sosyo-ekonomik durumlarına bakıldığında; algıladıkları sosyo-ekonomik düzey ile eleştirel düşünme eğilim puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Dil (2001), Tümkaya ve Aybek (2008) ve Özdemir (2005)'in çalışmalarında da bulgularımıza benzer şekilde sosyoekonomik düzeyin eleştirel düşünme düzeyini etkilemediği saptanırken; Öztürk (2006) ve Kaya (1997)'nin yaptıkları çalışmalarda araştırma bulgularının aksine sosyoekonomik düzey arttıkça eleştirel düşünme düzeyinin de arttığı bulunmuştur.

Öğrencilerin çalışma deneyimi ile eleştirel düşünme eğilim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; deneyimi olanların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Alt ölçek puanları incelendiğinde ise analitik düşünme, kendine güven ve meraklılık alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), doğruyu arama, açık fikirlilik ve sistematiklik alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde, deneyimin eleştirel düşünme eğilimini arttırdığı belirtilmektedir.

Öğrencilerin ailelerinin eğitim düzeyine bakıldığında, annelerin (%39,3) ve babaların (%56.4) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin anne- baba eğitim durumları ile eleştirel düşünme düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kaya (1997), Öztürk (2006), Özdemir (2005) ve Dil (2001)'in çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ancak bu bulguların aksine Brooks ve Shepherd (1990)'ın çalışmasında anne-baba eğitim düzeyi yükseldikçe eleştirel düşünme düzeyinin arttığı bulunmuştur. Araştırmada, öğrencilerin eleştirel düşünme alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde anne-baba eğitim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin, aile yapıları ile öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Öztürk'ün, (2006) yaptığı çalışmada da aile yapısı ile öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde, çocuklarına demokratik bir ortam sağlayan ailelerin, onları karar süreçlerine kattığı ve böylece bağımsızlığını kazanan çocuğun, düşüncelerini rahatlıkla ifade edebildiği, olaylara farklı açılardan bakabildiği, eleştirel ve yaratıcı düşünmesinin geliştiği belirtilmektedir (Ford ve Profetto 1994, Kaya 1997, Dil 2001, Tümkiye ve Aybek 2008). Araştırmanın bu bulgusunun, öğrencilerin aile yapılarını olduğundan farklı değerlendirmelerinden ya da ilgili soruyu işaretlemeye yeterince objektif davranmamalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

SONUÇ

Araştırma sonucunda; Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilim puan ortalamalarının “düşük düzeyde” yoğunlaştığı saptanmıştır. Bölümler içerisinde Hemşirelik Bölümünün toplam eleştirel düşünme eğilim puanı diğer bölümlerin puanına göre yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin alt ölçek puanları bölümlere göre incelendiğinde; doğruyu arama, analitik düşünme, sistematiklik ve kendine güven alt ölçek puan ortalamaları Hemşirelik bölümünde; açık fikirlilik ve meraklılık alt ölçek puan ortalamalarının ise Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim puanları değişkenlere göre incelendiğinde; kadınların, kardeş sayısı fazla olanların, Anadolu /fen lisesi/ kolej mezunlarının, not ortalamaları yüksek olanların ve eğitimleri ile ilgili çalışma deneyimleri olanların eleştirel düşünme eğilimleri yüksek bulunmuştur.

ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerini geliştirmeye yönelik eğitim-öğretim stratejilerinin geliştirilmesi, müfredat kapsamına “eleştirel düşünme” dersinin alınması, eğiticilerin düz anlatım yerine eleştirel düşünme becerisini geliştirecek vaka analizi, rol-play, tartışma gibi öğretim yöntemlerini daha sık kullanması,
- Öğrencilerin eğitimi sırasında klinik ve saha uygulama sürelerinin artırılması,

- Eleştirel düşünme eğilim düzeyini geliştirilmesi için öğrencilerin eğitiminde probleme dayalı öğretim gibi öğrenci merkezli eğitim modellerinin kullanılması,
- Öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin düşük olmasının nedenlerini farklı açılardan irdeleyen çalışmaların planlanması önerilmektedir.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın veri toplama aşamasında katkı sağlayan, Ayşe Betül Kanmaz, Meltem Kurt, Sevinç Kuş, Fatma Özcan, Gülşah Oklaz ve Hatice Tamer'e teşekkür ederiz

KAYNAKLAR

- Adams MH, Stover LM, Whitlow FA (1999). Longitudinal evaluation of baccalaureate nursing students' critical thinking abilities. *Journal of Nursing Education*, 38:3, 139-141.
- Aybek B, Tümkaya S (2008). Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17:2, 387-402.
- Brooks KL ve Shepherd JM (1990). The relationship between clinical decision making skills in nursing and general critical thinking abilities of senior nursing students in four types of nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 29:9, 391-399.
- Cüceloğlu D (1998). İyi düşün doğru karar ver. (23. Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Çıkrıkçı N (1992). Watson-Glaser eleştirel akıl yürütme gücü ölçeğinin (Form YM) lise öğrencileri üzerindeki ön deneme uygulaması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 25:2, 559-569.
- Dil (Coşkun)S (2001). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Dirimeşe E ve Dicle A (2006). Hemşirelerin ve Öğrenci hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Facione PA, Sánchez, (Giancarlo) CA, Facione, NC ve ark. (1998). The disposition toward critical thinking. *Journal of General Education*, 44:1, 1-25.
- Ford JS ve Profetto-Mcgrath J (1994). A model for critical thinking within the context of curriculum as praxis. *Journal of Nursing Education*, 33:8, 341-344.
- Gülveren H. (2007). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Becerileri ve Bu Becerileri Etkileyen Eleştirel Düşünme Faktörleri. Dokuz Eylül Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir.
- Güneş N ve Kocaman G (2005). Hemşirelik öğrencilerinde kontrol odağı ve eleştirel düşünme becerisinin akademik başarıya olan etkisinin incelenmesi. II. Aktif Eğitim Kurultayı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Grosser MM ve Lombard BJJ (2008). The relationship between culture and the development of critical thinking abilities of prospective teachers. *Teaching and Teacher Education*, 24:5, 1364-1375.
- Kaya H (1997). Üniversite öğrencilerinde eleştirel akıl yürütme gücü. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.
- Korkmaz Ö (2009). Eğitim fakültelerinin öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim ve düzeylerine etkisi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7:4, 879-902.
- Kökdemir D(2000). Denizyıldızlarını kurtarmaya çalışanların öyküsü: eleştirel ve yaratıcı düşünme. 11. Ulusal Psikoloji Kongresi, 19-22 Eylül, Ege Üniversitesi, İzmir
- Kökdemir D (2003). Eleştirel Düşünme; www.baskent.edu.tr/elyad.
- Myrick F ve Yonge F (2004). Enhancing critical thinking in the preceptorship experience in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 45:4, 371-380.
- Öztürk N (2006). Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

- Özdemir SM (2005). Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi Erişim tarihi: 23.11.2010. http://www.tebd.gazi.edu.tr/arsiv/2005_cilt3/sayi_3/297-316.pdf.
- Saçlı F ve Demirhan G (2008). Beden eğitimi ve spor öğretmenliği programında öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin saptanması ve karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu. Spor Bilimleri Dergisi, 19:2, 92-110.
- Şenturan L ve Alpar Ş (2009). Hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,12:1,22-31.
- Taşçı S (2005). Hemşirelikte problem çözme süreci, Erciyes Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Dergisi Hemşirelik Özel Sayısı, 14: 73-78.
- Zaybak A ve Khorshid L (2006). Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (2) : 137-146.
- Zhang H, Lambert V (2008). Critical thinking dispositions and learning styles of baccalaureate nursing students from China. Nursing& Health Sciences, 10:3, 175-181.
- Zygmunt DM ve Schaefer KM (2006). Assessing the critical thinking skills of faculty: what do the findings mean for nursing education. Nursing Educatin 27:5, 260-268.... r o'x7

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE DÜŞMELERİN SIKLIĞI VE KÖK NEDEN ANALİZİ

ROOT CAUSE ANALYSIS AND FREQUENCY OF FALLINGS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Yıldız MÜLAYİM* Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

**Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Çalışma, bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığını ve kök nedenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, Mart-Ağustos 2010 tarihleri arasında üniversite hastanesinin tüm kliniklerinde meydana gelen hasta düşmeleri araştırma örneklemini oluşturmuştur (N=61). Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan ve altı bölümden oluşan "Düşen Hasta Bildirim Formu" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı-yüzde dağılımları, ortalama ve kappa uyum analizi ile Eindhoven Sınıflandırma Modeli kullanılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların, %34.4'ü 61-75 yaş grubundadır ve yaş ortalaması 62.2 (SS=1.55)'dir. Hastaların yarısının (%52.5) kadın olduğu ve %19.7'sinin daha önce bir veya daha fazla kez düşme öyküsü olduğu belirlenmiştir. Düşmelerin %32.8'inin hastaneye yatışın ilk üç günü içinde ve %36.1'inin 04:01-08:00 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Düşmelerin %54.1'inin hasta odasında olduğu saptanmıştır. Düşen hastaların %32.78'inde yaralanma meydana geldiği belirlenmiştir. Hastanede düşme oranının %0.33 olduğu ve en yüksek düşme oranının nöroloji kliniğinde (%1.54) meydana geldiği bulunmuştur. Düşme nedenleri sırasıyla; hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği (%32.8), hastanın fiziksel durumu (%32.8), refakatçi olmaması (%22)'dir. Her bir düşme için neden ağaçlarının yapılması sonucu 241 kök neden tanımlanıp sınıflandırılmıştır ve her olay için 3-4 kök neden ortaya çıkarılmıştır. En çok düşmeler hastaya bağlı faktörler (%45), kural kaynaklı hatalar (%23), teknik (%15.8) ve organizasyonel (%8) hatalar nedeniyle gerçekleşmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; düşme riski yüksek olan veya düşen hastalarda, risk değerlendirme ölçeği ile hastaların düşme nedenleri değerlendirilerek, doğru, uygun ve hasta bireye özgü önlemlerin alınması önerilebilir. Bu kapsamda, kurumsal düzeyde hasta düşmelerini izleyen, sonuçlarını değerlendiren ve önlemler geliştiren düşme ve risk değerlendirme komitelerinin kurulması sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hasta güvenliği, hasta düşmeleri, düşme nedenleri, kök neden analizi, Eindhoven Sınıflandırma Modeli

ABSTRACT

Objective: This study has been made as a descriptive evaluation for the purpose of understanding the root cause analyses and frequency of fallings in a university hospital.

Methods: No sampling was made in the study. The study population included patients falling down in all clinics of a university hospital between March-August 2010 (N=61). The dates were collated by "Falling Inpatient Notification Form" developed by researchers and consisted of six

parts. Eindhoven Classification Model and number, percent distribution, mean and kappa cohesion analysis was used in analyses of the data.

Results and Conclusion: 33.4% of the patients are between 61-75 ages and the mean is 62.2 ($SS=1.55$). Over half of the patients (52.5%) were female, and a small proportion (19.7%) had a previous history of falling accident for one or more times. 32.8% of the patients were fallen in the first three days. 36.3% of the fallings were seen between 04-08 a.m. 54.1% of the fallings happened in the patient room. In 32.78% of the fallings resulted in injury. The mean falling ratio of the hospital was %0.33 and neurology clinic had the highest ratio with %1.54. The most common causes of the fallings were patient's carelessness (32.8%), physical status of the patient (32.8%), lack of patient relatives (22%). Causal trees were formed for each falling. Totally 241 root cause was defined and 3-4 root cause were found for each falling. The causal trees were found to be patient related factors (45%), rule-based behaviors errors (23%) technical (15.8%) and organizational (8%) errors. In light with the obtained results, it could be suggested to take right, convenient and peculiar precautions by evaluating the reasons of falling accidents through risk evaluation scale in patients falling or with high risk of falling. In this context, it is recommended to the falls and risk assessment committees should be established to monitoring patient falls at the institutional level, evaluating the results of the falls and improving the prevention.

Key Words: Patient safety, patient falls, causes of falls, root cause analysis, Eindhoven Classification Model

GİRİŞ

Hasta düşmeleri hastane ortamında en sık karşılaşılan ve önemli risklerden biridir. Düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop (bayılma) ya da inme olmadan; dikkatsizlik sonucu bulunduğu düzeyden daha aşağıdaki bir düzeyde hareketsiz hale gelmesidir. Son 12 ay içerisinde ikiden daha fazla düşme olması durumu ise rekürren düşme olarak tanımlanmaktadır (Lamb et al. 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hasta düşmeleri yatakta veya odada gerçekleşen düşmeler ve hastane genelinde gerçekleşen düşmeler olarak iki gruba ayrılmıştır. Düşmelerin muayene masasından, sedyeden, yataktan, banyoda, taşıma sırasında, kısıtlamalardan kurtularak, takılma, tökezleme, bayılma, kayma vb. şekillerde olduğu belirlenmiştir (Baker et al. 2004, WHO 2005). Düşme riskini arttıran nedenler; hastane ortamının yabancı olması, vücut aktivitelerinde meydana gelen değişiklikler, yaşlılık, demans, görme ve işitme kaybı, kas gücünün azalması gibi fiziksel rahatsızlıklar, zihinsel problemler veya tedavi süreci olarak belirtilmektedir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Krauss et al. 2005, O'Hagan, O'Connell 2005).

Hastaların düşme oranlarını araştıran çalışmalar incelendiğinde; Krauss ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, her 1000 hastadan 2.2 ile 9.1'nin düşme ile karşılaştığını belirtmektedir. Bir başka çalışmada, hastanede rapor edilen tüm hasta kazalarının %38'ini hasta düşmelerinin oluşturduğu saptanmıştır (O'Hagan, O'Connell 2005). Yayımlanan bir raporda, düşmelerin %5'inin ölüm, fonksiyon kayıpları gibi ciddi zararlar ile %12'sinin ise daha az zararlar sonucunda olduğu belirtilmektedir (Quality Improvement Committee Resources 2008).

Ayrıca hastanede meydana gelen düşmelerin yaralanmalara ek olarak bakım maliyetini arttırdığı ve hastaların hastanede yatış sürelerinin uzamasına neden olduğu saptanmıştır (Bergeron et al. 2006).

Düşmeler, diğer sağlık problemlerinden ayrı olarak, hareket kabiliyetinin kısıtlanmasına, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa ve yaşlılarda bakımevine yerleştirilme gereksiniminde artışa neden olarak bireyin bağımsızlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle hastaların karşılaştıkları tehlikeler ve düşmelerden kaynaklanan yaralanma veya kayıp riski analiz edilmelidir. Bunun için öncelikle sistem ve süreç üzerine odaklanılmalıdır. Amaç öncelikle sürecin geliştirilmesi ve daha sonra düşmelerin azaltılması ile hasta güvenliğinin sağlanmasıdır (Currie 2004, Blegen et al. 2004).

Araştırmalar hasta düşmelerinde tek başına bir bireyin davranışının hata nedeni olmadığını; nedenlerin, alt nedenlerin ve hazırlayıcı faktörlerin tamamının hatayı oluşturduğunu göstermektedir (Çakmakçı 2003, Blegen et al. 2004). Bu nedenle düşmelerin kök neden analizi sorgulaması, özellikle altta yatan temel ve nedensel faktörlerin belirlenmesini sağlamak ve kuruluşa kendini geliştirmesi için fırsat sağladığından dolayı büyük önem taşımaktadır (Williams 2001, Quality Improvement Committee Resources 2008). Kök neden analizi “istenmeyen olayın olası bir şekilde meydana gelmesi dahil olmak üzere performanstaki değişkenliğin altında yatan temel veya nedensel faktörlerin belirlenmesi için bir süreç”tir (McKee 2005). Sağlık kurumları olayın neden, nasıl gerçekleştiğini ve eğilimini anlamak, olaylardan ders almak, süreçleri uygulamaya koymak, aynı veya benzer olayın tekrarlanmasını önlemek için bu analizi kullanmaktadırlar (Williams 2001, McKee 2005, Kurutkan 2009).

Sonuç olarak, her düşme fiziksel yaralanmalar, düşen hasta için psikolojik problemler, uzayan hasta yatış süreleri, artan bakım bağımlılığı vb maliyet unsurlarını tetikleyerek tüm sağlık sistemi üzerinde zamanla artan bir tehdit oluşturmaktadır. Düşmenin sonuçlarını, özelliklerini ve risk faktörlerini belirleyebilmek için ilk adım düşmenin nasıl meydana geldiğinin anlaşılmasıdır (Yang 2006, Fonda et al. 2006, Schwendimann et al. 2008). Hasta düşmelerini azaltmak için çevresel ve kişisel riskleri tanımlamaya yönelik çalışmalara temel oluşturulması amacı ile olayın neden ve kök nedenleri incelenmeli, sonrasında analiz edilmelidir. Hastanelerde güvenli bir ortamın sağlanması ve sürdürülmesi hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Bu nedenle, araştırma sonuçları yöneticilere yol gösterecek ve düşmelerden zarar gören hasta sayısını azaltacak ve aynı zamanda düşmelere bağlı hastanede kalış süresi ve maliyeti düşürecektir. Hemşireler düşmelerin kök neden analizlerinden yararlanarak, prosedür ve strateji geliştirebilecek ve var olan prosedürlerin güncellenmesini sağlayabileceklerdir.

Bu kapsamda araştırma, bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığını ve kök nedenlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan araştırma, örneklem seçimine gidilmeden bir üniversite hastanesinin tüm kliniklerinde (29 klinik) Mart-Ağustos 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında 15 klinikte düşme yaşanmıştır. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında gerçekleşen tüm düşmeler (N=61) oluşturmuştur.

Veriler araştırmacıların literatür taraması doğrultusunda oluşturdukları Düşen Hasta Bildirim Formu ile toplanmıştır (Yang 2006, Derrick 2008, Choi 2008, Kurutkan 2009). Bu form; genel bilgiler, düşme şekli, düşme nedenleri, alınmamış önlemler, düşmenin alt nedenleri ve hastada düşme sonucunda yaralanma veya bilinç düzeyinde değişiklik meydana gelip gelmediğini değerlendirmektedir ve altı bölümden oluşmaktadır. Düşen Hasta Bildirim Formu hastanenin tüm kliniklerinde hasta düşmesini raporlayan hemşire veya klinik sorumlu hemşireleri tarafından doldurulmuştur. Elde edilen verilerin analizi için SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Veriler sayı-yüzde dağılımları, ortalama ve kapa uyum analizi ile Eindhoven Sınıflandırma Modeli kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada düşme oranı hesabı için:

$$\text{Düşme Oranı} = \frac{\text{Düşme Sayısı}}{\text{Hasta yatış gün sayısı}} \times 1.000 \text{ formülü kullanılmıştır}$$

(Morse 2009).

Araştırmanın ikinci aşamasında kök nedenlerin belirlenmesi için veri toplama aracı olan Düşen Hasta Bildirim formlarından yararlanılarak her bir olayın neden ağaçları yapılmıştır. Böylelikle düşmelerin altında yatan gerçek nedenler belirlenmiştir. Neden ağaçlarının analizi için kullanılan PRISMA yönteminin geçerlilik ve güvenilirliği Snijders ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. PRISMA'nın tıbbi olayların nedenlerinin tanımlanması ve sınıflandırılmasında kabul edilebilir ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. Bu çalışmada da kök nedenlerin değerlendirilmesinde PRISMA yönteminin ilk aşaması olan, nedenlerin sınıflandırılması için Eindhoven Sınıflandırma Modeli (Eindhoven Classification Model-ECM) kullanılmıştır. Her bir neden ağacının son basamağı ECM ile değerlendirilerek kodlanmıştır (Schaaf, Habraken 2005, Smits et al. 2009). Bu kodlamada ve nedenlerin sınıflandırılmasında, araştırmacılarla birlikte dört yüksek lisans ve üç lisans mezunu hemşireden yardım alınmıştır. Hemşirelere ECM hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Veriler toplandıktan sonra araştırmacılar dahil sekiz kişilik komite bir araya gelerek neden ağaçlarının değerlendirilmesi, ECM'deki kodlara göre sınıflandırmadaki kategoriye dağılımları yapılmıştır. Yöntemin bu çalışma için geçerliliğini test etmek üzere beş kişilik farklı bir uzman komite oluşturulmuştur. Komitedeki uzmanların üçü konuyla ilgili öğretim üyeleri, diğer ikisi de alanda konuyla ilgili yönetici hemşirelerdir. Bu komite de neden ağaçlarından elde edilen kök nedenleri ECM ile sınıflandırmıştır. İki komitenin uyumunu test etmek

amacıyla kappma uyum analizi yapılmıştır. Karar verici komiteler arası uyum iyi derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\kappa=0.734$, $p<0.05$).

Araştırmanın yürütülmesi için etik kurul ve hastane yönetiminden yazılı izinler alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada düşen hastaların, %34.4'ü 61-75 yaş grubundadır ve yaş ortalaması 62.2 (SS=1.55, min=24, max=90)'dir. Düşen hastaların %52.5'i kadındır ve %19.7'sinin daha önce bir veya daha fazla kez düştüğü belirlenmiştir.

Literatürde yapılan araştırmalarda 50-85 yaş arasındaki hastaların daha sık düştükleri saptanmıştır (Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, Heinze et al. 2007, Berdot et al. 2009). Araştırmanın sonuçları yukarıda açıklanan literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, erkeklerin kadınlara göre daha fazla düştüğü saptanmıştır (Sezgin 2007, Özyurt 2008, Erdem ve ark. 2009). Ancak bazı araştırmalarda da kadınların erkeklerden yaklaşık olarak üç kat fazla düştükleri belirlenmiştir (Uden et al. 1999, Karataş, Maral 2001, Dempsey 2004, Heinze et al. 2007, Berdot et al. 2009). Sezgin'in (2007) çalışmasında, düşen gruptaki erkek sayısı (%55.5) kadınlara (%44.5) yakın sayıda bulunmuş olması, araştırmamızdan elde ettiğimiz her iki cinsiyetin düşme oranlarının yakın olması sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda düşen hastaların yaklaşık yarısının bir düşme öyküsünün olduğu ve yaklaşık 1/4'ünün, iki veya daha fazla düştüğü saptanmıştır (Tinetti 2003, Hitcho et al. 2004, Heinze et al. 2007, Schwendimann et al. 2008, Berdot et al. 2009). Çalışmalarda bir kez düşen hastaların ikinci ve üçüncü kez de düştükleri belirtilmektedir (Gablear 1993, Evans et al. 2001, Tinetti 2003, Heinze et al. 2007, Schwendimann et al. 2008, Berdot et al. 2009). Evans ve arkadaşları (2001) hastanede düşen hastaların 1/5'inin daha önce bir kez ve daha fazla düşme yaşadıklarını bulmuşlardır. Araştırma Evans ve arkadaşlarının (2001) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmadaki hastaların %32.8'i ilk üç gün içerisinde düşmüştür. Literatürde düşmelerin en çok hastaneye yatışların ilk haftasında meydana geldiği de bildirilmektedir (Schwendimann et al. 2008). Bu araştırmada hastaların çoğunun yattıkları ilk üç gün içinde düşmeleri, Schwendimann ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hastaneye yatışların erken dönemlerinde hastaların, çevresel ortamı tanımakta, kullandığı oda, banyo ve tuvaletteki araçların çalışma sistemlerini öğrenmekte zorlanmaları ve fiziksel durumları, bilinç durumları nedeniyle fiziksel ortama uyum sürecinde sorunlar yaşaması sonucu düştükleri düşünülebilir.

Araştırmada, düşmelerin %36.1'i 04:01-08:00 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Literatürde hasta düşmelerinin yaşandığı saatler incelendiğinde, raporlanan düşmelerin 24:00- 08:00 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir

(Sezgin 2007, Özyurt 2008, Derrick 2008, Erdem ve ark. 2009, Torres 2009). Hastaların kliniklerde genellikle uyku problemlerinin olması, sabaha karşı derin uykudan uyanmaları nedeniyle düştükleri düşünülebilir. Ayrıca uyku etkilerini üzerlerinden atamamaları sonucunda dikkatlerinin azalması, acil tuvalet ihtiyaçlarının olması ve tuvalete kalkış saatleri, hastaların düşmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada, düşmelerin %54.1'inin hasta odasında gerçekleştiği saptanmıştır. Literatürde raporlanan düşmelerden %80-%84.7'sinin hasta odasında meydana geldiği belirlenmiştir (Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005, Derrick 2008). Araştırmanın yapıldığı kurumda, düşmelerin en çok hasta odasında görülmesinin nedeni, odada yatan hasta sayısının fazla olması, mobilyaların ve yatakların buna bağlı olarak karmaşıklığa ve sıkışıklığa yol açması, hastaların bunlara takılarak ya da çarparak düşmeleri ile açıklanabilir.

Araştırmada, düşen hastaların %32.78'inde yaralanma meydana gelmesi yapılan benzer çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur (Hitcho et al. 2004, Hill et al. 2005, Yang 2006, Derrick 2008, QICR 2008, JCAHO 2009). Çalışma sonuçları, literatürle uyum sağlamaktadır.

Tablo 1: Kliniklere Göre Düşme Oranları (N=61)

Klinik Adı	Düşme Sayısı	Düşme Oranı
Dahiliye*	15	1.10
Nöroloji*	10	1.54
Göğüs Hastalıkları*	6	0.66
Genel Cerrahi**	5	0.40
Özel Kat *	4	0.63
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*	3	0.60
Beyin Cerrahisi**	3	0.82
Ortopedi ve Travmatoloji**	3	0.49
Pediyatri*	3	0.32
Çocuk Cerrahisi**	2	0.66
Göğüs Kalp Damar Cerrahisi**	2	0.22
Kulak Burun Boğaz**	1	0.20
Kadın Hastalıkları ve Doğum**	1	0.11
Dermatoloji*	1	0.30
Göz**	1	0.12
Hastane Genel	61	0.33

*Dahili Klinikler: Dahiliye, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Özel Kat, Fizik Tedavi Rehabilitasyon, Pediyatri, Dermatoloji

**Cerrahi Klinikler: Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Çocuk Cerrahisi, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, K.B.B., Kadın Hastalıkları ve Doğum, Göz

Düşme oranı yüksek olan ilk beş klinik sırasıyla, nöroloji (%1.54), dahiliye (%1.10), beyin cerrahisi (%0.82), göğüs hastalıkları (%0.66) ve çocuk cerrahisi (%0.66) olarak belirlenmiştir. Dahili kliniklerde düşme oranı 0.65, cerrahi kliniklerde 0.31 olarak bulunmuştur. Hastanedeki genel düşme oranı 0.33'dür.

Düşme oranları hastanelere veya aynı hastanedeki farklı birimlere göre değişebilir. Yaşlı hasta sayısının, toplam hasta sayısına oranlandığında yüksek olması, o hastane ya da birimde daha yüksek düşme oranı belirlenmesine yol açmaktadır. Kliniklerde, farklı düşme oranlarının nedeni yalnızca klinik disiplin uygulamaları değildir. Diğer faktörler arasında; hastane düşme koruma önlemleri, hasta ve kurumsal özelliklerin çeşitliliği, düşme olaylarına dair ölçüm ve kayıt metodu çeşitliliği sayılabilir (Cine-Tschumi et al. 2009).

Gowdy ve Godfrey'in (2003) çalışmasında, düşme nedenlerinin tanımlanması, önlem alınması ve bakımda uzmanlaşma ile binde 6.1 olan düşme oranının binde 2.6'ya düştüğü ve düşmelerde azalma oranının %43 olduğu belirlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, düşme oranının literatüre göre en düşük düzeyde olmasının araştırmanın yapıldığı sürenin altı aylık bir zaman dilimi içerisinde gerçekleşmesi ve düşme bildirimini yetersizliği ile ilişkilendirilebilir. Kesin olarak değerlendirilememekle beraber 1000 hastaya oranlandığında, bu oran %3.3 olabilecektir ve bu da azımsanmayacak bir orandadır.

Literatürde en çok düşme yaşanan klinikler; fizik tedavi ve rehabilitasyon, dahiliye, geriatri ve nöroloji klinikleri olarak belirtilmektedir (Hitcho et al. 2004, Yang 2006, Schwendimann et al. 2008, Derrick 2008, Choi 2008). Dahili kliniklerde diyabet ve hipertansiyon tanılı hastaların sıklıkla yattığı düşünüldüğünde düşmelerin arttığı değerlendirilmiştir. Diyabet hastalarında kullanılan diyabet ilaçlarının glikoz seviyesini düşürmesine bağlı olarak, riski arttıran bir sebep olması ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmada, klinikler arasında en yüksek düşme oranının nöroloji kliniğine (%1.54) ait olduğu belirlenmiştir. Bu durum, araştırmalardan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Hitcho ve arkadaşları (2004) ile Schwendimann ve arkadaşları (2008) düşen hastaların en çok dahiliye ve nöroloji, rehabilitasyon, psikiyatri klinikleri ile geriatri birimlerinde yattığını ve bu kliniklerdeki düşme oranlarının %0.32 ile %1.07 arasında bulunduğunu saptamışlardır. Ayrıca düşme oranının dahili kliniklerde, cerrahi kliniklere oranla iki, üç kat daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Literatürde yapılan çalışmalarda, hastanelerde her 1000 hastadan "2 ile 10"unun düşme ile karşılaştığı, bu oranın yaşlıların yoğun olarak bulunduğu birimlerde veya ortam özellikleri ile arttığı belirlenmiştir (Gowdy, Godfrey 2003, Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005, Schwendimann et al. 2008). Nöroloji servisinde yatan hastaların bilinç durumları, kas ve sinir sistemini tutan hastalıklara sahip olmaları nedeniyle, düşmelerin daha sık yaşandığı bilinmektedir. Buna rağmen çalışmanın yapıldığı kurumda çevresel faktörlerle ilgili alınması gereken önlemlerin az olması nedeniyle, yüksek oranda düşme görüldüğü düşünülmektedir. Sonuç olarak dahili kliniklerde ve nöroloji kliniğinde düşme oranının fazla olması literatürden elde edilen verilerle de benzerlik göstermektedir.

Tablo 2: Hasta Düşmelerinin Nedenlerine Göre Dağılımı (N=61)

Düşme Nedeni*	Sayı	Yüzde
Hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği	20	32.8
Hastanın fiziksel durumu	20	32.8
Refakatçi olmaması	14	22.0
Fiziki ortam	11	18.0
Hastanın beceri eksikliği ve yetersizliği	10	16.4
Hastanın bilinç durumu	10	16.4
Uygunsuz terlikler	5	8.2
Hastanın oryante olmaması	4	6.5
Güvenlik önlemleri yetersizliği	3	4.9
Personelin dikkatsizliği	2	3.3
İlaç tedavisi	1	1.6
Düşme riski açısından değerlendirilmemesi	1	1.6
İletişim eksikliği	1	1.6
Diğer**	12	19.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Diğer nedenler: Hastanın yardımcı aracının olmaması, hipotansif bir yapıya sahip olması, göz kararması, baş dönmesi, tekerlekli sandalyenin kayması, yatak dışında uyuya kalma vb.

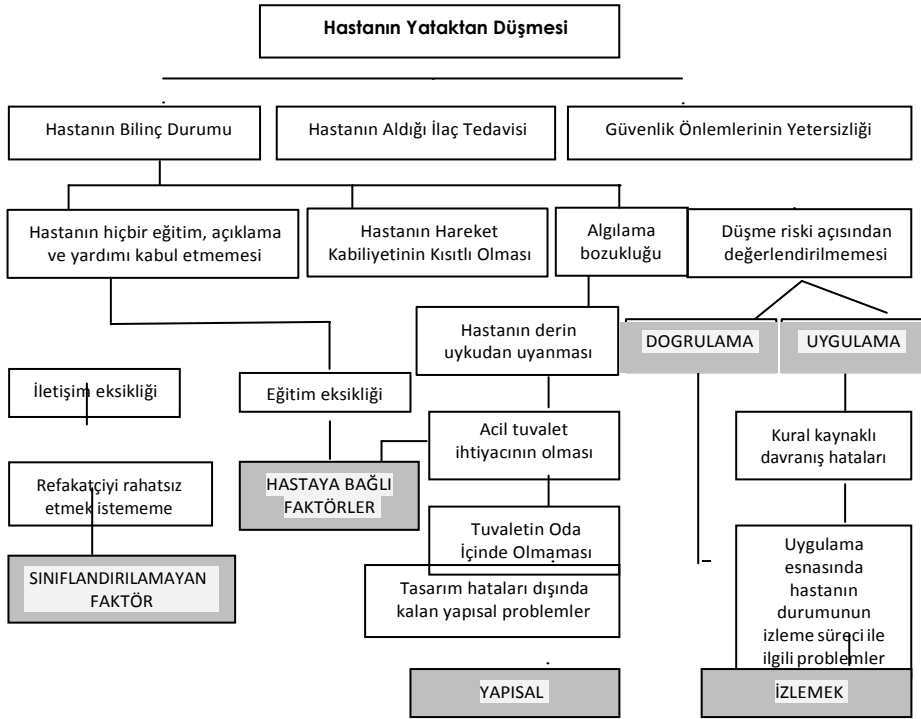
Hastaların ilk beş düşme nedeni sırasıyla; hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği (%32.8), hastanın fiziksel durumu (%32.8), refakatçi olmaması (%22), fiziki ortam (%18), hastanın beceri eksikliği ve yetersizliği (%16.4), hastanın bilinç durumu (%16.4) olarak belirlenmiştir.

Literatürde ve kanıta dayalı rehberlerde düşmelere ilaç tedavisi gibi içsel faktörler, ıslak ve kaygan zemin, yetersiz aydınlatma, uygunsuz mobilyalar ve terlikler gibi dışsal/çevresel faktörler, görme kaybı, fiziksel durum gibi kişisel faktörler ve hastanın bilinç durumu neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, düşen hastalarda bu faktörlerinden en az ikisinin bulunduğu saptanmıştır. Bu faktörlerin sayısı arttıkça düşme olasılığı da artmaktadır (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005). Literatür incelemesinde, düşme nedenleri arasında yaş, hastanede kalma süresi, ikincil bir tedavi, damar yoluyla tedavi, aldığı ilaçlar, hastanın bilinç durumu, hareket kabiliyeti, ağrı, uykusuzluk, görme ile ilgili sorunlar, yardımla yürüme, yürüyüş hızı, yatak kenarları, birimin düzeni, cinsiyet, obezite, tuvalet ihtiyacı, diyare ve kusma yer aldığı belirtilmiştir. Düşme risk değerlendirme araçlarının değerlendirme sonucunda ise; hareket durumu, zihinsel durum, boşaltımla ilgili problemler ve ilaçlar en önemli risk faktörleri olarak kabul edilmiştir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, O'Hagan, O'Connell, 2005, Krauss et al. 2005, Schwendimann et al. 2008, Tornes 2009). Araştırmada da kişisel faktörlerin ön planda düşme nedeni olarak karşımıza çıkması literatürle uyumlu bir sonuçtur.

Düşmelerin yaşla beraber artış gösterdiği, 60 yaş üzeri olan hastaların, fiziksel ve bilinç durumlarının yaşla değişmesi, bazen hiçbir eğitim, açıklama ve yardımı kabul etmemeleri, kendilerine fazla güvenmeleri, işlerini yardımsız yapabilecekleri düşüncesi ve buna bağlı olarak dalgınlık ve dikkatsizlik sonucu düşmelerin meydana geldiği söylenebilir.

Literatürde düşmelere refakatçi olmamasının neden olduğu ile ilgili bir bilgiye ulaşılmamıştır. Bunun nedeni, ülkemizde ve çalışma yapılan hastanenin kültüründe refakatçi bulundurulmasına izin verilmesi olarak değerlendirilebilir. Refakatçi yokluğunun düşme nedenleri arasında yer alması, hemşire ve personel sayısındaki yetersizliğe bağlı olarak bakımla ilgili bir kısım işlevleri refakatçinin üstlenmesi şeklinde açıklanabilir.

Araştırma süresince meydana gelen 61 düşmenin her birinin kök neden ağaçları yapılmıştır. Aşağıda, yapılan neden ağaçlarına ilişkin bir örnek verilmiştir (Şekil 1). Her bir neden ağacında ulaşılan son noktaların Eindhoven Sınıflandırma Modeli'nde hangi faktörün altında alındığı belirtilmiş ve Tablo 4'teki sayı ve yüzelere ulaşılmıştır.



Şekil 1: Neden Ağacı Örneği

Tablo 4: Eindhoven Sınıflandırma Modeline Göre Düşmelerin Kök Nedenleri

GİZLİ HATALAR (N=55)	Düşme Nedenleri	Sayı	%
Teknik (n=38)			
Dış	Hasta terlikleri Hastanın sürekli kullandığı gözlük, baston vb. araçları yanında değil	5 2	9 4
Yapısal	Tuvaletin oda dışında bulunması Banyo, koridor vb. alanda tutamak olmaması Yüksek zemin Yeterli aydınlatmanın bulunmaması	13 8 4 2	24 14 7 4
Malzeme	Islak/kaygan yer tabelası yok Ortamda gereksiz malzeme, kablo vb. bulunması Bozuk yatakların bulunması ve frenlerinin çalışmaması	2 1 1	4 2 2
Organizasyonel (n=17)			
Dış	Hemşire sayısının yetersizliği	2	4
Bilgi aktarımı	İletişim eksikliği	1	2
Protokoller / prosedürler	Düşme önlemlerinin doğru alınmaması	11	20
İdari öncelikler	Güvenlik önlemlerinin yetersizliği	3	5
AKTİF HATALAR (İNSANİ) (N=53)			
Dış (n=2)	Personelin dikkatsizliği	2	4
Kural Kaynaklı Davranışlar (n=51)			
Nitelik	Personelin eğitim eksikliği Yere dökülen sıvıların hemen silinmemesi	2 2	4 4
Koordinasyon	Hastanın yataktan kalkarken yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmemesi Hasta sayısının fazla olması	2 2	4 4
Doğrulama	Yatak kenarları kaldırılmaması Yatak sedye kenarı kullanılmaması Frenlerin ve tekerlerin kilitli olmaması	11 2 4	21 4 8
Uygulama	Düşme risk değerlendirmesinin yapılmaması Zeminin ıslak bırakılması Hastanın kısıtlamasının uygun şekilde yapılmaması	14 6 1	26 11 2
İzlemek	Hastanın tedavisinde baş dönmesi veya düşmeye neden olabilecek ilaçların olması İlaç tedavisinin saati	4 1	8 2
DİĞER HATALAR (N=133)			
Hastaya Bağlı Faktörler (n=101)	Hastanın hareket kabiliyetinin kısıtlı olması Hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği Acil tuvalet ihtiyacının olması Algılama bozukluğunun olması Hastanın beceri eksikliğinin olması Hastanın uykudan uyanması Hastanın oryante olmaması Görme bozukluğunun olması Ajitasyonun bulunması Hastanın eğitim, açıklama, yardım kabul etmemesi Ortostatik hipotansiyonunun olması	23 20 16 14 10 5 4 4 2 2 1	17 15 12 11 8 4 3 3 2 2 1
Sınıflandırılmayan (n=32)	Hastanın ihtiyaçlarını yardımsız gidereceğini düşünmesi Refakatçinin olmaması	20 1	15 9

Tüm neden ağaçlarına göre düşmelerin kök nedenleri incelendiğinde, 61 olay için 241 kök neden ECM’de tanımlanıp sınıflandırılmış ve her bir olay için 3-4 kök neden ortaya çıkarılmıştır. Düşmelerin ECM ile sınıflandırılmasında, en çok hastaya bağlı faktörler (%45), daha sonra kural kaynaklı (%23) ve teknik (15.8) hatalar nedeni ile gerçekleştiği bulunmuştur. Gizli teknik yapısal hatalardan, tuvaletin oda dışarısında bulunması (n=13) ilk sırada, banyo, koridor vb. alanda tutamak olmaması (n=8) ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca düşme önlemlerinin doğru alınmaması da (n=11) gizli organizasyonel protokol/prosedür ile ilgili hatalar olarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Eindhoven Sınıflandırma Modeli’nin “aktif hatalar” adı altında kategorilendirilmesine göre ilk üç sırada düşme risk değerlendirmesi yapılmaması (n=14), yatak kenarlıklarının kaldırılmaması (n=11 ve zeminin ıslak bırakılması (n=6) olarak belirlenmiştir.

Hastaya bağlı düşmelere neden olan diğer hatalar ve Eindhoven Sınıflandırma Modeli’nde sınıflandırılmayan hatalar kategorilendirilmiştir. Diğer hatalar kapsamında hastaya bağlı ilk üç neden; hastanın hareket kabiliyeti kısıtlılığı (n=23), hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği (n=20) ve hastanın acil tuvalet ihtiyacının olması (n=16)’dır. Hastaların ihtiyaçlarını yardımsız giderme düşüncesi (n=20), refakatçisinin olmaması (n=12) sınıflandırılmayan kök nedenler arasında yer aldığı belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların düşme kök nedenleri literatürdeki düşme nedenlerine benzer olarak bulunmuştur (Evans et al. 2001, Yang 2006, Schwendimann et al. 2008). Tuvaletin hasta odasının dışında bulunması, hastaların uzun mesafe yürümelerini gerektirmektedir. Ayrıca koridor, banyo ve tuvaletlerde hastaların dengesini sürdürmesine yardımcı olacak tutamakların olmaması, bozuk zemin (silmekten aşınan, kaygan hale gelen, yemek dökülmesi ile yağlanan zemin) teknik, yapısal düşme nedenidir.

Düşmeye neden olan çevresel/dışsal faktörler ise kaygan ve ıslak zeminlerin bulunması, ortamın yetersiz aydınlatılması, mobilyaların durumu, uygunsuz terlik kullanımı ve kullanılan yürümeye yardımcı araçların uygunluk durumu olarak belirtilmiştir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005).

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre hastaların düşme riski açısından değerlendirilmesi kurum politika ve prosedürleri içerisinde yer almasına rağmen, hemşirelerin yoğun çalışma saatleri, bakım verdikleri hasta sayısının fazlalığı, var olan prosedürün bilinmemesi nedeniyle bazen yapılamamaktadır. Kural uygulama ve izleme, doğrulama hatalarının bu nedenlerden gerçekleştiği düşünülmektedir.

Hastaya bağlı faktörler incelendiğinde; O’Hagan ve O’Connell (2005) ile Fonda ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında, konfüzyon ve hipotansiyon varlığının düşme nedeni olan tıbbi faktörler içinde yer aldığını, hastaların güvensizliği, depresyon, anksiyete ve düşme korkusunun hastanın dikkatini azalttığı ve beraberinde düşmeyi getirdiği belirtilmiştir.

Yapılan araştırmalarda hastanın tuvalet ihtiyacını giderme ile ilişkili faktörler, tuvalet için yardıma ihtiyaç duyulması, inkontinans, diyare, diüretik ve laksatif kullanımı olarak belirlenmiştir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Krauss et al. 2005, Derrick 2008).

Hastaların yattıkları ilk günden itibaren düşme riski açısından değerlendirilmeleri, yakın izlem uygulanması ve eğitimle, bakımda uzmanlaşma ile düşmelerin büyük oranda azaltıldığı çalışmalarda vurgulanmıştır (Evans et al. 2001, Gowdy, Godfrey 2003, Dempsey 2004, Fonda et al. 2006).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta düşmelerinde hastaların %34.4'ünün 61-75 yaş ve üzeri, çoğunun kadın olduğu, yaklaşık 1/3'ünün daha önce bir veya daha fazla kez düştüğü bulunmuştur. Düşen hastaların %32.78'inde yaralanma meydana geldiği belirlenmiştir. Araştırma yapılan hastanenin altı aylık düşme oranı %0.33 olarak belirlenmiş ve düşmelerin dahili kliniklerde, cerrahi kliniklere göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Kliniklerin düşme oranları incelendiğinde, en yüksek düşme oranının nöroloji kliniğinde (%1.54) ve dahiliye kliniğinde (%1.10) olduğu saptanmıştır. Hasta düşmeleri en çok hastaların dalgınlık ve dikkatsizliği, fiziksel durumu, refakatçi olmaması gibi nedenlerle gerçekleşmektedir. Araştırmada 61 düşme olayı için 241 kök neden ECM'de tanımlanıp sınıflandırılmış ve her bir olay için 3-4 kök neden ortaya çıkarılmıştır. Düşmelerin ECM ile sınıflandırılmasında, en çok hastaya bağlı faktörler (%45), daha sonra kural kaynaklı (%23) ve teknik (%15.8) hatalar nedeni ile düşmelerin meydana geldiği bulunmuştur. Düşmelerin ECM ile sınıflandırılmasında, en çok hastaya bağlı faktörler (%45), daha sonra kural kaynaklı (%23) ve teknik (%15.8) hatalar nedeni ile düşmelerin meydana geldiği bulunmuştur. Düşmelerin nedenleri sınıflandırıldığında; gizli teknik yapısal faktörler, tuvaletin oda dışarısında bulunması (n=13), banyo, koridor vb. alanda tutamak olmaması (n=8) şeklinde belirlenmiştir. Ayrıca gizli organizasyonel protokol/prosedür ile ilgili faktörler, düşme önlemlerinin doğru alınmaması (n=11) olarak değerlendirilmiştir.

Hastanede meydana gelen düşmelerin sıklığının ve kök neden analizi ile nedenlerinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıda sunulan önerilerin kurumlara ve araştırmacılara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

- Kurumsal düzeyde hasta düşmelerini izleyen, sonuçlarını değerlendiren ve önlemler geliştiren düşme ve risk değerlendirme komitelerinin kurulması sağlanmalıdır.
- Düşmelerin kök nedenleri arasında saptanan hastaya bağlı faktörler (hastaların bilinç durumları, fiziksel durumları, fonksiyonel yeterlilikleri) ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.
- Düşmelerin en çok gerçekleştiği nöroloji, dahiliye gibi kliniklerde hastalar daha uzun süreli izlenerek düşme nedenleri açısından değerlendirilmelidir.
- Düşme riski yüksek olan hastalara ve yakınlarına düşme konusunda eğitim verilmeli ve hasta düşmeye neden olabilecek durumlar hakkında bilgilendirilmelidir.
- Düşmeleri önleme programlarının, düşmelerin etiyolojik faktörleri ile ilişkilendirilmesi gerektiğinden, ortam ve hastanın bakımı ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik araştırmalar yapılmalıdır.
- Düşmelerin nedenlerinin kliniklere göre ayrıntılı belirlenmesi için uzun dönemli izlem çalışmaları yapılmalı, bu kliniklere özel araştırmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Baker RG, Norton GP, Flintoft V, et al. (2004). The Canadian adverse events among hospital patients in Canada. *CMA J*, 170(11): 1678-1686
- Berdot S, Bertrand M, Dartigues J, et al. (2009). Inappropriate medication use and risk of falls- a prospective study in a large community- dwelling elderly cohort. *BMJ*, 9(30):1-10
- Bergeron E, Clement J, Lavoie A, et al. (2006). A simple fall in elderly: Not so simple. *Journal of Trauma. Injury, Infection and Critical Care*, 60(2): 268-273
- Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, et al. (2004). Patient and staff safety: voluntary reporting. *Am. J. Med. Qual*, 19(2): 67-74
- Choi H (2008). Falls Among Older Adults: Characteristics of Fallers, Predictors of Falls, and The Impact of Falls on Health Care and Long-Term Care Utilization. South California University, Doktora Tezi, California
- Currie LM (2004). Development and Testing of an Automated Fall-Injury Risk Assessment Instrument. Columbia University, Doktora Tezi, Amerika Birleşik Devletleri
- Çakmakçı M (2003). Hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve akreditasyon. Seminer Kitabı, İstanbul
- Dempsey J (2004). Fall prevention revisited: a call for a new approach. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 479-485
- Derrick DP (2008). Hospital Based Patient Falls: A Clinical Engineering Perspective. Wayne State University, Yüksek Lisans Tezi, Detroit, Michigan
- Erdem DD, Eyüpoğlu LU, Cengiz C, ve ark. (2009). An evaluation of patient falls between the periods of June 2006 and June 2008. III Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Kongre Kitabı, 173
- Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, et al. (2001). Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 7: 38-45
- Fonda D, Cook J, Sandler V, et al. (2006). Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *Medical Journal of Australia*, 168 (8): 379-382
- Gablear (1993). Predicting which patient will fall again.....and again. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1895-1902
- Gowdy M, Godfrey S (2003). Using tools to ases and prevent inpatient falls. *Jt Comm J. Qual Saf*, 29(7): 363-368
- Heinze C, Halfens Rjg, Dassen T (2007). Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 495-501
- Hill K, Black K, Haines T, et al. (2005). Commentary on prevention revisited: a call for a new approach. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 479-485
- Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, et al. (2004). Claiborne Dunagan W., Fischer I., Johnson S., ve ark. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 19(7): 732-739
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2009). Falls are voluntarily reportable sentinel events. <http://www.jointcomissioninternational.org>. Erişim tarihi: 10.08.2010
- Karataş KG, Maral I (2001). Ankara-Gölbaşı İlçesinde geriatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 4:152-158
- Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, et al. (2005). A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med*, 20: 116-122.
- Kurutkan NM (2009). İstenmeyen olaylara yaklaşım. III.Uluslararası hasta güvenliği kongresi 12 Haziran 2009, İstanbul, [http://www.hastaguvenligimiz.com/dengelleme program.html](http://www.hastaguvenligimiz.com/dengelleme_program.html) Erişim tarihi: 13.02.2010
- Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, et al. (2005). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the prevention of falls network Europe consensus. *Journal of Geriatric Society*, 53(9): 1618-1622
- McKee J (2005). Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques. Second Edition, Newyork, Joint Commission Resources (JCR) Published

- Morse JM (2009). Preventing patient falls. Second Edition, New York, Springer Publishing Company, www.springerpub.com/samples/9780826103895_chapter.pdf, Erişim Tarihi: 10.10.2010
- O'Hagan C, O'Connell B (2005). The relationship between patient blood pathology values and patient falls in an acute-care setting: A retrospective analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 11: 161–168
- Özyurt F. (2008). Özel bir vakıf hastanesinde karşılaşılan istenmeyen olaylar ve bu olayların meydana gelmesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Quality Improvement Committee Resources (2008). Commentary on Sentinel&Serious Events Reported by District Health Boards-2006/07, <http://www.qic.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/qic-sentinel-and-serious-events-report-0607>, Erişim Tarihi: 20.06.2009
- Schaaf TW, Habraken MP (2005). PRISMA-Medical a brief description. Eindhoven: Eindhoven University of Tecnology, Faculty of Tecnology Management, Patient Safety Systems
- Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, et al. (2008). Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology*, 54: 342-348
- Sezgin B. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul
- Smits M, Janssen J, De Vet R, et al. (2009). Analysis of unintended events in hospitals: inter-rater reliability of constructing causal trees and classifying root causes. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4): 292–300
- Snijders C, Van der Schaaf TW, Klip H, et al. (2009). Feasibility and reliability of PRISMA-Medical for speciality-based incident analysis. *Qual Saf Health Care*, 18: 486-491
- Tinetti ME (2003). Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*, 348: 42-49.
- Torres SL (2009). Impact of Hand-off Communication on Fall Reduction in an Inpatient Setting. Doktora Tezi, Capella University
- Uden G, Ehnfors M, Sjöström K (1999). Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1):145-152
- Williams PM (2001). Techniques for root cause analysis. *BUMC ROCEEDINGS*, 14: 154-157
- World Health Organization (2005). Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. www.who.int/entity/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf. Erişim tarihi:12.12.2009
- Yang EYJ (2006). Characteristics and consequences of falls and risk factors for injuries due to inpatient falls for selected hospitals in Taiwan. Doktora Tezi, South Carolina University

BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİNDE %100 PAMUKLU HAVLU İLE HAVALI YATAK KULLANIMININ ETKİNLİĞİ

THE EFFECTIVENESS OF 100% COTTON TOWEL AND AIR MATTRESS IN PREVENTING OF PRESSURE ULCERS

Uzm.Hemş. Burcu TOTUR Prof. Dr. Alev DIRAMALI

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

Çalışma, III. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi, 20-24 Nisan 2007 Aksu/Antalya'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, basınç yaralarının önlenmesinde %100 pamuklu havlu ile havalı yatak kullanımının etkinliklerinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntemler: Toplam 40 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu. Birinci gruptaki 20 hastada %100 pamuklu havlu, ikinci gruptaki 20 hastada ise havalı yatak kullanıldı. Çalışma kapsamına alınan hastaların cilt yüzeyleri, yoğun bakıma kabul edildikleri ilk günden itibaren her gün, birinci derece basınç yarası gelişimi, servise nakledilme ya da eksitus olma gibi nedenlerle yoğun bakımdan ayrıldıkları güne kadar izlendi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Ki-kare ve Fisher's Kesin Ki-kare testleri kullanılarak yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Birinci gruptaki 5 hastada (%25), ikinci gruptaki 3 hastada (%15) basınç yarası gelişti. Basınç yaralarının önlenmesinde iki yöntem arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü ($p=0,695$). Birinci ve ikinci gruptaki hastaların basınç yarası gelişimi ile hastaların yaşı, cinsiyeti, tanısı, vücut tipi, hemoglobin düzeyi, albumin düzeyi, bilinç düzeyi, Braden Skalası'na göre belirlenen risk grupları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu değişkenlerin basınç yarası gelişimini etkilemediği saptandı. Çalışma sonucuna göre, basınç yarası gelişme oranının havalı yatak kullanılan hastalarda, % 100 pamuklu havlu kullanılan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı ancak istatistiksel olarak fark olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Basınç yarası, %100 pamuklu havlu, havalı yatak, önleme.

ABSTRACT

Objectives: This study was conducted in order to research use of 100% cotton towel and effectiveness air mattress in preventing pressure ulcers.

Material and Methods: Totally 40 patients established the study sample. A hundred percent cotton towel is used for 20 patients in the first group and air mattress was used for 20 patients in the second group. The patients skin surfaces who were included in the study, were observed everyday from beginning the first day of intensive care unit to development of first-degree pressure sore, transfer to clinic or exitus the discharge day from intensive care unit. Statistical analysis of data were conducted by Chi-square and Fisher's Exact Chi-square tests.

Results and Conclusion: *In the first group of five patients (25%) and in second group of three patients (15%) developed pressure ulcers. With regards to the prevention of pressure ulcers, no statistically significant difference was found between two method ($p=0,695$). Differences between first and second group for onset of epidermis deformation, age of patients, diagnosis, body type, hemoglobin level, albumin level, consciousness status, risk groups determined by Braden Scale were not statistically significant ($p>0,05$). It was found that these variables do not affect development of pressure ulcer. According to the study conclusion, onset of pressure ulcer rate is lower in air mattress group than 100 % cotton towel group but there is no statistically significant difference between two groups.*

Key words: *Pressure sore, 100% cotton towel, air mattress, prevention.*

GİRİŞ

Gelişen teknoloji, akut post-travmatik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileşmesi yaşam süresinin uzamasına neden olmaktadır. Uzayan yaşam süresi ise yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı popülasyonun artmasına ve dolayısıyla basınç yarası görülme oranlarında da artışa neden olmaktadır (Kurtuluş ve Pınar 2003).

Basınç yarası, dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına bağlı olarak gelişen ve daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen iskemik doku kaybıdır (Uysal 1992). Basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, en sık görüldüğü bölgeler sakrum, topuklar, iskiüm ve trokanterlerdir. Daha az sıklıkla dirsekler, skapulanın üzeri, oksipital bölge ve omuzlarda da görülebilir (Koldaş ve ark. 1995; Akbaş ve Uysal 2001; Hug ve ark. 2001). Ancak basınç yaralarının yerleri hastalığın aşamasına, plejinin tipine ve hastanın pozisyonuna göre değişir. Yatağa bağımlı bir hastada pencerenin ya da televizyonun konumu bile yaraların gelişme yerlerini etkileyebilmektedir (Altıntaş 1998).

Basınç yaraları, aslında önlenabilir bir komplikasyon olmalarına karşın hastanın primer sorununa yoğunlaşmış olan tedavi ekibinin gözünden kaçabilirler. Basit girişimlerle önlenebilecek olan basınç yaraları, oluştuğu takdirde tedavileri son derece güçtür ve hastanın yaşam süresini, kalitesini kötü yönde etkilerler. Aynı zamanda hastanın asıl sağlık sorununun tedavi sürecini geciktirerek ülke ekonomisine de önemli bir yük getirirler. (Uysal 1992; Yücel 2001; Oymak ve Özdemir 2006).

Basınç yarası görülme insidansının cerrahi hastalarında %12-66, kardiyak cerrahi hastalarında %17-27.2, yoğun bakım hastalarında %17-56 ve hastaneye yatan yaşlı hastalarda %20-32 olduğu saptanmıştır (Pınar 1998).

Basınç yaralarının önlenmesi için birçok strateji geliştirilmiş olmasına rağmen, bakım maliyetini ve yaşam kalitesini etkileyerek hasta bakım kurumlarında önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Kurtuluş ve Pınar 2003). Aynı zamanda yaşlı bireylerde önemli oranda mortalite ve morbiditeye neden olabilmektedirler (Özgenel ve ark. 2002). Ciddi basınç yarası olan hastalarda ortalama hastanede kalma süresi 8 ay, yüzeysel ülseri olanlarda ise 6 ay olarak bildirilmektedir (Beğer 2004).

Teknolojinin gelişmesi ile hastayı çevirmeye yardımcı aletler, özel yatak ve ped gibi araç ve gereçlerin miktar ve çeşitliliğindeki artış, basınç yaralarının önlenmesine önemli katkılarda bulunmaktadır. Basınç yaralarının önlenmesinde standart köpük yataklar, statik yatak örtüleri, dinamik yatak örtüleri ve özel yatak sistemleri, çeşitli koltuklar ve diğer yardımcı araçlar da kullanılmaktadır. (Pınar 1998). Basınç yaralarının önlenmesi amacıyla kullanılan araçlar pahalı olabilir, bu nedenle koruyucu-önleyici araçların seçimine karar vermede eldeki olanaklar ve araca duyulan gereksinim çok iyi değerlendirilmelidir (Pınar 1998; Yapucu ve Eşer 2004).

Bu çalışmada basınç yaralarını önlemeye yönelik olarak %100 pamuklu havlu ve havalı yatak yöntemlerinin kullanımı karşılaştırıldı. Literatür incelemesinde havalı yatak kullanımına yönelik çalışmalarda çok farklı sonuçlar elde edildiği saptandı ancak %100 pamuklu havlu kullanılan bir çalışmaya rastlanmadı.

Çalışma için bir hemşirelik yüksek okulunun bilimsel etik kurulundan 2005-74 sayılı ve bir üniversite hastanesi başhekimliğinden B.30.2.EGE.0.1.H.00.04/H-2090 sayılı yazılı izin alındı. Çalışma kapsamına alınan bilinci açık hastalara ya da bilinci kapalı olan hastaların yakınlarına bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onamları alındı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, basınç yaralarının önlenmesinde kullanılan %100 pamuklu havlu ile havalı yatak etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla planlanan deneysel bir çalışmadır. Bir üniversite hastanesinin beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesinde 23.10.2005-10.06.2006 tarihleri arasında yapıldı.

Veri toplama sürecinde çalışmanın sınırlılıklarına uyan ve olasılıksız örneklem tekniği ile seçilen 40 hasta iki gruba ayrıldı. Birinci grup hastaların yataklarının üzerine %100 pamuklu havlu (n=20) ve ikinci grup hastaların yataklarının üzerine ise havalı yatak (n=20) serildi.

Çalışmanın bağımlı değişkeni, basınç yarası gelişme durumu, bağımsız değişkenleri ise hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, vücut tipi, laboratuvar bulguları, hareketlilik düzeyi, inkontinans durumu, bilinç düzeyi, cilt tipi ve Braden Skalası idi.

Çalışmada, bir üniversite rektörlüğü tekstil ve konfeksiyon araştırma-uygulama merkezi tarafından analizi yapılan, %100 pamuk liflerinden oluşan, çözgü iplik sıklığı 13,8 tel/cm, atkı iplik sıklığı 18,4 tel/cm ve hav iplik sıklığı 13,4 tel/cm olan, uzun havlı iplikleri bulunan düz dokunmuş, dokuma deseni bulunmayan, sert olmayan, boyasız ve hasta yatağının yüzeyini tamamen kaplayan havlular kullanıldı.

Çalışmada kullanılan havalı yataklar ise statik, tek kişilik ve baklava kanallı, sessiz kompresör ve zaman kontrol üniteleri olan, 220 volt ve 50 hertz ile çalışan, taşınabilir, ebatları; kontrol ünitesi: 115 X 250 X 95 mm, yatak: 860 X 2350 mm, yatak (şişkin): 810 X 1920 mm şeklindedir, ağırlıkları; kontrol ünitesi: 1,4 kg, yatak ile: 4,1 kg'dı.

Maliyet açısından %100 pamuklu havlu, havalı yataktan daha ucuzdu ve daha kolay temin edildi.

Beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesine yeni yatışı yapılan, başka bir klinikten transfer olmayan, periferik dolaşım bozukluğu, diabetes mellitus hastası olmayan, genel ödemi bulunmayan ve steroid kullanmayan hastalar çalışma kapsamına alındı.

Çalışmaya başlarken, hastaların beden kitle indeksine göre vücut tipleri, hemoglobin, albumin ve bilinç düzeyleri, Braden Skalası'na göre basınç yarası gelişim riskleri belirlendi. Hastaların yoğun bakımdaki ilk günlerinden başlanarak, birinci derece basınç yarası gelişmesi, servise nakledilme ya da eksitus olma gibi nedenlerle yoğun bakımdan ayrıldıkları güne kadar her gün cilt yüzeyleri gözlemlendi. Hastalar, birinci derece basınç yarasının geliştiği ilk gün çalışmadan çıkarıldılar (Boettger 1997). Cilt yüzeylerine de epitelizasyonu arttıran kremler uygulanarak yara tedavi edildi.

Her iki gruba verilen bakımın standardize edilmesi için her iki gruptaki hastaların pozisyonları iki saatte bir değiştirildi, yatak çarşafı gergin ve temiz tutuldu, alt bezi kullanılmadı, protein ve vitaminden zengin diyetle beslenmeleri ve yeterli sıvı almaları sağlandı (günlük 1,5-2 lt), hastaların yatak içinde aşağıya doğru kaymamaları ve tahriş gücünün önlenmesi için yatak başının 45°'den fazla yükseltilmemesine özen gösterildi, eğer yükseltilmesi gerekli ise çok uzun süre bu pozisyonda kalmamaları sağlandı, günde iki defa tüm vücutları, defekasyon gözlemlendiğinde de genital bölgeleri vücut şampuanlı pamuk ile silindi, duru su ile ıslatılmış pamuk ile durulandı ve cilt yüzeyleri kurulanıp nemlendirici uygulandı (Dramalı ve Özbayır 1998; Pınar 1998). Tüm hastalarda foley kateter olması nedeniyle, çalışma süresince hiçbir hastada idrar inkontinansı gözlenmedi. Dolayısıyla sadece fekal inkontinans değerlendirmeye alındı.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması birinci grupta 47.65±18.83 (18-77) yaş, ikinci grupta 51.70±17.96 (18-78) yaş idi. Birinci grubun %25' kadın, %75'i erkek; ikinci grubun %30'u kadın, %70'i erkek hastalardan oluşmaktaydı.

Tablo 1: Hastaların Sosyo-demografik ve Genel Özelliklerinin Basınç Yarası Gelişme Durumu ile İlişkisi

Özellikler	Birinci Grup				İkinci Grup			
	Basınç Yarası Gelişen		Basınç Yarası Gelişmeyen		Basınç Yarası Gelişen		Basınç Yarası Gelişmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grubu								
18-27 yaş	0	0.0	3	20.0	0	0.0	3	17.6
28-37 yaş	0	0.0	1	6.7	1	33.3	3	17.6
38-47 yaş	1	20.0	3	20.0	0	0.0	3	17.6
48-57 yaş	1	20.0	2	13.3	0	0.0	2	11.8
59-67 yaş	2	40.0	4	26.7	1	33.3	3	17.6
68-77 yaş	1	20.0	2	13.3	1	33.3	3	17.6
	X ² =1.778 SD=5		p=0.879		X ² =2.353 SD=5		p=0.798	
Cinsiyet								
Kadın	1	20.0	4	26.7	1	33.3	5	29.4
Erkek	4	80.0	11	73.3	2	66.7	12	70.6
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			

Basıncı Yaralarının Önlenmesinde %100 Pamuklu Havlu İle Havalı Yatak Kullanımının Etkinliği

Tanı								
Kranial Olgu	5	100.0	9	60.0	3	100.0	13	76.5
Spinal Olgu	0	0.0	6	40.0	0	0.0	4	23.5
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.260				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			
Vücut Tipi								
Zayıf	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.9
Normal	4	80.0	9	60.0	1	33.3	6	35.3
Hafif Şişman	1	20.0	5	33.3	1	33.3	8	47.1
1.Derece Şişman	0	0.0	1	6.7	1	33.3	2	11.8
	X ² =0.786 SD=2 p=0.675				X ² =1.077 SD=3 p=0.783			
Hemogloblin Düzeyi								
9-11 g/dl	1	20.0	6	40.0	3	100.0	7	41.2
11 g/dl üzeri	4	80.0	9	60.0	0	0.0	10	58.8
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.613				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.211			
Albumin Düzeyi								
3.5 g/dl altı	2	40.0	6	40.0	2	66.7	13	76.5
3.5-5 g/dl	3	60.0	9	60.0	1	33.3	4	23.5
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			
Hareketlilik Düzeyi								
Tam hareketsiz	4	80.0	5	33.3	2	66.7	7	35.0
Çok hareketsiz	0	0.0	3	20.0	1	33.3	4	20.0
Az hareketli	0	0.0	3	20.0	0	0.0	0	0.0
Hareketli	1	20.0	4	26.7	0	0.0	9	45.0
	X ² =3.881 SD=3 p=0.275				X ² =2.913 SD=2 p=0.233			
Fekal İnkontinans Durumu								
Var	5	100.0	12	80.0	3	100.0	15	88.2
Yok	0	0.0	3	20.0	0	0.0	2	11.8
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.539				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			
Bilinç Düzeyi								
Bilinç kapalı	4	80.0	2	13.3	1	33.3	5	29.4
Stupor	0	0.0	2	13.3	2	66.7	2	11.8
Konfüze	1	20.0	4	26.7	0	0.0	5	29.4
Apatik	0	0.0	2	13.3	0	0.0	0	0.0
Oryante	0	0.0	5	33.3	0	0.0	5	29.4
	X ² =8.622 SD=4 p=0.071				X ² =5.621 SD=3 p=0.132			
Cilt Tipi								
Normal cilt	2	40.0	9	60.0	0	0.0	8	47.1
Kuru cilt	1	20.0	5	33.3	2	66.7	3	17.6
Terli cilt	2	40.0	1	6.7	1	33.3	5	29.4
Soğuk cilt	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.9
	X ² =3.273 SD=2 p=0.195				X ² =4.052 SD=3 p=0.256			
Braden Skalası								
Yüksek risk	4	80.0	7	46.7	1	33.3	7	41.2
Orta risk	1	20.0	6	40.0	2	66.7	6	35.3
Düşük risk	0	0.0	2	13.3	0	0.0	4	23.5
	X ² =1.853 SD=2 p=0.396				X ² =1.373 SD=2 p=0.503			

Hastaların sosyo-demografik ve genel özelliklerinin basınç yarası gelişme durumu ile ilişkisi Tablo 1’de gösterilmektedir. Birinci ve ikinci grup hastalarda basınç yarası gelişme ve gelişmeme durumları ile hastaların yaş grupları, cinsiyetleri, tanıları, vücut tipleri, fekal inkontinans durumları, cilt tipleri, braden skalasına göre belirlenen risk durumları, hemoglobinin, albumin, hareketlilik ve bilinç düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmadı.

Birinci gruptaki, kadın hastaların %20’sinde, erkek hastaların %80’inde, ikinci gruptaki kadın hastaların %33.3’ünde, erkek hastaların %66.7’sinde basınç yarası geliştiği saptandı. Bu konuda yapılan iki çalışmada cinsiyetin basınç yarası gelişimini etkilemediği saptanmıştır (Hug ve ark. 2001; Kurtuluş ve Pınar 2003). Fisher ve ark. (2004) çalışmalarında ise basınç yaralarının erkek cinsiyeti ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmanın cinsiyet ile ilgili verileri Fisher ve ark. (2004) çalışmaları ile uyumluluk göstermektedir.

Basınç yarası gelişen hastaların, %100’ünün kranial olgular olduğu ve her iki gruptaki hiçbir spinal olguda basınç yarası gelişmediği belirlendi. Spinal yaralanmalı hastaların yer aldığı ünitelerde basınç yarası insidansı %25-66 olarak bildirilmektedir (Uysal 1992). Çeşitli çalışmalarda spinal yaralanmalı hastalarda hareketsizliğe bağlı olarak uzun süreli aynı bölgelere basınç uygulanması, uyku süresince pozisyondaki hafif değişimleri yapmaya yardımcı olan reflekslerin kaybolması (Çizmeci ve Emekli 1999) ve parapleji ya da kuadruplejiye daha sık rastlanması gibi nedenlerle basınç yarası gelişiminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Vohra ve McCollum 1994; Yücel 2001; Özgenel ve ark. 2002; Beğer 2004). Çalışma kapsamına alınan hiçbir spinal olguda basınç yarası gelişmemesi nedeniyle çalışma bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Kranial olguların yoğun bakım ünitesinde daha uzun süreli olarak bakım almaları bu duruma neden olarak gösterilebilir.

Hemoglobin düzeyleri 9-11 g/dl. olan birinci grup hastaların %20’sinde ve ikinci grup hastaların %100’ünde basınç yarası geliştiği saptandı. Hemoglobinin azalması kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalmasına, hücre metabolizmasında değişikliklere ve hücrelerin beslenmesinin bozulmasına neden olmaktadır (Karabacak ve Sabuncu 1998; Pınar 1998). Bu durum basınç yarası oluşumunu hızlandırmakta ve yara iyileşmesini güçleştirmektedir (Kurtuluş ve Pınar 2003). Bu konuda yapılan bir çalışmada basınç yarası gelişen hastaların %70’inin hemoglobin düzeyinin 9-11 g/dl. olduğu saptanmıştır (Fuoco ve ark. 1997). Basınç yarası gelişen hastaların hemoglobin düzeylerinin literatür ile uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

Birinci gruptaki basınç yaralarının %40’ının albumin düzeyinin 3.5 g/dl. altında, %60’ının 3.5-5 g/dl., ikinci gruptaki basınç yaralarının %66.7’sinin albumin düzeyinin 3.5 g/dl. altında, %33.3’ünün 3.5-5 g/dl. olan hastalarda geliştiği belirlendi. Serum albumin düzeyi 3.5 g/dl.’nin altında olan hastaların, albumin düzeyi normal sınırlarda olan hastalara oranla daha fazla basınç yarası gelişim riskine sahiptirler. Hipoalbuminemi, onkotik basınç değişikliğine neden olarak ödem oluşumuna yol açmaktadır. Ödem ise basınç yarası gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (Vohra ve McCollum 1994; Ferguson ve ark. 2000). Bu konuda yapılan bir çalışmada serum

albumin düzeyi düştükçe basınç yarası gelişiminde artış olduğunu saptanmıştır (Anthony ve ark. 2000). Çalışma verilerine göre de albumin düzeyi düştüğünde basınç yarası görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir.

Basınç yaralarının %80'inin birinci gruptaki, %66.7'sinin ikinci gruptaki tam hareketsiz hastalarda geliştiği saptandı. Literatürde pozisyonlarını bağımsız olarak değiştiremeyen hastaların basıya maruz kalan bölgelerinde doku perfüzyonu bozularak basınç yarası gelişim riskinin arttığı belirtilmektedir (Fader ve ark. 2004; Fisher ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmada, hareketsiz ve yatağa bağımlı hastalarda basınç yarası gelişme sıklığının anlamlı derecede yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Hug ve ark. 2001). Bir başka çalışmada ise basınç yaralarının %10'unun hareketli hastalarda, %53'ünün yatağa bağımlı hastalarda, %37'sinin ise tekerlekli sandalye kullanan hastalarda geliştiği saptanmıştır (Yapucu ve Eşer 2004). Çalışma verileri literatür ile paralellik göstermektedir.

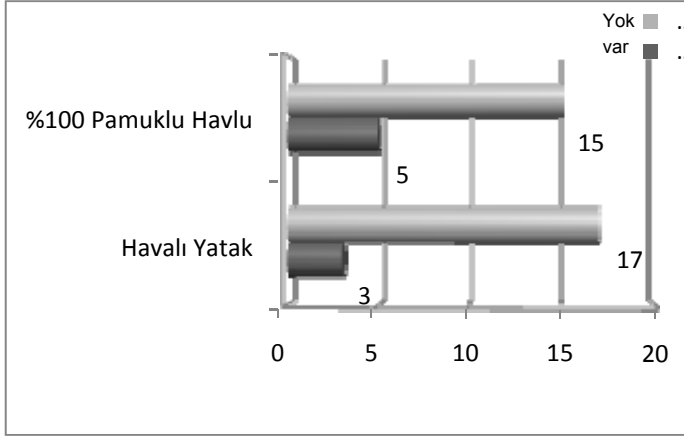
Birinci ve ikinci gruptaki hastalarda basınç yaralarının, %100'ünün fekal inkontinansı olan hastalarda geliştiği saptandı. Nem epidermisin dışsal güçler karşı direncini etkilemektedir. Uzun süre neme maruz kalan epidermis tabakasında önce yumuşama daha sonra ise doku bütünlüğünde bozulma meydana gelir. Nem kaynakları, ter, idrar ve feçestir (Vohra ve McCollum 1994; Karadağ 2003; Fader ve ark. 2004). Yapucu ve Eşer'in (2004) aktardığına göre çeşitli çalışmalarda fekal ve idrar inkontinansının bası yarası gelişim riskini beş kat arttırdığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmalarda inkontinansı olan hastalar, fekal ve idrar inkontinans görülme durumuna göre ayrı ayrı gruplanmamışlardır.

Birinci grupta basınç yarası gelişen hastaların %80'inin bilinci kapalı, %20'sinin konfüze hastalarda, ikinci gruptaki basınç yaralarının ise %33.3'ünün bilinci kapalı, %66.7'sinin stupor hastalarda geliştiği saptandı. Hug ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada, bilinci kapalı, stupor ve demanslı hastalarda basınç yarası sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmanın Hug ve ark. (2001)'nin çalışmaları ile hemen hemen uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

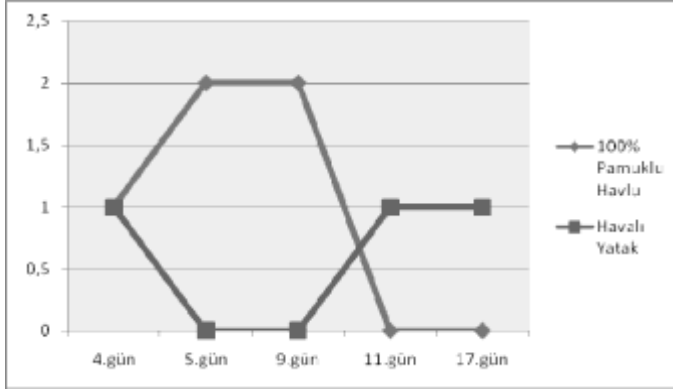
Birinci grupta basınç yarası gelişen hastaların, %80'inin Braden Skala'sına göre yüksek risk grubunda, %20'sinin orta risk grubunda, ikinci grupta basınç yarası gelişen hastaların ise %33.3'ünün yüksek risk grubunda, %66.7'sinin orta risk grubunda yer aldığı belirlendi. Braden Skalası toplam puanı azaldığında, basınç yarası gelişme riski artmaktadır (Wolverton et al. 2004). Karadağ ve Gümüşkaya çalışmalarında Braden Skalası'na göre yüksek risk grubunda yer alan hastalarda basınç yaralarının daha fazla görüldüğünü saptamışlardır (Karadağ ve Gümüşkaya 2006). Birinci gruptaki basınç yarası gelişen hastaların çoğunun Braden Skalası'na göre yüksek risk grubunda yer aldıkları ve çalışma sonucunun literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Hastaların basınç yarası gelişim dağılımları Grafik 1'de gösterilmiştir. Grupların homojenliğini incelemek amacı ile yapılan Fisher Kesin Ki-kare Testine göre birinci ve ikinci gruptaki hastaların basınç yarası gelişimleri arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü (Fisher Kesin Ki-kare Testi; p=0,695). Ancak birinci gruptaki

hastalarda en uzun süre olarak 9. günde, ikinci grup hastalarda ise en uzun süre olarak 17. günde basınç yarası geliştiği gözlemlendi. Birinci ve ikinci gruptaki hastalarda basınç yaralarının geliştiği günler Grafik 2’de gösterilmektedir.



Grafik 1. Basınç Yarası Gelişme Durumu



Grafik 2. Basınç Yaralarının Geliştiği Günler

Çalışmada birinci ve ikinci gruptaki hastaların basınç yarası gelişimi ile hastaların yaşı, cinsiyeti, tanısı, vücut tipi, hemogloblin düzeyi, albumin düzeyi, hareketlilik düzeyi, fekal inkontinans durumu, bilinç düzeyi, cilt tipi, Braden Skalası’na göre belirlenen riskler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Basınç yarası insidansına ilişkin yapılan çeşitli araştırma sonuçları farklılık göstermektedir (Hug ve ark. 2001). Havalı yatak ile su yatağının basınç yaralarını

önlemedeki etkinliklerinin incelendiği bir çalışmada, havalı yatak kullanımının basınç yaralarını önlemedeki etkinliğinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Vohra ve McCollum 1994). Bir başka çalışmada, kronik basınç yaralarında yara tedavisine ek olarak havalı yatak kullanmıştır ve havalı yatak kullanılan grupta yaraların daha hızlı iyileştiğini gözlemlenmiştir (Charles ve ark. 1995). Boettger'in, basınç azaltıcı yatak kullanılan ve bakım veren hemşirelere eğitim yapılan grup ile sadece rutin hemşirelik bakımı verilen hastaların karşılaştırıldığı çalışmasında, basınç azaltıcı yatak kullanılan grupta basınç yaralarının önlenmesinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Boettger 1997). Basıncı azaltmada en önemli girişimlerden biri olarak gösterilen havalı yatakların özellikle Braden Skalası'na göre yüksek risk taşıyan hastalarda kullanılmasının, basınç yarası insidansını en az %50 oranında azalttığı belirtilmektedir (Kanj ve ark. 1998). Kurtuluş ve Pınar'ın yaptıkları çalışmada ise basınç yarası gelişen ve gelişmeyen hastalarda havalı yatak kullanımında fark saptanmamıştır ancak havalı yatağın basınç yarasının oluşum sürecini geciktirdiği belirlenmiştir (Kurtuluş ve Pınar 2003). Bu çalışmada da havalı yatak kullanılan hastalarda, %100 pamuklu havlu kullanılan hastalara oranla basınç yarası gelişiminin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak bir başka çalışmada basınç yarası gelişen hastalarda havalı yatak kullanımı daha fazla bulunmuştur (Hug ve ark. 2001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yüzde yüz pamuklu havlu ile havalı yatak kullanımının basınç yaralarını önlemedeki etkinlikleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptandı. Çalışma sonucuna göre basınç yaralarının önlenmesinde, %100 pamuklu havlu ya da havalı yatak yöntemlerinden birinin diğerinin yerine kullanılabileceği söylenebilir. Çalışmanın daha geniş bir örnekleme ve randomize kontrollü olarak tekrar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbaş H, Uysal A. (2001). Bası yaralı olgularda tedavi yaklaşımlarımız ve sonuçlarımız. *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*. 9:2, 106-110.
- Altıntaş M. (1998). Bası yaraları ve cerrahi tedavileri. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu*. 12-13 Kasım, İstanbul. 153.
- Anthony D, Reynolds T, Russell L. (2000). An investigation into the use of serum albumin in pressure sore prediction, *Journal of Advanced Nursing*. 32:2, 359-365.
- Beğen T. (2004). Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*. 4:4, 244-253.
- Boettger JE. (1997). Effects of a pressure-reduction mattress and staff education on the incidence of nosocomial pressure ulcers. *Journal of WOCN*. 24:1, 19-25.
- Charles MA, Oldenbrook J, Catton C. (1995). Evaluation of a low-air-loss mattress system in the treatment patient with pressure ulcers. *Ostomy Wound Management*. 41:5, 46-52.
- Çizmeçi O, Emekli U. (1999). Bası yaraları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 45:4.
- Dramalı A, Özbayır T. (1998). Bası yaralarının önlenmesi ve oluşan yarada hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Forumu*.1:3,116-118.

- Fader M, Bain D, Cottenden A. (2004). Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses. *Journal of Advanced Nursing*. Dec. 48:6, 569-574.
- Ferguson M, Cook A, Rimmach H ve ark. (2000). Pressure ulcer management: the importance of nutrition. *MEDSURG Nursing*. 9:4, 163-175.
- Fisher AR, Wells G, Harrison MB. (2004). Factors associated with pressure ulcers in adults in acute care hospitals. *Advanced Skin Wound Care*. 17:2, 80-90.
- Fuoco C, Scivoletto G, Pace A ve ark. (1997). Anaemia and serum protein alteration in patients with pressure ulcers. *Spinal Cord*. 35:1, 58-60.
- Hug E, Ünalın H, Karamehmetoğlu ŐŐ ve ark. (2001). Bir eğitim hastanesinde bası yaraları prevalansı ve bası yarası gelişiminde etkili risk faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 47:6, 3-11.
- Kanj LF, Wilking SVB, Phillips TJ. (1998). Continuing medical education: pressure ulcers. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 38:4, 517-538.
- Karabacak Ü, Sabuncu N. (1998). Basınç ülserlerinin önlenmesinde beslenmenin önemi. *Hemşirelik Forumu*. Haziran, 1:3, 113-15.
- Karadağ A. (2003). Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7:2, 41-48.
- Karadağ M, Gümüşkaya N. (2006). The incidence of pressure ulcers in surgical patients: a sample hospital in Turkey, *Journal of Clinical Nursing*. 5:4, 413-421.
- Koldaş T, Aydın H, Ersu G ve ark. (1995). Bası yaraları. *Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi Tıp Dergisi*. 20:1, 65.
- Kurtuluş Z, Pınar R. (2003). Braden skalası ile belirlenen yüksek riskli hasta grubunda albümin düzeyleri ile bası yaraları arasındaki ilişki. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7:2, 1-10.
- Oymak F, Özdemir F. (2006). Bası yaralarının iyileşmesinde lineer polarize polikromatik ışık tedavisinin etkinliği. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 23:1, 14-18.
- Özgenel GY, Kahveci R, Akın S, Özbek S, Özcan M. (2002). Bası yaralarında tedavi prensiplerimiz ve sonuçlarımız. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 28:2, 27-32.
- Pınar R. (1998). Bası yaraları ve önlenmesi. *Merve Matbaası, İstanbul*. 13-92.
- Uysal A. (1992). Bası yaraları. Ed: Şahinoğlu HA. *Özel Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara. 827-832.
- Vohra RK, McCollum CN. (1994). Fortnightly review: pressure sores. *BMJ*. 309, 853-857.
- Wolverton CL, Hobbs LA, Beeson T ve ark. (2004). Nosocomial pressure ulcer rates in critical care. *Journal of Nursing Care Quality*. 20:1, 56-62.
- Yapucu Ü, Eşer İ. (2004). Bası ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi. *Hemşirelik Forumu*. 9-20.
- Yücel A. (2001). Bası yaraları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu*. İstanbul. 18-19 Ekim. 131-150.

GÜNÜBİRLİK CERRAHİDE ÇOCUK HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI İÇİN YENİDEN YAPILANMA

REORGANIZATION IN DAY SURGERY NURSING CARE FOR CHILD PATIENT

Öğr.Gör.Dr. Eda DOLGUN* **Doç.Dr. Meryem YAVUZ****

*Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Bu çalışma 7 /11 Ekim 2003, Urfa VII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma günübirlik cerrahi uygulanan hastalara hemşirelik bakım kalitesini artırmak için; hemşirelik bakımını yeniden düzenlemek ve çocukların ailelerinin memnuniyetini incelemek amacıyla, yarı deneysel olarak planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında Ekim 2002 – Ağustos 2003 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın örnekleminde “Olasılıksız Örnekleme yöntemi” kullanıldı.

Çalışmada; Günübirlik Ameliyat Olacak Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi geliştirilmiş, Amerikan Anesteziyologlar Cemiyeti’nin (ASA) çocuklar için geliştirdiği boyama kitabı kliniğe ve Türkçeye uyarlanmış, klinikte poliklinik, servis, ameliyat sonrası hemşirelerinin yapması, izlemesi gereken işlem sırası belirlenmiş, günübirlik cerrahi hastalarını izlem için geliştirilen hemşirelik formunun kullanılması sağlanmıştır.

Veriler; klinikte değişiklikler yapılmadan önce ve sonra günübirlik ameliyat olan çocukların ailelerinden taburcu olmadan önce soru formu ile toplandı.

Verilerin analizi SPSS for windows 11.0 ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ki-kare (X²) testi kullanıldı.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma grubundaki çocuk ailelerinin 45’inin (%90), kontrol grubundaki çocuk ailelerinin 35’inin (%70) günübirlik cerrahi ile ilgili aldıkları hizmetten memnun oldukları, çalışma ve kontrol grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Hemşirelik hizmetlerinden çalışma grubundaki çocuk ailelerinin 49’unun (%98), kontrol grubundaki çocuk ailelerinin 44’ünün (%88) memnun olduğu görülmüştür. Çalışma ve kontrol grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Günübirlik cerrahi hemşire bakım formunun genel doldurulma oranının %76 olduğu görülmüştür.

Çocuk cerrahisi kliniğinde hemşirelik bakımı ile ilgili olarak yapılan değişikliklerden hastaların günübirlik cerrahi ile ilgili aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin arttığı görüldü.

Anahtar Sözcükler: Çocuklarda Günübirlik cerrahi, çocuk günübirlik cerrahide hemşirelik bakımı, günübirlik cerrahide yeniden yapılanma.

ABSTRACT

Objective: *This study was planned as semiexperimental for the patients, operated with day surgery, in order to rearrange nursing care, to improve the quality of nursing care, to deliver a better and continuous nursing care for all patients as well as investigate the satisfaction of child parents.*

Methods: *The study was carried out in Department of Children Surgery in a University Hospital between October 2002- August 2003. Convenience sampling technique was utilized for sampling in the study.*

In the study Guide for informing Relatives of Patients was developed and coloring book for children, developed by American Society of Anesthetists, adapted to clinical environment and translated into turkish. The order of commitments, to be followed up by policlinic, service as well as postoperative nurses, were determined in the clinic. The form, developed for monitoring day surgery patients, got used.

Data; The questionnaire was used before and later the changes were happened in the clinic while having the relatives of patients realized procedures of discharge.

Analyze of the data were achieved by using "SPSS for windows 11.0". Number, percentage, square-chi (x2) werw used in evaluating related data.

Results: *Fourty five child parents (90%) in the study group and 35 of patients (70%) of controls have had satisfaction of the service they had about day surgery. It is found out that there is a considerable difference when study group and group controls are compared.*

It is noticed that 49 child parents (98%) of study group and 44 child parents (88%) of control group were satisfied with nursing services. When a comparison between study and control groups is achieved, it is realized that there is statistically significant difference.

Investigating the rates of filling the boxes of day surgery nursing care form, total nursing care form completed percent 76%.

Conclusion: *As a result, in the children surgery clinic, according to the changes in the nursing care, it's observed that the patients' families are getting more and more glad about the day surgery and nursing services.*

Key Words: *Pediatric Day surgery, Nursing care in pediatric day surgery, Reorganization in day surgery.*

GİRİŞ

Cerrahi bakım, hastane servislerinden günübirlik cerrahiye doğru hızla yer değiştirmiştir (Yavuz 1998, Yavuz ve Dramalı 1998). 1985 yılında %35 olan Günübirlik Cerrahi oranı 2000'li yıllarda %60'ların üzerine çıkmıştır (Toker 2002). Günübirlik cerrahinin gelişmesinde, gelişmiş anestezi ve analjezi teknikleri, ameliyat sonrası erken mobilizasyon, teknolojik gelişmeler, asepsi ve antibiyotiklerin gelişmesi etkili olmuştur (Karadağ 1999, Yavuz 1998, Yavuz ve Dramalı 1998).

Çocuk cerrahisinde çocuklara uygulanan, ameliyat türlerinden bazılarının basit ve kısa oluşu nedeniyle günübirlik cerrahi uygulaması tercih edilmektedir. Çocuklar genelde daha sağlıklı olmaları nedeniyle günübirlik cerrahiye uygun hastalardır (Yavuz ve Dramalı 1998).

Günübirlik cerrahide, çocuklar ailesiyle sabah evlerinden gelir, günübirlik cerrahi ünitesinde hazırlanır, ameliyat geçirir, anesteziye uyanır, ameliyat sonrası izlemler sonucu aileleriyle birlikte aynı gün eve dönerler (CGH Medical Center 2002, Hermann Children's Hospital 2002).

Son dönemde ekonomik kısıtlamalar, tıbbi, teknik, anesteziye gelişmelere bağlı olarak günübirlik cerrahi sayısında hızla artış meydana gelmektedir. Buna bağlı olarak klinikte iş yükü ve olgu tipi değişmektedir. Günübirlik cerrahinin artması ile hasta hazırlığı ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımı ile ilgili yeniden yapılandırmanın günümüzdeki çalışma koşullarına kazandırılmasının gerekliliği artmaktadır. Günübirlik cerrahide yeniden yapılanma ile hastaya çok daha etkin ve verimli bakım sağlama, sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını daha iyi desteklemesi amaçlanmaktadır (Corlett ve ark 1998). Buradan yola çıkarak kliniğimizde yeni yapılandırma işlemi planlandı. Bu çalışmada kliniğimizde günübirlik cerrahi hasta bakımında yeniden yapılandırma işlemleri açıklanarak sonuçlar incelenmiştir.

AMAÇ

Bu çalışma; bir Üniversite Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde günübirlik cerrahi uygulamalarında hemşirelik bakım kalitesini artırmak için yeniden yapılanma ve bunun çocukların ailelerinin memnuniyetine olan etkisini incelemek amacıyla planlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma; bir Üniversite Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında Ekim 2002 – Ağustos 2003 tarihleri arasında yapılmış olup, yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın örnekleminde "Olasılıksız Örnekleme Yöntemi" kullanıldı.

Sünnet, fıtık, hidrosel, inmemiş testis ameliyatı geçirmiş kliniğin rutinlerine göre hazırlanmış Ekim 2002- Mayıs 2003 tarihleri arasında kontrol grubunu 50 çocuğun ailesi, Haziran- Ağustos 2003 tarihleri arasında çalışma grubunu 50 çocuğun ailesi oluşturdu.

Veriler kontrol ve çalışma grubunda; günübirlik ameliyat olan çocukların ailelerinden klinikte çıkış işlemlerini yaptırırken 21 sorudan oluşan soru formu ile toplandı.

Hemşirelik Bakımının Yeniden Yapılandırılması Konusunda Yapılan Değişiklikler:

1-Aileler için "Günübirlik Ameliyat Olacak Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi" uygulanması (14 sayfa),

Literatürler ışığında günübirlik cerrahi uygulanan çocukların ailelerinin, evdeki hazırlık, ameliyat dönemi, ameliyat sonrası ve taburculuk sonrasında evde bakım ile ilgili gerekli olan bilgileri belli bir zaman çizelgesi ile vererek bu dönemleri rahat geçirmelerine olumlu katkıda bulunmak amacı ile aile üyeleri için rehber bilgiler kitapçığı (Browne ve Lightkep 1993, Callahan 1989, CGH Medical Center 2002, Hermann Children's Hospital 2002, Karadağ 1999, Kennedy 1999, Lake Forest Hospital 2002, Monterial Children Hospital 1995, Pascack Valley Hospital 2002,

Southeast Anesthesiology Consultants 2002, Temple Universty Children's Medical Center 2002, The Children's Hospital of Philadelphia 2002, Ulus 2002, University of Missouri Health Care- Columbia 2002) geliştirilmiştir.

Hasta yakınlarını bilgilendirme rehberi için; Üniversitenin Çocuk Cerrahisi kliniğindeki hekim ve hemşirelerin görüş ve önerileri alındı, öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapıldı,

Günübirlik Ameliyat Olacak Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi Valdivia, L ve Rice, M'nin "Eğitim Materyalleri Genel Değerlendirme Kriterleri" (13 madde) ile kontrol edildi (Rice ve Valdivia 1991). Toplam puan 12 bulunmuştur. (Kullanılmaya başlamadan önce materyal en az 8 kriteri yerine getirmelidir). "Özel Değerlendirme Kriterleri" (9 madde) 5 hekim, 5 hemşire, 10 hasta yakınına uygulandı. Hekimlerin puan ortalaması 42.2 puan, hemşirelerin puan ortalaması 45 puan, hasta yakınlarının puan ortalaması 43.4 puan bulunmuştur (40-45 puan kullanılabilir, 21-39 puan düzeltmeye ihtiyacı var, 20 puan ve altı kabul edilmez).

Kitapçıkların Ocak 2003 de basım ile ilgili işlemlerine başlandı ve Mayıs 2003 de teslim alındı. 27 Mayıs 2003 tarihinden itibaren Günübirlik Cerrahi hasta yakınlarına Çocuk Cerrahisi Polikliniğinden ameliyat için randevu aldıklarında veya kan tahlili için geldiklerinde hemşire tarafından aileye verilmeye başlandı.

2-Çocuklar için Amerikan Anestezistler Cemiyetinin (ASA) "My Trip To The Hospital" "Benim Hastane Ziyaretim" isimli Boyama Kitabı uygulanması (29 sayfa),

Amerikan Anestezistler Cemiyeti yayınlarından olan "My Trip To The Hospital" (1998) Boyama Kitabı Türkçeye çevrildi. Amerikan Anestezistler Cemiyetinden Boyama Kitabını Kullanım izni alındı. Çocuklara ameliyat öncesi verilmeye başlandı.

3-Hemşireler için; günübirlik cerrahi hasta bakımı ile ilgili eğitim düzenlendi,

Günübirlik cerrahi hastalarının bakımında poliklinik, ameliyat öncesi (servis), ameliyat sonrası (uyanma odası, servis), taburculuk için yapmaları ve izlemeleri gereken işlemler ile ilgili eğitim verildi, "Hemşire Bakım Formu" nun kullanımı ile ilgili bilgi verildi (7 Ocak 2003, 28 Ocak 2003).

4-Günübirlik cerrahi hastalarının izlemi için; "Günübirlik Cerrahi Hemşire Bakım Formu" uygulanması (4 sayfa),

Yavuz (1997) tarafından geliştirilen "Günübirlik Cerrahi Hemşire Bakım Formu" Çocuk Cerrahisi kliniği için yeniden düzenlendi (2002).

Gerekten izin işlemleri Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi ve Boyama Kitabı ile birlikte yürütülmüştür. Hemşire bakım formları Haziran 2003'ün ilk haftasında teslim alındı. Hemşire bakım formu tanıtımı yapıldı.

Çocuk Cerrahisi Klinik Hemşirelerine günübirlik cerrahi hemşire formu kullanılmaya başlanılmadan önce (18 Haziran 2003) formla ilgili bilgi verildi.

Günübirlik cerrahi hemşire bakım formu Temmuz ayından itibaren Günübirlik Cerrahi Hastalarını izlem için kullanılmaya başlandı. Temmuz - Aralık ayları boyunca günübirlik cerrahi hastalarını izlem için kullanılan formlar (139 adet) incelenmiştir.

Bakım formu hemşirelerin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculukla ilgili verileri kaydedebilecekleri üç temel bölümden oluşmuştur. (-Ameliyat Öncesi Bölüm, - Ameliyat Sonrası Bölüm, - Taburculuk Bölümü).

5-Çocuk Cerrahisi Kliniğinde Çocukların Ailelerinin Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin İncelenmesi;

Yeniden Yapılanma öncesi ve sonrası çocukların ailelerinin hemşirelik bakımından memnuniyet ile ilgili durumları soru formu ile incelendi (Kontrol Grubu: Ekim 2002-Mayıs 2003, Çalışma Grubu: Haziran – Ağustos 2003).

Verilerin analizi; araştırmacı tarafından SPSS for windows 11.0 ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ki-kare (X^2) testi kullanıldı.

Hemşire bakım formlarının doluluk derecelerinin, aylara göre incelenmesinde tek yönlü varyans analizi (Anova) testi kullanıldı.

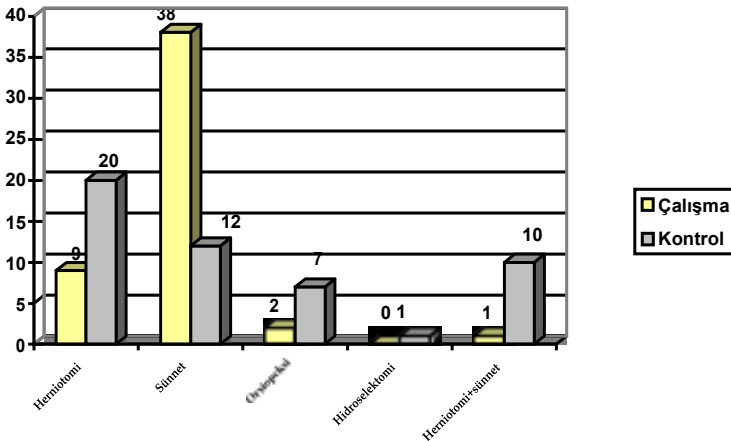
BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan çocukların ailelerinin çocuklara yakınlık derecesine bakıldığında; çalışma grubunun 28'sinin (% 56), kontrol grubunun 27'sinin (%54) annesi olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma grubu arasında çocuklara yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,574>0,05$).

Çalışma grubundaki çocuk yakınlarının 25'inin (%50) 37 ve üzeri yaş grubunda, kontrol grubundaki çocuk yakınlarının 24'ünün (%48) 32-36 yaş grubunda olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($P=0,021<0,05$).

Çocuk yakınlarının 56'sının (%56) üniversite mezunu olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,955>0,05$).

Grafik 1: Çocukların Geçirdikleri Ameliyat Türlerine Göre Dağılımı;



($X^2= 28,834$, $SD= 4$, $P=0,000<0,05$)

Çocukların geçirdikleri ameliyat türlerine göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki çocukların 9'unun (%18) herniotomi, 38'inin (%76) sünnet, 2'sinin (%4) orşiopeksi, 1'inin (%2) herniotomi+sünnet, kontrol grubundaki çocukların 20'sinin (%40) herniotomi, 12'sinin (%24) sünnet, 7'sinin (%14) orşiopeksi, 1'inin (%2) hidroselektomi, 10'unun (%20) herniotomi+sünnet ameliyatı geçirdiği görülmektedir. Kontrol ve çalışma gruplarının ameliyat türlerine göre dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($P=0,000<0,05$) görülmektedir (Grafik 1).

Ailelerin sağlık kuruluşuna ulaşımında zorluk yaşayıp yaşamamalarına göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerin 48'inin (%96), kontrol grubundaki ailelerin 40'inin (%80) zorluk yaşamadığı görüldü.

Ailelerin ameliyat öncesinde yapılacak hazırlıklar konusunda 93'ünün (%93) yeterli bilgi aldığını belirttikleri görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının ameliyat öncesinde yapılacaklar hakkında yeterli bilgi alıp almama durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,240>0,05$).

Ailelerin 59'unun (%59) hemşire tarafından ameliyat sabahı servis hakkında bilgi aldığı görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarına hemşire tarafından ameliyat sabahı servis hakkında bilgi verilip verilmeme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,309>0,05$).

Çalışma grubundaki ailelerin 38'inin (%76), kontrol grubundaki ailelerin 32'sinin (%64) hemşire tarafından ameliyat günü yapılacaklar hakkında bilgi aldıkları görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarına hemşire tarafından ameliyat günü yapılacaklar hakkında bilgi verilip verilmemesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,190>0,05$).

Çalışma grubundaki ailelerin 19'unun (%38), kontrol grubundaki ailelerin 12'sinin (%24) çocukları ameliyatta iken bilgi aldığı görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının çocukları ameliyatta iken bilgilendirilip bilgilendirilmemesi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,310>0,05$). Çalışma grubundaki ailelerin 42'sinin (%84), kontrol grubundaki ailelerin 45'inin (%90) evde bakım konusunda bilgi aldığı görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma grubundaki ailelere çocuklarına evde bakım konusunda bilgi verilip verilmemesine göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,372>0,05$).

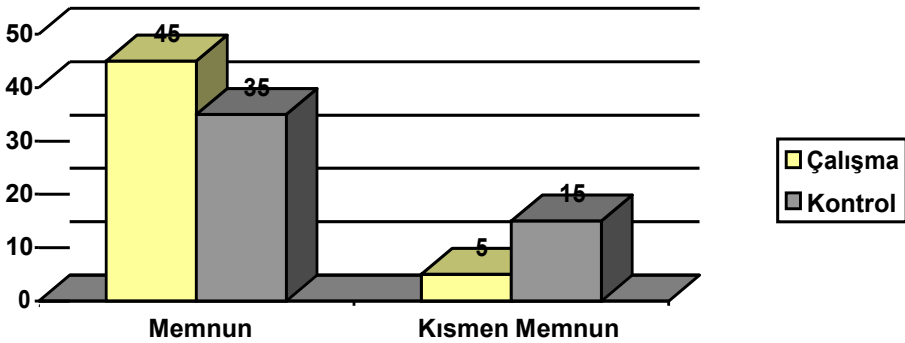
Araştırma kapsamına alınan ailelerin bilgilendirildikleri kaynağa göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerden 21'inin (%42) hekim, 9'unun (%18) hemşire, 11'inin (%22) hekim+ hemşire, 8'inin (%16) hekim+hemşire+kitapçık'dan bilgi aldıkları görülürken, 1'inin bilgi almadığı görüldü. Kontrol grubundaki ailelerden 31'inin (%62) hekim, 13'ünün (%26) hemşire, 5'inin (%10) hekim+ hemşire'den bilgi aldıkları görülürken, 1'inin bilgi almadığı görüldü. Kontrol ve çalışma gruplarındaki aileler bilgilendirildikleri kaynağa göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($P=0,012<0,05$) görüldü.

Ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili beğendikleri konuya göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerden 26'sının (%52), kontrol grubundaki hasta ailelerden 25'inin (%50) sağlık personelinin ilgisini beğendikleri görüldü.

Ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili beğenmedikleri konuya göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerden 33'ünün (%66), kontrol grubundaki ailelerden, 26'sının (%52) beğenmedikleri konu olmadığı görüldü.

Ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili alınan hizmetten memnun olup olmama durumuna göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerin 45'inin (%90), kontrol grubundaki ailelerin 35'inin (%70) memnun olduğu görülmüştür. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının günübirlik cerrahi ile ilgili alınan hizmetten memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($P = 0,012 < 0,05$)(Grafik 2).

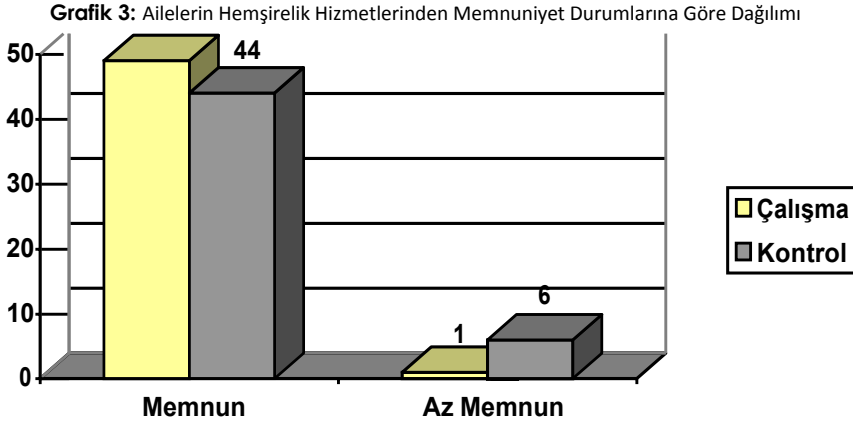
Grafik 2: Ailelerin Günübirlik Cerrahi İle İlgili Alınan Hizmetten Memnun Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımı



($X^2 = 6,250$, $SD = 1$, $P = 0,012 < 0,05$)

Ailelerin tetkik ve tedavi konusunda bilgilendirilme durumundan memnuniyetlerine göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerin 43'ünün (%86) memnun olduğu, kontrol grubundaki ailelerin 38'inin (%76) memnun olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının tetkik ve tedavi konusunda memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P = 0,333 > 0,05$).

Ailelerin hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumlarına göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerin 49'unun (%98), kontrol grubundaki ailelerin 44'ünün (%88) memnun olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($P = 0,05 \leq 0,05$)(Grafik 3).



($\chi^2=3,840$, $SD=1$, $P=0,05=0,05$)

Günübirlik cerrahi hemşire bakım formunun bölümlerinin hemşirelerin doldurma puan ortalamalarına göre dağılımına bakıldığında ameliyat öncesi bölüm doldurma puan ortalamasının 35,49 puan, ameliyat sonrası bölüm doldurma puan ortalamasının 29,71 puan, taburculuk bölüm doldurma puan ortalamasının 10,44 puan olduğu görüldü. Tablo 1’de görüldüğü gibi aylara göre bölümlerin doldurulma puanları karşılaştırıldığında; ameliyat öncesi bölümün aylara göre doldurma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($F=2,516$), ameliyat sonrası bölümün aylara göre doldurma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($F= 1,892$), Taburculuk bölümün aylara göre doldurma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($F=2,785$), formun genel toplam puan ortalamalarının aylara göre doldurma puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($F=1,518$) görüldü.

Tablo 1: Hemşirelerin Günübirlik Cerrahi Hemşire Bakım Formunu Doldurma Oranları

		N	X	Ss	F	P
Preoperatif Bölüm Doldurma Puan Ortalamaları	Temmuz	55	36,44	4,35	2,516	0,033
	Ağustos	29	35,31	4,31		
	Eylül	33	33,36	4,71		
	Ekim	13	36,61	2,81		
	Kasım	4	36,75	2,5		
	Aralık	5	36,20	1,64		
	Toplam	139	35,49	4,34		
Postoperatif Bölüm Doldurma Puan Ortalamaları	Temmuz	55	32,05	8,85	1,892	0,100
	Ağustos	29	31	8,15		
	Eylül	33	27,36	10,74		
	Ekim	13	24,46	13,14		
	Kasım	4	27,25	15,5		
	Aralık	5	27,6	12,24		
	Toplam	139	29,71	10,11		

Taburculuk Bölüm Doldurma Puan Ortalamaları	Temmuz	55	7,85	8,46	2,785	0,020
	Ağustos	29	13,34	8,42		
	Eylül	33	11,21	8,67		
	Ekim	13	10,08	9,3		
	Kasım	4	9	10,42		
	Aralık	5	19	1,41		
	Toplam	139	10,44	8,78		
Formun Genel Toplam Doldurma Puan Ortalaması	Temmuz	55	76,35	13,88	1,518	0,188
	Ağustos	29	79,66	13,73		
	Eylül	33	71,94	13,35		
	Ekim	13	71	16,04		
	Kasım	4	73	22,26		
	Aralık	5	82,8	11,32		
	Toplam	139	75,63	14,24		

* Ameliyat öncesi toplam puan = 40.00, * ameliyat sonrası toplam puan = 40.00

* Taburculuk toplam puan = 20.00, * Genel toplam puan = 100.00

TARTIŞMA

Günübirlik cerrahi hastaları hastanede daha kısa süre kaldıkları için hastalara ve ailelerine ameliyat öncesi ve sonrası bakımla ilgili bilgilendirmede eksiklik olduğu klinik çalışmalarda belirtilmektedir (Rice ve Valdivia 1991, Yavuz 1998). Tüm hizmetlerde olduğu gibi verilen hemşirelik bakımlarının kayıt edilmesi önem taşımaktadır.

Günübirlik cerrahi hemşire bakım formu ile tüm hastalarımıza verdiğimiz bakımın kayıt edilmesine, yapılan işlemlerde eksik kalan noktaların saptanmasına, tüm hastaların eşit bakım almasına olanak sağlandı.

Günübirlik cerrahi hemşire bakım formlarının bölümlerinin hemşirelerin doldurma durumları incelendiğinde bazı bölümlerin eksik doldurulduğu görüldü.

Günübirlik cerrahi hemşire bakım formlarının doldurulmasındaki eksikliklerin formların yeni kullanılmaya başlamasından ve her gün değişik bir hemşirenin çalışması bu alandan sorumlu hemşirenin olmamasından kaynaklandığı düşünüldü. Formdaki eksiklik en fazla taburculuk bölümünde olup bu da servis hemşireleri tarafından doldurulması gereken kısımdır. Formlardaki eksikliklerin giderilmesiyle ilgili olarak klinik başhemşiresi, servis sorumlu hemşiresi ve servis hemşireleri ile bu konuda tekrar toplantılar düzenlenerek eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapıldı. Böylece günübirlik cerrahi hastalarımıza verdiğimiz bakımın aksayan yönlerini görmemize ve bakım kalitemizi artırmamız için bize olanak sağladı.

Çalışma grubundaki ailelerin hemşirelik hizmetinden memnuniyetinde artış olduğu görüldü. Kontrol ve çalışma gruplarının hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Kliniğimizde yapılan Günübirlik Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımı ile ilgili yeniden yapılandırma sonucunda hastalarımıza verdiğimiz bakımın standardizasyonuna, kalitesine, olumlu katkıları olduğu görüldü.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, çocuk cerrahisi kliniğinde hemşirelik bakımında yapılan değişiklikler ile ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili alınan hizmetten ve hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin arttığı görüldü. Yeniden yapılanma çalışmaları sonucunda;

- Günübirlik cerrahi çocuk hastaların bakımlarının verildiği ünitenin oluşturulması,
- Sadece günübirlik cerrahi çocuk hastalarına bakım veren hemşirelerin olması,
- Günübirlik cerrahi çocuk hastalarına bakım veren hemşirelere konu ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Klinikte günübirlik cerrahi çocuk hasta bakımı için oluşturulan yeniden yapılanma çalışmalarının düzenli aralar ile kontrol ve kalite çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Browne DKM, Lightkep DB (1993). The special needs of pediatric patients. Burden N (Ed), Ambulatory Surgical Nursing, Chapter 17, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 418- 439.
- Callahan CR (1989). Pediatric ambulatory surgery: preparing the patient and parent for discharge. Journal of Post Anesthesia Nursing, 4(6) (December), 395-402.
- CGH Medical Center (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Your guide to pediatric surgery. <http://www.cghmc.com/pdfs/guidetopediatricsurgery.pdf> adresinden indirildi.
- Corlett H, Maher L, Sidman J (1998). Re-engineering day surgery. Ambulatory Surgery, 6(2), 85-88.
- Hermann Children's Hospital (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Day surgery. http://www.pedisurg.com/_staff/Day_Surgery.htm. adresinden indirildi.
- Karadağ M (1999). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2), 27-33.
- Kennedy AM (1999). Care of children", Hodge D (Ed), Day Surgery A Nursing Approach, Churchill Livingstone, Edinburg, 133- 140.
- Lake Forest Hospital (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Pediatric surgery. <http://www.Lakeforesthospital.com/treating/surpeds.htm> adresinden indirildi.
- Monterial Children Hospital (1995). Day surgery unit documents",
- Pascack Valley Hospital (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Same day center. <http://www.pascackvalleyhospital.org/sameday.htm>. adresinden indirildi.
- Rice M, Valdivia L (1991). A simple guide for design, use and evaluation of educational materials. Health Education Quarterly, 18(1), 79-85.
- Southeast Anesthesiology Consultants (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Information about anesthesia for ambulatory surgery. <http://www.seanesthesiology.com/ambulatory.htm>. adresinden indirildi.
- Temple Universty Children's Medical Center (Erişim Tarihi: 11.11.2002). The day before surgery. http://www.health.temple.edu/tucmc/general/html/Day_Surgery3.html. adresinden indirildi.
- The Children's Hospital of Philadelphia (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Your day surgery visit. http://www.chop.edu/pat_care_fam_serv/your_day_surg.shtml. adresinden indirildi.
- Toker K (2002). Günübirlik anestezi uygulamaları. Hemşirelik Forumu Dergisi, 5(3-4), Mayıs- Ağustos, 39- 43.
- Ulus H, Çocuk Cerrahisi Kliniği (2002). Günübirlik ameliyatlarda dikkat edilmesi gereken hususlar. <http://www.kinderchirurgie-koeln.de/Türkçe/Informasyon/Informasyon.html>.
- University of Missouri Health Care- Columbia (Erişim Tarihi: 2.12.2002). Children in same day surgery. <http://muhealth.org/~hospital/samechildren.shtml>. adresinden indirildi.
- Yavuz M (1998). Günübirlik cerrahi hastalıklarının bakımı için hemşire bakım formu geliştirilmesi ve formun kalite güvenliğinin izlemi. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-30.
- Yavuz M, Dramalı A (1998). Pediatrik günübirlik cerrahide hasta ve ailesinin taburculuğa hazırlanması ve taburcu edilme kriterleri. Hemşirelik Forumu, 1(6), 266-269.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ

BURN-OUT LEVEL OF NURSES WORKING IN AN UNIVERSITY HOSPITAL

Yard.Doç.Dr. Ümmü Yıldız FİNDİK* Yard.Doç.Dr. Özgül EROL*
Doç.Dr. Nejde SÜT** Hem. Deniz MOTÖR***

*Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Edirne

**Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bioistatistik Anabilim Dalı, Edirne

***Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü, Edirne

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve bazı kişisel ve çalışma özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlandı. Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı olarak Ekim 2009 ve Ocak 2010 tarihleri arasında 189 hemşire ile yapıldı. Veriler kişisel bilgi formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak elde edildi. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistiksel metodlar, one-way anova test, t-test, parametreler arasında ilişkinin değerlendirilmesinde spearman correlation testi kullanıldı.

Bulgular: Tükenmişlik puan ortalamaları “Duygusal Tükenme=18.1±6.91, Duyarsızlaşma=6.36±3.06, Kişisel Başarı=19.5±4.10” bulundu. Dahiliye kliniklerinde çalışıyor olma, mesleğini istemeden yapma, çalışma ortamından memnun olmama gibi faktörlerin duygusal tükenme” de, mesleği isteyerek yapmanın “kişisel başarı” da, mesleği istemeden yapmanın “duyarsızlaşma” da etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Kişisel ve bazı çalışma özelliklerinin (yaş, eğitim, medeni durum, çalışma yılı ve şekli, haftalık çalışma saati) hemşirelerin tükenmişlik düzeyini etkilemediği saptandı.

Sonuç: Çalışmada hemşirelerin duygusal tükenmesi orta düzeyde belirlendi. Tükenmişliğin azaltılmasında, mesleğe ilgilerinin artırılması ve çalışma ortamının memnuniyeti arttıracak şekilde düzenlenmesi dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, hemşirelik, hemşirelerde tükenmişlik, stres

ABSTRACT

Objective: This study was planned in order to assess the burn-out level of nurses working in a university hospital and also determine the relationship between some personal, occupational factors and burn-out level.

Methods: This descriptive study was done with 189 nurses between October 2009 and January 2010. Data was obtained by using a personal information form and Maslach Burn-out Inventory. Data was analyzed by using descriptive statistical methods, one-way anova test, t-test and spearman correlation.

Results:The mean score of the scale were found as “Emotional exhaustion = 18.1±6.91, Depersonalization = 6.36±3.06, Personal Success = 19.5±4.10”.It was determined that working in an internal medicine clinic, doing the job unwillingly, not satisfied with the working environment were the factors affecting emotional exhaustion; doing the job willingly was the factor affecting

“personal success”, doing the job unwillingly was the factor affecting “depersonalization” statistically significant. No relationship was found between burn-out level and some personal and occupational factors (age, education, marital status, working year and type, working hours per a week).

Conclusion: *In this research, emotional exhaustion levels of nurses were determined moderately. Interventions like increasing the interest to the occupation and designing the environment to enhance the satisfaction should be taken into account for decreasing burn-out level of nurses.*

Key words: *Burn-out, nursing, nurses’ burnout, stress.*

GİRİŞ ve AMAÇ

Hemşirelik mesleği bilim, teknoloji, ekonomi ve toplumsal yaşamda meydana gelen değişimlerden etkilenecek hemşirelerin kişisel ve mesleki yaşamlarında tükenmişlik durumu ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Palfi ve ark. 2008, Şenturan ve ark. 2009).

İnsan yaşamı üzerinde fiziksel, zihinsel, duygusal baskı oluşturan durumlarda oluşan stres ve aşırı stresin bir sonucu olarak ‘tükenmişlik’ kavramı 1974’de Freudenberger tarafından ruh sağlığı literatürüne girmiş ve günümüzde kabul gören tanımı Maslach tarafından 1981 yılında yapılmıştır (Gülseren ve ark.2000, Çapri 2006, Bektaş ve İlhan 2008, Malliarou ve ark. 2008). Tükenmişlik, kişinin iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan, özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik, olumsuz benlik kavramı gelişmesi, işe ve işyerinde çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumların gelişmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Çam 2001, Kaçmaz 2005, Maslach ve Jackson 1981, Çam 1991). Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olarak üç ayrı alt kategoride incelenmektedir(Maslach, Jackson ve Leiter 1997). Duygusal tükenme; kişiye yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır. Duyarsızlaşma; kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı bu kişilerin kendilerine özgü birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içerir. Kişisel başarı; sorunun başarı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır (Ergin 1992, Çam 1991). Tükenmişliğin hemşirelik, hekimlik, sosyal hizmet uzmanları, madde bağımlısı danışmanları, öğretmenlik, avukatlık gibi insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde daha fazla görüldüğü ve hemşirelerin %25’ini etkilediği belirtilmektedir (Zellmer 2005, Çapri 2006, Garrosa ve ark. 2008).

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelendirilmektedir(Demir 2004). Kadın olma, belirsizlikler karşısında sorumluluk alma zorunluluğu, ekip içi çatışmalar, rol belirsizliği, otonom çalışmama, 45 yaş üstü olma, iş deneyimi, eğitim seviyesi ve mesleki eğitim sırasında öğrenilen bilgi ve becerilerin günlük çalışma süreci içinde yeterince yerine getirilememesi, sabit bir çalışma ekibinin olmaması, fazla iş yeri değiştirme, uzun süre çalışma, özel bir birimde çalışma, yardımcı personel, donanım ve malzeme yetersizliği, düşük ücret, destek sistemlerinin yetersizliği vb. hemşirelerde tükenmişlik düzeyini arttıran önemli risk faktörleridir (Sayıl ve ark. 1997,

Gülseren ve ark. 2000, Demir 2004, Rafii ve ark. 2004, Alimoğlu ve Dönmez 2005, Palfi ve ark. 2008, Sinat ve Kutlu 2009, Poghosyan ve ark. 2009)

Ayrıca gece ve hafta sonu çalışma (hemşirelerin diğer insanlarla sosyal ilişkilerini kısıtlamakta), zor durumdaki insanlara sürekli umut sağlama çabası, sıkıntısı olan insanlarla empati yapma, hastaların depresif problemlerini paylaşma hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini etkileyen diğer önemli nedenler olarak belirtilmektedir (Palfi ve ark. 2008).

Garrosa ve ark. (2008) hemşireler ile yaptıkları çalışmada duygusal tükenme ve kişisel başarı yetersizliğinde en önemli faktörler olarak iş yükü, ağrı ve ölüm ile ilgili deneyimler, çatışmalı iletişim ve rol karmaşasını belirlemişlerdir. Altun (2002) hemşirelerin tükenmişlik deneyimlerinde kişisel ve mesleki değerlerinin (eşitlik, özgünlük, estetik, özgürlük) önemli rol oynadığını bildirmiştir.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin kişisel ve iş ortamına ait özelliklerinin tükenmişliğin gelişimini etkilediği görülmüştür. Örneğin, Demir ve ark. (2003) sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin duyarsızlaşma puanının yüksek olduğunu, Taycan ve ark. (2006) hemşirelerin yaşının ve mesleki deneyiminin artması ile tükenmişliğin azaldığını, Ksiazek ve ark. (2010) onkoloji hemşirelerinin cerrahi hemşirelerinden daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirlemişlerdir. Tükenmişlik durumunda hemşirelerde, psikosomatik bozukluklar, aile yaşantısında sorun yaşama, uykusuzluk, yorgunluk ve bitkinlik gibi fiziksel; çabuk öfkelenme, hayal kırıklığı, suçluluk ve kızgınlık gibi duygusal; işe geç gelme, erken ayrılma, işi bırakma, sık sık rapor alma, işte yeniliklerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin yetersizliği, hemşirelik bakım kalitesinde azalma gibi kurumsal sorunlar görülmektedir (Sayıl ve ark. 1997, Gülseren ve ark. 2000, Palfi ve ark. 2008, Kaya ve ark. 2010) Aynı zamanda, hastaya verilen hizmetin kalitesi, hizmeti veren bireylerin sağlığı, iş performansı ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilenmekte ve insan gücünün hizmet alanından uzaklaşmasına da neden olmaktadır (Demir 2004). Piko (2006) yaptığı çalışmada tükenmişlikle ortaya çıkan sorunların hemşirelerin üretkenliğini azalttığını, iş doyumsuzluğuna ve profesyonelliğin engellenmesine neden olduğunu belirlemiştir. Poghosyan ve ark. (2010) altı değişik ülkede yaptıkları çalışmalarında yüksek seviyede tükenmişliğin hemşirelik bakım kalitesinde düşme ile ilgili olduğunu belirlemişlerdir. Vahey ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada yeterli personele sahip, hasta bakımında yönetim desteği ve hekim hemşire iletişimi iyi olan hemşirelerin bakım verdiği hastalarda memnuniyet oranının iki kat fazla olduğunu ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin düşük olduğunu belirlemişlerdir.

Hemşirelik sağlık disiplinleri içinde birebir insan ilişkilerinin yaşandığı yoğun bir iletişim ve hizmet gerektiren bir meslektir. Hemşirelikteki yoğun iş yükü, hasta sorumluluğu, olumsuz koşullarda çalışma, işle ilgili stres ve gerginliğe, devam etmesi durumunda tükenmişliğe neden olabilmektedir (Şenturan ve ark. 2009). Hizmet ve bakımın kalitesinde bozulmalara yol açan tükenmişlik, sağlık alanında çalışanları ve hizmet alanları olumsuz etkilemektedir. Tükenmişlikle baş edebilmek için çalışılan grupta durum analizleri yapılmalı tükenmişliğe neden olan durumlar belirlenmeli ve giderilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır (Demir 2004, Kaya ve ark. 2010). Bu

nedenle tükenmişlik hemşireler tarafından tanınması, bilinmesi gereken bir olgudur (Çam 1992, Maslach, Jackson ve Leiter 1997).

Bu çalışma bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini ve bazı demografik ve çalışma özellikleri ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tanımlayıcı çalışma, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişliği değerlendirmek için planlanmış olup, Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım, Acil ameliyathaneye ait servislerde 01 Ekim 2009 - 31 Ocak 2010 tarihleri arasında yapıldı. Hastanede çalışan ve gönüllü olarak veri toplama formlarını dolduran hemşireler çalışmanın örneklemini oluşturdu (n=189).

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory=MBI) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve hemşirelere ait sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşullarına ait bilgileri sorgulayan sorular yer almıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş (1981), ayrıca Çam (1992) tarafından hemşirelerde geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış olup, Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılmış MTÖ'nün Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarı (KB) olmak üzere 3 alt boyutu vardır. "Duygusal Tükenme" (DT) kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlayan 9 maddeden oluşmaktadır. "Duyarsızlaşma" (D) kişinin hizmet verdiklerine karşı, bireylerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın ve duygudan yoksun bir şekilde davranmalarını tanımlayan 5 maddeden oluşmaktadır. "Kişisel Başarı" boyutu ise insanlarla çalışan bir kimsede yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlayan 8 maddeden oluşmaktadır (Çam 1992, Ergin 1992).

Toplam 22 maddeden oluşan ölçek, beşli likert tipi (0'dan 4'e değişen puanlamaya sahip) bir ölçektir. Her madde için 5 seçenekten (hiçbir zaman – çok nadir – bazen – çoğu zaman – her zaman) birinin seçilerek yanıtlanması gerekmektedir. "Hiçbir zaman" şıkkı "0", "Her zaman" şıkkı ise "4" puan verilerek değerlendirilir.

Her alt boyut için; Duygusal tükenme (1-2-3-6-8-13-14-16-20), Duyarsızlaşma (5-10-11-15-22), Kişisel Başarı (4-7-9-12-17-18-19-21) ile ilgili maddelerin puanlarının toplanması ile bulunmaktadır. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutları olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Kişisel Başarı alt boyutu ise olumlu ifadelerden oluşmakta olup tersine puanlanmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, kişisel başarı puanının artışı ise azlığını gösterir.

Ölçeğin genel puanı 0-88 arasında olmasına rağmen, tükenmişlik bir süreç olduğu ve değişik işlevleri içerdiği için tek bir puanla ifade edilememektedir. Bu puanların toplanması ile Duygusal Tükenme için 0-36, Duyarsızlaşma için 0-20 ve Kişisel Başarı için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir. Ölçeğin orijinalinde güvenilirlik katsayıları sırasıyla, Duygusal Tükenme için $\alpha.90$, Duyarsızlaşma için $\alpha.79$, Kişisel başarı için $\alpha.71$ olarak bulunmuştur. Ergin (1992) tarafından yapılan Türkçeye uyarlama çalışmasında Cronbach Alfa Katsayıları; Duygusal Tükenme için $\alpha.83$, Duyarsızlaşma için $\alpha.65$, Kişisel başarı için $\alpha.72$ olarak bulunmuştur.

Uygulama

Hastane yönetiminden yazılı izin alındıktan sonra hemşireler servislerinde ziyaret edildi, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Çalışma verilerinin bilimsel amaç için kullanılacağı, maddi çıkar sağlanmayacağı ve kimliklerinin açıklanmayacağı söylendi. Çalışmaya katılım onayları alındıktan sonra veri toplama formları verildi ve 30 dakika sonra geri alındı. Anlaşılmayan sorular olduğunda araştırmacılar tarafından yardım edildi.

Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla gruplarda Oneway Anova testi ve iki grup ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi, parametreler arasında ilişkinin değerlendirilmesinde spearman correlation testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmada yer alan hemşirelerin yaş ortalaması 29.7 ± 6.06 olup, haftalık çalışma süresi 41.3 ± 3.75 saat ve ortalama çalışma süresi 7.70 ± 6.49 yıl'dır. Grubun % 49.2'si evli, %32.8'i ön lisans mezunu ve %32.8'i dahiliye servislerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %41.8'i vardiya değişimli olarak çalıştığını, %86.6'sı mesleği isteyerek yaptığını ve %74.5'i çalışma ortamından memnun olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Kişisel ve Mesleki Değişkenler

Yaş(Ort±SD)	29.7± 6.06		
Medeni durum(n/%)	Bekar	89	47.1
	Evli	93	49.2
	Boşanmış	7	3.7
Eğitim durumu(n/%)	Sağlık Meslek Lisesi	38	20.1
	Ön Lisans	62	32.8
	Lisans	59	31.2
	Yüksek Lisans, Doktora	30	15.9
Çalışma süresi/yıl (Ort±SD)	7.70±6.49		
Çalışma süresi/hafta /saat (Ort±SD)	41.3±3.75		

Çalışılan servis(n/%)	Cerrahi servisleri	38	20.1
	Dahiliye servisleri	62	32.8
	Yoğun bakım	59	31.2
	Acil/ameliyathane	30	15.9
Çalışma şekli(n/%)	Sürekli gündüz	47	24.9
	Sürekli gece	5	2.6
	Nöbet	58	30.7
	Vardiya değişimli	79	41.8
Mesleği isteyerek yapma(n/%)	Evet	162	86.6
	Hayır	25	13.4
Çalışma ortamından memnun olma(n/%)	Evet	134	74.5
	Hayır	46	25.5

Tablo 2’de hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin üç alt grupta değerlendirilmesi görülmektedir. Hemşirelerin duygusal tükenme puan ortalaması 18.1 ± 6.91 (min=2, max=35) ve duyarsızlaşma puan ortalaması 6.36 ± 3.06 (min=2, max=15) ve kişisel başarı puan ortalamasının 19.5 ± 4.10 (min=5, max=31) olarak belirlendi.

Tablo 2. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi

Ölçek Alt Boyutları	Ort ± SD	Min.	Mak.
Duygusal Tükenme	18.1±6.91	2	35
Duyarsızlaşma	6.36±3.06	2	15
Kişisel Başarı	19.5±4.10	5	31

Tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının azalması ile ortaya çıkmaktadır (Kaçmaz 2005).

Çalışmada hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamaları değerlendirildiğinde, duygusal tükenmenin orta düzeyde, duyarsızlaşmanın düşük, kişisel başarının yüksek olduğu ve hemşirelerin orta düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları görülmektedir (Tablo 2).

Bu çalışmada hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik gösterdi.

Kaya ve ark. (2010) ve Altay ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamalarının orta düzeyde olduğunu, Sayıl ve ark. (1997) hemşirelerin daha fazla duygusal tükenme yaşadıklarını belirlemişlerdir. Malliarou ve ark. (2008) bölgesel bir hastanede hemşirelerin tükenmişliğini değerlendirdikleri çalışmalarında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını ortalamasının üstünde, Alimoğlu ve Dönmez (2005) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde duygusal tükenme düzeyini orta ve duyarsızlaşma düzeyini düşük olarak belirlemişlerdir. Demir ve ark. (2003) hemşirelerin profesyonel ve özel yaşamlarında tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında tükenmişliğinin devlet hastanelerinde çalışan hemşirelere göre daha az olduğunu saptamışlardır. Çalışma ve diğer çalışmaların sonuçları hemşirelerde duygusal tükenmenin fazla, duyarsızlaşmanın düşük olması açısından birbirini desteklemektedir.

Hemşirelerin kişisel başarı puan ortalamasının yüksek olması (Tablo 2) önceki çalışma sonuçları ile benzerdir. Sinat ve Kutlu (2009) psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında, Alimoğlu ve Dönmez (2005) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada, kişisel başarı puan ortalamasını yüksek belirlemişlerdir. Malliarou ve ark. (2008) çalışmalarında kişisel başarı puan ortalaması yüksek olan hemşirelerin oranını %71.9 olarak belirlemişlerdir. Altay ve ark. (2010) hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamaları ile aile desteği arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, yaş arttıkça kişisel başarı puan ortalamasının arttığını belirlemişlerdir. Benzer şekilde, Taycan ve ark. (2006) işe yeni başlayanlarda kendini yetersiz ve başarısız hissetmelerinden dolayı kişisel başarısızlığın yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Tükenmişliğin niteliğini belirleyen ve odak noktasını oluşturan boyutun duygusal tükenme olduğu, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalmanın bundan etkilenecek arttığı belirtilmektedir (Günüşen ve Üstün 2008).

Hemşirelerin tükenmişlik puan ortalaması ile yaş ($r=,051, p=,486$), haftalık çalışma saati ($r=,028, p=,705$), çalışma süresi/yıl ($r=,018, p=,806$), eğitim, çalışma şekli ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi.

Yapılan diğer çalışmalarda yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığı belirlenmiştir (Şenturan ve ark 2007, Altay ve ark 2010, Kaya ve ark 2010). Rudman ve Gustavsson (2010) mezuniyet sonrası ilk üç yıl içinde hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik deneyimlediğini, Taycan ve ark. (2006) çalışma yıllarının artmasının hemşirelerin tecrübe, güven ve sorunlarla başa çıkma yeterliliklerinin artmasına neden olduğunu ve tükenmişliğin azaldığını, Günüşen ve Üstün (2008) sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ve nöbet tutan hemşirelerin duygusal tükenmelerinin fazla olduğunu belirlemişlerdir. Ancak çalışmanın medeni durum, eğitim, çalışma şekli vb. özellikler ve tükenmişlik puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olmaması sonuçlarını destekleyen çalışmalar da vardır (Alimoğlu ve Dönmez 2005, Palfi ve ark. 2008, Kaya ve ark. 2010).

Tablo 3. Hemşirelerin Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri

Değişkenler		Duygusal Tükenme	Test istatistik	Kişisel Başarı	Test istatistik	Duyarsızlaşma	Test istatistik
Medeni durum	Bekar	18,08±7,13	*F=0,218 P=0,805	19,73±3,96	F=0,163 p=0,850	6,17±3,05	F=0,394 p=0,675
	Evli	18,09±6,67		19,38±4,21		6,49±3,02	
	Boşanmış	19,85±8,09		19,71±4,75		7,00±3,95	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	17,71±4,63	F=1,589 P=0,194	13,59±2,90	F=0,319 p=0,811	4,38±2,77	F=0,425 p=0,425
	Ön Lisans	20,12±5,74		13,44±3,28		4,85±2,80	
	Lisans	20,05±5,56		13,67±2,89		5,12±4,52	
	≥Yüksek Lisans	20,25±5,85		12,25±0,50		6,00±2,44	
Çalışılan servis	Cerrahi servisleri	18,47±6,84	F=4,545 P=0,004	20,39± 3,78	F=2,181 p=0,092	5,50 ± 2,66	F=2,132 p=0,098
	Dahiliye servisleri	19,60±7,09		19,91 ±3,72		6,77± 3,12	

	Yoğun bakım	18,6±26,6		19,55 ±3,88		6,83± 3,08	
	Acil/ Ameliyathane	14,20±5,75		18,00± 5,15		5,86± 3,12	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	17,58±6,09	F= 1,181 p=,320	19,43 ± 4,71	F= ,575 p=,681	6,26 ± 3,00	F= 2,323 p= ,058
	Sürekli gece	16,80±3,42		21,00± 1,41		6,80 ±3,49	
	Bazen nöbet	17,67±7,40		19,15± 4,20		5,63± 2,66	
	Vardiya değişimli	19,40 ±7,06		19,68± 3,86		7,11± 3,23	
Mesleği isteyerek yapma	Evet	17,10± 6,41	** t=-5,522 P=0,000	19,89±4,12	t=-2,80 p=0,006	6,15± 3,03	t=-2,15 p=0,032
	Hayır	24,76± 06,68		17,48± 3,15		7,56 ± 2,98	
Çalışma ortamından memnun olma	Evet	17,02± 6,61	t=-3,967 p=0,000	19,81 ±4,26	t=-1,603 p=0,111	6,08 ± 3,03	t=-1,904 p=0,059
	Hayır	21,54± 6,78		18,67± 3,84		7,06 ± 2,96	

*Oneway Anova, ** t- test,

Hemşirelerin çalıştığı birimin tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi olmadığını belirleyen çalışmalar (Kaya ve ark. 2010) olmasına rağmen, bu çalışmada dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme puan ortalamalarının (F=4,545, p=0,004) daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 3). Taycan ve ark. (2006) cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin kişisel başarı puan ortalamalarının dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğunu belirlemişler ve bu durumun dahiliye hemşirelerinin bakım verme ve sorumluluk alanının keskin sınırlarla çizilmemiş olması ve kronik hastaların bakımının zor olmasından kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Ksiazek ve ark. (2010) çalışmalarında onkolojik cerrahi hemşirelerinde tükenmişliğin cerrahi hemşirelerinden daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre tükenmişlik düzeylerini belirleyen diğer çalışmalar incelendiğinde; Palfi ve ark. (2008) yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyinin servis hemşirelerinin tükenmişlik düzeyinden iki kat daha fazla olduğunu, Şenturan ve ark. (2007) hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin düşük olduğunu, Metin ve Özer (2007) yoğun bakım ve acil servislerde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyursuzlaşma düzeyinin daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Sonuçlar ağır hastaların yattığı servislerde yoğun iş yükünün hemşirelerin tükenmişlik düzeyini etkilediğini göstermektedir.

Hemşirelerin kişisel başarı puan ortalaması mesleği isteyerek yapanlarda daha yüksek bulundu (t=-2,80, p=0,006). Randal ve Scott (1988) mesleğe tam anlamıyla bağlanmamanın kişisel başarısızlıkla sonuçlandığını belirtmektedirler. Şahin ve ark. (2008) çalışmakta olduğu bölümü kendi isteğiyle tercih edenlerin kişisel başarı puan ortalamasının daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Mesleği isteyerek yapmak doyum sağlayıcı özellikleri içerdiğinden tükenmişlik riskini azaltmaktadır.

Bu çalışmada, duygusal tükenme puan ortalamasının mesleğini istemeden yapanlarda (t=-5,522, p=0,000) ve çalışma ortamından memnun olmayanlarda (t=-

3,967, $p=0,000$) ve duyarsızlaşma puan ortalamasının mesleğini istemeden yapanlarda ($t=-2,15$, $p=0,032$) daha fazla olduğu belirlendi. Yapılan diğer çalışmalarda da, mesleği isteyerek yapma ve çalışma ortamından memnun olmanın tükenmişlik düzeyine etkisi belirlenmiştir. Palfi ve ark. (2008) çalışma yeri ve sağlık mesleğinden ayrılmak isteyenler ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki olduğunu, Metin ve Özer (2007) mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşadığını belirlemişlerdir. Benzer şekilde, Şahin ve ark. (2008) mesleği kendine uygun bulmayanların ve Altay ve ark. (2010) mesleği kendisi seçmeyenlerin duygusal tükenmelerinin fazla olduğunu saptamışlardır. Yılmaz ve ark. (2006) hemşirelerin %79.4' ünün mesleğin hem maddi hem de manevi olarak doyum vermediğini bildirdiklerini ve bunun nedeni olarak da "mesleğin fiziksel ve psikolojik olarak yıpratıcı" olduğunu (%72.9) belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin %57.6' sının çalıştığı bölümden memnun olmama nedeni olarak da "sorumluluğumuz fazla ancak yetkimiz az" ifadesini kullandığını bildirmektedirler. Jourdain ve Chenevert (2010) iş yerinde kaynak yetersizliğinin ve taleplerin karşılanmamasının duygusal tükenme ve dolaylı olarak duyarsızlaşmayı arttırdığını ifade etmektedirler. Hemşirelik mesleğini bilinçli ve isteyerek yapanların, mesleğin gereklerini yerine getirmede daha başarılı olacağı bunun da tükenmişlik düzeyini azaltacağı ancak iş yeri memnuniyetsizliğinin tükenmişlik seviyesini arttıracığı belirtilmektedir (Altay ve ark. 2010, Demir ve ark. 2003)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada hemşirelerde, duygusal tükenmenin orta düzeyde, duyarsızlaşmanın düşük, kişisel başarının yüksek olduğu ve hemşirelerin orta düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları belirlendi. Dahiliye servisinde çalışma, mesleğini istemeden yapma, çalışma ortamından memnun olmama 'duygusal tükenme' de, mesleği isteyerek yapma 'kişisel başarı' da, mesleği istemeden yapmanın 'duyarsızlaşma' da etkili olduğu belirlendi.

- Hemşirelerde, duygusal tükenmelerinin azaltılması için dahiliye servislerinde çalışan, mesleğini istemeden yapan ve çalışma ortamından memnun olmayan hemşirelerin mesleği isteyerek yapma ve servislerinden memnuniyetlerinin artırılması,
- Kişisel başarılarının arttırılmasında hemşirelik mesleğini severek yapmalarının sağlanması,
- Duyarsızlaşmalarının azaltılmasında mesleği istemeden yapan hemşirelerin hemşirelik mesleğini isteyerek yapmalarının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Altay B, Gönener D, Demirkıran C (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15:1,10-16.
- Alimoğlu MK, Dönmez L (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42:549-555.
- Altun İ (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing Ethics*, 9:3, 269-278.
- Bektaş G, İlhan N (2008). Huzurevlerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11:3,128-135.
- Çapri B (2006). Tükenmişlik ölçeğinin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2:1,62-77.
- Çam O (2001). The burnout in nursing academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*, 38:201-207.
- Çam O (1992). Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 155-160
- Çam O (1991). Hemşirelerde tükenmişlik sendromunun araştırılması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Demir A Ulusoy M, Ulusoy MF (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40:807-827.
- Demir A (2004). Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7:1,71-80.
- Ergin C(1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, 143-154.
- Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y ve ark.(2008).The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45:418-427.
- Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S (2000). Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeyi. *Kriz Dergisi*, 9:1, 27-38.
- Günüşen N, Üstün B (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:4,48-58.
- Jourdain G, Chenevert D (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*,47:709-722.
- Kaya N, Kaya H, Ayık SE ve ark. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7:1,401-419.
- Kaçmaz N (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İst Tıp Fak Derg*, 68: 29-32.
- Ksiazek I, Stefaniak TJ, Stadnyk M ve ark. (2010). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing* .doi:10.1016/j.ejon.2010.09.002
- Malliarou MM, Moustaka EC, Konstantinidis TC (2008). Burnout of nursing personel in a regional University Hospital. *Health Science Journal*, 2:3,140-152.
- Metin Ö, Özer FG (2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10:1, 58-66.
- Maslach C, Jackson SE (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 99-113.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (1997). Maslach Burnout Inventory (içinde) Zalaquett CP, Richard J. Wood RJ (eds.) *Evaluating Stres*. The Scarecrow Press, 191-219
- Palfi I, Nemeth K, Kerekes Z ve ark. (2008). The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 14:19-25.
- Piko BF (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43:311-318.

- Poghosyan L, Aiken LH, Sloane DM (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46:894-902.
- Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M ve ark. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33: 288–298.
- Rafii F, Oskouie F, Nikravesh M (2004). Factors involved in nurses' responses to burnout: a grounded theory study. *BMC Nursing*, 3:6,1-10.
- Randall M, Scott WA (1988). Burnout job satisfaction and job performance. *Aust Psycho*, 23:335-347.
- Rudman A, Gustavsson JP (2010). Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*. doi.10.1016/j.ijnurstu.2010.07.012
- Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş ve ark. (1997). Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 5 :2, 71-77
- Sinat Ö, Kutlu Y (2009). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *İÜFN Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17:3,174-183.
- Şenturan L, Karabacak BG, Alpar ŞE ve ark. (2007). Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2:2,33-45.
- Şahin D, Turan FN, Alparslan N ve ark. (2008). Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45:116-121.
- Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z (2006). Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15:6,92-97.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S ve ark. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:100-108.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM ve ark. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42:2,57-66.
- Zellmer DD (2005). Teaching to prevent burnout in the helping professions. *Analytic Teaching*, 24:1,20-25.

KANITA DAYALI BİR UYGULAMA: PSİKOEĞİTİM

EVIDENCE-BASED PRACTICE: PSYCHOEDUCATION

Ar.Gör. Figen ŞENGÜN* Öğr.Gör. Hatice ÖNER ALTIÖK**
Prof.Dr. Besti ÜSTÜN*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

**Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada psikoeğitimin tanımı, kullanım alanları ve etkinliği, ilgili literatür doğrultusunda incelenmiştir. Kanita dayalı uygulamalar arasında yer alan psikoeğitim, günümüzde psikososyal müdahale boyutlarından biri olarak hasta/sağlıklı birey ve aileye yönelik pek çok alanda uygulanmaktadır. Psikoeğitimde hasta/sağlıklı birey ve ailesinin baş etme becerilerini geliştirme yöntemlerine odaklanılmakta ve hastalığı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir. Literatürde koruma, tedavi ve rehabilitasyon düzeylerinde tek başına psikoeğitim müdahalesi ya da diğer tedavi yaklaşımlarıyla bir arada uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmalarda psikoeğitimsel müdahalelerin bakım ve hasta sonuçları üzerine etkili olduğuna dikkat çekilmektedir. Ancak çalışmalar incelendiğinde psikoeğitim müdahalelerinin farklı gruplarda oturum sayısı ve sıklığının, müdahalelerin kimler tarafından yürütülebileceğinin, müdahaleleri yürütecek kişilerin taşınması gereken yeterlilikler gibi konu alanlarında standartların belirlenmesine gereksinim olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Psikoeğitim, Kanita Dayalı Uygulama, Psikososyal Müdahale

ABSTRACT

In the study, the definition, usage and effectiveness of psychoeducation is investigated in the light of the literature. Psychoeducation, one of the evidence-based interventions, is today widely employed in many areas regarding patients/healthy individuals and/or families as one of the several dimensions of psychosocial interventions. Psychoeducation focuses on methods used to improve coping skills of patients/healthy individuals and families, and aims at helping patients and families manage the disease. In the literature, there are several studies in some of which psychoeducation intervention is used alone and in others of which psychoeducation is employed together with other treatment approaches during protection, treatment and rehabilitation stages. However, there is a need to determine the standards regarding the number and frequency of psychoeducational intervention sessions conducted in different groups, by whom the interventions should be performed and what qualifications the persons to carry out interventions should have.

Keywords: Psychoeducation, Evidence-Based Practice, Psychosocial Approach

GİRİŞ

Psikoeğitim, psikolojik ya da fiziksel hastalıklarda; kişilere hastalıklarını, hastalığa verdikleri duygusal yanıtlarını öğretme, baş etme becerilerini geliştirme, hastalığa

uyumu ve tedaviye işbirliğini sağlamaya yönelik olarak yapılandırılmış eğitsel müdahalelerdir (Donker et al. 2009, Rummel et al. 2006, Lukens, Mcfarlane 2004, Boyd, Nihard 1998). Psikoeğitimde hasta ve ailesinin problemleriyle ve yetersizlikleriyle baş etme becerilerini geliştirme yöntemlerine odaklanılmakta ve bu yolla hastalığı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir (Griffiths, Smith 2010, Rummel et al. 2006). Müdahalelerde amaç, bilgi ve davranış değişikliği oluşturma yoluyla bireylere problemleriyle nasıl baş edebileceklerini öğretmek, hastanın kendi durumunu anlamasına yardımcı olmak, öz bakım aktivitelerini geliştirmek, komplikasyonları önlemek, iyilik düzeyini ve yaşam kalitesini artırmaktır (Swaminath 2009, Bercaw 2000, Cunningham et al. 1999, Blair, Rainones 1997). Ayrıca hasta ve ailesine yönelik beklenen çıktıları vardır. Bunlar: hastalık semptomlarını öğretmek, bilişsel, affektif ve davranışsal değişiklikler oluşturmak, iç görüyü arttırmak, relapsı önlemek, etkili baş etme becerileri kazandırmak, duygusal destek sağlamak, aile yükünü ve stresini azaltmak, hasta ve ailesinin umudunu, yaşam kalitesini arttırmak, tedaviye işbirliği ve uyumu arttırmaktır (Swaminath 2009, Yurtsever ve ark. 2001, Baker 2000).

Günümüzde psikoeğitimsel müdahalelerinin birçok alanda (kanser, diyabet gibi) kullanımı artmaktadır. Uzun süreli hastane tedavisinin maliyetinin yüksek olması nedeniyle kısa süreli hastane tedavilerinin ve eğitimle desteklemiş tedavi yöntemlerinin gerekliliği, psikoeğitimin, nüks ve relapsların önlenmesinde, tedaviye uyumda, hastalık süreci ile baş etme becerilerini geliştirmede etkinlik göstermesi ayrıca psikoeğitim müdahalelerinin kolay uygulanabilmesi, hastalıkla ilgili problem çözüme becerilerini geliştirmesi, karar verme ve aktif katılımı kolaylaştırması bu müdahalelerin kullanılmasını artıran nedenler arasında sayılabilir (Lukens, Mcfarlane 2004, Yurtsever ve ark. 2001, Fawzy et al. 1997).

Psikoeğitim psikoterapötik ve eğitsel müdahaleleri entegre eden bir tedavi yöntemi olup, hastalığı anlama ve sonuçlarıyla baş etmede teorik ve pratik yaklaşım sunmaktadır (Ong, Karon 2008). Geleneksel tıbbi modellere temellenen psikososyal müdahalelerin birçok formu patolojiyi, hastalığı ve işlev bozukluğunu tedavi etmeye odaklanırken, psikoeğitim; sağlık, işbirliği, baş etme ve güçlendirme felsefesine odaklanan, yetkinlik temelli, bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (Ong, Karon 2008, Lukens, Mcfarlane 2004). Psikoeğitimin üç temel ögesi vardır. Bunlar; terapötik etkileşim, açıklık getirme ve baş etme becerisinin geliştirilmesidir (Swaminath 2009). Terapötik etkileşim; tıbbi bilginin saygı ve bireyin kendi düşünceleri doğrultusunda paylaşılmasını sağlamadır. Açıklık getirme; etkileşimsel bir tarz içinde bireyin hastalığa yüklediği anlamların ve bilgilerinin basitçe açıklık getirilmesidir. Baş etme becerisinin geliştirilmesi; krizin en üst düzeyde yönetilmesi ve kaynaklar üzerine odaklanarak baş etme becerilerinin geliştirilmeye çalışılmasıdır. Bu, bireyin hastalığına karşı uzmanlaşması ve yaşam planlarının yeniden düzenlenmesine yardım edebilir (Swaminath 2009).

Psikoeğitim müdahalelerinde yetişkin eğitiminin temel ilkeleri kullanılmaktadır. Yetişkin eğitimi öğrenen merkezli aktif bir süreçtir. Bireyin ihtiyaçları temel alınarak bireyselleştirilmiş bir eğitim içeriği yapılandırılmaktadır. Bu noktada psikoeğitim

içeriği ve materyalleri öğrenen merkezli olarak bireye özgü ve bireyin gereksinimlerine yönelik yapılandırılmakta ve şimdiki zamana odaklanılmaktadır (Stuart 2001). Bu süreç karşılıklı işbirliğine temellenmektedir. Hasta/sağlıklı birey ve müdahaleyi yürüten kişi arasında kurulan işbirliğinin amacı, bilgi artışı sağlama yoluyla daha olumlu sağlık sonuçları elde etmektir (Lukens, McFarlane 2004, Stuart 2001). Psikoeğitim; tanılama, gereksinimleri saptama, saptanan gereksinimler doğrultusunda amaçlar oluşturma, uygulama ve değerlendirme boyutlarını içermektedir (Boyd, Nihard 1998). Bu süreçte temel altı basamak söz konusudur. Bunlar; hastanın rahatsızlığı ile ilgili endişelerini, bilgilerini ve yanlış anlamaları ortaya koymak, hastalığın net ve kısa bilgilerle anlatılması yoluyla bireyin kavrayışını artırıp anksiyetesini azaltmak, hastanın hastalığı ile ilgili duygularını ifade etmesine yardım ederek gerçekçi duygusal/emosyonel destek, sağlayarak umut aşlamak, bireyin hastalığına ilişkin yanlış bilgi ve yorumlamaları düzeltmek, bireyin hastalığı ile ilgili kolay anlayabileceği şekilde durumu ayrıntılı olarak açıklamaktır. Süreç bilgilerin birey tarafından nasıl anlaşıldığının kontrol edilmesi ile sonlanmaktadır (Swaminath 2009).

Klinik ve toplumsal araştırmalar sonucunda etkinliği kanıtlanmış; kanıta dayalı uygulamalar arasında yer alan psikoeğitim, günümüzde psikososyal müdahale boyutlarından biri olarak hasta/sağlıklı birey ve aileye yönelik olarak pek çok alanda uygulanmaktadır (Lukens, McFarlane 2004, McFarlane et al. 2003). Literatürde farklı hastalık gruplarında, birçok çalışmada tek başına psikoeğitim müdahalesi ya da diğer tedavi yaklaşımlarıyla kombinasyonların uygulandığı çalışmalar bulunmakta ve psikoeğitimsel müdahalelerin etkinliğine dikkat çekilmektedir (Griffiths, Smith 2010, Donker 2009, Alataş ve ark. 2007, Chan 2005, Lukens, McFarlane 2004, Devine, Westlake 1995). Psikiyatri alanında psikoeğitim müdahaleleri ağırlıklı olarak şizofreni hasta ve yakınlarıyla yürütülmüştür. Ayrıca duygu durum bozuklukları, depresyon, alkol madde kullanımı, post travmatik stres bozukluğu, kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları alanlarında yürütülmüş randomize kontrollü psikoeğitim çalışmaları bulunmaktadır (Lukens, McFarlane 2004). Psikiyatri hasta ve ailelerine yönelik yürütülen psikoeğitim müdahalesinin içeriğinde genellikle; belirti ve bulgular, hastalığın seyri, nedenleri, tanı testleri ve ölçümleri, yaşam stili değişimleri, tedavi seçenekleri, tedavinin olası sonuçları, ilaç etki ve yan etkileri, terapötik stratejiler, uyum sağlayıcı baş etme yanıtları, potansiyel uyum problemleri, relapsın erken uyarı işaretleri, öz bakım sorumluluğunu geliştirme, iletişim, baş etme becerileri, sosyal beceri eğitimi, stres yönetimi, sosyal destek sağlama, problem çözme eğitimi, kriz yönetimi konuları yer almaktadır (Stuart 2001, Baker 2000, Colom et al. 2003, Dowrick et al. 2000, Griffiths, Smith 2010). Bu alanda yürütülen gözden geçirme çalışmalarının sonuçları psikoeğitim müdahalelerinin tedaviye uyumu arttırdığı, hastalık sonuçlarını geliştirdiği, relaps ve rekürrensi azalttığı, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi düzeyini artırdığını göstermektedir (Gonzalez-Pinto et al. 2004). Dixon ve Lehman (1995) şizofreni ailelerine yönelik yürütülen psikoeğitimsel müdahalelerin etkinliğini inceledikleri derleme çalışmasında psikoeğitim müdahalelerinin hastaların relaps oranlarını azalttığını belirtmektedirler. Randomize kontrollü olarak yapılmış aile psikoeğitim çalışmalarının incelendiği bir başka derleme çalışmanın sonuçları da

psikoeğitimin relaps oranlarını azalttığını, hasta sonuçlarını ve ailenin iyi oluşuğunu geliştirdiğini belirtmektedir (Mcfarlane et al. 2003). Donker ve ark. (2009) meta analiz çalışmada psikoeğitim müdahalelerinin kalitesinin önemine dikkat çekmekte ve pasif psikoeğitim müdahalelerinin depresyon ve distress semptomlarını azaltmada etkinliği olduğunu belirtmektedir. Gümüş (2006) derleme çalışmasında ülkemizde şizofreni hasta ve ailelerine yönelik olarak yapılan psikoeğitim müdahalelerinin etkinliğine dikkat çekmekte ve psikoeğitimin hasta ve ailelerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, problem çözme yetilerinin artırılmasında, hastalığın yineleme riskinin azaltılmasında ve aile işlevlerinin düzelmesinde olumlu sonuçlar oluşturduğunu belirtmektedir. İncelenen bu çalışmalarda psikoeğitim müdahalelerinin oturum sayısı, sıklık, süre ve izlemlerine yönelik standardizasyonun olmadığı görülmektedir.

Psikiyatri dışında tıbbi hastalıklara yönelik yürütülen psikoeğitim müdahaleleri kronik, yaşamı tehdit eden hastalıklarda daha yaygın olarak kullanılmakla birlikte bu müdahalelerin amacı, hasta ve bakım verenlerin hastalığın fiziksel ve psikolojik etkileriyle baş etmelerine yardım etmektir. Bu grupta ağırlıklı olarak kanser hastalarıyla psikoeğitim müdahalelerinin yürütüldüğü belirtilmektedir (Lukens, Mcfarlane 2004). Kanser hastaları ve ailelerine yönelik planlanan psikoeğitimsel müdahaleler; sağlık eğitimi, stres yönetimi, baş etmeyi geliştirme, psikolojik destek sağlama ve grup psikososyal desteğini içermektedir (Fawzy 2007, Bercaw 2000, Bultz et al. 2000, Cunningham et al. 1999, Devine, Westlake 1995, Edelman et al. 2000, Fawzy et al. 1997; Payne et al. 1997). Kanserli hastalarda psikoeğitimsel müdahalelerin depresif semptomları azaltmada etkililiğinin incelendiği gözden geçirme çalışmalarının sonuçları psikoeğitimsel müdahalelerin depresif semptomları ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Barsevick et al. 2002, Devine, Westlake 1995). Devine ve Westlake'ın (1995) yaptığı 116 çalışmalı meta analizde bu programların sadece bilgi düzeyini arttırmadığı aynı zamanda kanser semptomlarını, ağrıyı, anksiyeteyi, depresyonu ve bulantı kusmayı azalttığı belirlenmiştir. Bu alanda yürütülmüş randomize kontrollü çalışma sonuçlarında da psikoeğitim müdahalelerinin yaşam kalitesinde artış sağladığı belirtilmekte ve müdahale sonrasında anksiyete ve distreste azalmaya dikkat çekilmektedir (Cunningham 2000, Edmonds et al. 1999, Meyer, Mark 1995). Bir başka çalışmada psikoeğitimin jinekolojik kanserli hastalarda seksüel istek, orgazm, doyum, seksüel distres ve depresyon üzerinde pozitif etkisi olduğu saptanmıştır. Araştırmada kullanılan eğitim materyali yararlı, açık ve yardım edici bulunmuştur (Brotto 2008). Meme kanserli hastalara tedavi sonrasında yapılan psikoeğitim programlarının hastaların yaşam kalitesini geliştirdiği belirtilmektedir (Meneses et al. 2009, Meneses et al. 2007). Bir başka çalışmada Cunningham ve ark. (1999), kanser hastalarında psikoeğitimsel müdahalenin bireysel yeterlilikte artma, duygu durumunda iyileşme ve depresyonda azalma sağladığını saptamışlardır. Kanser tedavisi tamamlandıktan sonraki dönemde yürütülen psikoeğitimsel müdahalelerin bireysel yeterliliği, olumlu sağlık davranışlarını, fiziksel fonksiyonu artırdığı, depresyonu, distrest ve çatışmayı azalttığı saptanmıştır (Dale et al. 2010). Ayrıca tedavi sonrası dönemde psikoeğitimsel müdahalelerin meme kanseri sağ kalanlarında yaşam

kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Meneses et al. 2009). İlgili literatürde kanser hastalarına yönelik psikoeğitimsel müdahalelerin çoğunlukla tanı ve tedavi sürecinde olduğu, tedavi sonrasında sınırlı sayıda müdahale çalışmasının bulunduğu ve yürütülen psikoeğitimsel müdahalelerin uygulanmasında belirli bir sıklık ve süre belirtilmemekte olup, kısa dönem müdahalelerin yer aldığı açıklanmakta ve standardizasyonun olmadığı belirtilmektedir (Stanton et al. 2005, Meneses et al. 2007).

Lukens (2004), kanser dışında randomize kontrollü olarak psikoeğitim müdahalelerinin diyabet, kronik ağrı ve obezite gruplarında da çalışıldığını vurgulamaktadır. Bu çalışmalarda psikoeğitim içeriği: hastalık, semptom bilgisi, bilişsel davranışçı teknikler, problem çözme, atılganlık eğitimi, beden imajı, grup desteği, semptom yönetimi, iletişim becerilerinden oluşmaktadır (Lukens, Mcfarlane 2004). Bu hasta gruplarıyla yürütülen çalışmalarda psikoeğitimin etkinliğine dikkat çekilmektedir. Diyabet hastaları ile yürütülen çalışmada; psikoeğitimin olumsuz yeme alışkanlığında, beden memnuniyetsizliğinde azalma sağladığı fakat metabolik kontrolü (HbA1c, insülini unutmama) geliştirmediği saptanmıştır (Olmsted et al. 2002). Obez grupla çalışılan bir başka çalışmada ise psikoeğitim grubunda benlik saygısında ve beden imajını kabullenmede olumlu yönde değişim sağladığı dikkat çekilmektedir (Ciliska 1998). Psikiyatri dışı hastalık gruplarına yönelik yapılan çalışmalarda da psikoeğitim müdahalelerinin oturum sayısı, sıklık, süre ve izlemelerine yönelik standardizasyonun olmadığı görülmektedir.

Psikoeğitim müdahaleleri danışmanlık müdahaleleriyle benzerlik göstermektedir. Her iki yaklaşımda da kişileri güçlendirmeye odaklanılmaktadır. Ancak psikoeğitimde kişilere yetersizlikleri ve problemleriyle nasıl baş edeceklerine yönelik güçlendirme etkinlikleri daha fazla vurgulanmaktadır (Boyd, Nihard 1998). Konuyla ilgili açıklığa kavuşturulması gereken önemli bir soru, sağlık eğitimi ve psikoeğitim arasında farklılığın olup olmadığıdır. Ancak, literatür gözden geçirildiğinde her iki konu arasındaki farkın araştırıldığı çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Sağlık eğitimi sadece psikoeğitimin bir boyutu olarak değil aynı zamanda genel sağlık gereksinimlerini içermesi bakımından da önemlidir. Psikiyatri hemşireleri bireylerin sadece ruhsal eğitim gereksinimlerine değil, genel sağlık gereksinimlerine yönelik hazırlanacak sağlık eğitimine de odaklanmaları gerekmektedir (Boyd, Nihard 1998). Fawzy (2007), çalışmasında psikoeğitimin dört temel bileşeninden birisinin sağlık eğitimi olduğunu belirtmekte ve sağlık eğitiminin amacının: bilgi azlığı ve belirsizliğe bağlı olarak yaşanan çaresizlik ve yetersizlik duygusunu azaltarak bireyde kontrol ve yetkinlik duygusunu geliştirmek olduğunu açıklamaktadır.

Psikoeğitimde üç düzey önleme olmasına karşın literatür incelemesinde psikoeğitim müdahalelerinin, çoğunlukla tedavi ve rehabilitasyon dönemlerinde yürütüldüğü, korumaya yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Duygu durum bozukluğu yaşayan adölesan ve çocuklara yönelik aile temelli randomize kontrollü psikoeğitim çalışmalarının incelendiği derleme çalışmasında, psikoeğitim müdahalelerinin çoğunluğunun tanı almış gruplarla tedavi amacıyla yürütüldüğü belirtilmektedir. Çalışmada riskli grupta önleme amacına yönelik sadece bir çalışmaya

ulaşıldığı belirtilmekte ve bu noktaya dikkat çekilmektedir (Ong, Karon 2008). Literatürde birinci düzey korumaya yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda ergenlerle yapılan psikoeğitim çalışmalarında genellikle koruyucu temelli olarak, iletişim becerileri ve sorun çözme becerilerini geliştirmeye yönelik psikoeğitim programlarının uygulandığı görülmektedir. Gibbons (2010), eğitimsel süreçte yaşadıkları stres nedeniyle tükenmişlik duygusunu yoğun yaşayan öğrencilere verilecek baş etme ve stresi yönetme psikoeğitim programlarının önemini vurgulamıştır. Bir başka çalışmada Cash ve Hrabosky (2003), ergenlerde beden imajını güçlendirmek için bilişsel davranışçı programın kullanıldığı psikoeğitim programını uygulamışlardır. Buna göre, öğrencilerde psikoeğitimsel müdahale sonucunda benlik saygılarında artma ve sosyal anksiyete düzeylerinde düşme saptanmıştır (Cash, Hrabosky 2003). Ülkemizde ergenlerde konuyla ilgili olarak literatür gözden geçirildiğinde duyguları fark etme, ifade etme ve stresle baş etmeye yönelik psikoeğitim müdahale programlarının yayına dönüştürüldüğü görülmektedir (Kuzucu 2006, Aydın 2006). Aydın'ın çalışmasında (2005), akış kuramına dayalı oluşturulan stresle başa çıkma grup programına katılan lise birinci sınıf öğrencilerinin stresle baş etme puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bir başka çalışmada Kuzucu (2006), üniversite öğrencilerinin duygularını fark etmeye ve ifade etmeye yönelik psikoeğitim programının etkinliğinin değerlendirdiği çalışmasında, öğrencilerin duygusal farkındalık puanlarının anlamlı düzeyde yüksek çıktığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada Karahan (2008), iletişim ve çatışma çözme beceri eğitiminin üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeyleri üzerindeki etkisini ortaya koymaya çalışmıştır. Bu çalışma sonucuna göre, iletişim ve çatışma çözme beceri eğitimi programına katılan öğrencilerin sosyal beceri düzeylerinin, bu programa katılmayan öğrencilerin sosyal beceri düzeylerinden yüksek olduğunu saptamıştır (Karahan 2008).

Psikoeğitimin psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı gibi farklı psikiyatri profesyonelleri tarafından bireysel ya da grup psikoeğitimi şeklinde uygulanabileceği belirtilmekte ve alana özgü spesifik eğitimin alınmış olması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (Gümüş 2006, Alataş ve ark. 2005). Ancak farklı uzmanlar tarafından verilen psikoeğitimin farklılıklarını, avantaj ve dezavantajlarını tanımlamaya yönelik çalışmaların olmadığı belirtilmektedir (Ong, Karon 2008). Ayrıca psikoeğitimi yürütecek bireylerin sahip olmaları gereken yeterlilikler konusunda netlik bulunmamaktadır. Ancak psikoeğitimin terapötik yaklaşımlar konusunda eğitim almış ve eğitim sürecinde ortaya çıkabilecek psikososyal tepkileri yönetebilecek kişiler tarafından yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak psikoeğitimsel müdahaleler farklı hastalık gruplarında etkinliği belirlenmiş kanıt temelli müdahalelerdir. Ancak psikoeğitim müdahalelerinin farklı gruplarda oturum sayısı ve sıklığının, müdahalelerin kimler tarafından

yürütülebileceğinin ve yürütecek kişilerin taşıması gereken yeterlilik ve sağlık eğitimi ile arasındaki farklar gibi konu alanlarının tanımlanmasına gereksinim vardır.

Günümüzde kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik uygulamaları içindeki önemi artmaktadır. Bu noktada hemşirelerin bağımsız fonksiyonu arasında yer alan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitimin uygulanması, tartışılması ve yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca hemşireliğin felsefesini oluşturan anlayışlardan biri biyopsikososyal bütünlük içinde hastanın ve ailesinin optimal fonksiyon görmesine yardım etmektir. Hemşireler bu anlayışı psikoeğitim yoluyla gerçekleştirebilirler. Psikiyatri hemşireleri aldıkları eğitim nedeniyle, bireyin ve ailenin psikososyal bakım gereksinimlerini belirleme ve psikoeğitimsel müdahaleleri planlamada, uygulamada ve etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir konuma sahiptir. Hemşireler bu önemli rollerinin ve bağımsız fonksiyonlarının farkında olmalı, bireyin ve ailenin eğitim gereksinimlerini saptayarak, fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini arttırmada psikoeğitimsel müdahaleleri bakımın bir parçası olarak uygulamalıdır. Psikoeğitim müdahaleleri, bireyin fonksiyonelliğini artırma yoluyla ailesiyle/toplumla olan uyumunu arttırmada; ailenin psikososyal iyi oluşluğunu korumada; depresyon ve olası psikososyal sorunları azaltmada; bireyin ve ailenin yaşam kalitesinin arttırmada önemlidir. Bu yolla da sağlık sorunlarının erken tanınması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonuna katkı sağlanması beklenmektedir. Ayrıca kanıt düzeyindeki bu müdahaleler, hemşireliği görünür kılmada da oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- Alataş G, Kurt E, Alataş ET ve ark. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20(4): 196-205.
- Aydın KB (2006). *Stresle Başa Çıkma*, Öner U(ed). Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Aydın KB (2005). Akış kuramına dayalı stresle başa çıkma grup programının ergenlerin stresle başa çıkma stratejilerine etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Baker JA (2000). Developing psychosocial care for acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7 (2): 95-100.
- Barsevick AM, Sweeney C, Haney E et al. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for Depression in patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29 (1): 73-84.
- Bercaw GN (2000). Advocacy training: A look toward the future for pediatric cancer patients and their families. *Dissertation Abstracts International: B. Sciences & Engineering*, 60: (9-B).
- Blair TD, Rainones VA (1997). Education as psychiatric intervention: the cognitive-behavioral context. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35 (12):29-36.
- Boyd M, Nihard, M (1998). *Psychiatric Nursing*, Lippincott Company p: 313-314.
- Brotto LA (2008). Psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav*, 37(2): 317-329.
- Bultz BD, Specia M, Brasher PM et al. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support for partners of early stage breast cancer patients. *Psychooncology*, 9 (4): 303-313.
- Cash TF, Hrabosky JI (2003). The Effects of psychoeducation and self- monitoring in a cognitive behavioral program for body-image improvement. *Eating Disorders*, 11(4): 255-270.
- Ciliska, D (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research*, 20 (1): 119-135.

- Chan CWH (2005). Psychoeducational intervention: A critical review of systematic analyses. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9 (3-4): 101-111.
- Cunningham AJ (2000). Adjuvant psychological therapy for cancer patients: Putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology*, 9 (5): 367-371.
- Cunningham AJ, Edmonds CV, Williams D (1999). Delivering a very brief psychoeducational program to cancer patients and family members in a large group format. *Psychooncology*, 8 (2): 177-182.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60: 402-407.
- Dale HL, Adair PM, Humphris GM (2010). Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions for men with cancer. *Psychooncology*, 19 (3): 227-237.
- Devine EC, Westlake SK (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*, 22 (9): 1369-1381.
- Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (4): 631-643.
- Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P et al. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7 (79): 1-9.
- Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomized controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *British Medical Journal*, 321(7274): 1450-1454.
- Edelman S, Craig A, Kidman AD (2000). Group interventions with cancer patients: Efficacy of psychoeducational versus supportive groups. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18 (3): 67- 85.
- Edmonds CV, Lockwood GA, Cunningham AJ (1999). Psychological response to long-term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, 8 (1): 74-91.
- Fawzy NW (2007). Psychoeducational interventions rationale, structure, and nursing-sensitive patient outcomes. *Eonsnewsletter Spring*, 2007: 16-17.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS et al. (1997). Brief coping-oriented therapy for patients with malignant melanoma. In J. L. Spira (Ed), *Group therapy for medically ill patients* (pp. 133-164). New York: Guilford Press. *Oncology Nursing Forum*, 17: 223-229.
- Gibbons C (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2010): 1299-1309.
- Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjoto S et al. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand*. 109 (2): 83-90.
- Gorostidi XZ, Egilegor XH, Erice MJA et al. (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, 27 (7): 777-785.
- Griffiths F, Smith D (2010). Psychoeducation intervention for people with bipolar disorder. *Mental Health Practise*, 13 (9): 22-23.
- Gümüş AB (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2 (2): 23-34.
- Karahan TF (2008). Bir iletişim ve çatışma çözme beceri eğitimi programı'nın üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 41(2): 169-186.
- Kuzucu Y (2006). Duyguları fark etme ve ifade etme psikoeğitim programı, Yeşilyaprak B(ed). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Lukens EP, Mcfarlane WR (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3): 205-225.
- Mcfarlane WR, Dixon L, Lukens E et al. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2): 223-245.
- Meneses K, McNeess P, Azuero A et al. (2009). Preliminary evaluation of psychoeducational support interventions on quality of life in rural breast cancer survivors after primary treatment. *Cancer Nursing*, 32(5): 385-397.

- Meneses KD, McNees P, Loerzel VW et al. (2007). Transition from treatment to survivorship: effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34 (5): 1007-1016.
- Meyer TJ, Mark MM (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14 (2): 101–108.
- Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC et al. (2002). The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (2): 230–239.
- Ong SH, Caron A (2008). Family-based Psychoeducation for Children and Adolescents with Mood Disorders. *J Child Fam Stud*. 17 (6): 809–822.
- Payne DK, Lundberg JC, Brennan MF et al. (1997). A psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma. *Psychooncology*, 6 (1): 65-72.
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J et al. (2006). Psychoeducation in schizophrenia- Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4):765-777.
- Stanton ALL, Ganz PA, Kwan L et al. (2005). Outcomes from the moving beyond cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (25): 6009-6018.
- Stuart GW (2001). Principles and practice of psychiatric nursing. 8'th Edition, China: Mosby, 248-249.
- Swaminath G (2009). Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 51(3): 171-172.
- Warbah L, Sathiyaseelan M, Vijayakumar C et al. (2007). Psychological distress, personality and adjustment among nursing students. *Nurse Education Today*, 27 (6): 597-601.
- Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N ve ark. (2001). Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 14 (1): 33-40.

ÖZEFAGUS ATREZİSİ OLAN PREMATÜRE YENİDOĞANA POSTOPERATİF DÖNEMDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

NURSING APPROACH TO PREMATURE NEWBORN WHO HAS ESOPHAGEAL ATRESIA AT POSTOPERATIVE PERIOD

Sema BAYRAKTAR Yard.Doç.Dr. Duygu GÖZEN

Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
Istanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağl. ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Özefagus atrezisi, farinksten mideye kadar uzanan pasajın anatomik olarak tam oluşmaması ile karakterize, hayatı tehdit eden konjenital bir anomalidir. Genetik bir özellik taşımamakla birlikte ailesel yatkınlık gösterdiği bildirilmektedir. Ortalama 3000-4000 canlı doğumda bir görülmektedir. Özefagus atrezisine bağlı mortalite ve morbititenin azaltılmasında erken tanı, cerrahi girişim tekniği ve postoperatif bakım kadar önem taşımaktadır. İlk belirti tükürük salgısının yutulmaması sonucu, ağızdan ve burundan köpük şeklinde gelmesidir. Özefagus atrezisi olan bebeklerin postoperatif dönemde atelektazi, pnömoni, anastomozda kaçak olması, fistül gelişimi, reflü ve anastomoz hattında darlık gibi komplikasyonlar açısından gözlenmesi gerekir.

Bu bilgiler ışığında; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi' de (İÜİTF) 30. gestasyon haftasında doğan, özefagus atrezisi tanısıyla opere edilen bebek Y.'nin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) postoperatif dönemde verilen hemşirelik bakımı ile elde edilen sonuçlar olgu incelemesi olarak değerlendirildi.

Sonuç olarak 3.düzy YYBÜ'nde postoperatif dönemde tedavi edilen ve hemşirelik bakımı verilen bebek Y.; spontan solunuma başladı, ağrısının azaldığı gözlemlendi, bilirubin düzeyi normale döndü, vücut sıcaklığı normal değerlere düştü, vücut tartısında artış belirlendi, deri turgoru düzeldi, cilt ve mukozaya rengi pembe-nemli görünüm aldı. Bebek Y'de herhangi bir komplikasyon belirtisi görülmedi ve olumlu anne-bebek etkileşimi sağlanarak 2.düzy YYBÜ'ne tansfer edildi. Oral beslenmeye başladıktan sonra 2. düzey YYBÜ'ne transfer edildi.

Anahtar kelimeler: Özefagus Atrezisi, Prematüre, Hemşirelik bakımı, Postoperatif bakım

ABSTRACT

Esophageal atresia is characterized by anatomicly absence of extending passage from pharynx to stomach as a congenital anomaly which threaten to the life. Have shown a genetic predisposition to familial property offers little together. It's seen in an average every 3000- 4000 of live births. Reducing mortality and morbidity of esophageal atresia early diagnosis is important as surgical intervention technique and postoperative care. Cannot be swallowed salivary secretion is first symptom of disease that the foam in the form of the mouth and nose Observation in the postoperative period of infants with esophageal atresia has great significance about atelectasis, pneumonia, anastomotic leakage, development of fistula, reflux and complications such as anastomotic strictures.

According to this information baby Y. who was born in University of Istanbul Medical Faculty on 30 gestational weeks of age, operated for esophageal atresia and taking care in neonatal intensive care unit (NICU) was discussed for evaluation of postoperative nursing care and related results of initiatives.

Consequently baby Y, who was treated and given nursing care at the third level neonatal intensive care unite at postoperative period, started respiration spontaneously. The relieving of pain was observed. The level of bilirubin returned the normal level. The body temperature decreased from high temperature to normal body temperature. The increasing of body weight was mentioned. The turgor of skin improved. The colour of skin and mucosa returned pink and moist appearance. There wasn't any complication at the third level neonatal intensive care unit and baby Y was transferred to the second level neonatal intensive care unite by providing positive interaction between baby and mother.

Key Words: Esophageal Atresia, Prematurity, Nursing Care, Postoperative Care Period

GİRİŞ

Özefagus atrezisi (ÖA), trakeaözöfajiyal fistüllü veya fistülsüz, en sık karşılaşılan hayatı tehdit edici ve acil cerrahi operasyon gerektiren konjenital özefagus anomalilerinden biridir (Savaşer 2008, Altınyurt, Boia ve Mittal 2005, Turan ve Demir 2003). ÖA, farinksten mideye kadar uzanan pasajın anatomik olarak tam oluşmaması ile karakterizedir. Genellikle 2. ve 4. torasik vertebra seviyesinde özefagusun körleşmesi şeklinde görülür. Ortalama 3000- 4000 canlı doğumda bir görülür (Şavaşer 2008, Goyal, Jones, Couriel, Losty 2006, Jhonston, Flood, Spinks 2004, Altınyurt, Turan ve Demir 2003).

ÖA' nde ilk ana belirti doğumdan hemen sonra tükürüğün yutulmamasına bağlı ağızdan ve burundan köpükler şeklinde geri gelmesidir. Tanılmasında dikkat çeken diğer belirtiler ise; yenidoğanda orta derecede solunum güçlüğü bulunması, mideye kadar sondanın ilerletilememesi (7- 10 cm' den sonra ilerlememesi), beslenme ile başlayan siyanoz ve öksürük gelişmesidir (Savaşer 2008, Goyal ve ark 2006, Merenstein ve Gardner 2006, Coşkun ve Sevinç 2004, Haws 2004). Hemşirelerin doğum sonrası yapacakları gözlem hastalığın tanılanmasında yardımcı olacak önemli bir faktördür. Belirtilerin erken dönemde fark edilerek, tanının belirlenmesi Ö.A. olan bebeklerde ağızdan beslenmeye bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasını sağlayacaktır.

Direkt grafide hava dolu poş ve içerisinde bükülmüş kateter ile distalde gaz yokluğu görülür (Coşkun ve Sevinç 2004).

Özefagus atrezili bebeklerin %50' sinde farklı anomaliler ya da bozukluklar soruna eşlik etmektedir. Özellikle vertebral, anorektal, kardiak, renal ve iskelet sistem bozuklukları, trizomi 18, trizomi 21 kromozom anomalileri, Digeorge sendromu, kalp defektleri, genital hipoplazi, kulak anomalileri ve gelişim geriliği ÖA 'ne eşlik eden bozukluklar arasında yer almaktadır (Savaşer 2008, Goyal ve ark 2006, Merenstein ve Gardner 2006, Haws 2004).

Özefagus atrezisi olan bebeklerin postoperatif dönemde atelektazi, pnömoni, anastomozda kaçak, fistül gelişimi, sepsis, gastroözöfajiyal reflü, anastomoz hattında

darlık ve özefagus motilitesinde bozukluk gibi komplikasyonlar açısından yakın gözlem ile değerlendirilerek nitelikli hemşirelik bakımı uygulanmasının büyük önemi vardır(Şavaşer 2008, Merenstein ve Gardner 2006, Haws 2004).

OLGU

Bebek Y. Doğum Tarihi: 6.Mart.2010

Cinsiyeti: Erkek

Aile Öyküsü: Baba 27, anne 22 yaşında sağlıklı ve aralarında akraba evliliği bulunmamaktadır. Aile tipi çekirdek ailedir. Bebek Y' nin büyükannesinde diyabet ve hipertansiyon olması dışında ailede başka ailesel hastalık öyküsü bulunmamaktadır.

Annenin Gebelik Öyküsü: Yirmi iki yaşında, ev hanımı olan bebek Y. 'nin annesi İstanbul' da özel bir hastanede gebelik süresince izlenmiştir. Daha önce de bir gebelik öyküsü bulunan anne, gebeliği süresince demir preparatı dışında ilaç kullanmamış ve 13 kilo almıştır. Annenin doğumdan iki gün önce şişkinlik şikâyeti olmuş, iki kez kusması ve baş dönmesi olması sonucu takipli olduğu hastaneden preeklampsi tanısıyla İÜİTF Kadın Doğum ve Kadın Hastalıkları Ünitesine sevk gerçekleştirilmiştir. Eklampsi ön tanısı ile İÜİTF doğumhanesine götürülen annenin, konvülsiyonlarının başlaması nedeniyle doğumu acil sezeryan yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Doğum Öyküsü: Bebek Y. annenin ikinci gebeliğinden canlı doğan ilk çocuğudur. Annesinde eklampsi olması ve gestasyonel yaşının miadında olmaması nedeniyle bebek Y sezeryan ile, 30. gestasyonel haftasını tamamlayarak doğmuştur.

Doğum vücut ağırlığı: 1170 gr, *doğum boyu:* 37cm ve *doğum baş çevresi:* 29 cm dir.

Gestasyonel yaşına göre vücut ağırlığı: AGA (Aproprate Gestational Age)'dır. Bebek Y.nin doğum kilosu 3 ve 10. persantil eğrileri arasındadır.

Apgar Puanı: Birinci değerlendirme 7, ikinci değerlendirme 9'dur.

Tanı: 30. gebelik haftası(+) preterm AGA, eklampsili anne bebeği, dispne, siyanoz

Şikâyetleri: Solunum sıkıntısı ve inleme.

Doğumhane sistem değerlendirilmesi:

Bebeğin genel görünümü: hipoaktif, doğum sonrası hemen ağlamamıştır. Derisi normal görünümde, göbeğinin üzerinde ekimoz görülmüştür. Baş incelemesinde ön fontanel: 1x1 cm, arka fontanel: 0.3 x0.3cm olarak belirlenmiştir. Huzursuz görünen bebeğin göz, kulak, ve burun incelemesi normal, ağızda köpük olduğu görülmüştür.

Solunum: Solunum tipi abdominal ve torasik, dinleme ile sol akciğer sesi kaba raller duyuluyor ve sekresyon mevcuttur. Göğüs kafesi; şekil normal, interkostal ve subkostal çekilmeler görülmüştür.

Nöromotor durum: kas tonüsü normal, yenidoğan reflekslerinden arama refleksi zayıf bulunmuştur.

Vital bulgular: Solunum sayısı 52/dk, ateş 36.20C ve kalp tepe atımı 128/dk belirlenmiştir.

Testisler skrotumda palpe edilmiş, kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistemi ve gastrointestinal sistemi normal bulunmuştur.

Hastalık Öyküsü: Doğumdan hemen sonra bebek Y. ısıtıcı altına alınmıştır. Spontan solunumu olmaması üzerine önce taktil uyaran ve bunu takiben 30sn 'ye süreyle pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmıştır. Bunun sonucunda aktivitesinin arttığı görülmüştür. Bebek Y. 'de solunum sıkıntısı ve inleme belirtileri görülünce 2.düzyer YYBÜ 'ne alınmıştır. İkinci düzey YYBÜ 'de hemşire tarafından ısıtıcı altına alınan bebek Y. 'nin, rutin olarak ateş takibi yapılmış, damar yolu açılmış ve hasta mekanik solunum desteğine (nazal CPAP) alınmıştır. Hemşire bebeği beslemek amacıyla orogastrik sonda takmak istediğinde sonda yeterince ilerlememiş ve mideye ulaşmamıştır. Bu durum hemşirenin dikkatini çekmiş doktora rapor etmiştir. Çocuk cerrahisi tarafından konsülte edilen bebek Y. 'nin ÖA tanısıyla opere edilmesine karar verilmiştir. Yaşamının birinci gününde özefagus onarımı yapılarak opere edilen bebek Y. postoperatif dönemde 3. Düzey YYBÜ 'ne sağ göğsünde 4. interkostal aralıkta drenaj amacıyla yerleştirilen göğüs tüpü ile getirilmiştir. Bebeğin vücut ısı: 360C, oksijen satürasyonu 98, kalp tepe atımı 143/dk ve bilirubin değeri 11.01mg/dl olarak belirlenerek, kaydedilmiştir.

BEBEK Y. 'NİN POSTOPERATİF DÖNEM HEMŞİRELİK BAKIMI

Bebek Y. 7.03.2010 tarihinde Ö.A. tanısıyla opere edilerek tedavi ve hemşirelik bakımı 3.düzyer YYBÜ 'nde 23.03.2010 tarihine kadar sürdürüldü. YYBÜ 'nde bebek Y. 'nin gözlemi sonucu belirlenen hemşirelik tanıları, bu tanılara yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri ve girişimler sonucunda yapılan değerlendirmelerde gözlenen değişiklikler aşağıda yer almaktadır.

1. HAVA YOLLARI AÇIKLIĞINDA YETERSİZLİK

Belirtiler: Bebeğin ağızında bol sekresyon, göğsünde subkostal retraksiyonlar, abdominal ve torasik solunumla birlikte gözlendi. Solunum sayısı: 52/dk, cilt rengi siyanotik, kordondan alınan kan gazı: Ph 7.32 Be: -0.8mmol/l CO2 55mmHg, venöz kan gazı: Ph 7.27 Be : -6.2mmol/l CO2 43.6mmHg' dir.

Amaç: Hava yollarının açıklığını sağlamak.

Uygulanan Girişimler

- Oksijen satürasyonu mönitörden takip edildi ve kan gazları her gün takip edilerek kayıt edildi (Can 1998).
- Bebek Y. kan gazına göre dört saatte bir oral ve nazal yoldan aspire edildi.
- Hastanın cilt rengi değerlendirildi.
- Hastanın solunum hızı gözlendi (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2006).
- Solunumu etkileyebilecek çevresel faktörler düzenlendi.

- Çevre ısısı optimum vücut ısısı sağlayacak şekilde ayarlandı. Bebek yuvaya sarılarak aktivitesi azaltıldı. Dış uyaranlar (ses, ışık) azaltılarak bebeğin ajite olması engellendi (Çiğdem 2008).
- Sekresyon stazını önlemek amacıyla bebeğin başı yükseltildi. Günde 3-4 kez postüral drenaj uygulandı (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004).
- Dört saat aralıklarla bebeğin pozisyon değişikliği sağlandı (Sevim 2006).
- Ventilatör desteğinde olduğu sürece nemlendirilmiş oksijen verildi (Savaşer ve ark. 2009, Can 1998).

Değerlendirme

Solunumu desteklemeye yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda bebek Y. altıncı gününde normal spontan solunuma başladı. Solunum sayısı 30-40/dk civarında izlendi, akciğerler dinlendiğinde akciğer sesleri normal ve her iki hemitoraksın eşit olduğu belirlendi, interkostal çekilmeler kayboldu. Kan gazı değerleri normal ve cilt rengi pembe olarak gözlemlendi.

2. AĞRI

Belirtiler: Ağlaması ve inlemesi, kaşlarını çatması, yüzünü buruşturması, gözlerini ve yumruklarını sıkması, huzursuz olması, kalp tepe atımının 189/dk ve satürasyonlarının 79-84 olmasıdır.

Amaç: Bebeğin ağrı hissini azaltarak rahatlamasını sağlamak

Uygulanan girişimler

- Ağrının yeri, şiddeti ve ne zaman başladığı bebeğin fiziksel görünümünü doğrultusunda gözlemlendi (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004).
- Ağrı cerrahi girişime bağlı olduğundan order edilen farmakolojik ajanlar uygulandı (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004, Derebent ve Yiğit 2006)
- Farmakolojik ajanların neden olabileceği solunum depresyonu hipotansiyon, bronkospazm, bradikardi, batın distansiyonu ve kabızlık açısından bebek izlendi (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004)
- Bebek. Y' ye daha az dokunularak uyarana bağlı ağrının azalması ve gözlemi sağlandı (Çiğdem 2008).
- Non-farmakolojik girişimler ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yöntemleri ile ağrısı azaltılmaya çalışıldı.
 - Çevresel uyaranlar ses, ışık ve keskin kokular azaltıldı.
 - Hastanın fleksiyon pozisyonunun sürdürülmesine çalışıldı.
 - Pozisyon verilirken uyanık olduğu zamanlar seçildi. Pozisyon verilirken kendini güvende hissetmesi için yuva yapılarak vücudu desteklendi.
 - Ağrı ve acı veren uyaranlardan kaçınıldı.
 - Ağrılı işlemler öncesi bebeğe tatlı maddeler, emzik verme ve yumuşak dokunma gibi girişimler uygulandı (Çiğdem 2008, Derebent ve Yiğit 2006).

- Göğüs tüpünün olduğu yere bası uygulanmayacak şekilde pozisyon verildi.
- Huzursuzluk yaratacak, ağırlı işlemler ve bakım uygulamaları olabildiğince aynı anda yapıldı ve ekibin buna uyması sağlandı (Derebent ve Yiğit 2006).
- Ağırlı girişimler öncesinde ve arasında dinlenme periyotları sağlandı (Derebent ve Yiğit 2006).

Değerlendirme

Bebek Y.'de yüz buruşturma, dokununca ağlama ve inleme belirtileri gözlenerek ağrısı olduğu belirlenmiştir.

Ağrısını azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri sonucunda bebeğin kalp tepesi ortalama 123/dk, saturasyonu 96 olarak gözlemlendi. Bebek sakin ve huzurlu uyudu. Ağlama ve inlemesi, yüz ve vücut hareketlerinde huzursuzluk sadece invaziv işlemler ve tartı işlemi gibi uyarıların olduğu zamanlarda görüldü.

3. FOTOTERAPİYE BAĞLI KOMPLİKASYONLARIN GELİŞME RİSKİ

Olası belirtiler: Retinal dejenerasyon, dehidratasyon, diyare, bronz bebek sendromu, konjenital eritropoetik porfori, deri döküntüsü, trombositopeni, hipokalsemi ve patent duktus arteriosus (PDA)'dır

Amaç: Fototerapiye bağlı gelişebilecek komplikasyonların gelişiminin önlenmesi.

Uygulanan Girişimler

- Retinal dejenerasyonu önlemek için gözler fototerapi göz bandı ile kapatıldı. Burun deliklerinin açık olmasına dikkat edildi (Canbulat ve Demirgöz 2009, Balcı 2008, Can , Çoban ve İnce 2002).
- Fototerapi lambalarının 40- 45 cm yüksekte olması sağlandı (Balcı 2008).
- Deri temasını arttırmak için bebek çıplak bırakıldı, ancak genital organlar ışıktan korundu (Canbulat ve Demirgöz 2009, Balcı 2008).
- Deri rengi gözlemlendi. Deri ılık su ile temizlendi. Yanıkları önlemek için yağlanmadı (Canbulat ve Demirgöz 2009)
- İki saat ara ile pozisyon değiştirildi. Dört saat aralıklarla vücut ısısı takip edildi (Can , Çoban ve İnce 2002).
- Bebeğin rengi ışık söndürülerek değerlendirildi.
- Parenteral beslenme ürünlerinin üzeri folyo ile kapatıldı.
- Fototerapi, tedaviye başlandığı zamanki bilirubin seviyesinin altına düşüncü sonlandırıldı.
- Yan etkiler yönünden bebek gözlemlendi (Sulu yeşil dışkı, hipertermi, farkedilmeyen sıvı kaybı, ciltte koyulaşma dökülme vb.) (Canbulat ve Demirgöz 2009, Balcı 2008)

Değerlendirme

Fototerapi tedavisi ve bakımı süresince bebek Y.'de hipertermi gelişti. Bilirubin seviyesi 8- 12 saat aralıkla kontrol edildi. Bebek Y. değişik zaman aralıklarında bilirubin seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak toplam üç kez ve ortalama 10-12 saat

tekli fototerapi tedavisi aldı. Fototerapiye bağlı gelişebilecek retinal dejenerasyon, dehidratasyon, diyare, bronz bebek sendromu, konjenital eritropoetik porfori, deri döküntüsü, trombositopeni, hipokalsemi ve PDA görülmedi. Bebeğin bilirubin düzeyi 6.91 mg/dl olduktan sonra ve yaşınının 8.gününde fototerapi uygulaması durduruldu.

4. VÜCUT SICAKLIĞINDA DEĞİŞİKLİK: Hipertermi

Belirtiler: Vücut sıcaklığı 37.60C, kalp tepe atımı taşikardik, solunumu taşipneik ve derisinin kızarık olması.

Amaç: Hastanın vücut sıcaklığını normal sınırlara (36.50C- 37.20C) düşürmek ve korumak.

Uygulanan Girişimler

- Vücut ısısı normal değerlere ulaşıncaya kadar ilk bir saat 15 dakika aralıklarla sonraki saat 30 dakika aralıklarla ölçüldü ve kaydedildi.
- Bebeği aşırı sarmaktan kaçınıldı.
- Ateş varlığı hekime bildirilerek sıvı alımı arttırıldı.
- Order edilen antipiretik uygulandı.
- Ilık uygulama yapıldı.
- Fototerapi aldığı için küvözün ısısı düşürüldü (Savaşer ve ark 2009, Birol 2004).

Değerlendirme

Girişimler sonucunda cilt kızarıklığının azaldığı, solunum sayısınının 38/dk 'ya, kalp tepe atımınının 161/dk 'ya ve vücut ısısınının 36.70C' ye düştüğü belirlendi.

5.BESLENMEDE DEĞİŞİM: Vücut gereksiniminden az beslenme

Belirtiler: Bebeğin ağızdan beslenememesi, parenteral beslenmesi, vücut ağırlığında; 1.gün -20gr tartı kaybı olması, 2.ve 3. gün tartı alımı olmaması, 6. 7. ve 8.gün' lerde -20'şer gr tartı kaybı olması

Amaç: Bebeğin yaşına uygun yeterli- dengeli beslenmesini sağlamak ve sürdürmek

Uygulanan Girişimler

- İlk sekiz gün parenteral yol ile ortalama 4.8- 6.2cc/h arası sıvı tedavisi ile beslendi.
- Beslenmesi; Yaşınının 9. ve 10.gününde 24x1 cc anne sütü (AS) nazogastrik sonda (NGS) ile verildi. İntravenöz (IV) yolla 4.7cc/h total parenteral beslenme (TPN:%10 dekstroz,KCL,serum sale,tracutil ve soluvit) uygulandı. Onbirinci ve 15.günlerde ortalama 12x5cc AS, ve 4.7cc/saat TPN ile devam edildi. Onaltı ve 19. günleri arasında ortalama 8x14 cc (anne sütünün kesilmesi nedeniyle mamaya geçildi) formül mama ve TPN 3,4cc/saat ile beslenme devam etti. Yaşınının 20.gününde 8x10cc formül mama ve TPN 3.8cc/saat beslenmeye devam edildi.
- Dehidratasyon riski açısından gözlem yapıldı.Aldığı-çıkardığı izlemi yapıldı (Savaşer ve ark 2009, Birol 2004).

- Günlük tartı takibi yapıldı (Savaşer ve ark 2009, Ünal 2005, Birol 2004)
- IV beslenme uygulaması ve değerlendirmesi gerçekleştirildi. IV kateter giriş bölgesi ve sıvı akışı açısından iki saatte bir gözlemi yapıldı. IV infüzyon setleri sızıntı yönünden kontrol edildi ve bebeğin hedeflenen parenteral beslenme miktarını tam olarak alması sağlandı.
- Bebek. Y 'nin tartı kayıpları ve aldığı çıkarttığı değerlendirme sonuçları doktora bildirilerek IV sıvı tedavisinin miktarı doktor istemiyle düzenlendi.
- Beslenmeye geçildikten sonra beslenme öncesi ve sonrası ağız bakımı uygulandı(Savaşer ve ark 2009).

Değerlendirme

Bebek Y. ilk sekiz gün sadece IV yolla beslendi ve toplamda -20 gr tartı kaybı oldu. Dokuzuncu gün ve 10. günlerde toplamda +20gr aldı. Beslenmesinin 11. ve 15. günlerinde toplamda +140gr artışı oldu. Beslenmesinin 16. ve 19. günlerinde vücut tartı artışı olmadı.

6.SIVI ELEKTROLİT DENGESİZLİĞİ

Belirtiler: Bebeğin yetersiz beslenmesi, ateşinin 37.60C olması, tartı kaybının olması, cilt tugrorunun zayıf ve kuru olması, ön fontanelinde çöküklük olması ve kalsiyum değerinin düşük olması (kalsiyum: 7.6mg/dl (9- 12.0mg/dl))

Amaç: Sıvı elektrolit dengesini korumak ve sürdürmek.

Uygulanan Girişimler

- Hastanın aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapıldı.
- Elektrolit değerleri takip edildi (Savaşer ve ark 2009, Ünal 2005, Birol 2004, Can 1998).
- Dehidratasyon belirti ve bulguları (ağırlık kaybı, nabız, solunum, fontanel çöküklüğü, sistolik tansiyon, deri turgoru, gözyaşı varlığı-yokluğu, mukoza, idrar, kapiller dolma zamanı) gözlenerek değerlendirildi (Savaşer ve ark 2009, Birol 2006).
- Solunum yolu ile sıvı kaybının azaltılması için nemlendirilmiş oksijen verildi (Can 1998).
- Cilt kuru ve temiz tutuldu. Pozisyon değişimi sağlandı. Dört saatte bir ağız bakımı verildi. Günlük kilo takibi yapıldı (Savaşer ve ark 2009, Ünal 2005, Birol 2006, Can 1998)
- Doktor istemi doğrultusunda eksik olan kalsiyum miktarı IV olarak 4x1cc olacak şekilde 12 gün süre ile verildi. Kan kalsiyum değeri 11.6mg/dl olunca kalsiyum tedavisine son verildi.

Değerlendirme

Post operatif 13. günde kalsiyum düzeyi 11.6mg/dl olduğu için kalsiyum tedavisi sonlandırıldı. Fontanel çöküklüğü ve deri turgoru düzeldi, cilt pembe ve nemli gözlemlendi.

7. ORAL MUKOZ MEMBRANDA DEĞİŞİKLİK

Belirtiler: Bebeğin ağızında köpüklü sekresyon bulunması, endotrakeal tüp nedeniyle ağzının açık kalması, dudaklarının ve ağız mukozasının kırmızı ve kuru olması,

Amaç: Oral mukoza bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması.

Uygulanan Girişimler

- Bebek Y.'nin ağız mukozası kızarıklık, doku bütünlüğü ve nemliliği açısından hergün değerlendirildi.
- Üç-dört saat ara ile izotonik sodyum klorür ile ağız bakımı uygulandı. Ağız boşluğunun tamamının iyice temizlenmesi sağlandı.
- Dudaklara yumuşatıcı sürüldü (Savaşer ve ark 2009, Abidia 2007, Sevim 2006, Birol 2004).
- Limon ve asit içerikli solüsyonlar irritasyona sebep olabileceğinden kullanılmadı (Sevim 2006).
- Beslenme öncesi ve sonrası ağız bakımı verildi (Savaşer ve ark 2009).

Değerlendirme

Bebek Y. 'nin endotrakeal tüpü çıkartılıp yutma refleksi başladıktan sonra sekresyonu azaldı ve dudakları normal pembe rengine döndü. Ağız içi mukozası pembe ve nemli bir görünüm aldı.

8. ASPİRASYON RİSKİ

Olası Belirtiler: Bebek Y. 'de endotrakeal tüp varlığı, NGS ile beslenmesi, prematüre olması, sekresyonunun bulunması, yutma refleksinin zayıf olması nedeniyle aspirasyon riski olasılığı belirlendi.

Amaç: Aspirasyon oluşumunun önlenmesi ve gereken önlemlerin alınması

Uygulanan Girişimler

- Aspirasyon belirtileri izlendi. Aspirasyon riskine yönelik olarak yatak başı 30 derece yükseltildi (Savaşer ve ark 2009, Birol 2004, Can 1998).
- Endotrakeal tüp sekresyon varlığı yönünden gözlemlendi (Can 1998).
- Besinlerin 15- 30 dakika içinde yavaş verilmesi sağlandı (Savaşer ve ark 2009, Yıldız 2008).
- İntolerans ve komplikasyonlar açısından (oksijen satürasyonu, apne, bradikardi, kusma) hasta gözlemlendi (Yıldız 2008)
- Ağız içi sekresyonlar abeslanga sarılmış steril gazlı bez ile sık sık alındı.
- NGS her beslenme öncesi yerinde olup olmaması açısından kontrol edildi (Yıldız 2008).

Değerlendirme

Bebek Y.'ye aspirasyon riskini önlemek amacıyla uygulanan bakım ve gözlem sonucu aspirasyon belirti ve bulgusu gözlenmedi.

9. ENFEKSİYON RİSKİ: Enfeksiyon Alma Riski

Olası belirtiler: IV kateterin olması, TPN alması, kan şekeri bakılması, entübasyon, uzun süre yoğun bakımda yatma ve hareketsizlik

Amaç: YYBÜ 'sinde yattığı süre içinde hastayı her türlü enfeksiyondan korumak ve riskleri azaltmak.

Uygulanan Girişimler

- Enfeksiyona bağlı gelişebilecek belirti ve bulgular yönünden izlendi.
- Hasta ile her temas öncesi ve sonrası eller yıkandı. Girişimler eldiven kullanılarak gerçekleştirildi.
- Yoğun bakımdaki ziyaretçiler ve personellerin el yıkama kurallarına uymaları sağlandı (Savaşer ve ark 2009, Tekinalp ve ark 2009, Perk 2008, Birol 2004, Can 1998).
- Günlük hijyenik deri bakımı ve göbük bakımı verildi (Savaşer ve ark. 2009, Perk 2008).
- Ventilator bağlantıları değişimi izlenip zamanında değişimi sağlandı (Çelik 2006, Can 1998).
- Proteinsiz sıvısı ve setleri 48 saatte, TPN ve setleri 24 saatte bir değiştirildi(Can 1998).
- Gereksiz girişimlerden ve bebeğe gereksiz dokunsal temastan kaçınıldı (Tekinalp 2009).
- Tüm invaziv girişimlerde aseptik teknik kurallarına uyuldu (Savaşer ve ark 2009, Tekinalp ve ark 2009, Birol 2004).

Değerlendirme

Bebek Y.'nin YYBÜ 'sinde izlendiği dönemde enfeksiyon belirti (kızarıklık, yüksek vücut ısısı, kusma ve diyare vb.) ve bulgusu gözlenmedi, profilaktik amaçlı reçete edilen antibiyotik tedavisi uygulandı.

10. DOKU BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ

Olası Belirtiler: Bebek Y. 'nin uzun süren pozisyon kısıtlılığına bağlı dekitübüs riski, NGS ile beslenmeye bağlı burun mukozasında bozulma, solunumunun endotrakeal tüple sağlanması ve IV kateterle sıvı verilmesi.

Amaç: Doku bütünlüğünü korumak ve sürdürmek.

Uygulanan Girişimler

- Sık aralıklarla hastanın cildi renk ve döküntü yönünden gözlemlendi. Doku esnekliği ve sıcaklığı kontrol edildi. Basınç altında olan bölgeler desteklendi (Savaşer 2009, Ünal 2005, Birol 2004).
- Hastanın yeterli sıvı alımı ve beslenmesi sağlandı. Günlük tartı takibi yapıldı (Savaşer 2009, Birol 2004).
- Hastanın durumuna göre 3- 4saatte bir pozisyon verildi (Savaşer 2009, Birol 2004).

- Hastanın çarşaflarının kuru, gergin ve temiz olmasına özen gösterildi. Koruyucu cilt bakımı uygulandı. Günde bir kez bebek şampuanı ile yatak banyosu verilerek nemlendirici sürüldü (Savaşer 2009, Ünal 2005).

Değerlendirme

Bebek Y.'de YYBÜ 'sinde izlendiği süre içerisinde doku bütünlüğünde bozulma gözlenmedi.

11. YETERSİZ ANNE- BEBEK ETKİLEŞİMİ

Olası Belirtiler: Annenin bebek Y. ile ilgilenmemesi, ziyaret etmemesi, bebek Y.'ye isim konulmaması.

Amaç: Anne- bebek etkileşimi ve iletişimini olumlu yönde başlatmak ve sürdürmek.

Uygulanan Girişimler:

- Dış uyaranların (aşırı ses, gürültü) anne ve bebek etkileşimini engelleyeceği için minimum düzeye indirildi (İşler 2007, Çoban ve Saruhan 2005).
- Bebeğin yatış pozisyonu anneyi görebileceği şekilde ayarlanarak, bebeğin verdiği tepkileri annenin görmesi sağlandı (İşler 2007, Çoban ve Saruhan 2005).
- Anne ile kanguru bakımı yapılarak bebeğin güvende hissetmesi sağlandı (İşler 2007).
- Anneye bebeğine nasıl dokunacağı gösterildi ve dokunması için cesaretlendirildi (Ball ve Bindler 2006, Çoban ve Saruhan 2005).
- Bebeğiyle yumuşak ses tonuyla konuşarak onu rahatlatılabileceği, göz- göze iletişimin güçlendirilmesi konusunda anneye bilgi verildi (Ball ve Bindler 2006, Çoban ve Saruhan 2005).

Değerlendirme

Anne-bebek etkileşimi olumlu ve olumsuz özellikler yönünden değerlendirildi. Değerlendirmede annenin bebeğine dokunduğu, kucakladığı, bakım uygulamalarına katıldığı ve ten tene temasının etkili olduğu gözlemlendi. Değerlendirme sonucunda anne ve bebek etkileşiminin olumlu yönde geliştiği görüldü.

SONUÇ

Yenidoğanlarda doğumsal cerrahi sorunlar erken tanı ve tedavi gerektirmektedir. ÖA'de doğumdan hemen sonra en erken belirtilerden bazıları hipersalivasyon, doğumhane muayenesinde mideye kadar sondanın ilerletilememesi, beslenme sırasında öksürük, siyanoz ve kusma meydana gelmesidir.

ÖA'li bebeklere erken tanı konulmasında hemşirelik bakımı ve gözleminin önemi büyüktür. Bebek Y., hemşirenin bebeği besleme amacı ile mideye sonda takamaması ve bunu doktora iletmesi sonucu ÖA tanısı almıştır. 7.03.2010 tarihinde ÖA cerrahi onarımı gerçekleştirilen bebek Y. 17 gün boyunca 3.düzye YYBÜ 'de izlenmiştir. Bu süre içinde Bebek Y.'ye hava yolları açıklığında yetersizlik, ağrı, vücut sıcaklığında değişiklik (hipertermi), beslenmede değişim (vücut gereksiniminden az beslenme), sıvı elektrolit dengesizliği, oral mukoz membranda değişiklik hemşirelik tanılarına

yönelik girişimler uygulanmıştır. Bebek Y.'nin 2.düzye YYBÜ'ne transfer edilirken gerçekleştirilen değerlendirilmesinde; vücut ısısı 36.70C, pulse oksimetre ile ölçülen oksijen düzeyi 98 ve solunumu 38/dk bulunmuştur. Girişimler sonucunda bebeğin solunumunun düzenli olduğu, ağrıya yönelik belirtilerin gözlenmediği, vücut ısısının normal değerlerde olduğu, beslenmesinin oral yolla ve tartı alımının haftada 210 gram olduğu, oral mukoza bütünlüğünde herhangi bir sorun olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca Bebek Y.'yi enfeksiyon, aspirasyon, doku bütünlüğünde bozulma ve fototerapiye bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan korumak amacıyla tedavi ve hemşirelik bakımı uygulanmış ve sağlığında olumlu değışikliklerle 2.düzye YYBÜ 'ne transfer edilmiştir.

Acil cerrahi müdahale gerektiren ÖA'li hastaların erken tanı alması ve iyileştirilmesinde preoperatif sistematik gözlemin ve postoperatif hemşirelik bakımının oldukça önemli rol oynadığı düşünölmüştür.

KAYNAKLAR

- Abidia R.(2007). Oral Care in the Intensive Care Unit: A Review. The Journal of Contemporary Dental Practice, 8:1, 1-7.
- Altınyurt S, Turan A, Demir N.(2003). Fetal Özefageal Atrezide Aminoredüksiyon Yaklaşımı: 2 Olgu Sunumu. T Klin Jineköl Obst, 13, 384- 386
- Ay F, Alpar Ş.(2010). Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı, 22:1, 21-29
- Balcı S (2008).Hiperbilirubinemi (içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC,283-290.
- Ball J, Bindler RC(edts)(2006). Child Health Nursing. New Jersey. Pearson, 401-423
- Birol L (2004) Hemşirelik Süreci.6.Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 279-400
- Boia ES, Mittal A.(2005). Considerations Upon a 29 Cases with Esophageal Atresia. JURNALUL PEDIATRULUI, 8:8, 29- 30
- Can G.(1998). Mekanik Ventilasyon ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun bakım Hemşireliği Dergisi, 2:2, 88- 93
- Can G, Çoban A, İnce Z (2002). Yenidoğan ve Hastalıkları.(içinde) Neyzi O, Ertuğrul T(ed). Pediatri (Cilt 1). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 402- 410
- Çelik S.(2006). Mekanik Ventilasyonda hasta Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 10:1-2, 19-25
- Çiğdem Z (2008). Bireselleştirilmiş Gelişimsel Bakım.(içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC, 71-115.
- Çiğdem Z (2008). Yenidoğanda Ağrı yönetimi.(içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC, 160-166.
- Çoban A, Saruhan A.(2005). Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(2), S: 89-96
- Çoşkun A, Sevinç H.(2004). Doğumsal Gastrointestinal Sistem Tıkanıklıkları. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji, 10, 78- 86
- Derebent E, Yiğit R. (2006). Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:2, 41- 48
- Goyal A, Jones M O, Couriel J M, Losty P D.(2006). Oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 91, 381- 384
- Haws P (2004) Care of the Sick Neonate. First ed, Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, 203-205
- İşler A(2007). Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. Perinatoloji Dergisi, 15(1):1-6

- Jhonston P, Flood K and Spinks K (2004) *The Newborn Child*. Ninth ed, China: Churchill Livingstone, 214-215
- Merenstein G and Gardner S (2006) *Handbook of Neonatal Intensive Care*. Sixth ed., Usa: Mosby Elsevier, 839-841
- Perk Y.(2008). Yenidoğan Yoğun Bakım İnfeksiyonları: Koruma ve Kontrol. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, sempozyum dizisi no: 60, 137-141
- Savaşer S, Yıldız S, Gözen D, Balcı S, Mutlu B, Çağlar S (2009). Savaşer S, Yıldız S (Ed.) *Hemşireler İçin Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*. Birinci basım, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 22-49
- Savaşer S, (2008). Yenidoğanın Gastrointestinal Hastalıkları ve Cerrahi Gerektiren Durumlar.(içinde) Dağoğlu T, Görak G, (Ed). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 479-514
- Tekinalp G, Yurdakök M, Yiğit Ş, Korkmaz A (2009) *Yenidoğan Bakımında Hacettepe Uygulamaları*. Ankara : Güneş Tıp Kitabevleri, 44-51.
- Ünal Ö (2005). İmmün Yetmezlikli Hastaların Bulunduğu Servislerde Ve Diğer Birimlerde Bakım. VI.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı, Samsun: Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon (DAS) Derneği: 271-281.
- Yıldız S (2008). Yenidoğanda Beslenme.(içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC,116-152

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ

SON KONTROL LİSTESİ

- 1. Makalenin Türü
- Araştırma
- Derleme
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı
- 3. Yazarlar ve kurumları belirtildi
- 4. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, gsm, e-posta belirtildi
- 5. Makale bir kongrede sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi

Özet Sayfası

- 6. Türkçe ve İngilizce yapılandırılmış özet yazıldı (250-300 sözcük)
- 7. Türkçe ve İngilizce özet birbiriyle uyumlu
- 8. Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler yazıldı
- 9. Özetler sayfası metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı

Ana Metin

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eşanlamlılarına yer verildi
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı
- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

Kaynaklar

- 17. Kaynak gösterimi metin içinde belirtilen kurallara (yazar soyadı ve yayın tarihi) uygun olarak yapıldı
- 18. Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi ve kaynak gösterimi kurallara uygun olarak yapıldı
- 19. Doğrudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerektiğinde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

Tablo ve Resimler

- 20. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı
- 21. Başka kaynaklarda alınan şekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi

Tüm Makale

- 22. Makalenin sayfa kenar boşlukları kontrol edildi
- 23. Makalenin satır aralıkları uygun
- 24. Makalenin ilgili bölümlerinde uygun yazı karakteri kullanıldı
- 25. Makalenin ilgili bölümleri uygun puntoda yazıldı
- 26. Makale sayfa sınırlarını aşmayacak şekilde yazıldı
- 27. Makalede uygun şekilde sayfa numarası verildi

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....

.....

.....

Başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi' ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

Yazar/Yazarlar

İmza

Tarih

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, dergi editörlüğüne gönderilecektir. (E-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr.) Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret yada karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı kurum adresleri ve e-mail adresleri eklenip e-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr. Adresine gönderilecektir..

Makalenin Hazırlanışı: Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Times New Roman, Özet 9 punto Times New Roman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Araştırma raporları 16 sayfa, derleme ve olgu sunumları 10 sayfayı (kaynaklar dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

BAŞLIK SAYFASI

- Türkçe Başlık (Büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (Büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri, kurum adresleri, e- mail adresleri
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

ÖZET SAYFASI

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; “Amaç”, “Gereç ve Yöntem”, “Bulgular ve Sonuç” bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir. Anahtar kelimelerin “Türkiye Bilim Terimleri” nden seçilmesi gerekmektedir. Bilgi için adresten yararlanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>).

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; “Objective”, “Methods”, “Results”, “Conclusion” ve “Key Words” bölümlerini içermelidir. İngilizce anahtar kelimeler “Medical subject Headings (MESH” e uygun olarak verilmelidir. (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır. Anahtar Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olgu Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik süreçlerini içermelidir. İngilizce özetleri de aynı şekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

DERGİNİN YAYIN DİLİ

Derginin yayın dili Türkçe' dir. Ancak Yurtdışından gelen çok önemli İngilizce makalelere de yer verilebilir.

METİN:

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımalıdır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eşanlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

Araştırma Raporları: Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtilmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve Şekiller: Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmelidir. Resim/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır. Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s.51'den alındı.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Olgu Sunumları: Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalıdır.

Son Kontrol Listesi: Son Kontrol listesi gözden geçirilip, imzalandıktan sonra gönderilen yayına eklenerek gönderilmelidir. (ayrı bir sayfa olarak)

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu: Tüm yazarlar tarafından imzalanmış olarak gönderilmelidir.

KAYNAK KULLANIMI

Metin içinde: Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtmeli, yazar ve tarih arasına virgül konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve “ve ark.” şeklinde belirtilmelidir.

Örnekler

(Graydon 1988), depresyonun...

(Sarna ve Mc Corkle 1996), araştırmalarında.....

(Lasry ve ark. 1987), yaptıkları çalışmada.....

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

....ortaya çıkarılmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır.

Örnek:

(Argon 1992 , Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgül konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra “ve ark.” şeklinde belirtilmelidir. Kongre bildirileri, kişisel deneyimler kaynak olarak gösterilmemelidir.

Dergi isimleri, Index Medicus’a uygun olarak kısaltılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

Yazar(lar)ın soyadları ve isimlerinin baş harfleri, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir.

- Stephane A. Management of congenital cholesteatoma with otoendoscopic surgery: Case Report. Türkiye Klinikleri, JMed Sci 2010; 30(2): 803-7
- ☒ Lorig K, Gonzales VM, Ritter P & et al. Coparison of three methods of data collecetion in an urban Spanish-speaking population. Nurse Res. 1997; 46 (4): 230-234.

Dergi Eki (Supplement)

- ☒ Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. J Clin Nurs 2007; 16(3A Suppl.): 6-16.

Kitap:

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler) inin baş harfleri, bölüm başlığı, editör(lerin)ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi,yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

- Karasar N. Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 1995; 101-112.
- Terakye G. Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri. 2.baskı. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1994.

Yabancı Dilde Yayınlanan Kitaplar için:

- ☒ Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd ed. USA: F.A. Davis Company; 2002 .
- ☒ Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumor sof the Pancreas.2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997: 145-210.

Kitap Bölümü:

- Kaufman CA, Wyatt RJ. Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde). Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: Raven Pres; 1987.
- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Viliams' Textbook of Endocrinology. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992: 1079-138.

Kitap Çevirisi:

- Wise MG, Rundell JR. (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi. (Çevri: TT Tüzer, V Tüzer). Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.

Metin içinde "(Wise ve Rundell 1994)" şeklinde gösterilir.

- Hofling CK, Leininger MM. Hemşirelikte ana psikiyatrik kavramlar (Kumral A, Çeviri Editörü). İstanbul : Vehbi Koç Vakfı Yayınları;1960. (orijinal çalışma basım tarihi 1983).

Yazar ve Editörün Aynı Olduğu Kitaplar

- Uyer G. Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. (Uyer G, editör). 1.basım. İstanbul: Birlik ofset Ltd. Sti;1986: 56-61.
- Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle İlaçlar Arası Ürünler. Eken A, editör. Kozmesötik Etkin Maddeler. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006: 1-7.

Yazar Adı Olmayan Yayınlar

(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):

American Psikiyatri birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birliği (1994)" şeklinde gösterilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed.;MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F.Çuhadaroğlu, İ.Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara: 1993.

Metin içinde "Dünya Sağlık Örgütü (1992)" şeklinde gösterilir.

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel gereksinimlerine ilişkin bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.1993: 53-55.

Basılmamış Yayınlar

Gordes G, Cole JO, Haskell D.& et al. The naturel history of tardive dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol. (Baskıda).

İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa:

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının internet kaynağı varsa Yayının başlığı, internet adresi ve son erişim tarihi belirtilerek gösterilebilir.

☐Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. (November19, 2003).

Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. The Journal of

the American Medical Association, 290(19): 2581-2587. Retrieved November 23, 2003, from <http://jama.ama-assn. rg/cgi/content/abstract/290/19/2581>.

Yayın resmi yayın olarak gösterilecekse;

- American Nurses' Association. Statement on psychiatric mental health nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical practice. Washington: American Nurses' Publishing; 1994.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.

YAZAR İNDEKSİ

Yazar

Akgün Çıtak E
Akman A
Başbakkal Z
Bayraktar S
Birgili F
Beşer Gördeles N
Çam O
Çeçen D
Çınar Yücel Ş
Çırlak A
Demir Korkmaz F
Dıramalı A
Dirimeşe E
Doğan S
Dolgun E
Erdemir F
Eşer İ
Gözen D
Hakverdioğlu Yönt G
Khorshid L
Koca Kutlu A
Kocaçal Güler E

Sayı-Sayfa

3:9-20
1:47-60;61-75
2:19-33
3:75-87
2:11-17
1:37-46
1:37-46; 2:47-59
1:11-23
2:79-88; 3:1-8
1:47-60;61-75
1:1-9; 2:61-68
1:25-36; 3:35-44
1:1-9
2:35-45
3:45-54
1:47-60;61-75
2:1-9; 3:1-8
3:75-87
1:77-82
2:1-9;11-17;3:1-8
1:25-36
3:1-8

Yazar

Miskioğlu M
Nehir S
Okgün A
Onur E
Oner Altırok H
Özbayır T
Özel F
Polater E
Sabancıoğulları S
Sarı D
Seki Z
Seren İntepeler Ş
Şengün F
Taşdemir N
Temiz C
Tokem Y
Totur B
Uysal G
Üstün B
Yardımcı F
Yavuz M
Yıldız Fındık Ü

Sayı-Sayfa

1:25-36
2:47-59
1:1-9
1:25-36
3:66-74
1:1-9;11-23
2: 69-77
1:47-60
2:35-45
2:1-9
1:1-9
3:21-34
3:66-74
1:1-9
1:25-36
2:69-77
2:61-68;3:35-44
1:47-60; 61-75;3:9-20
3:66-74
2:19-33
1:1-9; 3:45-54
3:55-65

KONU İNDEKSİ

Akciğer Kanseri Olan Hastaların Ölüm Anksiyetesine Yönelik Girişimlerde Psikiyatri Hemşiresinin Etkililiğinin İncelenmesi
27(1); 37-46, 2011

Basınç Yaralarının Önlenmesinde % 100 Pamuklu Havlu İle Havalı Yatak Kullanımının Etkinliği
27(3); 35-44, 2011

Bir Üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Son Sınıf Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin Belirlenmesi
27(3); 9-20, 2011

Bir Üniversite Hastanesinde Düşmelerin Sıklığı ve Kök Neden Analizi
27(3); 21-34, 2011

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi
27(3); 55-65, 2011

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği İntörn Öğrencilerinin Klinik Uygulamaya İlişkin Değerlendirmeleri ve Akademik Başarı Durumu
27(1); 1-9, 2011

Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi
27(1); 11-23, 2011

Geriatrik Cerrahide Hasta Bakımı
27(2); 61-68, 2011

Günübürlük Cerrahide Çocuk Hastaların Hemşirelik Bakımı İçin Yeniden Yapılanma
27(3); 45-54, 2011

Hastaneye Yeni Yatan Hastaların Algıladığı Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
27(2); 1-9, 2011

İki Farklı Eğitim Sistemi İle Öğrenim Gören Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğini Algılama Durumlarının Karşılaştırılması
27(3); 1-8, 2011

İlköğretim Öğrencilerinin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi
27(2); 19-33, 2011

Kan Bağışı Yapan Donörlerde Kan Alma Sırasında Görülen Olumsuz Belirti ve Bulguların İncelenmesi
27(2); 11-17, 2011

Kanıtı Dayalı Uygulama: Psikoeğitim
27(3); 66-74, 2011

Kolcaba'nın Konfor Kuramı
27(2); 79-88, 2011

Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
27(2); 47-59, 2011

Olgu Sunumu: Özefagus Etrezisi Olan Prematüre Yenidoğana Postoperatif Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı
27(3); 75-87, 2011

Öğrenci Hemşirelerde Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeği (ÖHPBKÖ): Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
27(2); 35-45, 2011

Skleroderma ve Hemşirelik Bakımı
27(2), 69-77, 2011

Yatağa Bağımlı Hastalarda Egzersiz Kan Değerleri ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi
27(1); 25-36, 2011

Yeni-Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü
27(1); 47-60, 2011

Yeni ve Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü II 21.Yüzyılda Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü
27(1); 61-75, 2011

Hasta Güvenliği Kültürü
27(1); 77-82, 2011