

# Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty  
of Nursing

Cilt/Vol 4 • Sayı/No 3 • Eylül-Aralık/September-December 2017

Sahibi

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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

**Doç.Dr. Sergül DUYGULU**

Yayın Kurulu

Başkan  
Başkan Yardımcısı  
Sekreterler:

**Doç. Dr. Sergül Duygulu**  
**Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar**  
**Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin**  
**Arş. Gör. Dr. Seher Başaran**  
**Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz**  
**Doç. Dr. Sevgisun Kapucu**  
**Arş. Gör. Dr. Hatice Pars**  
**Arş. Gör. Funda Aslan**  
**Arş. Gör. Sevil Çınar**  
**Arş. Gör. Rabiye Akın**

İngilizce Düzeltme:  
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım:

Yayın Türü:  
Yayın Dili:  
Yayınlanma Biçimi:  
Basım Tarihi:  
Yönetim Yeri:

**Yerel Süreli Yayın**  
**Türkçe, İngilizce**  
**4 ayda bir yayımlanır**  
**?? ?????? ????**  
**H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği**  
**06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye**  
**Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85**  
**E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr**  
**Web Adresi: <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org>**

Basım Yeri:

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

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

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

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

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **TÜBİTAK ULAKBİM tıp veri tabanında** (2015 yılı cilt 2 sayı 1'den itibaren), **Türkiye atıf dizininde** (27 Eylül 2017 tarihinden, 2017 yılı cilt 4 sayı 2'den itibaren ve EBSCO veri tabanında indeklenmektedir.

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing is indexed by **TÜBİTAK ULAKBİM Medical Database** (since 2015 volume 2 no 1), **Türkey Citotion Index** (Since September 27,2017; 2017 volume 4 no 2) and **EBSCO**.

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

## **Konu Editörleri**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik**

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Hicran Çavuşođlu**

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

**Halk Sağlığı Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Oya Nuran Emirođlu**

**Hemşirelik Esasları**  
**Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz**

**Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim**  
**Doç. Dr. Süheyla Abaan**

**İç Hastalıkları Hemşireliği**  
**Doç. Dr. Leyla Özdemir**

**Psikiyatri Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Fatma Öz**

## Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

### Danışma Kurulu\*

---

Prof. Dr. Ahsen Şirin	İstanbul Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Anahit Coşkun	Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Karadağ	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel Badır	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşe Okanlı	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Azize Karahan	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Besti Üstün	Üsküdar Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Bilge Kalanlar	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Birol. Diana Voita	Riga Teacher Training and Educational Management Academy
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu	Ege Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Daniel Pesut	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Deniz Koçoğlu	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şelimen	Maltepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Dilek Cingil	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Darja Jarosova	Ostrava Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Özden	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay	Mersin Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Elif Gürsoy	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc	British Columbia Üniversitesi
Doç. Dr. Emine İyigün	GATA
Yrd. Doç. Dr. Emine Turkmen	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Oflaz	Okan Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Cebeci	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Demirkıran	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan	Acıbadem Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Gözükara	Harran Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Orgun	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fethiye Erdil	Emekli
Yrd. Doç. Dr. Figen İnci	Niğde Üniversitesi
Doç. Dr. Filiz Hisar	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Fiona Bogossian	Queensland Üniversitesi
Prof. Dr. Firdevs Erdemir	Adıyaman Üniversitesi
Doç. Dr. Funda Özdemir	Ankara Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi

---

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

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

# Değerli Okurlarımıza

2017 yılı Cilt 4, Sayı 3'ü sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Dergimizin bu yeni sayısında önemli bir haberi siz değerli okurlarımızla paylaşmanın mutluluğunu ve gururunu yaşıyoruz. Bildiğiniz gibi dergimiz, 2009 yılından bu yana EBSCO veri tabanında indekslenmekte idi. *TUBİTAK ULAKBİM Tıp Veri Tabanında indeklenmesi için yaptığımız başvuru sonucunda dergimizin, 2015 yılı cilt 2 sayı 1'den itibaren TUBİTAK ULAKBİM Tıp Veri Tabanında indeklenmesi uygun bulunmuştur. 2017 yılı cilt 4 sayı 2 den itibaren de Türkiye Atf Dizisinde indeklenmesi de uygun görülmüştür.* Dergimizle ilgili bu önemli gelişmelerin, Türkiye'deki hemşirelik alanındaki bilimsel bilginin üretilmesine ve okuyucu ile buluşmasına olumlu katkıları olacağına inanıyoruz. Bu başarıda emeği geçen siz değerli okurlarımıza, makalelerini gönderen tüm yazarlarımıza, değerli katkılarını veren danışma kurulu üyelerimize, yayın kurulu üyelerimize, konu editörlerimize ve üniversitemize teşekkür ederiz.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı öncülüğünde 7. Uluslararası Hemşirelik Yönetimi Kongresi, 25-27 Ekim 2018 tarihinde Bodrum Kefaluka Otel'de düzenlenecektir. Kongre ana teması "Hemşireler Sağlık Bakımının Geleceğini Etkilemede El Ele" olarak belirlenmiştir. Kongre bilimsel programında; sağlık bakımında disiplinlerarası iş birliğini destekleme, sağlık bakımında iyi uygulamalar için yönetim ve liderlik, klinisyenler ve eğitimciler: güvenlik kültürü oluşturmada sorumluluk paylaşımı, sağlık bakımında yasal ve etik konular, sağlık bakımını etkilemede kanıta dayalı uygulamalar, gelecek için birliktelik: örneklerden öğrenme konularında alanında uzman konuşmacıların konferansları, panel, sözel ve poster bildiri oturumları yer alacaktır. Kongre; katılımcılarına alandaki gelişimleri öğrenme, en iyi uygulamaları paylaşma ve bu uygulamalardan öğrenme ve ileri işbirliği olanağı sağlayacaktır. Dolayısı ile hemşirelere, yönetici hemşirelere ve eğitimcilerle uygulamalar üzerinde etki yaratmak için bir olanak sağlayacaktır. Kongreye ilişkin ayrıntılı bilgi için lütfen <http://www.inmc2018.org/> adresini ziyaret ediniz. Uluslararası düzeydeki bu önemli kongreye tüm okurlarımızı davet etmekten büyük bir mutluluk ve onur duyuyoruz.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak, üretilen bilimsel bilginin paylaşılması ve bilimin gelişimine katkıda bulunma amacıyla dergimizin bu yeni sayısında, iç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği ve hemşirelikte yönetim alanlarından dört araştırma makalesini, hemşirelikte öğretim, iç hastalıkları hemşireliği ve hemşirelik esasları alanlarından üç derleme makaleyi sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Derleme makalelerden birisi ülkemiz hemşire liderlerinden birisi olan Ayşe Rüçhan Tüzün'ü anlatmaktadır. Bu makale, hemşirelik alanındaki genç neslin hemşire lider "Rüçhan Tüzün"ü tanıyabilmelerine fırsat sağlayacaktır.

Bu sayımızda ayrıca 2017 yılında dergimizde yayınlanan tüm makalelerin yazar ve konu alanına göre indekslenmiş halini sizlerle paylaşıyoruz. Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederiz.

Saygılarımla.

**Doç.Dr. Sergül DUYGULU**

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

# İçindekiler

Editörden Okura \_\_\_\_\_ V

## Araştırma Makaleleri

**Son On Yılda Yoğun Bakım Ünitesi İlişkili Kas Güçsüzlüğüne Yönelik Çalışmaların İncelenmesi: Sistematik Derleme**  
Canan KARADAŞ, Sevgisun KAPUCU \_\_\_\_\_ 1

**Güvenli Okul Taşımacılığında Annelerin Görüşleri ve Beklentileri Var: Niteliksel Bir Çalışma**  
Türkan KADİROĞLU, Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ \_\_\_\_\_ 13

**Hemşirelerde Mesleki Bağlılığın Mesleki Prestijle Açıklanması**  
Neslihan DERİN, Neslihan ŞİMŞEK İLKİM, Hilal YAYAN \_\_\_\_\_ 24

**Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Apais ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi**  
Şenay KARADAĞ ARLI \_\_\_\_\_ 38

## Derleme Makalesi

**Bir Hemşire Lider: Ayşe Rüçhan Tüzün**  
Özlem FİDAN, Nevin KUZU KURBAN, Nazike DURUK \_\_\_\_\_ 48

**Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar**  
Özlem OVAYOLU, Nimet OVAYOLU \_\_\_\_\_ 54

**Hemşirelik Eğitiminde Dönüşüm: Kanıta Dayalı Eğitim**  
Ayla KEÇECİ, Ayşe DEMİRAY \_\_\_\_\_ 65

## Düzeltilme

**Patient Communication Following Laryngectomy: A Pilot Study Using Visual Communication Guide**  
Melek ERTÜRK YAVUZ, Ayla GÜRSOY \_\_\_\_\_ 74

Yazar Dizini \_\_\_\_\_ 89

Konu Dizini \_\_\_\_\_ 91

Yazarlara Bilgi \_\_\_\_\_ 93

Information for Authors \_\_\_\_\_ 99

Yayın İzni (Taahhütname) \_\_\_\_\_ 104





# Son On Yılda Yoğun Bakım Ünitesi İlişkili Kas Güçsüzlüğüne Yönelik Çalışmaların İncelenmesi: Sistemik Derleme

## Examination of Studies on Intensive Care Unit-Acquired Muscle Weakness in Last Decade: A Systematic Review

(Araştırma)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 1–12*

**Canan KARADAŞ\*, Sevgisun KAPUCU\***

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

Geliş Tarihi: 09 Kasım 2016

Kabul Tarihi: 30 Mart 2017

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, son on yılda dünyada yoğun bakım ünitesi ile ilişkili kas güçsüzlüğünü önlemede egzersizin etkinliği ve kasta görülen değişimleri belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Aralık 2015 tarihinde Pubmed ve EBSCO veri tabanları kullanılarak 2005-2015 yılları arasında toplam 126 makaleye ulaşılmış olup; bunlardan çalışma kriterlerini karşılayan 8 çalışma örnekleme alınmıştır. Çalışmanın anahtar kelimeleri; "YBÜ-KG", "Kas güçsüzlüğü", "Kritik hastalık miyopatisi", "Kritik hastalık polinöropatisi", "Yoğun bakım ünitesi" ve "Egzersiz" şeklindedir. Çalışmaya "YBÜ-KG ve egzersiz" konularını içeren randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), prospektif kohort ve prospektif gözlemsel çalışmalar dahil edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda, dört RKÇ, dört prospektif olmak üzere toplam sekiz çalışma incelenmiştir. İncelenen çalışmalarda hareketsizlik ile birlikte kaslarda kas gücü ve miyozin kaybının olduğu, yoğun bakımda kalış süresinin uzaması ile birlikte bu kayıpların arttığı saptanmıştır. Kas gücü azalmasına bağlı oluşan sorunun, iyileşme süresinin 12 aydan daha uzun sürdüğü görülmüştür. İncelenen çalışmalar; uygulanan egzersizin türü, süresi, yoğunluğu ve hasta popülasyonun özelliğine bakılmaksızın; hastalara yaptırılan egzersizin olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir.

**Sonuç:** Kas güçsüzlüğüne bağlı yapılan son on yıldaki araştırmaların yakın zamanlarda artış gösterdiği, araştırma biçimlerinin homojen olmadığı, kullanılan ölçme araçlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitesi ilişkili kas güçsüzlüğünde altta yatan faktörlerin belirlenmesi ve yönetiminde egzersizin etkisine yönelik daha fazla kanıt temelli çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** *Egzersiz, kas güçsüzlüğü, kritik hastalık, polinöropati, yoğun bakım ünitesi.*

İletişim : karadas.canan@gmail.com

## ABSTRACT

**Aim:** This study aims to investigate the studies conducted in last 10 years on prevention of intensive care unit acquired weakness (ICU-AW) by alteration in muscles and the effect of exercises.

**Material and Methods:** By reaching total of 126 studies published between 2005-2015 in December 2015 via using Pubmed and EBSCO Databases, eight of these studies that met the study criteria were included in the sample. "ICU-AW", "Muscle Weakness", "Critical illness myopathy", "Critical illness polyneuropathy", "Intensive care unit", and "Exercise" were the keywords for the study. Randomized controlled trials (RCTs), prospective cohorts and prospective observational studies that contains "ICU-AW and Exercise" issues were included in the study.

**Results:** Total of eight studies, including four RCTs and four prospective studies, were investigated in our study. Reviewed studies showed that loss of muscle strength and myosin occurred with immobility, these losses increased with the extension of ICU stay. It was observed that recovery period of the problem caused by muscle weakness took longer than 12 months. Regardless of type, duration, intensity of exercise, and the patients' characteristics; studies stated that exercise had positive effects.

**Conclusion:** It has been determined that studies on ICU-AW in last ten years have recently shown an increase, research methodologies are not homogeneous, and the measuring instruments varied. More evidence-based study are needed to determine and manage the underlying factors of ICU-AW.

**Key Words:** Exercise, muscle weakness, critical illness, polyneuropathy, intensive care unit.

## GİRİŞ

Yoğun bakım ünitesi ilişkili kas güçsüzlüğü; yoğun bakım ünitesine yatışın ardından görülen, kalıcı özellik gösterebilen ciddi bir nöromusküler komplikasyondur<sup>1,2</sup>. Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) kalma süresi ile birlikte; başka sebebe bağlı olmaksızın, akut hastalık veya onun tedavisine bağlı olarak görülen yaygın kas güçsüzlüğü durumu "Yoğun bakım ünitesi ilişkili kas güçsüzlüğü (YBÜ-KG)" olarak tanımlanmaktadır<sup>3</sup>.

YBÜ-KG, nöronları etkileyerek polinöropatilere veya kasları etkileyerek miyopatilere ya da her ikisinin eşlik ettiği klinik tablolara neden olabilmektedir<sup>1</sup>. Bu nedenle literatürde; kritik hastalık miyopatisi, kritik hastalık polinöropatisi veya YBÜ-KG birbirinin yerine kullanılabilir<sup>3,4</sup>. Bu klinik tablonun fizyopatolojisi net olarak ortaya konamamış olmakla birlikte; alta yattığı düşünülen bazı risk faktörleri bulunmaktadır<sup>6</sup>. Bunlar; bir haftadan uzun süre YBÜ'de kalma, immobilizasyon, yatak istirahati ile göreceli olarak yer çekimi etkisinin azalması, sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SİRS), sepsis, hiperglisemi, üç günden fazla süren vazopressör uygulaması, kan albumin düzeyinin düşüklüğü, total parenteral beslenme, kas gevşetici, steroid ya da aminoglikozid kullanımını gibi faktörlerdir<sup>1,4-8</sup>.

Literatürde YBÜ-KG'nin görülme sıklığının %11 ile %67 arasında değiştiği belirtilmektedir<sup>3</sup>. Bu kas güçsüzlüğü durumu; periferik kasların (özellikle alt ekstremiteler) yanı sıra; solunum kasları gibi merkezi kas gruplarında da gelişebilmektedir<sup>9</sup>. Buna bağlı olarak hastanın klinik çıktıları olumsuz etkilenmekte; bakım yükü ve maliyeti artmaktadır. YBÜ-KG gelişen hastalarda uzamış mekanik ventilasyon süresi, mekanik ventilasyondan ayırmada güçlük, solunum ve diğer fiziksel fonksiyonların kazanılmasında gecikme veya güçlük, eski fonksiyonel düzeye ulaşamama, artmış

morbidite ve mortalite oranları gibi sorunlar görülmektedir<sup>2,4</sup>. YBÜ-KG; hastalar için önemli bir sorun olmasına rağmen; sağlık ekibi tarafından fark edilmesi ve tanılanması zor bir komplikasyondur<sup>10</sup>. Tanı testleri hasta kooperasyonunu gerektirmektedir. Ancak yoğun bakım ünitesindeki hastalarda sedasyon, bilinç durum değişiklikleri (deliryum, stupor, ensefalopati vb.), nöromusküler bloker ajanlar, hemodinamik dengesizlikler gibi süreçler hasta kooperasyonunu bozmaktadır<sup>7</sup>.

YBÜ-KG'nin sağ kalım ve hasta çıktıları üzerine olan olumsuz etkileri dikkate alındığında; bu komplikasyonun önlenmesi son derece önemlidir. Hastayı sepsisten koruma, kan glikoz düzeyinin kontrolü, erken mobilizasyon gibi yöntemlerin, etki mekanizmaları tam olarak bilinmemekle birlikte, YBÜ-KG'ye karşı koruyucu olduğu belirtilmektedir<sup>9,11,12</sup>. Bu girişimlerden biri olan erken mobilizasyon hemşireler tarafından bağımsız olarak gerçekleştirilebilen girişimler arasındadır. YBÜ'de erken mobilizasyon ile hareketsizliğe bağlı komplikasyonları önlemekte ve doku beslenmesinin devamını sağlamaktadır<sup>13,14</sup>. Ek olarak mobilizasyon klinik rehberlerce de önerilmektedir<sup>15,16,17</sup>. Mobilizasyonun etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için yoğun bakımdaki hastanın kaslarında ne tür değişikliklerin olduğunun bilinmesine ihtiyaç vardır. Bu derleme çalışmada; son on yılda dünyada yapılan; YBÜ-KG'de kasta meydana gelen değişimleri ve bunları önlemede egzersiz etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların incelenmesi amaçlanmıştır.

## Araştırma soruları

1. YBÜ-KG'de kasta görülen majör değişimler nelerdir?
2. Egzersiz, YBÜ-KG'yi önlemede etkili midir?

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada sağlık alanı ile ilgili makalelerin kapsamlı olarak yer aldığı veri tabanı PUBMED, ve EBSCO veri tabanları kullanılmıştır. Çalışmalarda araştırma basamak süreçleri olan “Sorun (Problem), müdahale (Intervention), karşılaştırma (Comparison), sonuç (Outcome)-PICO” basamakları göz önünde bulundurulmuştur. Buna göre yapılan taramada; randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), prospektif kohort ve prospektif gözlemsel çalışmalar dahil edilmiştir. Taramaya 2005-2015 yılları arasında, İngilizce dilinde yazılmış ve tam metin olarak ulaşılan çalışmalar dahil edilmiştir. İlk tarama 25.12.2015 tarihinde yapılmış olup, ikinci tarama 13.02.2016 yapılmıştır. Çalışmada anahtar kelime olarak; “YBÜ-KG/ICU-AW”, “Kas güçsüzlüğü/Muscle weakness”, “Kritik hastalık miyopatisi/Critical illness myopathy”, “Kritik hastalık polinöropatisi/Critical illness polyneuropathy”, “Yoğun bakım ünitesi/Intensive care unit” ve “Egzersiz/Exercise” kelimeleri İngilizce olarak kullanılmıştır. Anahtar kelimelerin kullanım kombinasyonları aşağıdaki şekildedir:

1. Yoğun Bakım Ünitesi İlişkili Kas Güçsüzlüğü (YBÜ-KG) ve Egzersiz
2. Kas güçsüzlüğü ve Egzersiz
3. Kritik hastalık miyopatisi ve Egzersiz ve Yoğun bakım ünitesi
4. Kritik hastalık polinöropatisi ve Egzersiz ve Yoğun bakım ünitesi

## Makale Seçim Kriterleri:

Dahil edilen çalışmalarda, hasta popülasyonunun izlem süresi seçim kriteri olarak kullanılmamıştır. Çalışma kapsamına alınan makalelerin seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır;

- Sorun, müdahale, karşılaştırma, sonuç basamaklarını sağlaması (Araştırma makalesi olması)
- İngilizce olması, kongre bildirilerinin çalışma dışında tutulması
- Hayvan deneylerinin çalışma dışında tutulması
- Vaka sunumu olmaması şeklindedir.

## Çalışmaların Seçimi ve Verilerin Analizi

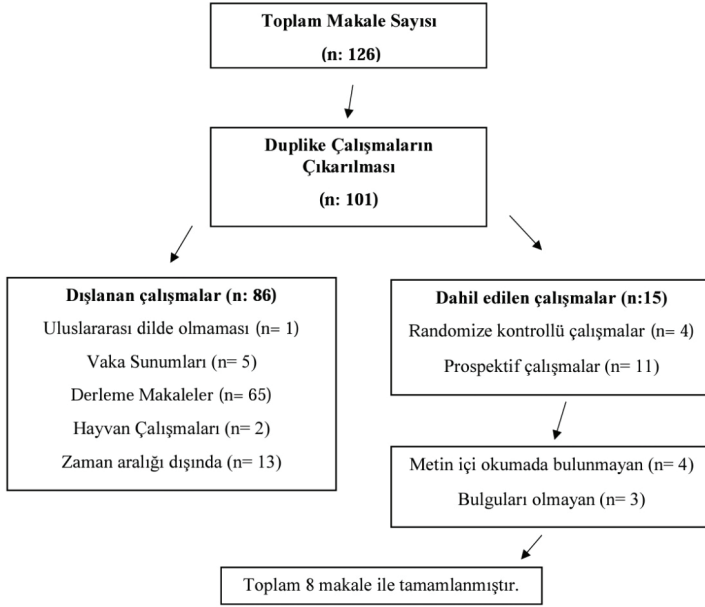
Yukarıda belirtilen anahtar kelimeler kullanılarak yapılan tarama sonucu 126 makaleye ulaşılmıştır. Bu makalelerden 25 tanesi ile taramalar esnasında tekrar karşılaşılmış olup; tekrarlı olanlar çıkarılmıştır. Bu nedenle elde edilen makale sayısı 101'dir. Makale seçim kriterlerine göre 86 çalışma inceleme dışı bırakılmak durumunda kalmıştır ve şekil 1'de gerekçeleri belirtilmiştir. İncelemeye 15 çalışma alınmıştır. Ancak üç çalışmada problem tanımı ve yöntem açıklanmış olup; çalışmaya ait bulgular ve tartışma yer almamaktadır. Dört çalışma ise metin içi okumada uygun bulunmamıştır. Bu dört çalışmanın üçünde sadece YBÜ'deki hastaların hareket düzeyi veya kas güçsüzlüğü durumları incelenmiş olup; YBÜ-KG ile ilişkisine dair veri yoktur. Dördüncü çalışmada ise beyin hasarı olan hastalarda rehabilitasyonun hasta çıktıklarına etkisi incelenmiş ve fonksiyonel durumları hakkındaki veriler yer almıştır. Böylelikle derlemeye sekiz çalışma ile devam edilmiştir.

Dahil edilen sekiz çalışmanın seçimi, veri ve kalite incelemesinde "PEDro" isimli fizyoterapi kanıt veri tabanından yararlanılmıştır. Veri tabanının yalnızca RKÇ, sistematik derleme ve klinik uygulama kılavuzlarını kapsaması nedeniyle dahil edilen diğer dört çalışma PEDro'ya göre değerlendirilmemiştir. RKÇ desenli çalışmaların PEDro kalite puanları Tablo 1'de gösterilmektedir. Veri tabanına ait kalite puanlamaları klinik uygulama geçerliliği ve teorik yeterliliği yüksek olan çalışmaları tespit edilmesini amaçlamaktadır.

## BULGULAR

Araştırmamızda belirlenen tarama aralığında toplam 126 makaleye ulaşılmış olup; bunlardan 8'i incelemeye dahil edilmiştir. Taranan makalelerin dahil edilememe nedenleri Şekil 1'de gösterilmektedir. Çalışmamızda, dört RKÇ, dört prospektif olmak üzere toplam 8 çalışma incelenmiştir. Prospektif çalışmalar kendi içinde prospektif gözlemsel ve prospektif kesitsel olarak farklılık göstermektedir (Tablo 1). Bu çalışmaların izlem süreleri 3-24 ay süresi arasında değişmekte olup; toplam izlem sıklıkları da farklılık göstermektedir (Tablo 3).

Araştırmacıların çalışma yerlerine bakıldığında; çoğunlukla kritik bakım ünitesi, yoğun bakım tıbbi nöroloji alt dallarından görev aldıkları görülmektedir (Tablo 1). Yapılan çalışmaların tamamı interdisipliner ekiplerce gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların örneklem gruplarına bakıldığında ise; 47-63 yaş aralığında oldukları ve yoğun bakım



Şekil 1. Uygulama Akış Şeması

hastası olduğu belirlenmiştir. Tablo 1’de gösterildiği gibi incelenen çalışmaların dahil edilme kriterleri ve girişim uygulanma zamanları farklılık göstermektedir. Deseni RKÇ olan çalışmalarda, hastalar yatışın erken döneminde müdahale ve kontrol gruplarına randomize edilmişlerdir. Prospektif çalışmalardan üçü (Angel ve ark. 2007, Fan ve ark. 2014, Novak ve ark. 2011) akut akciğer hasarı veya akut respiratuar distres sendromu (ARDS) sonrası sağ kalan YBÜ-KG tanısı alan bireyler ile yürütülmüşken, biri (Lliano-Diez ve ark. 2012) derin sedatize olan ve invaziv mekanik ventilasyon (IMV) desteği alan hastalar ile yürütülmüştür<sup>18-21</sup>.

YBÜ-KG tanısını elektrotanısai testler ve/veya biyopsi ile kesinleştiren çalışmaların tamamında alt ekstremite kasları kullanılmış olmakla birlikte Angel ve ark. (2007)’nin çalışmasında deltoide ve ilk dorsal interosseöz kası da incelenmiştir<sup>18</sup> (Tablo 1). Bununla birlikte çalışmalardan dördü (Connolly ve ark. 2015, Patel ve ark. 2014, Fan ve ark. 2014, Novak ve ark. 2011) non-invaziv ölçüm yöntemi (MRC skoru) ile YBÜ-KG tanısı koymuştur<sup>19,22,23</sup> (Tablo 2, Tablo 3). Fonksiyonel kapasite düzeyini belirlemek için Novak ve ark. (2011) Fonksiyonel Bağımlılık Ölçeği’ni kullanırken; Patel ve ark. (2014) Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bartel İndeksi’ni, Connolly ve ark. (2015) ve Fan ve ark. (2014) ise 6 Dakika Yürüme Testi’ni kullanmışlardır<sup>19-23</sup>. İki çalışmada (Connolly ve ark. 2015, Patel ve ark. 2014) hastaların bilinç durum değerlendirmesi Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası ile yapılmış olup; diğer çalışmalarda bilinç değerlendirmesi yapılmamıştır<sup>22,23</sup>. Gerovasili ve ark. (2009) yaptıkları çalışmalarında hastalık şiddetini değerlendirmişlerdir<sup>24</sup>.

Angelopoulos ve ark. (2013) çalışmalarında; orta veya yüksek frekanslı nöromusküler elektriksel uyarılmanın (NEU), yoğun bakım hastalarının kas fonksiyonlarında mikro ve makro düzeyde gelişme sağladığını ifade etmişlerdir<sup>25</sup>. Gerovasili ve ark.

Tablo 1. İncelenen Çalışmaların ve Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Yazar/ Yıl	Araştırma Tipi / PP*	Araştırmacıların Çalıştıkları Birimler	Örneklem özelliği ve girişim zamanı	Yaş aralığı	İncelenen kas grubu
Angelopoulos ve ark.2013	RKÇ / 6	Kritik Bakım Ünitesi, İç Hastalıkları Departmanı.	Yatışın minimum 3., maksimumum 5. Gününde olan, SIRS veya sepsis kriterlerini karşılayan YBÜ hastaları	59±11	Vastus lateralis, vastus medialis, peroneus kası
Connolly ve ark. 2015	RKÇ / 4	Astım- Alerji Biyolojisi, Biyomedikal Araştırmalar Merkezi, Klinik Respiratuar Fizyoloji, Temel Bakım ve Halk Sağlığı Bilimleri	48 saatten fazla invaziv mekanik ventilasyon desteği alan, YBÜ-KG tanımlı hastalar	63 (46,8-71,8)	MRC*
Gerovasili ve ark.2009	RKÇ / 5	Kritik Bakım Ünitesi, Radyoloji.	APACHE II** skorları 13 ve üzerinde olan YBÜ hastaları	59±21	Vastus intermedius, rektus femoris
Patel ve ark. 2014	RKÇ / 5	Pulmoner ve Kritik Bakım Departmanı	Yatışın ilk 72. saatinde olan dahiliye YBÜ hastaları	59,73 (52-70.13)	MRC
Angel ve ark. 2007	Prospektif Kohort	Nöroloji, Patoloji, Nöropatoloji ve Yoğun Bakım Tıbbi Departmanları	ARDS sonrası sağ kalan YBÜ hastalarının 6-24 aylık gözlemi	48 (30-59)	Deltoid, ilk dorsal interosseöz, kuadriceps ve tibialis anterior
Fan ve ark. 2014	Prospektif Longitudinal	Yoğun Bakım Tıbbi, Pulmoner ve Kritik Bakım, Anestezi ve Kritik Bakım, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Epidemiyoloji, Hemşirelik, Biyoistatistik, Sağlık Politikaları ve Yönetimi, Alerji ve Göğüs Hastalıkları Departmanları	Akut Akciğer Hasarı sonrası sağ kalan YBÜ hastalarının 3-6-12-24 aylık gözlemi	52 (42-63)	MRC
Lliano-Diez ve ark. 2012	Prospektif Gözlemsel*	Klinik Nörofizyoloji, Nöroşirurji, Biyomedikal Kimya Departmanı	Derin sedatize, 10 gün ve üzeri invaziv mekanik ventilasyon desteği alan YBÜ hastaları,	62±1	Tibialis anterior
Novak ve ark. 2011	Prospektif Gözlemsel*	Rehabilitasyon Enstitüsü	YBÜ-KG tanımlı, YBÜ'den yatan hasta rehabilitasyonuna yönlendirilen hastalar	59,4±15,9	MRC*

\* : PEDro kalite puanı. Puanlama sistemi 10 üzerinden değer vermektedir.

MRC\*: Bu çalışmalarda belirli bir kas üzerinde direkt inceleme yapılmamış olup; Medical Resource Council (MRC) skoruna göre 60 puan üzerinden 48 ve altı puan alan hastalara YBÜ-KG tanısı konmuştur.

\*\*APACHE II: Acute Physiological and Chronic Health Evaluation II (Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi)

Tablo 2. Çalışma Deseni RKÇ Olan Çalışmaların Amaç, Yöntem, Girişim ve Sonuçlarına İlişkin Bulgular

İsim	Amaç	Örnekleme büyüklüğü ve özellikleri	Veri toplama araçları veya kullanılan teknikler	Girişim	Bulgular/ Sonuçlar
Angelopoulos ve ark.2013	Orta ve yüksek frekanslı akım kullanılarak uygulanan nöromüsküler elektriksel uyarılmanın (NEU) kas mikrosirkülasyonu üzerine etkisini karşılaştırmak	17 yüksek frekanslı NEU, 14 orta frekanslı NEU= 31 yoğun bakım hastası	-Demografik ve klinik veri formu -Infrared spektroskopisi -Vasküler oklüzyon tekniği	Yüksek frekanslı NEU seansı: simetrik, bifazik, 75 Hz yoğunluk, 400 mikrosaniye süre, 21 saniye dinlenme. Orta frekanslı NEU seansı: simetrik, bifazik, 45 Hz yoğunluk, 400 µsec süre, 12 saniye dinlenme. Her iki seans toplam 30 dakika; ek olarak 5 dakika ısınma ve 5 dakika soğuma seansı şeklinde uygulanmıştır.	Kontraksiyon gücü, lokal oksijen tüketimi, endotel aktivite ve vasküler rezerv açısından her iki protokole de gelişim gözlenmiştir. Orta veya yüksek frekanslı akımlı NEU, kritik hastalarda eşit derecede etkili ve güvenli bulunmuştur.
Connolly ve ark.2015	YBÜ-KG'li hastalara sağlanan egzersize dayalı rehabilitasyonun etkinliğini değerlendirmek	IMV desteği almış, YBÜ'den taburcu olan 20 müdahale, 21 gözlem hastası	-MRC -Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası -6 dakika yürüme testi -SF 36*	Isınma ve soğuma periyotlarının bulunduğu 40 dakikalık denge ve kuvvet kombinasyonu içeren kardiyovasküler egzersizler haftada 2 olmak üzere toplam 16 kez bir rehabilitasyon salonunda uygulanmıştır. Gözlem grubu ile haftada bir kez telefon aracılığıyla görüşülmüş.	Girişimin etkili olduğu ve hastalar tarafından kabul edilebilir bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır. (p<0,01)
Gerovasili ve ark.2009	Kritik hastalarda Elektriksel kas stimülasyonunun (EKS) kas kütlelerinin korunması üzerine etkisini değerlendirmek	13 müdahale, 13 kontrol olmak üzere toplam 26 YBÜ hastası	-Ultrason ile Kuadriceps kaslarının çapları -SOFA** -APACHE II*** -SAPS 3****	Peroneus longus ve kuadriceps kaslarına bifazik simetrik 45 Hz'lik ve 400 µsec atım süreli stimulanlar ile EKS uygulanmıştır. 5 dk ısınma ve 5 dk soğuma sürelerini de içeren toplam 55 dk'lık seansları uygulanmıştır. Randomizasyon sonrası kuadriceps kaslarının çapları ölçülüyor ve ölçüm 7-8 gün sonra tekrarlanıyor.	Her iki grupta da kasların kütlelerinde azalma meydana gelmesine rağmen, EKS grubundaki azalmanın kontrol grubuna oranla anlamlı derecede az olduğu bulunmuştur (p<0,05). EKS; kritik hastalığı olan bireylerde kolay tolere edilebilir ve kas kütleli koruyucu bir yöntem olarak kullanılabilir.
Patel ve ark. 2014	Erken mobilizasyonun glisemik kontrol ve YBÜ-KG üzerine etkisini değerlendirmek	55 müdahale, 49 kontrol olmak üzere 104 YBÜ hastası.	-MRC -Günlük yaşam aktiviteleri -Bartel indeksi -Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası	En az 72 saat içinde IMV'ye bağlanan hastalarda, erken mobilizasyon ve egzersiz uygulanıyor. Ek olarak YBÜ'de yatış boyunca kiloya göre uyarlanmış total insülin dozu kaydediliyor.	Erken mobilizasyon ve glisemik kontrol YBÜ-KG'yi önlemede bağımsız risk faktörü olarak belirlenmiştir (p=0.03, OR=0.18).

\*SF 36: Short Form of Quality of Life (Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form), \*\*SOFA: Sequential Organ Failure Assessment (Ardışık Organ Yetmezliği Skoru)

\*\*\*\*SAPS 3: Simplified Acute Physiology Score (Basitleştirilmiş Akut Fizyolojik Skor)

Tablo 3. Çalışma Deseni Prospektif Olan Çalışmaların Amaç, Yöntem, Girişim ve Sonuçlarına İlişkin Bulgular

İsim - Yıl	Amaç	Örneklem büyüklüğü ve özellikleri	Veri toplama araçları veya kullanılan teknikler	Girişim	Bulgular/ Sonuçlar
Angel ve ark. 2007	ARDS* sonrası taburculuğu gerçekleştiren hastalarda uzun dönemli nöromüsküler fonksiyon çıktılarının değerlendirilmesi.	ARDS sonrası tabucu edilmiş 109 hastadan 16 yoğun bakım hastası	-Klinik değerlendirme formu, -Kas biyopsisi -MRC -Elektrotansal testler -Nöroteziyometre.	Kapsamlı nörolojik muayene ve standardize elektrotansal testler uygulanıyor. 6 ay ila 24 ay arasında değişen izlem yapılıyor.	Hastalarda miyopatik, nörojenik, fokal veya mononöropatik değişiklikler ve taburculuk sonrası uzun dönemli kalıcı zayıflık şikayetleri gözlemlenmiş.
Fan ve ark. 2014	Kas zayıflığı, fiziksel kapasite ve yaşam kalitesinin; kritik hastalık ve yoğun bakımda kalma süresi ile epidemiyolojisinin ortaya konması.	IMV'ye bağlanan 222 akut akciğer yaralanması hastası	-6 dakika yürüme testi -MRC -SF-36 -Kan glikoz düzeyi ölçümü -Kortikosterooid dozu ölçümü	Hastalara klinik ekstremita değerlendirilmesi, el sıkma testi, ekstremita ve solunum kas gücü değerlendirilmesi, antropometrik ölçümler, 6 dakika yürüme testi ve yaşam kalitesi ölçüğü uygulanıyor. 3, 6, 12 ve 24 aylarda değerlendiriliyor.	-YBÜ-KG gelişen hastaların el sıkma gücü ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, -YBÜ-KG ile görülen bu değişikliklerin 24 aya kadar uzadığı, -Kortikosterooid dozu ve artmış kan glikozu düzeyi ile YBÜ-KG'nin ilişkili bulunmadığı, sonuçlarına varılmıştır.
Lliano-Diez ve ark. 2012	Derin sedatize ve IMV'li hastalarda görülen kazımlımsız kas atrofisi mekanizmasını çözmek ve pasif mekanik yüklenmenin etkisinin incelenmesi.	Ardışık 10 gün veya daha uzun süreli IMV'de kalan hasta 7 kohort grubu; 40 sağlıklı birey kontrol olmak üzere toplam 47 birey	-Kas biyopsisi -Ultrason -Elektrofizyolojik ölçümler	Tek ayak bileği eklemine; günde 4 kez 2,5 saat, 30 derece plantar fleksiyon- 25 derece dorsifleksiyon ile pasif eklem açıklığı hareketi uygulanıyor. 40 sağlıklı birey kasın özelliklerini kıyaslamak adına dahil edilmiş olup; bunlardan onam veren sekizinden kas biyopsisi alınmıştır.	-YBÜ hastalarında daha yüksek nitrik oksit düzeyi bulunduğu ve bunun YBÜ-KG'yi tetikleyebileceği, -Yatak istirahati ile miyozin kaybının arttığı, -Uygulanmış girinim ile kas lifi aktivitesinde %35'lik bir artış sağladığı ve pasif mekanik yüklenmenin iskelet kas fonksiyonu üzerine yararlı etkilerinin olduğu sonuçlarına varılmıştır.
Novak ve ark. 2011	Hastalara kapsamlı rehabilitasyon programının sonuçlarını değerlendirmek	Dahiliye ve cerrahi servislerinden YBÜ-KG tanısı ile yataklı rehabilitasyon ünitesine gönderilen 27 hasta	-MRC -Fonksiyonel Bağımlılık Ölçeği	Kinezyoterapi, elektroterapi, fonksiyonel uğraşı terapisi, günlük yaşam aktiviteleri ve psikososyal destek uygulanmıştır.	Hastalarda rehabilitasyon ile fonksiyonel durum, kas gücü ve yürüme becerisinde istatistiksel ve klinik anlamlılık saptanmıştır (p<0,05).



(2009)'ı ise NEU uygulaması ile kas kütlesi kaybında anlamlı gerileme sağlamışlardır<sup>24</sup> ( $p<0,05$ ). Lliano-Diez ve ark. (2012) uyguladıkları pasif mekanik yüklenme ile kas lifi aktivitesinde %35'lik bir artış sağladıklarını ve bu uygulamanın iskelet kas fonksiyonu üzerinde yararlı etkisinin olduğunu belirtmişlerdir<sup>21</sup>. Her üç çalışmada da kullanılan yöntemin; güvenli, kolay tolere edilebilir ve kas kütlesi koruyucu olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 2).

Fan ve ark (2014)'ın YBÜ taburculuğu sonrası YBÜ-KG tanısı alan ve almayan hastaların karşılaştırıldığı çalışmalarında; el sıkma gücü ve yaşam kalitesinin tanı alan hastalarda anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Aynı çalışmada kas güçsüzlüğünün, taburculuk sonrası üç aylık sürede, daha yoğun yaşandığı ve YBÜ'de uyanık geçirilen gün sayısı ile anlamlı ve ters yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yatak istirahatine eklenen her bir gün için, kas gücünde %3-11'lik bir azalmanın olduğu, yapılan izlemler sonucunda YBÜ-KG'nin etkilerinin 24 aya kadar uzadığı gösterilmiştir<sup>19</sup>.

Angel ve ark. (2007) ARDS sonrası YBÜ-KG gelişen hastalarda; miyopatik, nörojenik, fokal veya mononöropatik değişikliklerin olduğunu, Lliano-Diez ve ark. (2012) YBÜ-KG gelişen hastalarda nitrik oksit düzeyinin yüksek bulunduğu ve bunun YBÜ-KG'yi tetikleyebileceği, yatak istirahati ile miyozin kaybının arttığını belirtmişlerdir<sup>18,21</sup>. Connolly ve ark. (2015) ve Novak ve ark. (2011)'in çalışmalarında, YBÜ-KG gelişen hastalara uygulanan egzersiz programı ile hastaların YBÜ-KG semptomlarının azaltılması açısından anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır<sup>20,22</sup>.

Angelopoulos ve ark. (2013) ve Gerovasili ve ark. (2009) kas fonksiyonu ve YBÜ-KG gelişimi açısından, NEU' nun klinik çıktıları üzerine etkisinin değerlendirilebilmesi için daha fazla çalışma yapılmasını önermişlerdir<sup>24,25</sup>. Fan ve ark. (2014) kas gücünü test etmede el sıkma testinin MRC'ye göre daha kolay uygulanabilir, maliyet etkili ve basit olduğunu; ancak bu korelasyonu netleştirmek için daha fazla çalışma yapılması gerektiğini belirtmişlerdir<sup>19</sup>. Novak ve ark. (2011) YBÜ-KG gelişen hastalarda tanı konması ile birlikte rehabilitasyon sürecinin başlatılmasını; skalalar, objektif klinik testler gibi enstrümanlarla hastaların kapsamlı değerlendirilmelerinin yapılmasını önermişlerdir<sup>20</sup>. Hiperglisemi ve YBÜ-KG arasındaki ilişkiyi kesinleştirmek için daha fazla çalışma yapılması gerektiği Patel ve ark. (2014) tarafından belirtilmiştir<sup>23</sup>.

## TARTIŞMA

YBÜ-KG'yi önlemeye ve kasta görülen değişimleri belirlemeye yönelik son on yılda yapılan çalışmaların sistematiik olarak incelendiği bu çalışmada, çalışmaların özellikleri, çalışmada uygulanan girişimler ve bu girişimlerin etkileri değerlendirilmiştir.

YBÜ-KG; tanılamada hasta kooperasyonu gerektirmesi, hastaların hemodinamik yönden instabil olması veya sedatize olmaları gibi sebeplerden dolayı tanılanması ve yönetimi güç bir tablodur<sup>10</sup>. Bu nedenle YBÜ-KG'yi tanıma ve önleme faaliyetleri kapsamında interdisipliner ekiplere ihtiyaç vardır. Oluşturulacak ekip içinde yoğun bakım hekimi, nöroloji hekimi, yoğun bakım hemşiresi ve fizyoterapistler yer almalıdır. Klinik rehberlerce de YBÜ hastası bakım ve yönetiminde ekipler arası işbirliği önerilmektedir<sup>26,27</sup>. Çalışma kapsamında incelenen çalışmalara baktığımızda, çalışmaların tamamında yoğun bakım ünitesinde çalışan farklı meslek üyelerinden oluşan interdisipliner ekip üyeleri yer aldığı görülmüştür.

İncelenen çalışmalarda, YBÜ-KG tanınması için MRC skoru, elektrotanısall testler ve biyopsi gibi farklı yöntemler kullanılmıştır. MRC skoru literatürce desteklenen bir tanı testi olmasına karşın; hasta kooperasyonu gerektirmesi dezavantajına sahiptir<sup>2,3,28</sup>. Elektrotanısall testler ve biyopsi ise mali getirileri, uygulama zorluğu, hasta onamı gerektirmesi gibi dezavantajlara sahiptir<sup>3,28</sup>. Literatürde YBÜ-KG'nin tanınma zamanı ve zorunluluğu ile ilgili bir bilgiye rastlanmamıştır. Bu nedenle YBÜ'ye kabul edilen her hastanın kas güçsüzlüğü gelişimi açısından risk altında olduğunun kabul edilmesi; erken dönemde önleyici girişimlerin başlatılmasının hasta çıktılarını geliştireceği düşünülmektedir.

Griffiths ve ark. tarafından yazılmış bir derlemeye göre; kritik hastalığı olan bireylerin ekstremitelerde kaslarında günlük %2'lik bir kayıp olduğu belirtilmiştir<sup>4</sup>. Aynı derlemede kasın kontraktill miyozin filamentlerinde fonksiyon kaybının olduğu ve kasta proteolitik aktivitenin artış gösterdiği de vurgulanmıştır. Çalışmamız kapsamında incelenen makalelerde, kasın yapısındaki değişimlerle ilgili olarak araştırmacıların [Fan E ve ark (2014), Angel ve ark. (2007), Lliano-Diez ve ark. (2012)] benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir<sup>18,19,21</sup>.

YBÜ hastalarında nöromusküler elektriksel uyarımının; kas gücü, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi gelişimine katkı sunduğu belirtilmektedir<sup>29</sup>. Benzer olarak Angelopoulos ve ark. Gerovasili ve ark. da NEU ile kas fonksiyonlarını iyileştirdiğini belirtmişlerdir<sup>24,25</sup>. 2013 yılında yapılan bir derlemede NEU'nun kalp yetmezliği, kanser ve KOAH hastalarında görülen kas güçsüzlüğünü önlemede etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir<sup>30</sup>. Çalışmaların desteklediği şekilde güvenli ve kas kütleli koruyucu NEU'nun yoğun bakım hastalarında kullanımının etkin sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

İncelenen çalışmalarda kullanılan egzersiz programlarının türü, yoğunluğu, sürelerinin çeşitlilik gösterdiği saptanmıştır. Literatüre baktığımızda; egzersizin yoğun bakımlarda kullanılmasının olumlu etkilerinin olduğu bildirilmesine rağmen; halen türü, süresi, tekrar sayısı gibi egzersiz programı hakkında yeterli bilgi yoktur<sup>8,31</sup>. Literatür tarafından mobilizasyon ve egzersizin, YBÜ'ye kabulün ardından mümkün olduğunca erken sürede gerçekleştirilmesi önerilmektedir<sup>26,27,32</sup>. Literatürle uyumlu olarak; incelenen çalışmaların RKKÇ desenli olanlarında girişimlerin yatışın erken evresinde uygulandığı görülmüştür. Böylelikle YBÜ hastaları için erken dönemde başlatılan ve yatış boyunca sürdürülen mobilizasyon programlarının; hasta çıktılarını iyileştirme, YBÜ-KG'yi önlemede etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan çalışmalarda, yoğun bakımda kalış süreci ile kaslarda mikro ve makro düzeyde değişikliklerin olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca çalışmalarda, standart bir programın olmamasına rağmen; pasif veya aktif, kısa veya uzun süreli; türü, şekli, dozu ne olursa olsun YBÜ'de yatış boyunca hastada kasa yapılan mekanik yüklenmenin, YBÜ-KG'yi önleme açısından potansiyel faydaları olduğu görülmektedir.

İncelenen çalışmalar sonucunda, sosyodemografik özellikler açısından homojen örneklem gruplarında farmakolojik tedavi, önceki sağlık hikayesi, mevcut sağlık durumu, bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, antropometrik ölçümler, kas kütleli vb.) ve YBÜ'de uygulanan girişimlerin yer aldığı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca YBÜ-KG'yi önlemek adına; erken mobilizasyon, minimal veya aralıklı sedasyon, sepsisin erken ve uygun yönetimi, glisemik kontrol, elektrolit ve asit-baz dengesizlikleri ile ilgili daha fazla kanıt temelli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## Sınırlılıklar

YBÜ-KG'ye ilişkin çalışmaların son yıllarda artış göstermekle birlikte nicel açıdan yetersiz olması ve hemşirelik alanında çalışma olmaması bu çalışmanın sınırlılıklarıdır.

## KAYNAKLAR

1. Witteveen E, Wieske L, Verhamme C, Schultz M. J, Van Schaik I. N, Horn J. Muscle and nerve inflammation in intensive care unit-acquired weakness: A systematic translational review. *Journal of the neurological sciences* 2014; 345(1): 15-25.
2. Fan E, Zanni J M, Dennison C R, Lepre S J, Needham D M. Critical illness neuromyopathy and muscle weakness in patients in the intensive care unit. *AACN advanced critical care* 2009; 20(3): 243-253.
3. Hermans G, Van den Berghe G. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Critical Care* 2015; 19(1): 2-9.
4. Griffiths R D, Hall J B. Intensive care unit-acquired weakness. *Critical care medicine* 2010; 38(3): 779-787.
5. Latronico N, Peli E, Botteri M. Critical illness myopathy and neuropathy. *Current opinion in critical care* 2005; 11(2): 126-132.
6. Lee C. M, Fan E. ICU-acquired weakness: what is preventing its rehabilitation in critically ill patients?. *BMC medicine* 2012; 10(1): 2-4.
7. Meltem Gül L, Çelik M, Öztekin F, Devrim S, Nur Orhon Z. Yoğun Bakımdaki kas güçsüzlüğüne iki farklı bakış. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi* 2011; 39(1): 43-49.
8. Kress J P. Clinical trials of early mobilization of critically ill patients. *Critical care medicine* 2009; 37(10): 442-447.
9. de Jonghe B, Lacherade J C, Sharshar T, Outin H. Intensive care unit-acquired weakness: risk factors and prevention. *Critical care medicine* 2009; 37(10): 309-315.
10. Bunnell A, Ney J, Gellhorn A, Hough C L. Quantitative neuromuscular ultrasound in intensive care unit-acquired weakness: A systematic review. *Muscle & nerve* 2015; 52(5): 701-708.
11. Hermans G, Wilmer A, Meersseman W, Milants I, Wouters P J, Bobbaers H. Impact of intensive insulin therapy on neuromuscular complications and ventilator dependency in the medical intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2007; 175(5): 480-489.
12. Wieske L, Witteveen E, Verhamme C, Dettling-Ihnenfeldt D S, van der Schaaf M, Schultz M J. Early Prediction of Intensive Care Unit-Acquired Weakness Using Easily Available Parameters: A Prospective Observational Study. *PloS one* 2014; 9(10): e111259.
13. Potter P. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Atabek Aştı T, Karadağ A (Çev.). Adana: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. s: 257-68
14. Otman S, Köse N. Egzersiz Tedavisinde Temel Prensipler ve Yöntemler. Ankara: Pelikan Kitabevi; 2014. s: 21-55
15. Balas M C, Vasilevskis E E, Burke W J, Boehm L, Pun B T, Olsen K M, Peitz G J, Ely E W. (2012). Critical Care Nurses' Role in Implementing the "ABCDE Bundle" into Practice. *Critical Care Nurse* 32(2): 35-48. doi:10.4037/ccn2012229
16. Delirium: Diagnosis, prevention and management. NICE clinical guideline. Erişim Tarihi: 13.02.2015 <http://www.nice.org.uk/guidance/cg103>

17. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 41(1): 263-306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72
18. Angel M J, Bril V, Shannon P, Herridge M S. Neuromuscular function in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *The Canadian Journal of Neurological Sciences* 2007; 34(04): 427-432.
19. Fan E, Dowdy D W, Colantuoni E, Mendez-Tellez P A, Sevransky J E, Shanholtz C et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a 2-year longitudinal prospective study. *Critical care medicine* 2014; 42(4): 849-859.
20. Novak P, Vidmar G, Kuret Z, Bizovicar N. Rehabilitation of critical illness polyneuropathy and myopathy patients: an observational study. *International Journal of Rehabilitation Research* 2011; 34(4): 336-342.
21. Llano-Diez M, Renaud G, Andersson M, Marrero H G, Cacciani N, Engquist H, et al. Mechanisms underlying ICU muscle wasting and effects of passive mechanical loading. *Critical Care* 2012; 16(5): 1-16.
22. Connolly B, Thompson A, Douiri A, Moxham J, Hart N. Exercise-based rehabilitation after hospital discharge for survivors of critical illness with intensive care unit-acquired weakness: A pilot feasibility trial. *Journal of critical care* 2015; 30(3): 589-598.
23. Patel BK, Pohlman A S, Hall J B, Kress J P. Impact of early mobilization on glycemic control and ICU-acquired weakness in critically ill patients who are mechanically ventilated. *CHEST Journal* 2014; 146(3): 583-589.
24. Gerovasili V, Stefanidis K, Vitzilaios K, Karatzanos E, Politis P, Koroneos A. et al. Electrical muscle stimulation preserves the muscle mass of critically ill patients: a randomized study. *Critical Care* 2009; 13(5): 1-8.
25. Angelopoulos E, Karatzanos E, Dimopoulos S, Mitsiou G, Stefanou C, Patsaki et al. Acute microcirculatory effects of medium frequency versus high frequency neuromuscular electrical stimulation in critically ill patients-a pilot study. *Annals of intensive care* 2013; 3(1): 1-9.
26. Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, Schmid KK, Shostrom V, Cohen MZ. Effectiveness and Safety of the Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring/Management, and Early Exercise/Mobility Bundle. *Critical Care Medicine* 2014; 42(5): 1024-36
27. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 2013; 41(1): 263-306.
28. Puthuchery Z, Hart N. Intensive care unit acquired muscle weakness: when should we consider rehabilitation?. *Critical Care* 2009; 13(4), 1-2.
29. Needham DM, Truong AD, Fan E. Technology to enhance physical rehabilitation of critically ill patients. *Critical care medicine*, 2009; 37(10):436-441.
30. Maddocks M, Gao W, Higginson IJ, Wilcock A. Neuromuscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD009419. DOI: 10.1002/14651858.CD009419.pub2.
31. Trees D W, Smith J M, Hockert S. Innovative mobility strategies for the patient with intensive care unit-acquired weakness: a case report. *Physical therapy* 2013; 93(2): 237-247.
32. Doiron KA, Hoffmann T, Beller EM. Early Intervention (Mobilization Or Active Exercise) For Critically Ill Patients in The Intensive Care Unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue 10.

# Güvenli Okul Taşımacılığında Annelerin Görüşleri ve Beklentileri Var: Niteliksel Bir Çalışma

There are Opinions and Expectations  
of the Mothers in Safe School  
Transportation: A Qualitative Study

(Araştırma)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 13-23*

**Türkan KADİROĞLU\*, Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKCI\***

\* Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Erzurum, Türkiye

Geliş Tarihi: 01 Mart 2016

Kabul Tarihi: 05 Ekim 2017

## ÖZ

**Amaç:** Annelerin güvenli okul taşımacılığına ilişkin görüşlerini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Nitel tipte gerçekleştirilen çalışma, çocuğu en az bir yıldır okul taşıtı kullanan anneler ile yürütülmüştür. Çalışmada, kartopu örnekleme yöntemiyle dahil edilen 13 anne ile görüşmeler yapılmış ve yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Verilerin ham dökümü yapıldıktan sonra içerik analizi gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, etik ilkelere bağlı kalmıştır.

**Bulgular:** Anneler, okul taşıtı şoförünün bazı özelliklere sahip olması gerektiğini belirtmişlerdir. Taşıtın son model ve beş yaşından küçük olması, okul taşıtı özelliklerini taşıması ve yaş gruplarına özel dizayn edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Anneler, taşıta binerken, kontrollü kalkış-duruş yapılmasını ve dakik olunmasını istemişlerdir. Yolculukta, trafik kurallarına uyulması ve hostes görevlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Anneler, okul taşıtıdan inerken, çocuk ile ebeveynin buluşturulması, taşıtın evin tam önünde durması, duruş ve kalkışların kontrollü olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

**Sonuç:** Okul taşıtı şoförünün ve taşıtın bazı özelliklere sahip olması, taşıta binme, yolculuk ve taşıttan inmede trafik kurallarına uyulması ve güvenlik önlemlerinin alınması gerekmektedir. Okul taşıtı şirketlerinin ve okul idarelerinin işbirliği ile yapılan eğitim programları, güvenli okul taşımacılığına katkı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anne, hemşirelik, okul, taşımacılık

## ABSTRACT

**Aim:** To identify the opinions of mothers on safe school transportation.

**Material and Methods:** The study that was conducted with qualitative methodology, was conducted with mothers whose children were using school transport for at least one year. Interviews were done with 13 mothers that was included in the study by snowball sampling technique and a semi-structured interview form was used. The interviews have been recorded on audio tape recorder. The content analysis was carried out after transcription of raw data. Ethical principles were followed in the study.

**Results:** The mothers stated that the school vehicle driver needs to have some features. The mothers have reported that the vehicle needs to be brand new and newer than five years, to have school transportation vehicle features, and to be designed special to age groups. The mothers wanted that controlled stop-start should be done and should be punctual. They stated that traffic rules must be obeyed and an hostess must be assigned. The mothers reported that children and parents should be brought together, the vehicle should exactly stop in front of the house and the stop-starts should be done in a controlled way while children was getting out of the vehicle.

**Conclusion:** It is required that the school vehicle driver and the vehicle should have certain features, the driver should comply with the traffic rules and take safety precautions during boarding to, traveling in and getting out of the school vehicle. Training programs conducted with the cooperation of the school transportation firms and school administration could contribute to safe school transportation.

**Key Words:** Mother, nursing, school, transportation

## GİRİŞ

Güvenli ortam çocukların sağlığı, büyüme-gelişmesi ve akademik başarısı için son derece önemlidir<sup>1,2</sup>. Çocuklara güvenli ortamın sağlanabilmesi, çevresel tehlikelerin kontrol altına alınmasını gerektirmektedir. Çevresel tehlikelerden birisi olan okul taşımacılığında güvenliği bozan en önemli faktörlerden biri trafik kazalarıdır<sup>3</sup>. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de trafik kazaları çok önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>4</sup>.

Trafik kazaları, özellikle çocukluk yaş dönemi içerisinde, en önemli morbidite ve mortalite nedenidir<sup>5</sup>. İngiltere’de, 16 yaş altındaki tüm çocuk ölümlerinin %35’inin, trafik kazaları nedeniyle meydana geldiği belirtilmiştir<sup>6</sup>. ABD’de travma nedeniyle meydana gelen çocuk ölümlerinin %28’inin, trafik kazaları sonucunda olduğu tespit edilmiştir<sup>7</sup>.

Ülkemizde ise 10-19 yaş grubunda yaralanmaların en önemli nedeni trafik kazalarıdır ve her yıl trafik kazalarında 1000’in üzerinde çocuk ölmektedir<sup>8</sup>. Dünya genelinde trafik kazalarına bağlı yaralanma ve ölümlerin %4-6’sını okul taşımacılığına bağlı kazalar oluşturmaktadır<sup>9</sup>. Türkiye genelini gösteren ayrıntılı bir istatistik olmamakla birlikte, yapılan bazı çalışmalara göre çocuk yaş gruplarında acil servise en sık başvuru nedeni trafik kazalarıdır<sup>10,11</sup>.

Dünyada ve ülkemizde trafik güvenliği ile ilgili yasal düzenlemeler olmakla birlikte, uygulamada problemlerin olduğu anlaşılmaktadır<sup>4</sup>. Özellikle, çocukluk yaş dönemlerinde, güvenli okul taşımacılığının sağlanması, etkili ve sürdürülebilir okul güvenliği için gereklidir<sup>12</sup>. Okul Hemşireleri Ulusal Birliği, tüm öğrencilerin iyi ve

sağlıklı olmalarında hemşirelerin önemli bir savunucu olduğunu vurgulamaktadır<sup>2</sup>. Türkiye’de güvenli okul taşımacılığına ilişkin yapılan araştırmaların oldukça sınırlı olduğu ve bir veri tabanı oluşturmadığı görülmüştür. Yapılan araştırmalar, trafik kazalarına bağlı yaralanma ve ölümler üzerine kurgulanmış, genellikle tarama araştırması olarak gerçekleştirilmiştir<sup>3-5</sup>. Bu araştırmanın, güvenli okul taşımacılığına ilişkin sorunların daha iyi tespitinin yapılmasının yanı sıra ilgili kurum ve kuruluşlarda görev yapan personel, veli, öğretmen ve hemşireler için yararlı olacağı, bu konudaki literatüre katkı yapacağı ve sorunların çözümü için veri oluşturacağı düşünülmüştür. Bu doğrultuda, bu araştırmanın amacı, odaklandığı ana nokta olan annelerin güvenli okul taşımacılığına ilişkin görüşlerini ve beklentilerini tanımlamaktır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

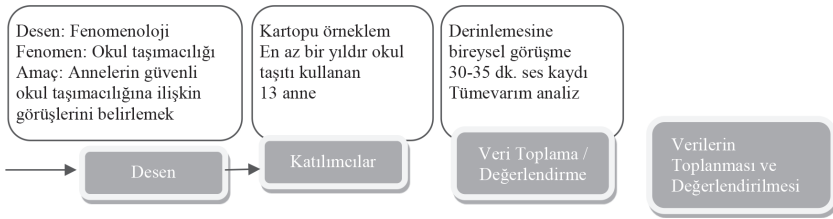
### Araştırmanın Deseni

Bu araştırma nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji (olgu bilim) deseni benimsenerek gerçekleştirilmiştir. Fenomenoloji, “deneyimlenen olguların belli bir kişi ya da kişiler için anlamı, yapısı ve özü nedir?” sorusuna cevap arayan bir nitel araştırma yaklaşımıdır<sup>13</sup>. Araştırmanın deseni şekil 1’de gösterilmiştir.

### Katılımcılar

Niteliksel araştırmalarda, araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına ilişkin kesin bir kural olmamakla birlikte derinlemesine yapılan görüşmelerde veri doyumu ulaşılması amaçlanmaktadır<sup>13-15</sup>. Nitel araştırmalarda, görüşme yapılacak bireylerin seçiminde, evreni temsil etme güçlerinden çok araştırma konusuyla doğrudan ilgili olup olmadıklarına bakılır<sup>16-17</sup>. Bu araştırmada, çalışma konusu ile ilgili zengin bilgi kaynağı olabilecek, birey ya da durumların belirlenmesinde kullanılan kartopu ya da zincir örnekleme yöntemiyle kaynak kişilerden diğer görüşülecek kişilere ulaşılmıştır. Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi yerleşkesinde ikamet eden, 30-45 yaşlarında, en az 1 çocuğu ilkokula giden, en az bir yıldır okul taşıtı kullanan ve iletişim kurma problemi olmayan 13 anne ile yürütülmüştür.

Şekil 1. Araştırma süreci



## Verilerin Toplanması

Katılımcı annelerle; tanıtıcı özelliklere ilişkin bilgi formu ve yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, 30-35 dakika süren derinlemesine bireysel görüşme yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. Veriler, Ocak-Mart 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir.

## Verilerin Değerlendirilmesi

İçerik analizi, nitel veri analizi türleri arasında en sık kullanılan yöntemlerden biridir<sup>18</sup>. Elde edilen verilerin çözümlenmesinde tümevarım analiz tekniğinden yararlanılmıştır. Tümevarım analiz, görüşme yoluyla katılımcılardan elde edilen verilerin sembolik dünyasını anlamak amacıyla; kodlama yaparak verileri kategorilere ayırma, bu kategoriler arasındaki ilişkileri çıkararak tema ve alt temaları oluşturma biçiminde betimlenebilir<sup>19</sup>. Araştırma kapsamında elde edilen ses kayıtları yazılı doküman haline getirilmiştir. Bu dokümanlar araştırmacılar tarafından birkaç defa okunmuş ve gözden geçirilmiştir. Verilerdeki cümle ve cümle yapıları araştırmacılar tarafından ayrı ayrı kodlanmıştır. Kodlama işlemleri bittikten sonra araştırmacıların bir araya gelmesiyle kodlamalar karşılaştırılmıştır. Son olarak elde edilen tüm kodlamalardan temalara (okul taşıtı şoförü, okul taşıtı, okul taşıtına binme, yolculuk ve okul taşıtından inme) ulaşılmıştır. Temalara ilişkin bulguların sunumunda katılımcı görüşlerinden doğrudan alıntılara yer verilerek bulgulara ilişkin yorumlamalar gerçekleştirilmiştir.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmanın yapılabilmesi için Etik Kurul'dan izin alınmıştır. Bilgi edinilen tüm araştırmalarda, cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için annelerin gönüllü katılımlarına önem verilmiştir. Ayrıca, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı, annelere açıklandıktan sonra onaylar (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. Annelere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve "gizlilik" ilkesine uyulmuştur.

## Katılımcılar

Araştırmada, annelerin 30-46 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 37.92 olduğu belirlenmiştir. Annelerin 11'i (%84,6) ev hanımı olup, tamamı çekirdek ailede yaşamaktadır. Annelerin 8'i (%61,5) aylık gelirinin giderden az, 2'si (%15,3) aylık gelirinin gidere denk olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmada anneler, okul taşıtı şoförü, okul taşıtı, okul taşıtına binme, yolculuk ve okul taşıtından inme konularında, çeşitli problemlerle karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan anneler ile gerçekleştirilen derinlemesine bireysel görüşmeler doğrultusunda, katılımcıların güvenli okul taşımacılığına ilişkin görüşleri beş tema etrafında değerlendirilmiştir. Ulaşılan temalar şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Annelerin görüşlerine göre ulaşılan temalar



## Okul Taşıtı Şoförü İle İlgili İfadeler

Araştırmada, anneler tarafından ifade edilen görüşler, özellikle, okul taşıtı şoförüne yoğunlaşmıştır.

- Çok genç olmamalı şoför. Çünkü hız yapmak gibi zaafı olabilir, gençlik zaafı olabilir. Baba olması, çocukları sahiplenmesi çok önemli. Bir keresinde çocuğuma ismiyle hitap etmesi benim çok hoşuma gitmişti. Çünkü çocuğumu tanıdığını anladım (42 yaş, 12 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Sigara, alkol kullanmaması benim için önemli. İyi, düzgün giyinmesi, güzel kokması temiz olması önemli. Genç olmayacak, çok yaşlı olmayacak, deneyimli olacak, refleksleri iyi olacak* (46 yaş, 3 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Şoförü çok araştırmak isterdim, çocuğu getirip götürren kim. Mesela, bence savcılıktan temiz kağıdının alınması lazım. Geçmişinde ne yapmış ne etmiş bilmek isterim (31 yaş, 2 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- İnsani yönü çok kuvvetli olmalı, babacan, baba gibi merhametli insanlar olmalı (40 yaş, 7 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocukları sevmeli, onlarla ilgilenmeli, çocuklardan haberdar olmalı ve en önemlisi baba olmalı. Orta yaşlı olsa iyi. Çünkü deneyimleri var, gençlik zaafı yok, hız yapmaz, refleksleri daha iyi, daha dikkatlidir, tecrübesi vardır (35 yaş, 1 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Her şeyden önce servis şoförlerinin çocukları çok iyi anlaması gerekiyor, merhametli olması gerekiyor. Çocuğumuz geciktiği zaman, bizleri merak ettirmemesi gerekiyor. En küçük şeyde, aile ile birlikte, diyalogta olması gerekir* (46 yaş, 10 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocuklarla çalışmak sakinliği gerektiren bir durum. Evet, araç kullanabilirsiniz, ama sonuçta taşıdığınız yük bir mal değil, can (30 yaş, 4 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- İyi niyetli, iyi bir insan olması gerekir. Şoförün güvenilir, prensipli olması önemli (33 yaş, 2 yıldır okul taşıtı kullanıyor).

- Şoför eğitilmiş olmalı, çocuklarla ilgilenmesi lazım, küçük çocuklar iniyor düşüyorlar... (38 yaş, 10 yıldır okul taşıtı kullanıyor).

Annelerin bakışından okul taşıtı şoförü; orta yaşlı ve baba, sigara-alkol kullanmayan, düzgün giyinen ve güzel kokan, deneyimli ve refleksleri iyi olan, sicil kaydı temiz olan, etkili iletişim kuran, yaptığı işin önemini farkında olan, güvenilir, prensipli ve eğitilmiş olmalıdır.

## Okul Taşıtı İle İlgili İfadeler

Araştırmaya katılan anneler, okul taşıtına ilişkin en fazla güvenlik konusuna önem vermişlerdir.

- *Servis aracı son model, yeni bir araba olmalı. Camlar içerden kapalı olmalı* (45 yaş, 14 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Aracın 5 yaşından küçük olmasına dikkat ediyorum, servisin okul taşıtı olduğunu gösteren işaretler olmasını önemsiyorum* (43 yaş 12 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *En başta bütün serviste bulunan koltukların hepsinde emniyet kemerinin olması şart. Kazalarda arkadaki çocuklar öne fırlatabiliyor* (34 yaş, 5 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Emniyet kemeri kesinlikle olmalı, kamera sistemi olmalı. Her an her şey yaşanabilir. Olay yaşanmadan tedbir alınması lazım* (42 yaş, 12 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Fark ettiğim arabanın yeni olması, koltukların oturma şekli ergonomik olarak çocuklara uygun mu, çocuklar ayakta duruyorlar mı, çocuklar oynuyorlar düşme çarpma olabiliyor* (35 yaş, 1 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Servisin içerisinde kameranın olması gerekiyor. Artı, çocukların inmesinde binmesinde yardımcı olacak elemanların olması gerekiyor. Çünkü çocuklarımız bazen servis içerisinde camları açabiliyorlar, camlardan sarkabiliyorlar* (46 yaş, 10 yıldır okul taşıtı kullanıyor)
- *Hep şunu düşünmüşümdür; birinci sınıfa gidenleri bir servis götürsün, ikiye gidenleri bir servis götürsün, her yaş gruplarını bir götürsün* (38 yaş, 10 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Benim için okul taşıtı çocuk yaş grubuna uygun olmalı, bazıları çok küçük oluyor, bazıları büyük oluyor (koltukları, iç düzeni)...* (46 yaş, 3 yıldır okul taşıtı kullanıyor).

Katılımcı anneler, okul taşıtının son model ve 5 yaşından küçük olmasını, okul taşıtı özellikleri taşımasını (her öğrenciye emniyet kemeri, taşıt içi kamera, okul taşıtı işareti, ergonomik olması vb.), taşıt içinde çocuklara yardımcı görevlinin olmasını ve yaş gruplarına göre taşıtların ayrılmasını beklemektedir.

## Okul Taşıtına Binme İle İlgili İfadeler

Araştırmada annelerin çocuklarını okul taşıtına bindirmeden önce çeşitli korkularının ve beklentilerinin olduğu anlaşılmıştır.

- Çocuk servise daha binmeden, henüz merdivenlerdeyken taşıt hareket edebiliyor. Çocuğun taşıta tam olarak bindiğinden emin olduktan sonra araç hareket etmeli (30 yaş, 3 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocuğum servise binerken destek oluyor mu?, Hergün aynı satte mi alıyor?, Geliş-gidiş saatlerine riayet ediyor mu? Soruları bence çok önemli (43 yaş, 12 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocuk servise binince ön koltuğa oturtulmamalı (46 yaş, 3 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocukların servise binmesi için özel alanların, durağın olması lazım. Çocuk her gün aynı yerden alınmalı. Bir gün oradan bir gün buradan değil (33 yaş, 2 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Özellikle okul çıkışlarında peronlarının olması, görevlilerin olması gerekiyor, çıkışlar aynı anda değil ayrı ayrı olmalı, hiçbir koruma yok, çıkış anını gördüğüm zaman müthiş tereddüt yaşıyorum (30 yaş, 4 yıldır okul taşıtı kullanıyor).

Araştırmaya katılan annelerin okul taşıtına binme ile ilgili bahsettikleri konular; kontrollü kalkış-duruş, dakik olunması, çocuğa destek olunması, ön koltukta oturtulmaması, aynı saatte aynı yerden alınması, okul çıkış saatlerinin ardışık olmasıdır.

## Yolculuk ile İlgili İfadeler

Annelerin, çocukları okul taşıtında iken kendilerini güvende hissetmedikleri, merak ve endişe yaşadıkları tespit edilmiştir.

- Çocuğum okul taşıtındayken çok güvenli değilim, okula giderken ve gelirken endişeliyim (40 yaş, 7 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Allah'a emanet ediyoruz, yani, çocuklarımıza her şey olabilir çünkü emniyet yok, güven yok...* (42 yaş, 12 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocuk okula giderken çok rahatsız hissediyorum. Hatta ilk zamanlar öğretmeni arayıp sorardım "geldi mi?" diye (30 yaş, 4 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocuk servisteyken merak halindeyim, korkudayım, hiç rahat değilim (30 yaş, 3 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- Çocuğum servisteyken hiç rahat hissetmiyorum, gelinceye kadar endişeleniyorum (45 yaş, 14 yıldır okul taşıtı kullanıyor).

Araştırmada annelerin yolculuk sırasında da çocuklara yardım edecek yardımcı personelin olması gibi çeşitli beklentilerinin olduğu anlaşılmıştır. Yolculuk ile ilgili beklentiler;

- Şoförün yolculuk sırasında trafik kurallarına uyması gerekir. Kırmızı ışıktaki geçişler, çocukların canını hiçe saymakta. Atlatmalardan o kadar hızlı geçiyorlar ki... Daha çok öğrenci almak için daha hızlı koşuşturma olabiliyor. *Aceden her şey olabilir* (42 yaş, 12 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Yolculuk sırasında hosteslerin olmasını çok istedim, özellikle anaokulu döneminde* (34 yaş, 5 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Servis annesi, hostes, olması lazım* (31 yaş, 2 yıldır servis kullanıyor)

- Çocuklar yolculukta yüksek sesle müzik dinlememeli. Zaten çocuklar ya okula gidiyor ya da okuldan geliyor. Çocukların başları ağrıyabiliyor (45 yaş, 14 yıldır okul taşıtı kullanıyor).

## Okul Taşıtıdan İnme İle İlgili İfadeler

- Çocuk eve girene kadar şoför beklemeli. Bir keresinde bizim kıza köpekler saldırdı (42 yaş, 12 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Araç evin tam önüne manevra yaparak durmalı. Çocuk karşıdan karşıya geçmemeli* (46 yaş, 3 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *En önemlisi servisin bırakacağı an çocuğun arabadan inip de evine doğru dönmesini beklemek. Hemen çocuk adımını atmadan servisi çalıştırdı mı o çocuk ne oldu, düştü mü, kalktı mı, kapı açılıp kapandı mı sıkıştı mı?...* (33 yaş, 2 yıldır okul taşıtı kullanıyor).
- *Okul çıkışı çok tehlikeli, çocuklar bir an önce koşuşturuyor çünkü servis beni bırakıp gidecek endişesi var. Çocuk servisin onu bekleyeceğini bilmeli...* (34 yaş, 5 yıldır servis kullanıyor).

Katılımcı anneler okul taşıtıdan inme ile ilgili ortak beklentileri şu şekildedir; çocuk ebeveyn ile buluşmalı, araç evin tam önünde durmalı, duruş kalkış beklemeli olmalıdır.

## TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü'nün Raporuna göre, 2020 yılında gençler için üçüncü ölüm nedeni trafik kazaları olacaktır ve bu durumun başlıca nedeni sürücü hatalarıdır<sup>20</sup>. Annelerin güvenli okul taşımacılığına ilişkin görüşlerini ve beklentilerini belirleyen bu araştırmada, anneler, okul taşımacılığında güvenliğe ilişkin en fazla sürücü üzerine yoğunlaşmış, şoförün orta yaşlı, deneyimli ve eğitilmiş olmasını istemişlerdir. Lee ve Schöfer'in yaptıkları çalışmada, genç sürücüler deneyimli sürücülere göre 3-4 kat daha fazla trafik kazası yapmaktadır<sup>4</sup>. Genç sürücülerini etkileyen en önemli faktörler, deneyimsizlik, dikkatsizlik ve trafik kurallarını ihlal etmektir<sup>19,20</sup>. Sürücülerin eğitim seviyesi düştükçe trafik kazasına sebep olma oranı da artmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre ölümlü-yaralanmalı kazaya sebep olan sürücülerin %64'ü ilköğretim, %17'si lise ve %11'i yükseköğretim mezunudur<sup>21</sup>. Araştırmanın sonuçları, bu literatürle paralellik göstermektedir<sup>4,20-23</sup>.

Bu araştırmada, anneler, şoförün sigara-alkol kullanmayan, düzgün giyinen ve güzel kokan, sicil kaydı temiz olan, etkili iletişim kuran bireyler olmasını beklemektedir. Araştırma bulgularının aksine, okulda güvenlik sorununa yol açan faktörleri belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, öğrenci velileri, servis şoförlerinin eğitim ortamına uygun olmayan davranışlarının okulda güvenlik sorununa yol açan etken olmadığını ifade etmişlerdir<sup>12</sup>. Kişisel bakımı iyi olan ve etkili iletişim kuran bireylerin toplum içerisinde her zaman uyumlu kişiler olması beklentilerle uyumludur.

Araştırmada, anneler okul taşıtının son model ve 5 yaşından küçük olmasını, istemişlerdir. Güvenli okul taşımacılığına ilişkin veli görüşlerinin alındığı başka bir çalışmada, velilerin %64,8'i güvenlik için okul taşıtlarının yeni olmasını ve rutin bakımlarının yapılmasını önermişlerdir<sup>9</sup>. Ülkemizde, Okul Servis Araçları Hizmet

Yönetmeliği'nde (28.08.2007/26627) "Okul servis aracı olarak kullanılacak taşıtların yaşları on iki yaşından küçük olmalıdır" hükmü yer almaktadır<sup>12</sup>. Bu yönetmelik, annelerin beklentilerini tam olarak karşılamamaktadır. Bilindiği üzere ülkemizde ambulanslar 5 yaşında yenisi ile değiştirilmektedir. Bu uygulamanın okul taşıtları için geçerli olmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, anneler okul taşıtının yaş gruplarına özel dizayn edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Ülkemizde, 2010 yılı sonrası çocuk oto güvenlik koltuklarının araçlarda kullanımı zorunlu hale getirilmiştir<sup>24</sup>. Karayolları Trafik Yönetmeliği'ne göre boyu 135 santimetreden, kilosu 36 kilogramdan az olan çocuklar "çocuk oto güvenlik koltuğunda" yolculuk edecektir maddesi yer almaktadır<sup>25</sup>. Bu yönetmeliğe göre okul taşıtlarının fabrika çıkışlı çocuk oto güvenlik koltuklarına sahip olmasının güvenliği sağlamada çok önemli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada, anneler okul taşıtının son derece güvenli ve rahat olmasını (her öğrenciye emniyet kemeri, taşıt içi kamera, okul taşıtı işareti, ergonomik vb.) istemektedir. Benzer şekilde, Kuğuoğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre velilerin %64,8'i servislerde emniyet kemeri olması ve kullanılması gerektiğini ve koltukların rahat, ortopedik, ergonomik, çocuğun yaşına uygun olmasını istemişlerdir<sup>9</sup>.

Araştırmada, annelerin tamamı, okul taşıtı içinde çocuklara yardımcı görevlinin olması gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı şekilde, yapılan bir çalışmada, velilerin %67,2'si servislerde deneyimli hostes olması gerektiğini ifade etmişlerdir<sup>9</sup>. Ülkemizde, Okul Servis Araçları Hizmet Yönetmeliği'ne göre okul servis araçları ile taşımacılık yapanlar; taşıt içi düzeni sağlamak, anaokulu ve ilköğretim statüsündeki okul öğrencilerinin inme ve binmeleri sırasında yardımcı olmak üzere rehber personel bulundurmakla yükümlüdürler<sup>12</sup>. Bu maddeden de anlaşıldığı gibi yönetmelikte, yardımcı personel bulundurma zorunluluğunu açık olarak ifade edilmiştir.

Çocuklar her bakımdan güvenli bir okul taşıtına binse de bazı konulara özen gösterilmediğinde tehlikeli durumları devam etmektedir. Araştırmada, anneler okul taşıtına binme ile ilgili kontrollü kalkış-duruş, dakik olunması, çocuğun aynı saatte aynı yerden alınması, okul çıkış saatlerinin ardışık olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Çocukların okula gitme ve okuldan dönme zamanlarında kaza sayısında bir artış olduğu dikkati çeken önemli bir noktadır. Örneğin, Danimarka'da çocuk trafik kazalarının %10'u çocukların okula gitme ve okuldan dönme zamanlarında olmaktadır<sup>21</sup>. Bu sonuç, araştırmamızdaki bulguyu desteklemektedir.

Araştırmada, anneler okul taşıtından inme ile ilgili; "çocuk ebeveyn ile buluşmalı, okul taşıtı evin tam önünde durmalı, duruş-kalkış beklemeli olmalı" şeklinde beklentilerini ifade etmişlerdir. Çocuk okuldan çıktığında yorgundur ve eve dönüş yolunda birçok şeyi düşünür. Karnının açlığı, yapılacak bir dolu ödev, arkadaşlarıyla birlikte yapmak istedikleri gibi faktörler onun dikkatini dağıtan düşüncelerdir<sup>26</sup>. Bu yüzden çocuk, okul taşıtından inip eve gidene kadar son derece dikkatli olunmalıdır.

Araştırmada, çocuğu okul taşıtı kullanan anneler korku, endişe ve merak yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Anneler en çok yolculuk sırasında korkmakta ve güvensizlik hissetmektedir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde güvenlik; "Toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu, emniyet" olarak tanımlanmaktadır<sup>27</sup>. Bu tanıma göre annelerin, kendilerinin belirlemiş olduğu görüşler dışında okul taşımacılığı gerçekleştiği için kaygılandıkları düşünülmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmada, anneler, okul taşıtı şoförünün bazı özelliklere sahip olmasını, taşıtın son model ve beş yaşından küçük olmasını, okul taşıtı özelliklerini taşıması ve yaş gruplarına özel dizayn edilmesini, taşıta binerken, kontrollü kalkış-duruş yapılmasını ve dakik olunmasını istemişlerdir. Anneler, yolculukta, trafik kurallarına uyulması, yüksek sesle müzik dinlenmemesi ve hostes görevlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte, anneler, okul taşıtından inerken, çocuk ile ebeveynin buluşturulmasını, taşıtın evin tam önünde durmasını, duruş ve kalkışlarının kontrollü olmasını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda; okul taşıtı şoförünün ve taşıtın bazı özelliklere sahip olması, taşıta binme, yolculuk ve taşıttan inmede, trafik kurallarına uyulması ve güvenlik önlemlerinin alınması gerekmektedir.

Çocuk sağlığının korunması ve sürdürülmesi için ulaşım güvenliğinin sağlanması önemlidir. Öğrenim yaşamının sağlıklı, kaza ve yaralanma ve kaygıdan arınık sürdürülmesinde taşımacılığın kurallara uygun yapılması ve gerekli her türlü önlemin alınması gerekir. Bu amaçla yasal düzenlemeler kadar bu düzenlemelere uyulup uyulmadığının izlenmesi de önemlidir.

Milli Eğitim Bakanlığı ve Ulaştırma Bakanlığı yasal düzenlemelerle ulaşım güvenliğinin sağlanmasında rol oynarken, hemşireler, çocukların güvenliği ve kazaların önlenmesi adına trafik güvenliğinde riskli davranışların önlenmesi için okul ve ailelere yönelik bilgilendirmeler yapabilirler. Ayrıca savunucu rolleri gereği aileler ve eğitimcilerle işbirliği yaparak sürücü davranışları ve araçlarla ilgili sorunların çözümünde çocuk güvenliğini önceleyen düzenleme ve kontrolleri teşvik edebilirler.

Bütün bunlara ilave olarak, konunun farklı araştırma yöntem ve metodolojileri kullanılarak, daha büyük örneklem grupları ile çalışılması, daha farklı bulgular ve sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

## KAYNAKLAR

1. Dubowitz H, Lane WG, Semiatin JN, Magder LS, Venepally M, Jans M. The safe environment for every kid model: Impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*. 2011; 127(4): 962-970.
2. Mohr WK, LeBel J, O'Halloran R, Preustch C. Tied up and isolated at the school house. *Journal of School Nursing*. 2010; 26(2): 91-101.
3. Dubowitz H. The safe environment for every kid (seek) model: Helping promote children's health, development, and safety. *Child Abuse & Neglect*. 2014; 11(38): 1725-1733.
4. Alver Y, Demirel M, Mutlu M. Interaction between socio-demographic characteristics: Traffic rule violations and traffic crash history for young drivers. *Accident Analysis & Prevention*. 2014; 72: 95-104.
5. Serinken M, Ozen M. Characteristics of injuries due to traffic accidents in the pediatric age group. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*. 2011; 17(3): 243-247.
6. Demetriades D, Murray J, Brown C, Velmahos G, Salim A, Alo K, et al. High-level falls: Type and severity of injuries and survival outcome according to age. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2005; 58(2): 342-345.
7. Wang MY, Kim KA, Griffith PM, Summers S, McComb JG, Levy ML, et al. Injuries from falls in the pediatric population: an analysis of 729 cases. *Journal of Pediatric Surgery*. 2001; 36(10): 1528-1534.
8. World Health Organization. World report on child injury prevention WHO, 2008. URL: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/). 18-07-2015.

9. Kuşuoğlu S, Ergün A, Aslan EF. Güvenli okul taşımacılığına ilişkin pilot bir çalışma: Öğrenci, veli görüşleri. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006; 1(25): 12-18.
10. Demir Z. Çocuk yaş grubu travma olgularının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2015.
11. Demir ÖF, Aydın K, Turan F, et al. Acil servise başvuran çocuk adli olguların analizi. Türk Pediatri Arşivi. 2013; 48(3): 235-240.
12. TC Milli Eğitim Bakanlığı. Okulda güvenlik sorununa yol açan etkenlerin belirlenmesi MEB, 2009. URL: [http://www.meb.gov.tr/earged/earged/Okul\\_guvenligi.pdf](http://www.meb.gov.tr/earged/earged/Okul_guvenligi.pdf). 15-05-2015.
13. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice, 8th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 40-75.
14. Özdemir M. Nitel veri analizi: Sosyal bilimlerde yöntem bilim sorunsalı üzerine bir çalışma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 11(1): 323-343.
15. Karataş Z. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2015; 1(1): 62-80.
16. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. s. 41-56.
17. Neuman WL. Toplumsal araştırma yöntemleri: Nicel ve nitel yaklaşımlar. İstanbul: Yayın Odası; 2012. s. 35-72.
18. Erdoğan S (ed). Nitel araştırmalar. In: Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014. s.133-164.
19. Patton MQ. Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri. Bütün M, Demir SB. (Çev. Ed.) 1th Edition. Ankara: Pegem Akademi Yayınları; 2014. s.6-93.
20. World Health Organization. World report on road traffic injury prevention WHO, 2004. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42871/1/9241562609.pdf>. 18-07-2015.
21. Cestac J, Paran F, Delhomme P. Young drivers' sensation seeking, subjective norms, and perceived behavioral control and their roles in predicting speeding intention: How risk-taking motivations evolve with gender and driving experience. Safety Science. 2011; 49(3): 424-432.
22. Clarke DD, Ward P, Truman W. Voluntary risk taking and skill deficits in young driver accidents in the UK. Accident Analysis & Prevention. 2005; 37(3): 523-529.
23. Bay Y, Akduman GG. İlköğretim öğrencilerinin trafik konusunda bilinçlenmesi ve duyarlılıklarının artırılmasına yönelik amaç ve kazanımlar. Ulaşım ve Trafik Güvenliği Dergisi. 2009; 3(1): 19-26.
24. Carman KB, Palancı Y. Çocuk koltuğu kullanımı: Üniversite çalışanlarının bilgi düzeyleri ile ilgili bir anket çalışması. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2011; 2(2): 157-160.
25. Kürtüncü M, Demirbağ BC. Çocuk oto güvenlik koltuğu kullanımı konusunda ebeveynlerin bilgi, tutum ve davranışları: Zonguldak örneği. International Journal of Human Sciences. 2013; 10(2): 182-193.
26. Bay N, Akduman GG, Alisinanoğlu F. Trafik kazalarının çocuklar üzerindeki etkisi. Ulaşım ve Trafik Güvenliği Dergisi. 2009; 3(1): 10-15.
27. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük TDK, 2015. URL: [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr). 15-05-2015.

# Hemşirelerde Mesleki Bağlılığın Mesleki Prestijle Açıklanması

## Expression of Professional Adherence by Professional Prestige in Nurses

(Araştırma)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 24-37*

**Neslihan DERİN\*, Neslihan ŞİMŞEK İLKİM\*\*, Hilal YAYAN\*\*\***

\*İnönü Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Uluslararası Ticaret ve İşletmecilik Bölümü, Malatya, Türkiye

\*\*Yeşilyurt Kaymakamlığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlığı, Malatya, Türkiye

\*\*\*İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Malatya, Türkiye

Geliş Tarihi: 24 Şubat 2017

Kabul Tarihi: 27 Kasım 2017

### ÖZ

**Amaç:** Araştırmanın amacı; hemşirelerde algılanan mesleki prestij, mesleki bağlılığa ne derece yol açtığını belirlemek ve hemşirelerin mesleki prestij algılarının ve mesleki bağlılıklarının, demografik niteliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koyabilmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evreni, Malatya merkezde faaliyet gösteren iki büyük kamu hastanesinde çalışan 1900 hemşireyi kapsamaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 320 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada veriler, geliştirilen veri toplama formu aracılığıyla yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Formun birinci bölümünde araştırmaya katılanların demografik özellikleri ve kurumsal özelliklerine ilişkin sorular, ikinci bölümde “Mesleki Bağlılık Ölçeği”, üçüncü bölümde ise “Mesleki Prestij Ölçeği” yer almaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde frekanslar, aritmetik ortalama, t testi, tek yönlü varyans analizi (OneWayAnova) ve regresyon testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve algılanan mesleki prestij, mesleki bağlılık üzerinde yaklaşık %10 oranında açıklayıcı etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur. Yaşla birlikte mesleki bağlılık artarken, mesleki prestij algısının düştüğü, kadınların mesleki prestij algılarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu, diğer hemşirelere göre yönetici olarak görev yapan hemşirelerin hem mesleki prestij algılarının hem de mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğu bulgularına ulaşılmıştır.

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre mesleki prestij, mesleki bağlılık üzerinde açıklayıcı etkiye sahiptir. Hemşirelerde mesleki prestij algısına mesleki bağlılık bir takım demografik niteliklere göre farklılaşmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Mesleki bağlılık, algı, hemşirelik

### ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this research is to determine, in what level, perceived professional prestige predict professional engagement in nurses and to reveal whether nurses' perceptions of professional prestige and professional engagement differ according to demographic characteristics or not.

İletişim : neslihan.smsk@gmail.com



*Material and Method:* The research population includes 1900 nurses working in two large public hospitals that were active at the center of Malatya. The sample consists of 320 nurses as well. Data were collected by face-to-face survey technique through data collection form developed. Questions about demographic characteristics and organizational characteristics of the participants in the first part of the form, "Professional Engagement Scale" in the second part of the form and "Professional Prestige Perception Scale" in the third part of the form were included. Frequencies, arithmetic mean, t-test, one way variance analysis and regression analysis were used for data analysis.

*Results:* Regression model was statistically significant and perceived professional prestige had a predictive effect, with the rate of 10%, on professional engagement. It was found out that professional prestige perception decreased with age while professional engagement increased, professional prestige perception were higher in women than in men, nurses working as managers had higher professional prestige perception and professional engagement than other nurses.

*Conclusion:* According to the study results, professional prestige had a predictive effect on professional engagement. Nurses' professional prestige perception and professional engagement differed according to some demographic characteristics.

**Key Words:** *Professional adherence, perception, nursing.*

## GİRİŞ

Meslek kavramı, insanlara yararlı mal ya da hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, belli bir eğitimle kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Kişinin mesleği, kimliğinin en önemli kaynağı olup, onun etraftan saygı görmesine, toplumda bir yer edinmesine ve işe yaradığını hissetmesine imkân veren bir etkinlik alanıdır<sup>1</sup>. Mesleki yaşamın temel öğelerinden birisi de mesleki prestijdir. Mesleki prestij, toplum üyeleri tarafından olumlu olarak değerlendirilen sosyal bir değerdir ve bireylerin sahip oldukları iş pozisyonuna ilişkin saygı ya da takdir duygusuyla belirlenir<sup>2</sup>.

Mesleki prestij, çalışma sosyolojisi ve toplumsal tabakalaşma literatürleri içerisinde önemli bir tartışma ve çalışma konusu olmaya devam etmektedir<sup>3,4</sup>. Tartışma konularından biri prestijün bir saygı ilişkisi mi yoksa bazı mesleklerin arzu edilirliliği olarak mı tanımlanmasıdır<sup>5</sup>. Prestijün operasyonel tanımı statüyü, sosyo-ekonomik ve mesleki düzeyi, eğitim durumunu ve sorumluluk düzeyini içerir. Dutton, Dukerich ve Harquail<sup>6</sup> sosyal bir grubun algılanan prestijini, grubun bir üyesinin yabancıların grup algısı hakkındaki inancı olarak tanımlamaktadır. Sosyal bir grubun prestijinin yüksek olmasının, üyelerinin kişisel benlik saygısını ve özgüvenini arttıracak beklenmektedir<sup>7,8</sup>.

Türkiye'de ve dünyada hemşirelik mesleği, sağlık ekibi içerisinde önemli bir yere sahip olmasına rağmen hak ettiği değeri ve saygınlığı kazanamamıştır<sup>9-11</sup>. Hemşirelik mesleğinde prestij eksikliğine neden olan sebepler şu şekilde sıralanabilir: Sağlık meslekleri arasında çok fazla hiyerarşi olması, hemşireliğin, hekimliğin altında, hekimliğe bağlı ikincil bir meslek olarak görülmesi, hekimlere göre kariyer imkanlarının az olması, gelir seviyesinin çok yüksek olmaması<sup>12,13</sup>. Bu sebeplerle düşük seyredebilecek olan mesleki prestij algısı başta mesleki bağlılık olmak üzere mesleğe yönelik diğer tutum ve davranışları da etkileyebilmektedir.

Mesleğe bağlılık, çalışmaya bağlılığın farklı bir biçimi olarak görülmekte ve bireyin mesleği ile güçlü bir şekilde özdeşleşmesi olarak ifade edilmektedir<sup>14</sup>. Bireylerin

meslekleri ile aralarında geliştirdikleri psikolojik bağlantıları ve mesleklerine yönelik duygusal reaksiyonları olarak tanımlanan<sup>15</sup> mesleki bağlılık, arzu edilen bir şekilde bireyin inançları ve kabul edilen değerler, mesleki seçimi ya da iş çizgisi ve mesleki üyeliğini sürdürmedeki isteklilik anlamındadır<sup>16</sup>. Mesleki bağlılık, mesleğin değer ve amaçlarının benimsenmesi, bireyin mesleği ile ilgili uygulanabilir alternatifleri değerlendirmesi ve bunun sonucunda mesleğinde kalmayı arzu etmesidir<sup>17,18</sup>.

Mesleki bağlılık, bireylerin mesleklerine ilişkin eğitim sürecinde başlamakta ve meslek hayatı boyunca da güçlenerek devam etmektedir<sup>19</sup>. Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ise temel eğitim süreleri boyunca gelişmeye başlar ve mesleki değerlerin içselleştirilmesine katkıda bulunan profesyonel bir sosyalleşme süreci olarak devam eder<sup>20</sup>. Mesleğine bağlı çalışanlar, kariyer gelişimlerini sağlama ve mesleğinde ilerleme konusunda çaba sarf edip, mesleki yetenek ve niteliklerini arttırarak, meslekten ayrılma niyetlerini oldukça düşük düzeyde tutan bireylerdir<sup>21</sup>.

Yapılan birçok çalışmada mesleki bağlılık, iş ve birey ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmaların sonuçlarında mesleki bağlılık ile iş tatmini, örgüte bağlılık ve iş performansı arasında pozitif ilişkiler; örgütsel-mesleksi iş gücü devri ile negatif ilişkiler bulunmuştur<sup>18,22,25</sup>. Mesleği bırakma niyeti, mesleki bağlılıkta önem arz etmektedir<sup>26</sup>. Numminen ve arkadaşlarının<sup>27</sup> yaptığı çalışmada mesleki yeterlilik, yaş, iş tecrübesi ve hemşirelik mesleğinden duyulan tatminin mesleki bağlılığı arttırdığı görülmüştür. Meslekten ayrılmanın birey üzerinde yaratacağı maddi ve manevi kayıplar dikkate alındığında mesleklerine bağlı bireylerin meslekten ayrılma eğilimlerinin düşük olması beklenmektedir<sup>21</sup>. Blau<sup>28</sup>, bir çalışanın mesleki bağlılığı ne kadar artarsa, işini o kadar güçlü ve kendi işi olarak benimseyeceğini ve öyle hissedeceğini ileri sürmüştür. Nitekim Kon ve arkadaşları<sup>25</sup> tarafından yapılan çalışmada hemşirelerde mesleki bağlılığın, hasta güvenliğini ve algılanan hasta bakım kalitesini arttırdığı ortaya konmuştur.

Algılama-tutum-davranış ilişkisi örgütsel yaşamın üzerinde durulması gereken en önemli ilişkilerinden biridir. Bireyler algıladıkları yönde tutum geliştirir ve geliştirdikleri tutumları yönünde de davranma eğilimine girerler<sup>17</sup>. Hemşirelerde mesleki prestij algısının, başta mesleki doyum ve mesleki bağlılık olmak üzere mesleğe yönelik diğer tutum ve davranışları etkileyeceği düşünülmektedir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Önemi

Daha önce yapılan araştırmalarla, Türkiye’de ve dünyada hemşirelik mesleğinin, sağlık ekibi içerisinde önemli bir yere sahip olmasına rağmen hak ettiği değer ve saygınlığı kazanamadığı ortaya konulmuştur<sup>9,29</sup>. Bu bilgilere bakıldığında hemşirelik mesleğinin bir prestij sorunu olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun hemşirelerin mesleki bağlılıklarını ve dolayısıyla performanslarını da etkileyeceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı; hemşirelerde algılanan mesleki prestij mesleki bağlılığa ne derece yol açtığını belirlemektir. Anı zamanda hemşirelerin mesleki prestij algılarının ve mesleki bağlılık tutumlarının, bazı kişisel ve kurumsal özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koyabilmektir.

## Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırma Malatya merkezde faaliyet gösteren iki büyük, benzer birimlere (ameliyathane, yoğun bakım, servis, poliklinik) sahip kamu hastanesinde (Üniversite Hastanesi-Devlet Hastanesi) çalışan hemşireleri kapsamaktadır. Araştırmanın değişkenlerini kurumsal algı ve tutumlar oluşturmayıp mesleki algı ve tutumlar oluşturduğu için bu iki hastanede çalışan toplam hemşire sayısı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. İki hastanenin hemşire yöneticilerinden alınan bilgilere göre toplam “1900” hemşire çalıştığı tespit edilmiştir. 350 adet form dağıtılmış olup bunların ancak 320’si değerlendirmeye alınmıştır. “1900” kişilik bir evren için %95 güven aralığında ideal örneklem büyüklüğü “319” kişidir<sup>30</sup>. Bu bilgi doğrultusunda değerlendirmeye uygun bulunan form sayısının sonuçların evrene genellenebilmesi için yeterli olduğu varsayılmıştır.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumların hemşire yöneticileri ile görüşülmüş ve izin alınmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerden herhangi bir kimlik bilgisi talep edilmemiş, araştırma sonunda elde edilen bilgilerin sadece bu çalışmada kullanılacağı belirtilmiştir.

## Araştırmanın Yöntemi

Araştırma verileri, 2016 yılının Eylül ve Ekim aylarında veri toplama formu ile toplanmıştır. Formun birinci bölümünde araştırmaya katılanların demografik özellikleri ve kurumsal özelliklerine ilişkin sorular sorulmuştur. İkinci bölümde “Mesleki Bağlılık Ölçeği” üçüncü bölümde ise “Mesleki Prestij Ölçeği” yer almaktadır.

Tablo 1. Mesleki Bağlılık Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=320)

Ölçek	Madde	Ortalama	Ss
Mesleki Bağlılık	1. Hemşirelikten farklı ve aynı ücreti veren başka iş bulursam o işi yaparım	2.05	1.23
	2. Kesinlikle hemşirelikle ilgili alanda kariyer yapmak isterim	2.21	1.11
	3. Yeniden bir meslek seçmem gerekse hemşireliği seçmezdim	1.95	1.18
	5. Bu meslek vazgeçemediğim kadar güzel	2.13	1.11
	6. Hemşirelik iş yaşamı için ideal bir meslektir	1.94	.99
	7. Bu mesleğe girdiğim andan beri hayal kırıklığı içerisindeyim	2.27	.94
	8. Oldukça önemli bir zamanımı mesleğimle ilgili okumaya ayırıyorum	2.18	.80
	Genel Ortalama	2.11	.72

## Araştırmada Kullanılan Ölçekler

**Mesleki Bağlılık Ölçeği:** Bu araştırmada hemşirelerin mesleki bağlılığını ölçmek amacıyla Blau'nun<sup>28</sup> geliştirdiği, Tak ve Çiftçioğlu'nun<sup>31</sup> Türkçeye çevirerek uyarlanmasını gerçekleştirdiği 8 maddelik ölçek kullanılmıştır. Tarafımızca yapılan doğrulayıcı faktör analizinde dördüncü madde (Çalışmadan ihtiyaç duyduğum paraya sahip olsaydım yine de bu işi yapmaya devam edebilirdim) diğer birkaç maddeyle fazla korele olduğu tespit edilip model uyumunu bozduğu için çıkartılmış ve ölçek yedi madde olarak kullanılmıştır. İlgili madde ölçekten çıkarıldıktan sonra tekrar DFA uygulanmış ve yedi maddelik ölçeğin tek faktörlü yapısı doğrulanmıştır ( $\chi^2/ss=2,99$ ; RMSEA=,079; NIFI=,95; CFI=,96; GFI=,96). Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda 7 maddelik ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, 0,803 olarak bulunmuştur.

Aşağıdaki tabloda mesleki bağlılık ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 1'de de görüldüğü gibi mesleki bağlılık ölçeğine ilişkin genel aritmetik ortalama ( $\bar{X}=2,11$ ) standart sapma ise 071'dir. Bu bulguya dayanarak hemşirelerin mesleki bağlılık algılarının düşük olduğu söylenebilir.

**Mesleki Prestij Ölçeği:** Bu ölçek, hemşirelerin mesleki prestij algılarını ölçmek üzere yazında kullanılan ölçeklerden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir<sup>13,32</sup>. Ölçekte başlangıçta altı ifade yer almaktadır. Ölçek, beşli Likert biçiminde geliştirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri neticesinde, iki maddenin (hemşirelik yüksek gelir getiren bir meslektir; sağlık uygulamaları için önemli bir meslektir) zayıf psikometrik özelliklerinden dolayı (iki madde öngörülenden farklı yeni bir faktör oluşturmuş) ölçekten çıkarılmasının uygun olacağına, uzman görüşü alınarak karar verilmiştir. Dört madde üzerinden temel bileşenler ve Varimax eksen döndürmesi tekniği kullanılarak yapılan nihai KFA'da, Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik değeri 0,78 olarak tespit edilmiştir. KMO değeri ölçeğin faktör analizine uygunluğunun iyi düzeyde olduğunu göstermektedir<sup>33</sup>. Analiz sonucunda, dört madde tek boyut altında toplanmıştır. Ölçekteki maddelerin faktör yükleri, 0,50'nin üzerindedir. Açıklanan toplam varyans oranı %64,80'dir. Tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %50 ve daha fazla olması yeterli görülebilmektedir<sup>34</sup>. Daha sonra DFA uygulanmış ve dört maddelik ölçeğin tek faktörlü yapısı doğrulanmıştır ( $\chi^2/ss=3,61$ ; RMSEA=,09; NIFI=,98; CFI=,98; GFI=,98).

Tablo 2. Mesleki Prestij Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=320)

Ölçek	Madde	Ortalama	Ss
Mesleki Prestij	1. Hemşirelik yüksek statülü bir meslektir	2.08	1.12
	2. Kariyer imkânları geniş bir meslektir	2.54	1.35
	3. Toplum tarafından saygın bir meslek olarak algılanır	2.33	1.30
	4. Önemli gerekli bir meslektir	2.83	1.45
	Genel Ortalama	2.44	1.05

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçme aracının güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir<sup>35</sup>.

Tablo 2’de mesleki prestij ölçeğine ilişkin puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 2’de de görüldüğü gibi mesleki prestij ölçeğine ilişkin aritmetik ortalama  $\bar{X}$  =2,44, standart sapma ise 1,05’tir. Bu bulguya dayanarak hemşirelerin mesleki prestij algılarının düşük olduğu söylenebilir.

## Verilerin Analizi

Veri toplama formuyla elde edilen veriler, bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Verilerin çözüm ve yorumlanmasında frekanslar, aritmetik ortalama, t testi, tek yönlü varyans analizi (OneWayAnova), gruplar arasındaki farkı belirleyebilmek için Tukey ve Tamhane testleri kullanılmıştır. Algılanan mesleki prestijin, mesleki bağlılık üzerindeki açıklayıcı etkisini belirlemek için regresyon analizinden faydalanılmıştır. Anlamlılık sınırı  $p < 0,05$  değeri olarak alınmıştır.

## BULGULAR

### Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin, %61.6’sı kadın, %38.4’ü ise erkek; %31.6’sı 36-40 yaş arasında; %24.4’ü çalışma deneyimi 6-15 yıl; %52.5’i 5 yıl ve altında mevcut iş yerinde çalışmakta; %52.5’i lisans mezunu; %46.3’ü servis hemşiresi; %88.4’ü kadrolu; %60.6’sı Gündüz/Gece her iki vardiyada da çalışmaktadır.

### Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Regresyon analizi, bağımlı bir değişken ile bu bağımlı değişken üzerinde etkili olduğu düşünülen bağımsız değişken veya değişkenler arasındaki ilişkinin bir model ile açıklanmasını ifade eder<sup>30</sup>. Regresyon analizine ilişkin bulgular Tablo 3’te yer almaktadır. Buna göre göre standardize edilmiş regresyon katsayısına ( $\beta$ ) ve regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre algılanan mesleki prestij, mesleki bağlılığın toplam varyansın %10’unu açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Mesleki Prestijin Mesleki Bağlılık Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları (n=320)

Değişkenler	Katsayılar	Standart Hatalar	$\beta$	t	Anlamlılık (p)
Sabit	1.55	.09		16.11	.00
Mesleki Prestij	.22	.03	.335	6.33	.00
Regresyon Denklemi	Mesleki Bağlılık= 1.55+ 0.22*Mesleki Prestij				

%5 anlamlılık düzeyinde modelin denklemi:  $[r=0.33; R^2=0.11; \text{düzeltilmiş } R^2=0.10; F(1.319)=40.16; p=0.00]$ .

**Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Değişkenlerle Mesleki Bağlılıklarına İlişkin Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=320)**

Demografik Nitelikler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t Testi	Anlamlılık(p)
Cinsiyet	Kadın	197	2.12	.71	0.36	.71
	Erkek	123	2.09	.73		
Kadro Durumu	Sözleşmeli	37	2.00	.49	-0.98	.32
	Kadrolu	283	2.12	.74		
		n	Ortalama	Standart Sapma	F Testi	Anlamlılık(p)
Yaş	25 ve altı	34	1.90	.60	2.10	.08
	26-30 arası	64	2.18	.71		
	31-35 arası	57	2.26	.77		
	36-40 arası	101	2.00	.76		
	41-45 arası	64	2.20	.72		
Eğitim	Lise	46	2.17	.81	1.95	.12
	Ön lisans	92	2.09	.74		
	Lisans	168	2.06	.64		
	Yüksek lisans	14	2.53	1.04		
Meslek Hayatında Geçen süre	5 yıl ve altı	78	2.10	.73	2.47	.04
	6-10 yıl arası	66	1.88	.58		
	10-15 yıl arası	67	2.23	.68		
	16-20 yıl arası	69	2.11	.82		
	21-25	40	2.20	.70		
Kurumdaki pozisyon	Servis ve Yoğun Bakım Hemşiresi	227	2.04	.65	4.85	.00
	Yönetici	22	2.49	.81		
	Diğer	71	2.11	.84		
Çalışma Şekli	Gündüz	56	2.60	.80	19.65	.00
	Gündüz/Gece	194	2.05	.69		
	Gece	70	1.87	.516		

p<0.05 anlamlılık düzeyinde

## Hemşirelerin Mesleki Bağlılıkları ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Malatya merkezdeki kamu hastanelerinde görev yapan hemşirelerin mesleki bağlılık düzeylerinin kişisel ve örgütsel özelliğe göre değişip değişmediğini test etmek için öncelikle normallik varsayımının sağlanıp sağlanmadığına bakılmıştır. Bu amaçla mesleki bağlılığın çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak değerlerin +1 ile -1 arasında olduğu ve normalliğin sağlandığı görülmüştür. Böylelikle parametrik testler olan t testi ve anova testi kullanılarak gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen bulgular aşağıdaki Tablo 4’de görülmektedir.

Yapılan iki grubun ortalamalarının karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testine göre, cinsiyet ( $t=0.36$ ,  $p=0.71$ ), kadro durumu ( $t=-10.98$ ,  $p=0.32$ ) değişkenlerine ait hemşirelerin mesleki bağlılık ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Tabloda 4’te yer alan “anova” testine göre yaş ve eğitim değişkenlerine ait grupların mesleki bağlılık ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olmadığı gözlenmiştir. Bu tabloya göre, meslek hayatında geçirilen süre değişkenine ait grupların, mesleki bağlılık ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=2.47$ ,  $p=0.04$ ). Bu farkın gruplar arası karşılaştırmayı yapan “Tukey” testi ile “6-10 yıl” ile “11-15 yıl” mesleki deneyim yaşayan gruplar arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 4’e göre kurumdaki pozisyon değişkenine ait grupların mesleki bağlılık ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=4.85$ ,  $p=0.00$ ). Bu farkın, grupların varyansının eşit olmadığına, gruplar arası karşılaştırmayı yapan Tamhane testi sonucunda, servis ve yoğun bakım hemşireleri ile yönetici pozisyonundaki hemşireler arasında olduğu tespit edilmiştir. Yönetici hemşirelerin mesleki bağlılıkları diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Yine yukarıdaki Tablo 4’e göre çalışma şekli değişkenine ait grupların, mesleki bağlılık ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=19.65$ ,  $p=0.00$ ). Bu farkın, grupların varyansının eşit olmadığına, gruplar arası karşılaştırmayı yapan Tamhane testi sonucunda gündüz çalışanlarla, gece ve gece/gündüz (vardiyalı) karışık çalışanlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Gündüz çalışanların mesleki bağlılıkları gece ve gece/gündüz (vardiyalı) çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

## Hemşirelerin Mesleki Prestij Algılamaları ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Hemşirelerin mesleklerine yönelik prestij algılarını, kişisel ve örgütsel özelliğe göre değişip değişmediğini test etmek için öncelikle normallik varsayımının sağlanıp sağlanmadığına bakılmıştır. Bu amaçla mesleki prestij değişkeninin çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak değerlerin +1 ile -1 arasında olduğu ve normalliğin sağlandığı görülmüştür. Böylelikle parametrik testler olan t testi ve anova testi kullanılarak gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen bulgular aşağıdaki Tablo 5’de görülmektedir.

Tablo 5’e göre cinsiyet ( $t=2.06$ ,  $p=0.03$ ) ve kadro değişkeni ( $t=5.29$ ,  $p=0.00$ ) gruplarının mesleki prestij algıları ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Mesleki prestij algısı, kadınlarda erkeklere göre, kadrolu olarak çalışanlarıki sözleşmelilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir.

**Tablo 5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Değişkenlerle Mesleki Prestij Algılarına İlişkin Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=320)**

Demografik Nitelikler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	Anlamlılık
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	197	2.53	1.12	2.06	0.03
	Erkek	123	2.30	0.92		
<b>Kadro Durumu</b>	Kadrolu	37	3.12	1.19	4.24	0.00
	Sözleşmeli	283	2.35	1.00		
					F Testi	Anlamlılık
<b>Yaş</b>	25 ve altı	34	2.77	1.29	2.94	0.02
	26-35 arası	64	2.60	1.12		
	36-40 arası	57	2.61	1.07		
	41-45 arası	101	2.23	1.01		
	46-50 arası	64	2.31	0.78		
<b>Eğitim</b>	Lise	46	2.40	1.28	7.09	0.00
	Ön lisans	92	2.03	0.71		
	Lisans	168	2.65	1.08		
	Yüksek lisans	14	2.71	1.06		
<b>Meslek Hayatında Geçen süre</b>	5 yıl ve altı	78	2.69	1.19	3.27	0.01
	6-10yıl arası	66	2.35	1.07		
	10-15 yıl arası	67	2.63	1.13		
	16-20 yıl arası	69	2.24	0.89		
	21 yıl ve üzeri	40	2.10	0.67		
<b>Kurumdaki pozisyon</b>	Servis ve Yoğun Bakım Hemşiresi	227	2.47	1.07	5.62	0.00
	Yönetici	22	3.00	1.10		
	Diğer	71	2.17	0.89		
<b>Çalışma Şekli</b>	Gündüz	56	2.63	1.09	18.39	0.00
	Gündüz/Gece	194	2.19	0.92		
	Gece	70	3.01	1.11		

p<0.05 anlamlılık düzeyinde



Tabloda yer alan “anova” testine göre yaş değişkenine ait grupların, mesleki prestij ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=2.94$ ,  $p=0.02$ ). Bu farkın gruplar arası karşılaştırmayı yapan “Tukey” testi ile “25 yaş ve altı” yaş grubunda olanlarla “36-40” ve “41-45” yaş grubunda olanlar arasında olduğu tespit edilmiştir. “25 yaş ve altındakilerin” mesleki prestij algıları “36-40” ve “41-45” yaş grubundakilere göre istatistiksel olarak daha yüksektir.

Tabloya göre eğitim değişkenine ait grupların, mesleki prestij ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=7.09$ ,  $p=0.00$ ). Bu farkın, grupların varyansının eşit olmadığına, gruplar arası karşılaştırmayı yapan Tamhane testi sonucunda ön lisans mezunları ile lisans mezunları arasında olduğu, lisans mezunlarının mesleki prestij algılarının ön lisans mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. -

Tabloda görüldüğü gibi meslek hayatında geçirilen süre değişkenine ait grupların mesleki prestij ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=3.27$ ,  $p=0.01$ ). Bu farkın, grupların varyansının eşit olmadığına, gruplar arası karşılaştırmayı yapan “Tamhane” testi sonucunda “5 yıl altı” ile “21 yıl ve üzeri” arasında meslek hayatlarını geçirmiş olanlar arasında olduğu tespit edilmiştir. “5 yıl ve altı” çalışanların mesleki prestij algıları, istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazladır.

Tabloya göre kurumdaki pozisyon değişkenine ait grupların, mesleki prestij ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=5.62$ ,  $p=0.00$ ). Bu farkın, grupların varyansının eşit olmadığına, gruplar arası karşılaştırmayı yapan Tamhane testi sonucunda, servis ve yoğun bakım dışında diğer yerlerde çalışan hemşirelerle yönetici pozisyonundaki hemşireler arasında olduğu tespit edilmiştir. Mesleki prestij algısı yöneticilerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır.

Yine tablo 5'e göre çalışma şekli değişkenine ait grupların, mesleki prestij ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=18.39$ ,  $p=0.00$ ). Bu farkın, gruplar arası karşılaştırmayı yapan “Tukey” testi sonucunda gece/gündüz karışık çalışanlarla sadece gündüz ve sadece gece çalışanlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Gece/gündüz karışık çalışanların mesleki prestij algıları diğerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşüktür.

## TARTIŞMA

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara genel olarak bakıldığında Malatya'nın iki büyük hastanesinde çalışan hemşirelerin hem mesleki bağlılıklarının hem de mesleki prestij algılarının düşük denilebilecek düzeyde oldukları görülmektedir. Hemşirelik mesleğinin personel sıkıntısı, hemşirelerin tükenmişlik sendromu yaşamaları neticesinde sağlık hizmetlerinin duygusal ve psikolojik boyutlarının önemsenmemesi, hemşirelerin mesleklerinden aldığı hazzı azaltmaktadır<sup>36</sup>. Mesleki etkinliklerden duyulan haz ve sağlanan doyum genel yaşama da yansır. Aynı şekilde çalışma yaşamındaki huzursuzluk ve doyumсузluk da kişinin psikolojik sağlığını bozar<sup>1</sup>. Hemşirelerin mesleklerine dönük prestij algılarının ve bağlılıklarının düşük olması, mesleki etkinliklerden yeterince haz almadıklarının göstergesidir. Bu durum hemşirelerin iş verimliklerinin ve kalitelerinin düşmesine, işten ayrılma niyetlerinin artmasına, aile, iş tüm yaşam alanlarında sıkıntılara yol açarak, yaşam doyumlarında azalmaya yol açabilir

Araştırma bulgularında yer alan regresyon analizi sonuçlarına göre mesleki prestij, mesleki bağlılık üzerinde azda olsa açıklayıcı etkiye sahiptir. Bu durum, mesleki bağlılığın

oluşmasında belirleyici olan diğer faktörlerin mesleki prestije göre daha önemli olduğunu göstermektedir. Diğer araştırma sonuçlarına ve yapılan gözlemlere göre; hemşirelerin iş yüklerinin ağır olması, rol belirsizliği ve çatışma yaşamaları, otonomi düşüklüğü, işlerindeki çeşitli güçlükler (hasta bakımı, hasta ve hasta yakınları ile iletişim, vardiyalı çalışma, hafta sonu çalışma, beklenmedik kriz ya da kaos ortamının olması vb.), terfi için gerekli ölçütlerin öznel olmaması, amir sayısının çok fazla olması<sup>38-43</sup> gibi faktörlerin, hemşirelerin mesleki bağlılıklarını daha çok etkilediği düşünülmektedir.

Yukarda sayılan nedenlerden dolayı mesleki bağlılıkları düşük olan birçok hemşire, görülen hemşire kıtlığına rağmen, mesleğinden ayrılmayı planlamaktadır. Nitekim yapılan araştırmalarla hemşirelerin işten ayrılmalarının, dünyada ve Türkiye’de hemşire sayısındaki yetersizliğin en önemli nedenlerinden biri olduğu ortaya konmuştur<sup>37</sup>. Flinkman ve arkadaşları<sup>44</sup> tarafından yapılan araştırmada özellikle genç hemşirelerin ve yeni mezun hemşirelerin mesleklerini bırakma eğilimlerinin daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Cihangiroğlu ve arkadaşlarının<sup>45</sup> Ankara’da hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada ileri yaşta olan ve hizmet süreleri fazla olan hemşirelerin mesleki bağlılıkları, gençlere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Yaş ve meslekte geçirilen süre değişkenlerine ilişkin mesleki bağlılıkla ilgili durum böyleyken mesleki prestije yönelik tam ters bulgulara ulaşılmıştır. Gençlerin dolayısıyla meslekte yeni olanların mesleklerine yönelik prestij algıları daha yüksekken, daha ileri yaştakilerin mesleki prestij algıları düşüktür. Bu bulgulara bakarak, hemşirelerde zamanla mesleğe olan bağlılığın arttığı fakat yıpranmışlığa veya yaşanan bir takım deneyimlere bağlı olarak mesleki prestij algısının düştüğü söylenebilir.

Cinsiyet değişkenine göre mesleki bağlılık ortalamaları istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermezken, mesleki prestij değişkeninin ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir. Kadınların mesleki prestij algılarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Aguirre ve arkadaşlarının<sup>46</sup> sağlık çalışanlarının mesleki prestij algılarını belirlemek için yaptıkları çalışma da bizim bulgularımızı destekler nitelikte olup, kadınların mesleki prestij algılarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar hemşireliğin daha çok kadın mesleği olarak algılanmasıyla<sup>47</sup> ilişkilendirilebilir.

Araştırmanın önemli bir bulgusu da hemşirelerin hem mesleki bağlılıklarının hem de mesleki prestij algılarının idari görev yapan hemşirelerde diğer gruplara göre daha yüksek seyretmesidir. Cihangiroğlu ve arkadaşlarının<sup>45</sup> yaptığı çalışmada da idari görevi olan hemşirelerin genel mesleki bağlılık puan ortalamalarının, herhangi bir idari görevi olmayan klinik ve poliklinik hemşirelerinden istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek çıktığı görülmüştür.

Çalışma şekli değişkenine ilişkin mesleki bağlılık ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalama gündüz çalışanlarındayken en düşük ortalama gece çalışanlarındadır. Ören’in yapmış olduğu çalışmada, vardiyalı çalışan hemşirelerin % 87.50’sinin çocuklarıyla ilgilenmeleri konusunda güçlük çektikleri ve % 68.13’nin ruhsal sorunlar yaşadıkları, % 50’sinin ise meslekten memnun olmadıkları saptanmıştır. Yüksel ise yaptığı çalışmada, vardiyalı çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyini, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyinden daha düşük bulmuştur<sup>38</sup>.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre Malatya’da faaliyet gösteren iki büyük hastanede çalışan hemşirelerin, hem mesleki prestij algıları hem de mesleki bağlılıkları

düşük denilebilecek bir düzeydedir. Bu durumun hemşirelerin meslekten ayrılma niyetlerini artıracığı, verimliliklerini azaltacağı, iş ve yaşam tatminlerinin düşük olmasına yol açacağı düşünülmektedir. Hemşirelik meslek prestijinin ve sosyal konumunun geliştirilmesi hemşirelik uygulamalarında verimi ve yaratıcılığı artırma fırsatı sunacağı gibi mesleki bağlılığın artışına da kısmen de olsa katkı sağlayabilir.

Hemşirelerde mesleki bağlılığın artırılmasında iş yüklerinin hafifletilmesi, kendilerine işleriyle ve işleyişleriyle ilgili karar verme yetkisinin verilmesi, rol çatışması ve belirsizliği yaşamlarının engellenmesi, kariyer imkânları sunulması önem taşımaktadır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin mesleki bağlılık ve mesleki prestiji tam olarak ölçtüğü varsayılarak sadece Malatya ilinde ve kamu hastanelerinde bir uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu durum araştırma için önemli kısıtlardan biridir. Ayrıca sadece belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilmiş olan araştırmada retest yöntemi kullanılmadan tek bir defa uygulama gerçekleştirilmiştir. İlerde bu konuda yapılacak araştırmalarda daha geniş bir örnekleme farklı ölçekler kullanılarak retest yöntemiyle gerçekleştirilecek çalışmaların alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Konuyla ilgilenen araştırmacıların, hemşirelerde mesleki bağlılığın düşük olmasının nedenlerine yönelik daha ayrıntılı ve boyutlandırarak yapacakları araştırmalar hemşirelerde mesleki bağlılığın daha iyi anlaşılmasına, yöneticilerin mesleki bağlılığı artırıcı politikalar geliştirebilmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca mesleki bağlılığın etkileyebileceği diğer kişisel ve örgütsel tutum ve davranışlarla (aile-iş çatışması, örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık davranışı) olan ilişkisinin araştırılması alana katkı sağlayacaktır.

Hemşirelik eğitimi veren kurumların, aday hemşirelerin mesleklerini daha iyi anlayabilmeleri ve severek yapmaları için daha kaliteli eğitim fırsatı sunmaları da bağlılık ve prestij algısı için önemli bir altyapı oluşturabilir. Hemşirelik eğitiminde mesleki aidiyet hissini geliştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalar ileride hemşirelik mesleğini yapacakların hem prestij algılarının hem de bağlılıklarının pozitif olmasına katkı sağlayabilir. Bu sebeple hemşirelik fakültelerinin ve yöneticilerinin bu doğrultuda çalışmalar yapmaları faydalı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Kuzgun Y. Meslek rehberliği ve danışmanlığına giriş. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2004. s.2
2. Garbin AP, Bates FL. Occupational prestige and its correlates: A re-examination. Social Forces 1996;44(3):295-302.
3. Jones FL, McMillan J. Scoring occupational categories for social research: a review of current practice with australian examples. Work, Employment and Society 2001;15:539-63.
4. Zhou X. The institutional logic of occupational prestige rankings: reconceptualization and reanalysis. American Journal of Sociology 2005;111(1):90-140.
5. Lippmann S, Rosenthal JE. Do displaced workers lose occupational prestige?. Social Science Research 2008;37(2):642-56.
6. Dutton JE, Dukerich JM, Harquail CV. Organizational images and member identification. Administrative Science Quarterly 1994;39(2):239-63.
7. Ashforth BE, Mael F. Social identity theory and the organization. Academy of Management Review 1989;14(1):20-39.

8. Fuller J, Marler L, Hester K, Frey L, Relyea C. Construed external image and organizational identification: a test of the moderating influence of need for self-esteem. *Journal of Social Psychology* 2006;146(6):701-16.
9. Crawford P, Brown B, Majomi P. Professional identity in community mental health nursing: a thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45:1055-63.
10. Utku B. Ben bir hemşireyim, melek değil insanım. İstanbul: Ozan Yayıncılık; 2007.s.136
11. Tortumluoğlu G, Akyıl R, Karanlık A, Aldaç R, Turaneri E, Yılmaz A. Erzurum ilindeki bireylerin hemşireler ile ilgili görüş ve beklentileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;8(1):10-19.
12. Anthony MJ, Barkell NP. Nurses' professional concerns: Letters to the editor for 1900-2005. *Journal of Professional Nursing* 2008;24(2):96-104.
13. Dost A, Bahçecik B. Hemşirelik mesleğine yönelik imaj ölçeği geliştirilmesi. *Jaren* 2015;1(2):51-9.
14. Morrow PC, Wirth RE. Work commitment among salaried professionals. *Journal of Vocational Behavior* 1989;34(1):40-56.
15. Kim SW, Mueller CW. Organizational commitment in different occupational contexts: The case of South Korea. *Work and Occupations* 2011;38(1):3-36.
16. Frauman E, Ivy M, Cunningham P. Occupational commitment and the role of leisure and money among recreation and park professionals. *The Cyber Journal of Applied Leisure and Recreation Research* 2011;13(1):1-12.
17. Özdevecioğlu M, Aktaş A. Kariyer bağlılığı, mesleki bağlılık ve örgütsel bağlılığın yaşam tatmini üzerindeki etkisi: iş aile çatışmasının rolü. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2007;(28):1-20.
18. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nurse Outlook* 2016;64(21):5-24.
19. Tak B, Özçakır A, Çiftçioğlu A, Divleli A. Mesleki bağlılığın bireylerin mesleklerine ve çalıştıkları örgüte ilişkin tutumlarını nasıl etkilediğini anlamaya yönelik alan araştırması. *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 2009;11(3):89-102.
20. Teng CI, Dai YT, Shyu YI, Wong MK, Chu TL, Tsai YH. Professional commitment, patient safety, and patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Scholarship* 2009; 41:301-9.
21. Meyer JP, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organization and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology* 1993;78(4):538-51.
22. Lee K, Carswell JJ, Allen NJ. A meta-analytic review of occupational commitment: relation with person and work-related variables. *Journal of Applied Psychology* 2000;(85):799-811.
23. Raiziene S, Endriulaitiene A. The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses. *Medicina* 2007;43(5):425-31.
24. Sabuncuoğlu ET. Eğitim, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Ege Akademik Bakış* 2007;7(2):613-28.
25. Kon L, Chen X, Shen S, Li G, Gao Q, Zhu N, Lou F, Li P. Professional commitment and attributional style of medical-college nursing students in China: A cross-sectional study. *Nurse Educational Today* 2016;40:154-60.
26. Blau G, Lunz M. Testing the incremental effect of professional commitment on intent to leave one's profession beyond the effects of external, personal, and work-related variables. *Journal of Vocational Behavior* 1998;(52):260-9.
27. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Newly graduated nurses' occupational commitment and its associations with professional competence and work-related factors. *Journal of Clinical Nursing* 2015;25:117-26

28. Blau GJ. The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 1985;58:277–88.
29. Ertem G, Candan Dönmez YC, Oksel E. Günlük gazetelerde hemşirelik haberlerin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(2):70-5.
30. Gürbüz S, Şahin F. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2014.s.271
31. Tak, B, Çiftçioğlu AB. Mesleki bağlılık ile çalışanların örgütte kalma niyeti arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik görgül bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Dergisi* 2008;63(4): 156-178.
32. Akkol Gök A, Derin N. Pazarlama bölümü öğrencilerinin meslek imajı algıları ve meslek imajını oluşturan faktörlerin belirlenmesine dair bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2014;28(2):133-56.
33. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. 14. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2011.s:126
34. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı. 5. Baskı. Sakarya: Sakarya Yayıncılık; 2007.s.233
35. Alpar CR. Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemlere giriş 1. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayınevi; 2003.s.382
36. Garcia GM, Carlos J, Calvo A. An overview of nursing in Europe: A SWOT analysis. *Nursing Inquiry* 2014;21(4):358–367.
37. Özcan I, Aba G, Ateş M. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyinin ve iş doyumunun beklenen personel devir hızı üzerine etkisi. *Sağlık Ekonomisi* 2016;4:465-70.
38. Yüksel İ. Hemşirelerin iş gücünün oluşturduğu değişkenlerin iş doyumunu, iş gerilimi ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin analizi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2003;13(1):62-72.
39. Derin N, Demirel ET. Hemşirelerde rol çatışması ve rol belirsizliğinin işten ayrılma niyetine etkisi. *1.Örgütsel Davranış Kongre Kitabı*, 2013, 137-231.
40. Ruiller C, Beatrice IJM, Heijden VD. Socio-emotional support in French hospitals: Effects on French nurses' and nurse aides' affective commitment. *Applied Nursing Research* 2016;29:229–36.
41. Sarkoohijabalbarezi Z, Ghodousi A, Davaridolatabadi E. The relationship between professional autonomy and moral distress among nurses working in children's units and pediatric intensive care. *International Journal of Nursing Sciences* 2017;4:117-21.
42. Caricati L, La Sala R, Marletta G, Pelosi G, Ampollini M, Fabbri A, Ricchi A, Scardino M, Artuoli G, Mancini T. Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management* 2014;22:984–94.
43. Benligiray S, Sönmez H. Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile diğer bağlılık formları arasındaki ilişki: Örgüte bağlılık, işe bağlılık ve aileye bağlılık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011;18(1):28-40.
44. Flinkman M, Laine M, Leino-Kilpi H, Hasselhorn HM, Salanterä S. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45(5):727–39.
45. Cihangiroğlu N, Teke A, Özata M, Çelen Ö. Mesleki bağlılık ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin analizi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2015;57(4):367-72.
46. Aguirre BE, Wolinsky FD, Niederauer J, Keith V, Fann LJ. Occupational prestige in the health care delivery system. *Journal of Health and Social Behavior* 1989;30(3):315-29.
47. Ashkenazi L, Livshiz-Riven I, Romem P, Grinstein-Cohen O. Male nurses in Israel: Barriers, motivation, and how they are perceived by nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2017;33(2):162–69.

# Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Apais ve STAI-I Ölçekleri ile Değerlendirilmesi

## Evaluation of the Preoperative Anxiety With Apais and STAI-I Scales

(Araştırma)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 38-47*

**Şenay KARADAĞ ARLI\***

\*Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik, Ağrı, Türkiye

Geliş Tarihi: 16 Haziran 2017

Kabul Tarihi: 13 Aralık 2017

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı ameliyat öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği (APAIS) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) ile değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcı olarak tasarlandı. Araştırma, Ekim 2016 ve Mayıs 2017 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz (KBB), Üroloji ve Ortopedi kliniklerinde yatan 189 hastanın gönüllü katılımıyla yapıldı. Veriler Kişisel bilgi formu, APAIS ve STAI-I ile toplandı.

**Bulgular:** APAIS ortalama anksiyete düzeyi  $15.8 \pm 5.9$ , APAIS'in alt boyutları olan Anestezi ile ilgili anksiyete ortalaması  $4.3 \pm 2.1$ , Cerrahi ile ilgili anksiyete ortalaması  $5.3 \pm 2.5$  ve Bilgi edinme isteği ortalaması  $6.2 \pm 2.2$  puan olarak bulundu. STAI-I ortalama anksiyete düzeyi  $42.4 \pm 10.4$  puan olarak belirlendi. APAIS alt boyut ve toplam puanları ile STAI-I toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu ( $p < 0.01$ ).

**Sonuç:** Hastaların ameliyat öncesi APAIS ve STAI-I ölçekleri ile orta düzeyin üstünde anksiyete 15 yaşadıkları belirlendi. Anksiyetenin değerlendirilmesi perioperatif sürecin hasta ve sağlık 16 profesyoneli açısından rahat geçmesi için çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat öncesi dönem, anksiyete, değerlendirme, ölçekler

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study is to evaluate the anxiety levels of preoperative patients with the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) and State Anxiety Scale (STAI-I).

**Materials and Methods:** This study was designed as a cross-sectional descriptive type study. The study was conducted between October 2016 and May 2017 in General Surgery, Ear-Nose-Throat (ENT), Urology, and Orthopedic clinics of a state hospital with the voluntary participation of 189 patients. Data was collected by Personal Information Form, APAIS and STAI-I.

İletişim : senay1981@yahoo.com

*Results:* Average of APAIS anxiety level was found  $15.8 \pm 5.9$ , the average scores of APAIS sub-dimensions were;  $4.3 \pm 2.1$  for anesthesia-related anxiety,  $5.3 \pm 2.5$  for anxiety about the surgery and  $6.2 \pm 2.2$  for the information desire. Average score of STAI-I anxiety was  $42.4 \pm 10.4$  33. A significant positive correlation was found between APAIS total and sub-dimension scores and STAI-I total score ( $p < 0.01$ ).

*Conclusion:* APAIS and STAI-I scales showed that the patients experienced anxiety over the middle level at the pre-operative period. Assessment of anxiety is very important with regards to comfortable experience of perioperative period for the patient and health care professionals.

*Key words:* Preoperative period, anxiety, assessment, scales

## GİRİŞ

Ameliyat öncesi hastaların çoğunun farklı derecelerde anksiyete yaşadıkları görülmektedir. Ameliyat olacak hastalar genellikle uygulanacak anestezinin tipi, ameliyattan uyanamama, sakat kalma, ameliyattan sonra şiddetli ağrı yaşama, ameliyattan sonra çalışamama ve kendi bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi ve cinsel kayıp korkusu nedeniyle anksiyete yaşabilmektedirler. Yapılan çalışmalarda cerrahi uygulanacak hastaların %60-80'inde ameliyat öncesi dönemde anksiyete olduğu belirtilmiştir<sup>1-4</sup>.

Ameliyat öncesi dönemde en önemli anksiyete nedeni bilinmezlik korkusu olup, hastanın anksiyetesinin azaltılması; hastanın ameliyattan sonra yaşam bulgularının kısa sürede normal sınırlarına dönmesine, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonlarının az salınmasına ve hastanın hızlı iyileşmesine yardımcı olduğu bazı araştırmalarda belirtilmiştir<sup>4,5</sup>.

Ameliyat öncesi süreçte yetersiz psikolojik hazırlık, hastanın cerrahi strese uyum gösterememesi ile sonuçlanabilmektedir. Hastanın cerrahi girişime ilişkin sorularının yanıtsız kalması; kaygı ve korkunun oluşmasına, cerrahi girişimi erteleme kararının alınmasına, cerrahi girişim sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesi ve komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir<sup>6-9</sup>.

Yapılan bir araştırmaya göre planlı cerrahiye göre acil ve günübirlik cerrahide hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu belirlenerek, cinsiyet, eğitim, medeni durum, cerrahi deneyim ve kanser olasılığının ameliyata alınış şekline göre anksiyeteyi etkilediği belirtilmiştir<sup>10</sup>. Berth, Petrowski & Balck ameliyat öncesi eğitim gereksinimi fazla olan hastaların anksiyete düzeyini fazla belirlemişlerdir<sup>11</sup>. Hastaların bilgilendirilmesi ve ameliyat için hazırlanmasının yanı sıra başatma stratejilerinin kullanımı ve sosyal desteğin algılanması gibi durumlar da anksiyete düzeyini azalttığı çalışmalarda belirtilmiştir<sup>12,13</sup>.

Cerrahi girişimin kendisi, hastalıktan kurtulmayı sağlayacak olumlu bir olay iken; bireyin bedeni üzerindeki kontrolünü sınırlı bir süre için kaybetmesi ve bu konuya ilişkin yeterince bilgisinin olmaması, anksiyete yaratan bir durumdur. Ancak, çoğu hasta anksiyetesini sorulmadığı sürece ifade etmeyebilir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemdeki her hasta anksiyete açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Hastaya endişeli olup olmadığını sormak yerine endişelerinin neler olduğunu sormak; endişenin olması beklenen bir duygu olduğu mesajını vermek, hastanın duygularını paylaşmasını kolaylaştırmaktadır<sup>3,14</sup>.

Ameliyat öncesi dönemde anksiyetenin giderilmesine yönelik uygun girişimlerin

belirlenmesinde, hastanın anksiyete düzeyi ile anksiyete nedenlerinin belirlenmesi çok önemlidir. Bu nedenle bu araştırma ameliyat öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği ile değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın türü

Araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcı olarak tasarlandı.

### Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinin Genel Cerrahi, KBB, Üroloji ve Ortopedi kliniklerinde yatan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme ise, Ekim 2016 ve Mayıs 2017 tarihleri arasında Genel Cerrahi, KBB, Üroloji ve Ortopedi kliniklerinde yatan, 18-65 yaş arası, planlı ya da günübirlik cerrahi girişim planlanmış, iletişim kurulabilen, Türkçe okuyup yazabilen, sedatif ilaç kullanmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 189 hasta alındı.

### Veri toplama araçları

Veriler; hastalara araştırmanın amacı açıklanarak yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak Kişisel bilgi formu, Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği ile toplandı. Demografik veri formu, çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından, hasta başında dolduruldu. Hastalarla yüzyüze görüşme yöntemiyle preoperatif değerlendirme amacıyla ameliyattan önceki 12 saat içinde olmak üzere; Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale-APAIS) ve Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I) dolduruldu. Ortalama bir görüşme 15-20 dakika sürdü.

**Kişisel bilgi formu;** Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerini ve ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeylerini belirleyebilecek değişkenleri içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

**Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAIS);** 1996'da Hollanda'daki Moermann grubu, Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği APAIS'i geliştirdi. Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir. Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan, anesteziyenin duyulan endişe veya bilgi eksikliğinin yarattığı endişe olarak üçe ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu üç kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir. Anketi objektifleştirmek üzere her ifadeye şiddete göre 5'li Likert ölçeği'ne dayanan sayısal değer verilmektedir; 1-5 arası değişen bu değerler; 1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı şiddeti ifade etmektedir. Anestezi anksiyetesi 1 ve 2. sorulara, cerrahi anksiyete 4 ve 5. sorulara verilen puanlar ile toplam anksiyete puanı ise her ikisi toplanarak hesaplanır. Anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteğini dile getiren ifadeler ise 3 ve 6. sorulardır. En düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur<sup>15</sup>. Ülkemizde ilk defa Aykent ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek



kullanılmıştır<sup>6</sup>. Bu çalışmada APAIS Cronbach alfa 0.86, alt boyutları olan Anestezi ile ilgili anksiyete 0.88, Cerrahi ile ilgili anksiyete 0.82 ve Bilgi edinme isteği 0.68 olarak belirlendi.

**Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I);** Durumluk Anksiyete (STAI-I), 1970 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiş, Türkçe formu Öner N ve Le Compte A tarafından (1983) uyarlanarak geçerlilik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe formun iç tutarlığı ve güvenilirliği Kuder Richardson alfa güvenilirliğinde Durumluk Anksiyete Ölçeği için 0.94 ile 0.96 arasında bulunmuştur. Ölçek 20 maddeden oluşur. Yanıtlar 1-4 arasında değişir. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasındadır. Yüksek puan kaygı düzeyinin yüksek olduğunu gösterir<sup>16,17</sup>. Bu çalışmada STAI-I Cronbach alfa 0.88 olarak belirlendi.

## İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistik analizi yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalamalar gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra student t test, ANOVA, Tukey testi ile Pearson korelasyon analizleri kullanıldı. Ayrıca veriler %95 güven aralığında değerlendirildi.

## Araştırmanın etik yönü

Araştırmaya başlamadan önce hastanenin Müdürlüğü'nden ve Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar etik kurulundan izin alındı. Araştırma araştırmaya katılım gönüllük esasına göre yapıldı. Ayrıca katılımcılardan araştırmaya katılmak istediklerine dair sözlü ve yazılı onay alındı.

## BULGULAR

Araştırmaya katılanların %59.3'ünün erkek, %40.2'sinin 46 yaş ve üzeri, %69.3'ünün evli, %29.1'inin ilköğretim mezunu, %47.1'inin serbest meslek sahibi ve %76.7'sinin sağlık güvencesi olduğu belirlendi (Tablo 1).

APAIS ve STAI-I toplam puan ortalamalarının hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; kadın ve erkekler arasında her iki ölçek puanı bakımından farklılık bulundu ( $p<0.05$ ; Tablo 1). APAIS toplam puan ortalamasının hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; meslekler arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Meslekler arası farklılık memur ve ev hanımı olanlar yönündeydi ( $p<0.01$ ; Tablo 1).

APAIS ortalama anksiyete düzeyi  $15.8 \pm 5.9$ , APAIS'ın alt boyutları olan Anestezi ile ilgili anksiyete ortalaması  $4.3 \pm 2.1$ , Cerrahi ile ilgili anksiyete ortalaması  $5.3 \pm 2.5$  ve Bilgi edinme isteği ortalaması  $6.2 \pm 2.2$  puan olarak bulundu. STAI-I ortalama anksiyete düzeyi  $42.4 \pm 10.4$  puan olarak belirlendi (Tablo 2).

STAI-I toplam puan ortalaması ve hastaların yattığı klinik arasında anlamlı fark olduğu bulundu. APAIS toplam puan ortalaması ile ameliyat öncesi hazırlıklar ve yapılacak işlemler hakkında bilgi düzeyi arasında anlamlı fark olduğu bulundu ( $p<0.05$ ; Tablo 3).

APAIS ve STAI-I toplam puan ortalamalarının hastaların klinik, bilgi ve endişe düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde; her iki ölçek için Ameliyat öncesi endişe

**Tablo 1. APAIS ve STAI-I Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=189)**

Değişkenler	n (%)	APAIS	STAI-I	APAIS	STAI-I
		X±SD	X±SD	t/F	t/F
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	112 (59.3)	15.0 +6.1	40.9 +10.9	t=2.241*	t=2.479*
Kadın	77 (40.7)	17.0 +5.3	44.7+9.2	p=0.026	p=0.014
<b>Yaş</b>					
18-24	52 (27.5)	14.5+5.6	41.0+10.6	F=2.353 p=0.74	F=0.857 p=0.465
25-34	31 (16.4)	16.0+6.4	44.0+10.2		
35-45	30 (15.9)	18.1+6.1	44.2+9.7		
≥46	76 (40.2)	15.8+5.6	42.1+10.4		
<b>Medeni durum</b>					
Evli	131 (69.3)	16.4+5.6	43.0+10.6	F=1.865	F=0.981
Bekar	51 (27)	14.8+6.4	41.7+10.2	p=0.158	p=0.377
Dul	7 (3.7)	13.4+6.0	37.8+8.3		
<b>Eğitim durumu</b>					
İlköğretim	55 (29.1)	16.4+5.9	42.3+10.9	F=2.040 p=0.91	F=1.190 p=0.317
Okur-yazar değil	49 (25.9)	16.7+5.8	43.8+9.9		
Lise	36 (19)	14.1+6.0	39.8+11.3		
Üniversite	25 (13.2)	14.0+5.7	41.3+8.8		
Okur-yazar	24 (12.7)	17.1+5.6	45.0+10.1		
<b>Meslek</b>					
Serbest meslek	89 (47.1)	6.1+0.6	40.8+10.8	F=3.461** P=0.009	F=2.302** P=0.060
Ev hanımı	58 (30.7)	5.1+0.6	45.4+9.6		
Memur	15 (7.9)	6.7+1.7	44.6+9.2		
Öğrenci	16 (8.5)	5.2+1.3	39.7+9.5		
Emekli	11 (5.8)	5.2+1.5	40.8+10.6		
<b>Sağlık güvencesi</b>					
Evet	145 (76.7)	15.9+5.8	42.7+10.5	t=0.186	t=0.724
Hayır	44 (23.3)	15.7+6.2	41.4+10.1	p= 0.853	p=0.470

\*p<0.05

\*\*p<0.01

hissetme durumu, Ameliyat öncesi hissedilenler ve Ameliyat öncesi kaygı ve endişelerin ne kadar giderildiği arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0.01; Tablo 3).

APAIS alt boyut ve toplam puanları ile STAI-I toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (p<0.01; Tablo 4).

## TARTIŞMA

Modern cerrahi tekniklerinin gelişmesi ve daha güvenli hale gelmesine rağmen cerrahi hastaların çoğunun ameliyat öncesi anksiyete yaşadığı bilinmektedir<sup>3,6,19</sup>. Literatürde cinsiyet ve anksiyete ilişkisi hakkında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Ameliyat öncesi dönemde bazı çalışmalarda kadınların anksiyete düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu<sup>6,18,19</sup>; bazı çalışmalarda ise cinsiyetin ameliyat öncesi dönemde belirleyici olmadığı bulunmuştur<sup>20,21</sup>. Bazı çalışmalarda erkek hastalarda ameliyat öncesi anksiyete

**Tablo 2. APAIS, APAIS Alt Boyutları ve STAI-I Ölçeklerinin Toplam Puanları**

Ölçekler	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
APAIS	15.8± 5.9	6	30
Anestezi ile ilgili anksiyete	4.3±2.1	2	10
Cerrahi ile ilgili anksiyete	5.3±2.5	2	10
Bilgi edinme isteği	6.2±2.2	2	10
STAI-I	42.4±10.4	20	67

düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur<sup>22,23</sup>. Bu çalışmada ise kadınların anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Literatür incelendiğinde cerrahi işlemlerin risk oranlarının farklı olmasından dolayı ameliyat öncesi anksiyete insidansının %11 ile %92 arasında geniş bir yelpazede olduğu görülmektedir<sup>24,25</sup>. Klinik olarak belirgin belirtilerle seyreden anksiyete durumu için kullanılan STAI-I eşiği 39-40 olarak kabul edilmektedir. Fakat STAI-I' in kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini o an nasıl hissettiğini göstermesi sebebi ile ameliyat öncesi dönemdeki hastalarda eşik 44-45 olarak belirlenmiştir<sup>24</sup>. Domar ve ark.<sup>26</sup> STAI-I ölçeğine göre ameliyat öncesi ortalama anksiyete puanını 45 olarak bildirirken, Gönüllü ve ark.<sup>27</sup> bilgilendirme yapılmadan önce ölçülen anksiyete değerini 40.76 olarak bildirmişlerdir. Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ortalama STAI-I değeri 36 olarak bildirilmiştir<sup>18</sup>. Literatüre paralel olarak, bu çalışmada STAI-I ortalama anksiyete düzeyi 42.4±10.4 puan olarak belirlendi. Aykent ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete düzeylerini APAIS'te 10.35 ± 0.20 bulunmuşlardır<sup>6</sup>. Matthias ve ark (2012) anksiyete düzeylerini APAIS'te 15.60 ± 7.08 olarak belirlemişlerdir<sup>19</sup>. Bu çalışmada literatüre uyumlu olarak APAIS ortalama anksiyete düzeyi 15.8± 5.9 olarak bulundu.

Genel olarak tümör cerrahisi veya organ kaybıyla sonuçlanacak girişimlerde hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir<sup>28</sup>. Yapılan bir çalışmada küçük cerrahinin anksiyete düzeyini değiştirmezken, orta ve büyük cerrahinin anksiyete düzeyini arttırdığı belirtilmiştir<sup>29</sup>. Bu çalışmada STAI-I toplam puan ortalaması ve hastaların yattığı klinik arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Bu bağlamda farklı kliniklerde bulunan hastaların farklı cerrahi girişimler geçirmeleri nedeniyle bu durumun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete düzeyini, analjezik gereksinimini azalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı gösterilmiştir<sup>30</sup>. Ayrıca hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir<sup>31</sup>. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda preoperatif eğitim verilen hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin, sedatif kullanımının, iyileşme süresinin, komplikasyonların, eğitim verilmeyenlere göre daha iyi olduğu belirtilmiştir<sup>32,33</sup>. Bu çalışmada APAIS toplam puan ortalaması ile ameliyat öncesi hazırlıklar ve yapılacak işlemler hakkında bilgi düzeyi arasında anlamlı fark olduğu

**Tablo 3. APAIS ve STAI-I Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Klinik Bilgi ve Endişe Düzeylerine Göre Dağılımı (N=189)**

Değişkenler	n (%)	APAIS	STAI-I	APAIS	STAI-I
		X±SD	X±SD	F	F
<b>Klinik</b>					
Cerrahi	74 (39.2)	15.5±5.9	42.9±9.7	F=0.259	F=3.443*
KBB	59 (31.2)	15.7±5.8	39.9±10.5	p=0.855	p=0.018
Üroloji	20 (10.6)	16.5±6.6	40.6±11.1		
Ortopedi	36 (19.0)	16.4±5.7	46.6±10.0		
<b>Ameliyat hakkında bilgi düzeyi</b>					
Çok az	23 (12.2)	16.1±6.9	40.7±10.5	F=1.219	F=0.361
Kısmen	49 (25.9)	17.1±6.1	43.3±11.2	p=0.304	p=0.781
Yeterince	82 (43.4)	15.3±5.2	42.5±9.9		
Tamamen	35 (18.5)	15.2±6.2	42.1±10.7		
<b>Ameliyat öncesi hazırlıklar ve yapılacak işlemler hakkında bilgi düzeyi</b>					
Hiç	16 (8.5)	14.3±5.7	38.6±12.9	F=3.185*	F=1.562
Çok az	25 (13.2)	15.6±6.6	42.4±11.2	P=0.015	P=0.186
Kısmen	59 (31.2)	18.0±5.5	44.8±9.3		
Yeterince	64 (33.9)	14.5±5.1	41.1±10.2		
Tamamen	25 (13.2)	15.5±6.9	42.9±10.0		
<b>Ameliyat hakkında bilgi aldığı kişi/kişiler</b>					
Uzman Hekim	135 (71.4)	15.8±5.9	41.4±10.8	F=0.446	F=2.638
Hemşire	28 (14.8)	16.6±5.4	44.2±8.9	P=0.641	P=0.074
Uzman Hekim+Hemşire	26 (13.8)	15.1±6.2	46.0±8.8		
<b>Ameliyat öncesi endişe hissetme durumu</b>					
Çok az	41 (21.7)	13.5±5.4	39.3±9.8	F=8.876**	F=15.094**
Kısmen	41 (21.7)	17.0±4.7	45.5±7.9	p=0.000	p=0.000
Yeterince	46 (24.3)	18.8±4.4	48.8±8.5		
Tamamen	61 (32.3)	14.3±6.8	37.7±10.5		
<b>Ameliyat öncesi hissedilenler</b>					
Korku hissettim	90 (47.6)	17.1±5.9	44.4±9.6		
Organ kaybım olacağından endişe ettim	6 (3.2)	17.5±3.3	47.3±14.7	F=9.968**	F=9.424**
Öleceğimi düşündüm	6 (3.2)	17.5±5.0	43.1±8.9	p=0.000	p=0.000
Ailemi düşündüm	14 (7.4)	14.5±4.8	39.2±10.9		
Heyecanlandım	47 (24.9)	11.4±4.4	35.2±8.7		
Birden fazla seçenek	26 (13.8)	19.3±5.0	49.0±7.7		
<b>Ameliyat öncesi kaygı ve endişelerin ne kadar giderildiği</b>					
Hiç	20 (10.6)	13.1±6.0	37.0±10.9	F=3.480**	F=6.364**
Çok az	34 (18)	17.4±5.9	44.5±10.5	p=0.009	p=0.000
Kısmen	73 (38.6)	17.0±5.1	45.7±8.6		
Yeterince	46 (24.3)	14.5±6.0	40.6±10.7		
Tamamen	16 (8.5)	14.3±6.8	35.3±9.9		

\*p<0.05 \*\*p<0.01

**Tablo 4. APAIS Toplam ve Alt Boyutları Puanları İle STAI-I Puanları Arasındaki İlişki**

		<b>STAI-I toplam puan</b>
Anestezi ile ilgili anksiyete	r p	.395 0.001
Cerrahi ile ilgili anksiyete	r p	.501 0.001
Bilgi edinme isteği	r p	.404 0.001
APAIS toplam puan	r p	.514 0.001

belirlendi. Bu durum hastalara ameliyat öncesi süreçte tam ve doğru bilgi verilmesinin önemini göstermektedir.

Aykent ve ark.<sup>6</sup> yaptığı çalışmaya göre STAI ile APAIS ve alt boyutları arasındaki korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada ise APAIS alt boyut ve toplam puanları ile STAI-I toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu. Bu durum, iki ölçeğin anksiyeteyi ölçtüğünü ve birinin değeri arttığında diğersinin de değerinin arttığını göstermektedir.

## **SONUÇ**

Sonuç olarak ameliyat öncesi iki farklı ölçekle hastaların anksiyete puanları değerlendirildi. İki ölçeğin sonucuna göre araştırmaya katılanların ortanın üstünde bir anksiyete yaşadıkları belirlendi. Özellikle iki ölçeğin birbiriyle ilişkili olduğu belirlendi. Cerrahi hastasının anksiyetesinin azaltılması ve giderilmesi hem hasta hem sağlık profesyoneli açısından çok önemlidir. Bu nedenle ameliyat öncesi anksiyetenin çok iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bu konuda görevli olan tüm sağlık profesyonelleri de elinden gelenin en iyisini yapmakla yükümlüdür. Bu bağlamda hastaların anksiyete düzeylerini azaltacak uygulamalara önem verilmesi gerekmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıççek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. Kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Turk J Colorectal Dis* 2017;27:6-10.
2. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. *Br J Anaesth* 2010; 104: 369-74.
3. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim* 2013; 41:44-49.
4. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2016; 31(6): 495-503.
5. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia* 2000; 47(6): 511-515.

6. Aykent R, Kocamanoglu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi 2007; 5 (1): 7-13.
7. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve strese başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 113-120.
8. Espineira CH, Aguila MMR, Castillo MR, Valdivia AF, Sanchez IR. Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. Health Policy 2009; 89: 37-45.
9. Vermişli UHS, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg 2016; 26(2): 79-91.
10. Fındık ÜY, Topçu SY. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012; 19(2): 22-33.
11. Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)-the first trial of a German version. GMS Psycho-Social Medicine 2007; 4: 1-8.
12. Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. J Psychosom Res 2003; 55: 363-369.
13. Kaya H, Acaroğlu R, Şendir M, Güldaş S. Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile başetme durumuna etkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2014; 15(59): 75-81.
14. Yıldırım M, Mızrak C, Sevinç FY. Cerrahi hastalarında ortak oda kullanımının ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2013; 24(8): 55-68.
15. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) Anesth Analg. 1996; 82: 445-451.
16. Öner N, Le Compte A. Süreksiz durumluk /süreksiz kaygı envanteri el kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını, 1983; 1-26.
17. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Test manual for the State Trait Anxiety Inventory. 1 st ed. California: Consulting Psychologists Press, 1970.
18. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan AH., Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2010; 18(3): 177-182.
19. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients-experience of a single unit. Acta Anaesthesiologica Taiwanica, 2012; 50(1): 3-6.
20. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. Canadian Journal of Anesthesia 2002; 49(8): 792-798.
21. Calvin RL, Lane PL. Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. Orthopaedic Nursing 1999; 18(6): 61-66.
22. Jafar MF, Khan FA. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. Journal of the Pakistan Medical Association 2009; 59(6): 359-363.
23. Arslan S, Taylan S, Deniz S. Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2017; 20(1): 17-21.
24. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. British journal of anaesthesia 2009; 103(2): 199-205.
25. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. Journal of neurosurgical anesthesiology 2009; 21(2): 127-130.

26. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989; 69: 763-767.
27. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK, Başeşme E. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anest ve Rean Cem* 1986; 14: 10-13.
28. Mackenzie JW. Daycase anaesthesiology and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesiology* 1989; 44: 437-40.
29. Caumo W, Schmidt AP, Bergmann J. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 298-307.
30. Pritchard MJ. Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard* 2009; 23(51): 35-40.
31. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesiology. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2301-2310.
32. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Educ Couns* 2006; 62: 111-117.
33. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy tıp Dergisi* 2011; 7(1): 11-16.

# Bir Hemşire Lider: Ayşe Rüçhan Tüzün

## A Nursing Leader: Ayşe Rüçhan Tüzün (Derleme)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 48-53*

**Özlem FİDAN\*, Nevin KUZU KURBAN\*, Nazike DURUK\***

\*Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

Geliş Tarihi: 18 Ocak 2017  
Kabul Tarihi: 04 Temmuz 2017

### ÖZ

Lider hocalarımızdan biri olan Ayşe Rüçhan Tüzün'ün ülkemiz hemşireliğine en büyük katkısı, 1960'lı yıllarda, Türkiye'de Hemşirelikte Yüksek Öğretim programının oluşturulmasıdır. Hemşirelik ile ilgili ideallerinin gerçekleşmesi için olağanüstü çaba harcamıştır. Ülkemizde ilk kez "Hemşirelik Süreci Sistemi-Planlı Bakım, İnsana Bütüncül Yaklaşım Modeli" nin ele alınmasını sağlayarak mesleğimize önemli katkıda bulunmuştur. Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı'nın kurucularındandır. Rüçhan Tüzün'ün mesleğe katkıları ülkemizde çağdaş hemşireliği korumamız ve geliştirmemiz için daima bize ışık tutacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, hemşirelik, lider, Rüçhan Tüzün

### ABSTRACT

The greatest contribution of Ayşe Rüçhan Tüzün who is the one of our nursing leaders was the launching of the Higher Education Program in Nursing in Turkey. She has made extraordinary efforts for her ideals to be real. She has made an important contribution to our profession by addressing "Nursing Process System-Planned Care, Holistic Humanistic Approach Model" for the first time in our country. She is the founder of the Department of Nursing Fundamentals. Rüçhan Tüzün's contributions to the profession will always shed light on us to protect and improve contemporary nursing in our country.

**Key words:** Leader, nurse, nursing, Rüçhan Tüzün



## GİRİŞ

Ayşe Rüçhan Tüzün, Türkiye’de hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde büyük katkıları bulunan liderlerimizden biridir. Hemşireliğe olan ilgisi nedeniyle Hukuk fakültesini bırakarak Kızılay Hemşire Okuluna kaydını yaptırmıştır. Ülkemizde lisans eğitiminin temellerinin atılmasında yurt dışında eğitim alan ilk hemşire liderlerimizden birisidir. Eğitim ve çalışma hayatında hemşireliğe büyük katkıları olmuştur. Hemşirelik tarihinde önemli yere sahip olan liderlerimizin günümüz ve gelecek hemşirelere tanıtılması hemşireliğin dünü, bugünü ve geleceğini anlamalarına yardımcı olması amacıyla bu yazı yazılmıştır.

## KISA YAŞAM ÖYKÜSÜ ve MESLEKİ EĞİTİMİ

Ayşe Rüçhan Tüzün, 1925 yılında İstanbul’da doğmuştur<sup>1,2</sup>. İstanbullu zengin ve eğitilmiş bir ailenin kızıdır (M.F. Ulusoy, kişisel iletişim, 19 Aralık 2016). Önce İstanbul Işık Lisesinden (1942), ardından Nişantaşı Kız Enstitüsünden (1945) mezun olan Tüzün, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinde kısa bir dönem okuduktan sonra fakülte eğitimini bırakmıştır. Hemşireliğe olan ilgisi nedeniyle Kızılay Hemşire Okuluna kaydını yaptırmıştır ve 1948 yılında mezun olduğu okula talim hemşiresi olarak atanmıştır. Tüzün’ün farklı okullarda eğitim almış olması, ona farklı bilgi birikimi ve kültürlenme sağlamıştır<sup>1-4</sup>.

Kızılay Bursu ile görgü ve bilgisini arttırmak üzere 1951-1952 yıllarında İngiltere’ye giderek Bristol ve Sheffield Hemşire Okulları’ndaki eğitimi incelemiş ve London Royal College of Nursing’de Öğretim ve Yönetim kurslarına katılmıştır<sup>2,3,5</sup>.

Florence Nightingale Hemşirelik Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı, hemşirelik yüksekokulu açmak amacıyla Milletlerarası İktisadi İşbirliği Kurulu Ankara Mümessilliği (ICA) ve Amerika Birleşik Devletleri Amerikan Uluslararası Kalkınma Ajansı’nın (A.I.D.) yardımı ile 1953 yılında 7 kişilik burs kontenjanı sağlamıştır. Açılan burs kontenjanı için 15 Şubat 1953’de, hemşire okulu mezunu ve yabancı dil bilen 80’i aşkın hemşire başvurmuştur. Bu hemşireler arasından seçilen 15 mezun hemşireye Ankara’da George Town Lisan Okulunda 6 ay süreyle dil kursu verilmiştir. Kurs sonunda başarılı olan 14 aday arasına girmeyi başaran Tüzün, Eylül 1953’de Columbia Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine gönderilmiştir<sup>1,2,4,6-10</sup>.

Eylül 1956’da yurda dönen ilk grupta yer almıştır. Amerikalı iki hemşire müşavir (Mrs. Eugenia K.Spalding ve Katherine Sehl) ile birlikte Florence Nightingale Yüksek Hemşire Okulu’nun akademik temelini başarılı bir şekilde oluşturmak için bilimsel bir araştırma yaparak, eğitim raporu (report of the Educational Survey Preliminary to Establishment of the Higher Educational Program for Nursing) hazırlamışlardır. Bu rapor doğrultusunda Yüksek Hemşire Okulunun üniversite içinde ve fakülte düzeyinde bir kuruluş olması düşüncesi öncelik kazanmıştır<sup>1,2,4,6-10</sup>. Kum’un aktarımına göre; “Rüçhan, Perihan ve ben Miss Spaulding yönetiminde “The Educational Survey Preliminary to Establishment of the Florence Nightingale Higher Educational Programme for Nursing” konulu araştırma çalışmalarına başlayıp üç ayda tamamladık”<sup>11</sup>.

Rüçhan Tüzün, 1957 yılına kadar Kızılay Hemşire Okulu talim hemşireliği, Şişli Hemşire Laborant Okulu öğretim yardımcılığı ve Cebeci Sağlık Kolejinde müdür yardımcılığı yapmıştır<sup>2,3,5</sup>.

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulunun 1957-1959 yılları arasında öğretim elemanlarının ilk kadrosunda yer almıştır. Colombia Üniversitesinde hemşirelik eğitimine ilişkin birçok farklı dersin yanı sıra “Hemşirelik Tarihi Felsefesi ve Prensipleri, Hemşirelik Esasları ve Tekniği, İleri Araştırma Metodları” derslerini almış ve böylece Hemşirelik Esasları Dersi'nin kurucu hocası olmuştur. 1964-1970 yılları arasında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulunun müdür yardımcılığı görevini sürdürmüş ve 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na geçmiştir. 1970-1981 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak çalışmış ve “Hemşireliğin Temel İlke ve Uygulamaları” ile “Hemşirelik Esasları” dersini yürütmüştür<sup>2,7,9</sup>.

1959'da Almanya'da “Endüstri Sağlığı” seminerine katılmıştır. Sağlık Bakanlığı delegesi olarak 1964'te Almanya'da, gelişmekte olan Ortadoğu ülkeleri için düzenlenen “Sağlık Eğitimi” ve 1965'te Merkezi Antlaşma Teşkilatı (CENTO) üyeleri için Tahran'daki aynı konulu seminerlere, 1967'de Fransa'da Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN) direktörler toplantısına Türk delegesi olarak katılmıştır<sup>2,3</sup>.

Mesleki faaliyetleri arasında Türk Hemşireler Derneği'nde Genel Sekreterlik, ikinci Başkanlık ve Başkanlık, Kızılay Mezunları ve Florence Nightingale Mezunları Dernekleri'nde üyelik ve Türk Hemşireler Derneği Ankara Şubesinde ikinci Başkanlık yer almaktadır. Türkçe ve İngilizce çeşitli dergilerde makaleleri yayınlanmış olup uluslararası çeşitli mesleki toplantılara katılmıştır<sup>5</sup>.

Türk Hemşireler Dergisi'nin 1978 yılı 2. sayısında “Hemşirelik Eğitiminin Tarihi Gelişimi ve Temel İlkeleri” adlı makalesi yayınlanmıştır. Bu makalede hemşireliğin tarihsel gelişimi ve ülkemizde geçirdiği aşamaları kaleme almıştır<sup>3</sup>.

## MESLEKİ DENEYİMİ ve KATKILARI

Rüçhan Tüzün Hocamızın ülkemiz hemşireliğine en büyük katkısı, 1960'lı yıllarda, Türkiye'de Hemşirelikte Yüksek Öğretim programının başlatılabilmesi için, Fahrunnisa Seden rehberliğinde, değerli öncülerimiz Prof. Dr. Perihan Velioğlu ve Prof. Dr. Eren Kum ile birlikte ilk üç öğretim elemanı ekibi içinde yer alarak ideallerinin gerçekleşmesi için olağanüstü çaba harcamasıdır<sup>1</sup>.

Tüzün'ün hemşirelikte yükseköğrenim idealinin temelinde yatan anlayış “Türkiye'de hekimler batı ölçütleriyle yetişirken, hemşirelerin de eğitiminin geliştirilmesi ve ülkemiz de nitelikli hemşirelerin yetiştirilmesi” ilkesi olmuştur. Tüzün, hemşirelik bakım hizmetini bir bütün olarak görmüştür. İnsan gereksinimlerinin karşılanması, fizyolojik fonksiyonların işlevselliğinin korunması ve organizmayı her türlü risk ve tehlikelerden koruma öğretisi üzerine temellenen Hemşirelik Esasları dersini, bir anlamda Hemşirelik Anabilim Dallarının derslerinin dayanağı saymıştır<sup>1</sup>.

“Hemşirelik Haftası” kutlamaları programı kapsamında (1980-1981) ülkemizde ilk kez “Hemşirelik Süreci Sistemi-Planlı Bakım, İnsana Bütüncül Yaklaşım Modeli” nin meslektaşlarımıza panel olarak sunulmasını sağlamıştır<sup>1,2</sup>. Hacettepe Üniversitesi M Salonu'nda, üç kişilik bir ekiple, meslektaşlarımıza modeli açıklamıştır. Bu konferans hem ilgi uyandırmış, hem de şaşkınlık yaratmıştır. Çünkü bakım hizmetini sistematik, akılcı, neden-sonuç ilişkilerini kavranıp, bilimsel bir temele dayandırılması o yıllar henüz bilinen bir yöntem değildi<sup>1</sup>.

## EMEKLİLİĞE KARAR VERMESİ

1981 yılı sonunda Rüşan Hoca'mız, klinik uygulamalar sırasında fazla yorulduğunu, ağrılarının olduğunu belirtip, klinik uygulamaları daha fazla sürdüremeyeceğini söylemiş ve eğitimin çok önemli bir parçası olan uygulamalara katılmadan, hocalık yapılamayacağı gerekçesiyle emekli olmaya karar vermiş ve okuldan ayrılmıştır<sup>1</sup>. Rüşan Tüzün yaşamının son yıllarını İstanbul'da Nişantaşı'nda geçirmiştir. Kasım 2002'de aramızdan ayrılmıştır<sup>2</sup>.

Vefat haberi Hacettepe Bülteni Kasım-Aralık 2002 sayısında duyurulmuştur<sup>2</sup>. Çalışma arkadaşı Prof. Dr. Filiz Ulusoy'dan edindiğimiz bilgiye göre, İstanbul'da karlı bir havada düşerek kırıklarının olması ve vefatının da bu düşme olayından sonra gerçekleştiği bilgisidir (M.F. Ulusoy, kişisel iletişim, 19 Aralık 2016).

## HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELER

Diğer bir çalışma arkadaşı Prof. Dr. Meliha Atalay'ın izlenimlerine göre; "Rüşan Hanım işine her zaman erken gelip ve geç giden bir hoca idi. Ulaşılabilirdi, gerektiği zaman hepimize danışmanlık yapardı. Sürekli okuma alışkanlığı olan bir hoca olduğu için, güncel gelişmelerden haberdardı. Bu nedenle de onunla çalışan bizler için çok iyi bir modeldi. Hemşirelik bakım hizmetini bir bütün olarak görürdü. Rüşan hocamız hemşirelik esasları ana bilim dalını, hemşirelikte temel ilke ve uygulamalar bağlamında sadece becerilerin öğretene bir ana bilim dalı olmadığını savunmuştur<sup>1</sup>.

"Rüşan Hanım klinik uygulama becerileri çok yetkin bir hemşireydi. Gerek dersane gerek gerçek klinik ortamlar olsun, uygulanacak her işlem öncesi kullanılacak olan tüm malzemelerin tamam olmasını ister, işlem sırasında hastaların bekletilmesine razı olmazdı. İşlem uygulamalarını büyük bir titizlikle ve güven veren hava ile yapardı. Öğrencilerimize işlem sırasında sorular sorup, adeta iyi bir tartışma (ve sınav) ortamı yaratırdı. Eğitimi, hemşireyi, hastayı, bakım hizmetini çok önemseyen ve asla baştan savmacılık yapmayan çok titiz bir hocaydı. Bu anlamda bazen öğrencilerimizin korku ya da çekince yaşadıklarını da belirtmeliyim<sup>1</sup>.

"Rüşan Hocamızın çok iyi bilgi birikimi vardı. Hem mesleki değerlerin gözetilmesi, hem de insan organizmasının yapı ve işleyişi ile ilgili öğrencilerimizin (uygulamaya çıkardığımız iç hastalıkları ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarımızın hastalıkları konusunda) tüm sorularına uzun uzun açıklamalar yapardı. Rüşan Hanım'ı diğerlerinden farklı kılan şey, kendinden, mesleğinden çok emin oluşu ve bir gururlu duruşunun olması idi<sup>1</sup>.

"Rüşan Hanım birkaç İngilizce dergiye abone idi. İngilizce dil sorunu da olmadığı için sürekli yayın takip ederdi. Okuduklarını bizimle paylaşır, ortak ederdi. Hastalara yapılan tüm uygulamaların, neden ve nasıl yapıldığını bilmemizin, bizim görev ve sorumluluğumuz olduğunu her zaman fark etmemizi sağlardı. Hemşirelik bakım ve uygulama hatalarından insanların zarar görmesini affedilmez sayardı<sup>1</sup>.

"Rüşan hanımla gittiğimiz konserlerde, onun güzel sanatlara olan yoğun ilgisini ve sanatın birçok alanında bilgisini fark ettim. Rüşan Hanım özel yaşamında da neşeli, esprili çok hoş sohbet ve öğretici bir insandı<sup>1</sup>.

"Rüşan Hanım bence kendine özgü bir ekoldü. Bilgili ve özgüveni yüksekti. Mesleğine-ışına saygılı ve yeterliydi. Dürüst ve güvenilirdi. Tanıdıkça sevecen ve esprili yönünü

gördüm. Mesleğimizin öncülerinden önemli bir liderdi. Belki bize yazılı kaynaklar bırakmadı, ancak varlığı ile büyük bir güvence idi”<sup>1</sup>.

Prof. Dr. Filiz Ulusoy’un izlenimlerine göre;

“Rüçhan Tüzün, Hemşirelik Esasları dersini verdi. Ayrıca başka bölümlere de ders verdi ama dersin adını hatırlamıyorum. Dersin teorik ve pratiğini, iç içe verirdi ve uygulamasını yaptırırdı. Mükemmel uygulaması vardı. Saatini aksatmadan klinikte öğrencilerinin başında olurdu”.

“Önce kendisine uzak durdum ama ondaki cevheri keşfedince onunla çalışmanın bir şansı olduğunu anladım. Bazen biraz sert olabiliyordu ya da genç öğrenciler ondan çekiniyordu. Mesleğine hakim ve aşıktı. Tüzün, Hemşirelik Esasları dersini bilimsel zeminde ele alan ilk hocaydı. Ülkemizde bu dersi hak ettiği yere taşıdı”.

“Rüçhan Hanım benim tanıdığım yaşça en büyük olan hocaydı. Haliyle bazı sağlık sorunları vardı. Biraz da incitildiğini düşünüyorum. Emekli olmayı uygun gördü. Özellikle büyüklerle daima sınırlı olmaya çalışırdım. İş dışında Rüçhan Hanım’a da uzak dururdum. Rüçhan Hanım ameliyat olduğunda müdürümüz Eren Hanım’dan öğrendim. “Gece yanında kalabilir misin “ dedi. Kabul ettim. Eren Hanım’a “çok dikkatli ve şefkatli bir hemşire” olduğumu söylemiş” (M.F. Ulusoy, kişisel iletişim, 19 Aralık 2016).

Yrd. Doç. Dr. Selva Erhan Şentürk’ün izlenimlerine göre; “Rüçhan Hocamız fevkalade bir hemşireydi. Çok titiz ve bilgiliydi. Bizler hemşireliği ondan öğrendik” “İşe erken gelir, geç giderdi. Herkese danışmanlık yapardı. Sanatın pek çok alanında bilgisi vardı ve güzel sanatlara yoğun ilgi gösterirdi. Neşeli, esprili, öğretici ve hoşsohbetti” (S. Erhan Şentürk, kişisel iletişim, 27 Aralık 2016).

## SONUÇ

Rüçhan Tüzün, Türkiye’de 1960’lı yıllarda, hemşirelikte yüksek öğretim programının başlatılabilmesi için, Fahrunnisa Seden Hanımın rehberliğinde, Prof. Dr. Perihan Velioglu ve Prof. Dr. Eren Kum ile birlikte ilk üç öğretim elemanı ekibi içinde yer almış ve ideallerinin gerçekleşmesi için olağanüstü çaba harcamıştır. Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı’nın hak ettiği yere gelmesinde rol oynayan en önemli isimlerdendir. Ülkemizde ilk kez “Hemşirelik Süreci Sistemi-Planlı Bakım, İnsana Bütüncül Yaklaşım Modeli” nin ele alınmasını sağlayarak mesleğimize önemli katkıda bulunmuştur. Hemşireliğin meslekleşmesinde ilk yapı taşlarını yerleştirmiş liderlerden biri olan Rüçhan Tüzün’ün mesleğe bilgisi ve uygulamalarıyla katkıları ülkemizde çağdaş hemşireliği korumamız ve geliştirmemizde bize örnek olacaktır. Sonuç olarak, hemşireliğin gelişmesine katkıda bulunan liderlerden birisi olan Rüçhan Tüzün’ü tanımak ve tanıtılabilmek için birçok hemşirelik liderleriyle yapılan görüşmeler ve ulaşılabildiğimiz literatür bize ve gelecek nesillere ışık tutacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Atalay M. Rüçhan Tüzün. In: 2. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi Özet Kitabı; 27-29 Eylül 2012; İstanbul, Türkiye. EYS Basım Yayın: İstanbul, 2012. s. 5-8.
2. Sarı D. Hemşireliğe Değer Katanlar (Öğr. Gör. Rüçhan Tüzün). Sağlıkla Hemşirelik Dergisi, 2013; 2:4.

3. Tüzün R. Hemşirelik Eğitiminin Tarihi Gelişimi ve Temel İlkeleri. Türk Hemşireler Dergisi 1978; 2(13):13-24.
4. Yıldırım N. Savaşlardan Modern Hastanelere Türkiye’de Hemşirelik Tarihi. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı; 2014. 1.Basım.s.309, 318.
5. T.H.D.’de Görev Üstlenen Genel Sekreterlerimiz. Türk Hemşireler Dergisi 1986. 2(36):20.
6. Pektekin Ç. Hemşireliğin Üniversiter Düzeye Yükselişinde İstanbul [2010 Avrupa Kültür Şehri]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi Sempozyum Özel Sayısı 2010:175-180.
7. Şentürk S.E. Hemşirelik Tarihi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011. s.117-119.
8. Bayraktar N, Abaan S, Yıldırım M. ve Yücel Ç. 1961’den 2011’e Yarım Asırlık Deneyim. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi; 2011. s: 7-9, 23.
9. Akyolcu N. (Ed.) Kuruluşunun 50. Yılında Florence Nightingale Yüksek Hemşire Okulu’ndan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi’ne. 2013. URL : <http://florenceightingale.istanbul.edu.tr/kitap-ve-belgesel-filmi/> 28.12.2016.
10. Ünimedya (Yapımcı). Hayalden Gerçeğe İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (belgesel filmi) 2016. URL: <http://florenceightingale.istanbul.edu.tr/kitap-ve-belgesel-filmi/> 28.12.2016.
11. Kum N, Akdemir N, Kubilay G, Taşkın L, Bedük, T, Özhan Elbaş N. ve ark. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1961’den 1995’e. Ankara: Meteksan Matbaası; 2011. s.10.
12. Hacettepe Bülteni. Kasım - Aralık 2002; 46. URL:<http://www.journals.hacettepe.edu.tr/hhaber/emekli46.html> 27.12.2016

# Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar

## Integrative Approaches in Pain Management of Cancer Patients With Palyative Care

(Derleme)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 54-64*

**Özlem OVAYOLU\*, Nimet OVAYOLU\***

\*Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Geliş Tarihi: 16 Mayıs 2017

Kabul Tarihi: 18 Eylül 2017

2017 yılı Ulusal Kanser Kongresi Hemşirelik oturumunda sunulmuştur.

### ÖZ

Kanser tanısı alan bireylerin yaşam sürelerindeki artış ve yaşamın son dönemlerinde yapılan agresif tedaviler gibi birçok neden palyatif bakım gereksinimini arttırmıştır. Çünkü palyatif bakımda bir sonuca ulaşamayacak tedavi, tetkik ve incelemelerden ziyade hastaya rahatsızlık veren şikayetlerin etkin olarak giderilmesi önceliklidir. Bu şikayetlerden biri olan ağrı, kanser hastalarının en çok korktuğu ve palyatif bakım programlarına başvurunun en yaygın nedenidir. Günümüzde palyatif bakım hastalarının önemli bir kısmını oluşturan kanser hastalarında yapılan çalışmalar ağrının uygun yaklaşımla büyük oranda tedavi edilebileceğini göstermiş olsa da, ne yazık ki birçok hasta hala yetersiz tedavi nedeniyle ağrı deneyimlemektedir. Bu nedenle bu sorunun çözümünde tıbbi tedavinin yanı sıra integratif yöntemlere de sıklıkla başvurulmaktadır. İntegratif uygulamalar, bireyin durumunu bütün olarak ele alıp, modern batı tıp tedavisi ile bütünleştirici uygulamaları birlikte ele alarak daha kapsamlı tedavi seçenekleri sunar. Bu makalede kanser ağrısının yönetiminde uygulanan bazı integratif yaklaşımlar üzerinde durulacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** *Kanser, ağrı, integratif yöntemler, hemşirelik*

### ABSTRACT

Numerous reasons such as increased life expectancy of individuals diagnosed with cancer and aggressive treatments provided in the last periods of life have increased the requirement of palliative care. Because the priority of palliative care is to effectively eliminate the complaints discomforting the patient rather than futile treatments, tests, and examination. Pain, one of these complaints, is the one, which cancer patients are mostly afraid of, and the most common cause to apply for palliative care programs. The complex structure of the pain requires mainly patient centred integrative biopsychosocial care including biological, psychological, social, and cultural factors of the individual. Today, even though studies on cancer patients constituting

İletişim : oucan@gantep.edu.tr

a major part of palliative care patients revealed that pain can be treated substantially with convenient approach, unfortunately several patients yet have been experiencing pain due to insufficient treatment. Therefore, integrative methods are also frequently applied for solution of this problem as well as medical treatment. Integrative practices take the situation of the individual as a whole, and by considering the modern western medicine and complementary practices together, they offer comprehensive treatment options. This paper will discuss some integrative approaches applied for management of cancer pain.

**Key words:** Cancer, pain, integrative methods, nursing

## GİRİŞ

Palyatif bakım, özellikle son yıllarda önem kazanan, kronik hastalık nedeniyle tam olarak iyileşemeyen veya yaşam sonunda desteğe ihtiyacı olan hastalara yardım etmeyi amaçlayan bir bilim dalıdır<sup>1</sup>. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede “erken tanılama ve ayrıntılı bir değerlendirme ile ağrının ve diğer problemlerin saptanması, fiziksel, psikososyal ve manevi bakım gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır” şeklinde tanımlamaktadır<sup>2</sup>. Palliative İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır. Latince “Palliate (Palliare)” koruyucu yada kapsayıcı anlamındadır<sup>3</sup>. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakım tanımını ilk olarak 1986 yılında yaptığında “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama” olarak belirtirken, 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenilemiştir ve “hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemini” vurgulamıştır<sup>4</sup>. Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) de 2003 yılında kurulmuştur. Bu birlik tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını içine alan bir örgüttür. WPCA'nın hedefi; herkesin yüksek kalitede palyatif bakım hizmetine ulaşabildiği evrensel, düşük maliyetli, yüksek kaliteli palyatif bakım hizmetinin sunulmasıdır. Dünyanın birçok ülkesinde palyatif bakıma yönelik çalışmalar ve sağlık projeleri yürütülmekte olsa da; palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu sadece 20 ülkede (%8.5'inde) gerçekleşmiştir. Önemli sayıda ülkelerde halen hiç palyatif bakım ünitesi bulunmamaktadır. Avrupa Palyatif Bakım Derneği'nin 2005 yılı verilerine göre Türkiye'de 10 merkezde toplam 241 yatak kapasitesi ile palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Bu merkezlerin çoğu da onkoloji klinikleri bünyesinde ve ağrı kontrol üniteleri şeklinde hizmet sunmaktadır<sup>1</sup>.

Palyatif bakımın amacı; bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin restore edilmesi ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır<sup>3-5</sup>. Aynı zamanda hasta ailesinin de hastalık ve yas sürecinde duygusal ve manevi olarak desteklenmesini içerir<sup>1</sup>. Palyatif bakımın prensipleri; ağrı gibi semptomları giderme<sup>6-8</sup>, hasta ve ailesinin bilgi gereksinimini karşılama, her hasta ve aileyi bireysel değerlendirme, yaşam kalitesini güçlendirme, normal bir süreç olarak yaşam ve ölüme saygı duyma, ölümü ne hızlandırma ne de yavaşlatma, hasta bakımının psikososyal ve tinsel yönünü bütünleştirme, ölüme kadar mümkün olduğunca gereksinimlerini karşılayabilmesi için destek sağlama, hastanın hastalığı ve ailenin matem sürecinde sorunlarla baş etmesine yardımcı olma, gerektiğinde matem

danışmanlığı yapma, hasta ve ailenin ihtiyaçlarını belirleme ve gidermek için ekip yaklaşımı kullanma ve hastalık sürecini pozitif etkileme şeklindedir. Palyatif bakım hemşireliğinin prensipleri ise; değerli olma, terapötik iletişim kurma, güçlendirme, onun adına yapma, anlam bulma ve bütünlüğü korumadır<sup>7,8</sup>. Sorunlara bütüncül bakış vazgeçilmezdir.<sup>3</sup> Bu doğrultuda palyatif bakım yaşamı tehdit eden her türlü hastalık için geçerli olan, hastaların multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşımla tıbbi bakımlarının yapıldığı alan olarak özelleşmiştir<sup>9,10</sup>. Bu nedenle deneyimli ve eğitilmiş sağlık personeli ve gönüllülerden oluşan bir ekip tarafından bu hizmetin verilmesi gerekir<sup>3</sup>. Bu ekip içinde; hekim, hemşire, psikolog, din görevlisi, sosyal hizmet ve beslenme uzmanları, fizyoterapist ve gönüllüler yer alır<sup>6</sup>. Palyatif bakım ekibi içinde primer olarak görev alan hemşirelerin yeterli bakım verebilmesi için hemşirenin güncel bilgileri takip etmesi ve bu bilgileri bakıma yansıtması gerekir.

## Kanser Ağrısı ve Palyatif Bakım

Kanser insidansında ve kanser tanısı alan bireylerin yaşam sürelerindeki artış, yaşamın son dönemlerinde yapılan agresif tedaviler gibi birçok nedenler palyatif bakım gereksinimini arttırmıştır<sup>8</sup>. Çünkü palyatif bakımda bir sonuca ulaşamayacak tedavi, tetkik ve incelemelerden ziyade hastaya özgün ağrı, bulantı ve nefes darlığı gibi rahatsızlık veren şikayetlerin etkin olarak giderilmesi önceliklidir<sup>1</sup>. Bu şikayetlerden biri olan ağrı kanser hastalarının en çok korktuğu<sup>11</sup>, sık görülen ve “ölümün kendisinden daha korkunç” olarak tanımlanan bir durumdur<sup>12</sup>. Çünkü ağrı hastaların yaşam kalitesini ve bütünlüğünü önemli ölçüde etkilemekte, ilerlemiş kanser vakalarının büyük bir kısmında hasta ve hasta yakınları için ölümün kendisinden bile daha büyük bir korku kaynağı olmaktadır<sup>13</sup>. Kanser hastalarının %70’inde herhangi bir evrede ağrı yaşanmakta ve %80-90 oranında yetersiz tedavi edilmektedir<sup>8,14,15</sup>. Palyatif bakım alan hastaların da %90’ının ağrı yaşadığı bildirilmiştir<sup>16,17</sup>. Güncel tedavilere ve kanser ağrısının yönetimi için geliştirilen etkin rehberlere rağmen; sağlık bakım kaynaklarına, hastaya ve ailesine bağlı engeller nedeniyle hastaların büyük çoğunluğunda ağrı yeterince tedavi edilememektedir.<sup>13</sup> Bu engeller ağrının yeterince değerlendirilememesi<sup>14</sup>, etkin ağrı tedavisi konusunda bilgi eksikliği, narkotik bağımlılığıyla ilgili gerçekçi olmayan çekinceler, semptomlarını gizleyen hastalar ve hastalığın tedavisi kadar semptom kontrolüne önem verilmemesi olarak sayılabilir<sup>13</sup>. Ağrının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve tedavinin gözden geçirilmesi palyatif bakımın önemli bir parçasıdır. Ağrının kişiye özgü öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir. Ağrı ölçüm yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır. Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere önyargı ile bakılmamalı, ölçümün amacı belirlenmeli, farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı, hastaya ve ağrı nedenine ilişkin güvenilir ve tama yakın bilgiler hemen sağlanmalı, ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır. Hastaya uygun ağrı skalasının seçilmesi de çok önemlidir. Kendi değerlendirmesini yapamayan hastada seçilen skalaya bağlı olarak ağrı skorunu hemşire belirler. Hastanın ağrısı olduğunda hekim veya hemşire tarafından, ağrının yeri, sıklığı ve niteliğini kapsayan ayrıntılı ağrı



değerlendirmesi yapılır<sup>6</sup>. Palyatif bakımda ağrının değerlendirilmesi ağrı yönetiminin köşe taşıdır. Ancak ağrının değerlendirilmesi sırasında birçok engelle karşılaşılabilir. Bu engeller arasında: hasta ve tedavi uygulayıcı arasında etkili iletişimin olmaması, ağrının tanınmasında psikolojik kültürel ve sosyal engeller, ağrının çok yönlü olması ve subjektif karakterinin karmaşıklığı, ağrı ölçüm stratejilerinin yetersizliği sayılabilir. Henüz ideal değerlendirmede, sabit bir yöntem veya cihazın gerçekleştirilememiş olması da değerlendirmeyi güçleştirmektedir<sup>4</sup>.

Ağrının hem değerlendirilmesinde hem de kontrol edilmesinde yaşanan güçlükler nedeniyle hastaların tıbbi tedavinin yanı sıra tamamlayıcı yöntemlere de sıklıkla başvurdukları bilinmektedir. Tamamlayıcı yöntemler, tıbbi tedaviye destek vermek amacıyla başvuru yapılan yaklaşımlardır<sup>18</sup>. Bu uygulamalar Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakanlığı'na (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM), tarafından başlangıçta "tamamlayıcı/alternatif tıp" (complementary/alternative medicine-CAM) başlığı altında tanımlanmıştır. Buna göre tamamlayıcı tıp, batı/konvansiyonel/kanıtla dayalı tıbbin dışında ama onunla birlikte kullanılan uygulamaları ifade ederken; alternatif tıp, batı tıbbi yerine kullanılan yöntemler olarak kabul edilmiştir. Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'nin (NCCAM) ismi daha sonra "Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi" (The National Center for Complementary and Integrative Health/NCCIH) olarak değiştirilmiştir. Bu nedenle, konuyla ilişkili olarak en son terminoloji olarak "tamamlayıcı yöntemler" yerine "bütünleştirici/integratif" kavramı tercih edilmiştir<sup>19</sup>.

İntegratif yaklaşımlar, iyi yetiştirilmiş sağlık personelinin kanıtlar ışığında uyguladığı, optimum sağlık, şifacılık-iyileştirmenin hakim olduğu uygulamalardır. Bu nedenle integratif yaklaşımlar; bütüncül sağlık bakımı; bilimsel temelli, iyi tasarlanmış araştırmalar sonucu elde edilmiş kanıtlara dayalı uygulamalar ve eleştirel düşünme becerileri gerektirir<sup>20</sup>. Bu uygulamaların özünde iyileştirici bir ortam oluşturmak, bireyi bilinçlendirmek ve kendi iyileştirme gizil gücünü ortaya çıkarmak esastır<sup>21</sup>. İntegratif uygulamalar bireyin durumunu bir bütün olarak ele alıp, modern batı tıp tedavisi ile bütünleştirici uygulamaları entegre ederek daha kapsamlı tedavi seçenekleri sunar. Birey katılımlı integratif yaklaşımlar tedavi seçeneğini artırır, hastayı merkeze alarak karmaşık semptomların tedavisini kolaylaştırır ve öz-yönetim gücünü geliştirir<sup>22</sup>. Kanser hastalarında sık görülen semptomlardan biri olan ağrının kontrolünde uygulanabilecek olan integratif yaklaşımlar da son yıllarda oldukça sık gündeme gelmeye başlamıştır<sup>11</sup>.

## **Kanser Ağrısının Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar**

Kanser ağrısının yönetiminde; refleksoloji, aromaterapi, akupunktur, akupresör, müzik, masaj, terapötik dokunma, reiki sıklıkla kullanılmaktadır. Bununla birlikte yoga, meditasyon, hayal kurma, dikkati başka yöne çekme, sıcak-soğuk uygulama, Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation-TENS), hipnoz, ayurveda, egzersiz, pozisyon değişikliği, hasta eğitimi, psikolojik destek, destek grupları ve dinsel danışmanlık, biyofeedback gibi yöntemler de uygulanabilmektedir<sup>7,8,21,23-26</sup>. Ancak bu bölümde yukarıda belirtilen yöntemlerden sıklıkla kullanılan, kanıtlarla desteklenmiş yada tıbbi tedavilerle kullanımının hasta sonuçlarına olumlu etki sağladığı gösterilen integratif yaklaşımlar üzerinde durulacaktır.

**Refleksoloji:** Refleksoloji bireye bütüncül olarak yaklaşan bir integratif uygulamadır<sup>27</sup>. Vücudun spesifik noktalarına, genellikle el ve ayaklara basınç uygulayarak yapılır. Bu spesifik noktaların iç organlara karşılık geldiği düşünülmektedir<sup>18</sup>. Refleksoloji pratiğinde, uygulamanın etkinliği ve rahatlığı açısından genellikle ayaklar tercih edilmektedir. Bedenin sol tarafındaki organlara giden refleksler sol ayakta bulunurken, sağ ayak sağ taraftaki organlara giden refleksleri içerir. Refleksoloji vücuttaki enerji akımını düzenler ve enerji kanallarındaki tıkanıklıkların yok olmasına yardımcı olur. Bu uygulamada, parmaklar yada yardımcı araçlar kullanarak refleks noktalarına farklı şekillerde basınç yapılır. Bu basınç genellikle oldukça derindir, ama acı verici olmak zorunda değildir<sup>27</sup>. Refleksolojinin ağrı kontrolündeki kullanımı, ağrının duyuşal, güdüsel ve bilişsel alanını içeren, çok boyutlu bir deneyim olduğunu savunan kapı kontrol teorisine dayanmaktadır. Bu yaklaşım, ağrı sinyallerinin iletimini zayıflatabilen büyük, tip A, beta duyu lifleri tarafından taşınan dokunma uyarılarını sağlamakta, omuriliğin dorsal boynuzu aracılığıyla lokal ve lateral inhibisyon yaratmaktadır. Ayrıca refleks noktalarına yapılan uygulamalar vücutta endorfinlerin salınımı da dahil olmak üzere, çeşitli kimyasal maddelerin salınımını da uyarmakta, bunun sonucunda ağrının kontrol altına alınmasında yarar sağlamaktadır<sup>11</sup>. Uysal ve arkadaşlarının kolorektal kanser tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada; ayak refleksolojisinin hastaların ağrı düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini olumlu etkilediği saptanmıştır<sup>28</sup>. Kanser ağrısında masaj türlerinin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada da; özellikle ayak masajının tüm vücut masajı ve aromaterapi masajına göre kanser ağrısının yönetiminde daha etkili olduğu, ancak etkinlik açısından daha iyi ve geniş örneklemle yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır<sup>29</sup>.

**Aromaterapi:** Zihin, vücut ve ruh bütünlüğünü sağlamak için aromatik bitkilerden elde edilen esansiyel yağların kullanılmasıdır<sup>30</sup>. Bitki özlerinden elde edilen esansiyel yağlar yıllardır, ağrının azaltılması, iyileşmenin hızlandırılması ve sağlığın korunmasında kullanılmaktadır. Batı ülkelerinde hemşirelik bakımının bir parçası olarak kabul edilmekle birlikte yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik bakımının bir parçası olarak uygulanmakta ve hemşireler arasında aromaterapistler hızla artmaktadır. Çünkü aromaterapi masajı, koku ve dokunmanın birlikte iyileştirici amaçla kullanımını içerdiği için hemşirelik uygulamalarına uygun bir yaklaşımdır<sup>22</sup>. Ancak bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Aromaterapi masajının kanser ağrısına etkisini değerlendiren bir meta-analizde; aromaterapi masajının ağrıya etkisinin olmadığı, daha iyi yöntemlerle yapılmış çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilirken<sup>31</sup>, meme kanseri tanısı alan kadınlarla yapılan bir çalışmada masaj, aromaterapi masajı ve inhaler aromaterapinin semptomlara ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiş; özellikle aromaterapi masajının kemoterapiye bağlı semptomların şiddetini azalttığı, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır<sup>32</sup>.

**Akupunktur:** Geleneksel Çin tıbbının bir parçası olan akupunktur en eski tedavi yöntemlerinden biri olup yaklaşık 2-3 bin yıldan beri uygulanmaktadır. *Akupunktur* kelimesi Latince 'acus' (iğne) ve 'pungere' (delme) anlamına gelmektedir. Batıda konvansiyonel tıpla birlikte büyük ölçüde bütünleyici olarak kullanılmaktadır. Organizmadaki bozuklukların düzeltilmesi amacıyla, belirlenmiş noktalara (deriye ve deri altındaki kas dokusu) iğne uygulanması esasına dayanan, bilimsel bir yöntemdir. Ana felsefesi; organizmadaki enerji akımları arasındaki birlik, denge ve uyumu sağlamaktır. 1979 yılında Dünya Sağlık Örgütü akupunktur tedavisini bilimsel bir

yöntem olarak kabul etmiş ve etkin olduğu tıbbi durumların listesini yayınlamıştır<sup>23</sup>. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” 29 Mayıs 1991 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiş, 2002, 2005 ve 2012 yıllarında tekrar düzenlenmiştir. İntegratif uygulamalardan en çok çalışılan ve uygulamalarda kanıt derecesi en yüksek olan yaklaşımdır<sup>33</sup>. Ancak sistematik bir analizde akupunktur ile ilgili yapılmış olan çalışmaların daha çok kanıt düzeyinin “II, III ve IV” olduğu, bu nedenle kanıt düzeyi I olan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır<sup>34</sup>. Bununla birlikte bu yöntem özellikle kanser hastalarının palyatif bakımında semptom yönetiminde kullanılmaktadır<sup>35</sup> ve endorfinlerin salınımını uyardığı ileri sürülmektedir<sup>36</sup>. Yapılan bir çalışmada kanser tanısı konan hastaların %22.1’inin semptom yönetiminde akupunkturu tercih ettikleri, en önemli tercih nedenlerinin ise ağrı ve yaşam kalitesindeki bozulma olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır<sup>37</sup>. Diğer çalışmalarda ise akupunkturun ağrı kontrolüne önemli katkı sağladığı<sup>38,39</sup> ve hastaların kullanmayı düşündükleri yöntemler arasında yer aldığı tespit edilmiştir<sup>40</sup>.

**Akupresör:** Bedende akupunktur kanalları (meridyenleri) ve kanallar üzerinde bulunan belli noktalara pres-bası ve ovma benzeri manüplasyonlarla yapılan uygulamadır. Bu uygulama, akupunkturla aynı meridyen ve aynı noktalar üzerine yapılması nedeniyle temelde akupunktura benzemektedir. Akupresörün akupunkturdan en büyük farkı ise, iğne yerine el, parmak yada ayaklar yardımıyla vücudun belirlenen bölgelerine basınç uygulanıyor olmasıdır. Akupresör ile aynı zamanda kanallardaki enerji bloajları çözülerek kişide rahatlama ve iyileşme sağlanır. Kanal olarak bilinen hatlar boyunca çok sayıda nokta bulunur. Akupresör noktaları deri üstünde bulunan biyoelektrik dürtülere karşı hassas ve onları kolayca iletebilen noktalardır. Bu noktalar, her organa ait kanallar üzerinde yerleşmiştir. Bunlar, simetrik olarak vücudun sağ ve sol tarafında yer alırlar. Çoğu nokta adını üstünde bulunduğu meridyenden alır ve bunları tanımlayıcı birer de numaraları vardır. Qi denilen yaşam enerjisinin (gücünün) aktığı kanallar üzerindeki belli noktalara uygulanan basınç sayesinde vücudun çeşitli bölgelerinde bulunan gerginlikler ve kaslardaki gerilim azalır, nörokimyasallar olan endorfin salgılanması ve kan dolaşımı artar. Bunun sonucunda ağrı kontrolüne katkı sağlanmış olur. Aynı zamanda kişinin kendi kendine de uygulayabileceği bir uygulamadır<sup>41</sup>. Lösemi hastalarına uygulanan akupresörün ağrıya etkisinin incelendiği bir çalışmada kısa süreli olarak ağrının yönetimine katkı sağladığı, ancak daha fazla sayıda çalışma yapılması gerektiği belirtilmiştir<sup>42</sup>. Yapılan başka bir çalışmada kanser hastalarının kulağındaki akupunktur noktalarına yedi gün boyunca akupresör uygulanmış; bu uygulama sonunda hastaların ağrı şiddetinin azaldığı ve bu sonucun akupresörün analjezik etkisine yönelik ön kanıt olduğu ifade edilmiştir<sup>43</sup>.

**Müzik:** Müziğin tedavi edici ve iyileştirici özelliği tarih boyunca görülmüştür. Mental ve fiziksel sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için kullanılan müzik terapisi, kullanım kolaylığı nedeniyle ağrı yönetiminde hemşireler için doğal bir araçtır. Müzik, dikkati başka yöne çekme yönteminde olduğu gibi dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklaşmasını sağlar ve bireyin ağrıya dayanma gücünü ve endorfin salgılanmasını artırır<sup>36</sup>. Yapılan sistematik bir analizde müziğin kanser hastalarında ağrıyı azalttığı bildirilmiştir<sup>44</sup>. Ayrıca bu yaklaşımın kanser ağrısını azaltmada ucuz, toksik olmayan, kolay erişilebilir bir yöntem olduğu ancak bununla ilgili kanıtların sınırlı olması nedeniyle<sup>45</sup>, kanıt düzeyi I ve II olan çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır<sup>34</sup>.

**Masaj:** Masaj insanlığın var oluşundan beri pek çok kültürde tedavi ve iyileştirici etkileri nedeni ile kullanılmaktadır. Masaj yapılan bölgede meydana gelen vazodilatasyon ile bасыya maruz kalan bölgelere olan kan akımı artırılmakta, bölgede biriken metabolitler uzaklaştırılmakta ve ağrı azaltılabilmektedir. Ayrıca masajla, derideki dokunma reseptörleri uyarılmaktadır. Dokunma reseptörleri, ağrıyı ileten liflerden daha geniş çaplı oldukları için uyarıları, kortekse ağrı liflerinden daha hızlı iletilirler ve korteks öncelikle bu uyarıları aldığından substantia gelotinasaya mesaj göndererek ağrı kapısının kapatılmasını sağlar. Bunun dışında deri üzerine yapılan mekanik uyarılar, kapı kontrol mekanizmasını harekete geçirerek, beta endorfin düzeyini yükseltir. Beta endorfinlerin salgılanması ağrı eşliğini yükselterek, ağrı duygusunu azaltır ya da ortadan kaldırır<sup>36</sup>. Sistematik bir derlemede kanser hastalarının semptom yönetiminde masajın klinik etkinliği hakkındaki kanıtların yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Bu derlemede çoğu çalışmada örneklem sayısının yetersiz olduğu, özellikle aromaterapi ve masaj ile ilgili daha ileri çalışmaların bu endişeleri gidereceği belirtilmiştir<sup>46</sup>. Başka bir meta-analizde de masajın kanser hastalarında etkinliğini göstermek açısından daha iyi dizayn edilmiş, daha uzun süreli ve geniş örnekleme sahip çalışmaların gerekliliğine değinilmiştir<sup>47</sup>. Bu nedenle özellikle kanıt düzeyi I ve II olan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir<sup>34</sup>.

**Terapötik dokunma:** Terapötik dokunma 19. yüzyılın başlarında hemşire Doleres Krieger tarafından geliştirilmiştir ve vücuttaki enerji noktalarına dokunarak uygulanan bir ağrı giderme yöntemidir. Terapötik dokunuş bireyde rahatlatma oluşturarak ağrıyı azaltır. Bu yöntemi uygulayabilmek için hemşirelerin özel eğitim alması gerekir<sup>36</sup>. Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, dört hafta boyunca toplam yedi seans uygulanan terapötik dokunmanın, ağrı yönetimini olumlu etkilediği ve sağlık profesyonelleri tarafından uygulanabileceği belirtilmiştir<sup>48</sup>.

**Gevşeme:** Bu yöntem kademeli olarak kasları germe ve gevşeme tekniklerini içerir. Gevşeme egzersizleri tek başına kullanılabilir gibi, diğer bilişsel-davranışsal tekniklerle birlikte bireysel veya grup olarak yapılabilir<sup>48</sup>. Gevşeme ağrıyı azaltarak kişinin ağrıyla baş etme yeteneğini artırır. Aynı zamanda hastanın dikkatini ağrıdan uzaklaştırarak ve endorfin salınımını artırarak ağrıyı azaltmaya yardımcı olur.<sup>36</sup> Kanser hastalarında yapılan çalışmalarda güdümlü imgeleme (görselleştirme) eşliğinde uygulanan gevşeme egzersizlerinin ağrıya etkileri ile ilgili farklı sonuçların olduğu, kanıt düzeyi açısından daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir<sup>49-50</sup>.

**Reiki:** Şifa ve ruhsal iyileştirme tekniklerine dayanan binlerce yıllık bir öğretilerdir. Her yerde var olan ruhsal yaşam enerjisi anlamına gelir. Oldukça kolaydır ve herkes tarafından öğrenilebilir. Bir defa öğrenildikten sonra ömür boyu kullanılabilir. Hem kişinin kendisine hem de başkalarına uygulayabiliyor olması en önemli avantajıdır. Günlük olarak harcanan enerjiyi bedene geri kazandırır<sup>51</sup>. Bu doğal şifa yönteminde enerji, elle dokunularak aktarılır. Reikinin etkilerinin tipik olarak masajın etkilerine (gevşeme, rahatlatma, huzur ve enerji hissetme gibi) benzediği ileri sürülmektedir<sup>22</sup>. Özellikle onkoloji hastalarının bakımında oluşturduğu anlamlı klinik etkiler nedeniyle integratif yaklaşımlar içinde tercih edilebileceği belirtilmektedir<sup>52</sup>. Meme kanseri tanısı alan kadınlarla yapılan bir çalışmada reikinin ağrı gibi fiziksel semptomların deneyimlenmesini azalttığı sonucuna varılmıştır<sup>53</sup>. Reiki, masaj ve yoganın etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise reikinin kanser ağrısının azaltılmasında daha etkili

olduğu<sup>54</sup> ancak kanser hastalarının semptom yönetiminde reikinin etkisi ile ilgili kanıtların yeterli düzeyde olmadığı vurgulanmıştır<sup>55</sup>.

**Doğal ürünler:** Bu ürünler sıklıkla diyet desteği olarak kullanılan bitkisel ürünler, vitaminler, mineraller ve probiyotiklerdir<sup>22</sup>. Hem batı hem de doğu toplumlarında bitkiler ve vitaminler sıklıkla kullanılmaktadır. Dünyada en sık vitamin/bitkisel ürünler ve bedensel tedavi yöntemleri tercih edilirken, ülkemizde en sık bitkisel ürünler kullanılmaktadır. Bitkisel ürünleri, diyet uygulamaları ve diğer yöntemler takip etmektedir. Ancak kanseri tedavi etme iddiasında olan ve ilaç olarak uygulanabileceği kanıtlanmamış ürünlerin kullanılmasından kaçınılmalıdır. Çünkü bu ürünler çoğunlukla denetimsiz, plansız ve kanıtlanmadan kişisel deneyimlere dayanarak kullanılmaktadır. Bu nedenle sadece güvenilir ve etkin uygulamaların desteklenmesi gerekir<sup>33</sup>. Ayrıca doğal ürünlerin güvenli kullanımı ve olası ilaç etkileşimlerinin belirlenmesine ilişkin çalışmalara da ihtiyaç olduğu unutulmamalıdır<sup>22</sup>.

## SONUÇ

Hemşirelik mesleği bütüncül ve hümanistik felsefeye dayanır, bu felsefede beden, ruh ve zihnin etkileşimi önemlidir. Bireye bakım verirken bu felsefeyi benimseyen hemşirelerin bakım uygulamalarında integratif uygulamalara yer vermeleri daha kolaydır. İntegratif hemşirelik, holistik bakış açısının uygulamaya yansıyan bir yönü olup, bireyin hemşirelik bakımı planlanırken var olan iyileştirici yöntemlerden uygun olanlarının seçilmesi ve uygulanmasını önerir. Bu nedenle integratif yaklaşımlar semptom yönetimine entegre edilmelidir. Çünkü integratif yaklaşımlar, ağrı yönetiminde bireyin öz etkililiğini arttırarak, hastanın ağrıya karşı güçlü olma ve ağrı yönetiminde üst düzeyde kontrol duygusu yaratmasına olanak sağlayarak tedavinin başarısını arttırmaktadır. Bununla birlikte palyatif bakımda kanser ağrısının yönetiminde kullanılan integratif yaklaşımlar ile ilgili kanıt sağlayacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu, kanıtlanmış yaklaşımlar ile ilgili sağlık profesyonellerinin bilgilendirilmesi,<sup>22</sup> özellikle lisans ve lisansüstü düzeyde verilen hemşirelik eğitiminde integratif uygulamalara yer verilmesi ve doktora düzeyinde integratif bakım felsefesinin geliştirilmesinin<sup>21</sup> son derece önemli olduğu unutulmamalıdır. Ancak bu şekilde geleneksel uygulayıcılar ile integratif yaklaşımlara şiddetle karşı çıkanların ortak bir bakış açısı geliştirmeleri ve bu yöntemlerin sağlık bakımına entegre edilmesi sağlanabilir.

## Finansal Kaynak

Bu makale ile ilgili herhangi bir finansal kaynaktan yararlanılmamıştır.

## Çıkar Çatışması

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## Yazar katkıları

Bu makalenin hazırlanmasına her iki yazar katkı sağladığını beyan etmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Gökçınar D, Kahveci K. Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım. In: Palyatif Bakım, Gökçınar D, Kahveci K (Eds), Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti; 2014. s. 1-5.
2. WHO Definition of Palliative Care. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. 22 Şubat 2017.
3. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
4. Elçiğil A. Palyatif Bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Derg 2012;54:329-334.
5. Fadıloğlu Ç. Akciğer kanserli hastada palyatif bakım ve kanıta dayalı uygulamalar. In: Akciğer Kanseri Palyatif Bakım, Can G, Aydın A (Eds), Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti; 2015. s. 1-20.
6. Oyum Y. Palyatif bakımda ağrı yönetimi, Acıbadem Bursa Hastanesi, Eğitim Notu. URL: <http://www.acibademhemşirelik.com/e-dergi/82/docs/ug-1.pdf>, 18 Temmuz 2017.
7. Özkan S. Ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı’nda palyatif ve yaşam sonu bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı 2010;272-282.
8. Aksu M. Palyatif bakımda semptom yönetimi. 2013. URL: [https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Palyatif\\_Bakimda\\_Semptom\\_Yonetimi%23Miray\\_Aksu.pdf](https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Palyatif_Bakimda_Semptom_Yonetimi%23Miray_Aksu.pdf), 18 Temmuz 2017.
9. Zincircioğlu Ç, Şenoğlu N, Köken İ, Bozkurt PS. Palyatif bakım hastalarında ağrı ve yönetimi. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2016;9(1):38-49.
10. Demir M. Palyatif bakım etiği. Yoğun Bakım Dergisi 2016;7:62-66.
11. Uysal N, Kutlutürk S. Kanserli bireylerde semptom kontrolünde refleksoloji uygulaması. Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12(3):103-109.
12. Arslan M, Albaş S, Küçükdemir HS, Pamuk G, Can H. Vizüel Analog Skala ile kanser hastalarında palyatif ağrı tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Fam Pract Palliat Care. 2016;1(1):5-8.
13. Sarıhan E, Kadioğlu E, İğde FA. Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. Nobel Med 2012; 8(1): 5-15.
14. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Medical Journal 2013;2(3):256-260.
15. Erlenwein J, Geyer A, Schlink J, Petzke F, Nauck F, Alt-Epping B. Characteristics of a palliative care consultation service with a focus on pain in a German university hospital. BMC Palliat Care. 2014; 24;13:45.
16. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Ağrı 2015;27(2):104-110.
17. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. J Surg Oncol. 2017 Feb 23. doi: 10.1002/jso.24585. [Epub ahead of print]
18. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Semptom Yönetiminde Kanıt Temelli Tamamlayıcı Yöntemler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):83-98.
19. İlğaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. DEUHFED 2016; 9(2):67-77.
20. Başer M. Tamamlayıcı terapilere ilişkin müfredat geliştirme. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya. s. 44-48.
21. Taşcı S. Hemşirelik eğitiminde integratif anlayış geliştirme. Integr Tıp Derg. 2015;3(2):50-54.
22. Arıkan F, Gözüm S. Ağrı yönetiminde integratif/bütünleştirici uygulamalar. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2015;1(3):47-58.

23. Akkuş Y. Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar, In: Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar Ovaryolu N, Ovaryolu Ö (Eds), Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016. s.730-746.
24. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;32-41.
25. Karşlı B, Akdeniz M. Birinci basamakta yaşlı hastalarda ağrı yönetimi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2011;2(2):48-56.
26. Aşar S. Homeopatide inovatif yaklaşımlar. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya.141-146.
27. Orhan İ. Temel refleksoloji notları. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya.17-24.
28. Uysal N, Kutlutürkân S, Uğur I. Effects of foot massage applied 2 different methods on symptom control in colorectal cancer patients: Randomized control trial. Int J Nurs Pract. 2017 Feb 7. doi: 10.1111/ijn.12532. [Epub ahead of print]
29. Lee SH, Kim JY, Yeo S, Kim SH, Lim S. Meta-Analysis of massage therapy on cancer pain. Integr Cancer Ther. 2015;14(4):297-304.
30. Erdoğan Z, Atik DÖ, Çınar S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. Archives Medical Review Journal 2014;23(4):773-790
31. Chen TH, Tung TH, Chen PS, Wang SH, Chao CM, Hsiung NH, Chi CC. The clinical effects of aromatherapy massage on reducing pain for the cancer patients: meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2016;2016:9147974.
32. Ovaryolu O, Seviğ U, Ovaryolu N, Sevinç A. The effect of aromatherapy and massage administered in different ways to women with breast cancer on their symptoms and quality of life. Int J Nurs Pract. 2014;20(4):408-17.
33. Coşkun HŞ. Kanser tedavilerinde tamamlayıcı tıp uygulamaları. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 126-130.
34. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. Curr Pain Headache Rep. 2012;16(4):325-31.
35. Towler P, Molassiotis A, Brearley SG. What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care: an integrative overview of reviews. Support Care Cancer. 2013;21(10):2913-23.
36. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011; 83-92.
37. Sarradon-Eck A, Bouhnik AD, Rey D, Bendiane MK, Huiart L, Peretti-Watel P. Use of non-conventional medicine two years after cancer diagnosis in France: evidence from the VICAN survey. J Cancer Surviv. 2017 Feb 1. doi: 10.1007/s11764-017-0599-y. [Epub ahead of print]
38. Garcia MK, Cohen L, Spano M, Spelman A, Hashmi Y, Chaoul A, Wei Q, Lopez G. Inpatient acupuncture at a major cancer center. Integr Cancer Ther. 2016 Dec 1:1534735416685403. doi: 10.1177/1534735416685403. [Epub ahead of print],
39. Lau CH, Wu X, Chung VC, Liu X, Hui EP, Cramer H, Lauche R, Wong SY, Lau AY, Sit RS, Ziea ET, Ng BF, Wu JC. Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2016;95(9):e2901.
40. Oh B, Eade T, Kneebone A, Pavlakis N, Clarke S, Eslick G, River J, Back M. Factors affecting whether or not cancer patients consider using acupuncture. Acupunct Med. 2017;35(2):107-113. doi: 10.1136/acupmed-2016-011115. [Epub ahead of print]
41. Ayçeman N. Akupresür. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya, 9-15.

42. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Yaghoobzadeh A, Yeoh KK, Goudarzian AH, Soleimani MA, Jamali S. Effect of acupressure on pain in Iranian leukemia patients: A randomized controlled trial study. *Int J Nurs Pract.* 2017;23(2). doi: 10.1111/ijn.12513. [Epub ahead of print].
43. Yeh CH, Chien LC, Chiang YC, Ren D, Suen LK. Auricular point acupressure as an adjunct analgesic treatment for cancer patients: a feasibility study. *Pain Manag Nurs.* 2015;16(3):285-93.
44. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;15(8):CD006911.
45. Keenan A, Keithley JK. Integrative Review: Effects of music on cancer pain in adults. *Oncol Nurs Forum.* 2015;42(6):E368-75.
46. Shin ES, Seo KH, Lee SH, Jang JE, Jung YM, Kim MJ, Yeon JY. Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3(6):CD009873.
47. Wilkinson S, Barnes K, Storey L. Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *J Adv Nurs.* 2008;63(5):430-9.
48. Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of therapeutic touch on pain related parameters in patients with cancer: A Randomized Clinical Trial. *Mater Sociomed.* 2016;28(3):220-3.
49. Noonan AK, Dwyer K, DeShea L, Yeo TP. Using relaxation and guided imagery to address pain, fatigue, and sleep disturbances: a pilot study. *Clin J Oncol Nurs.* 2016;1;20(5):547-52.
50. Chen SF, Wang HH, Yang HY, Chung UL. Effect of relaxation with guided imagery on the physical and psychological symptoms of breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Iran Red Crescent Med J.* 2015;28;17(11):e31277.
51. Omay G. Reiki evrensel yaşam enerjisi, Birinci aşama seminer notları, 2017;1-2.
52. Siegel P, da Motta PM, da Silva LG, Stephan C, Lima CS, de Barros NF. Reiki for cancer patients undergoing chemotherapy in a brazilian hospital: a pilot study. *Holist Nurs Pract.* 2016;30(3):174-82.
53. Kirshbaum MN, Stead M, Bartys S. An exploratory study of reiki experiences in women who have cancer. *Int J Palliat Nurs.* 2016;2;22(4):166-72.
54. Rosenbaum MS, Velde J. The Effects of yoga, massage, and reiki on patient well-being at a cancer resource center. *Clin J Oncol Nurs.* 2016;1;20(3):E77-81.
55. Sánchez Domínguez J. The gift of the application of reiki therapy in cancer patients. *Rev Enferm.* 2016;39(6):38-49.



# Hemşirelik Eğitiminde Dönüşüm: Kanıta Dayalı Eğitim

## Transformation In Nursing Education: Evidence-Based Education

(Derleme)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 65-73*

**Ayla KEÇECİ\*, Ayşe DEMİRAY\***

\*Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Düzce, Türkiye

Geliş Tarihi: 03 Şubat 2017

Kabul Tarihi: 05 Ekim 2017

### ÖZ

Hemşirelik eğitimi sürecinin temel bileşeni olan öğrencilerin öğrenme süreçlerinin gerçekleştirilmesinde öğretim elemanları önemli rol oynamaktadır. Genel olarak hemşire eğitimcinin; öğrenenlerin duygu, düşünce ve davranışlarına yönelik olarak kalıcı izli değişim/gelişimler yaratmaları beklenmektedir. Eğitimcinin bu rolünü en etkin düzeyde gerçekleştirebilmesi için lider bir eğitimci olma rolüne hazır olması ve aynı zamanda sürekli olarak kendini geliştirmesi gerekmektedir. Eğitimcilik rolünü yerine getirirken kendisine rehberlik edecek en önemli kavram kanıta dayalı eğitimidir. Kanıta dayalı eğitim köklerini tıp, hemşirelik, psikoloji ve sosyal hizmet alanlarından almakta olup, literatürde kanıta dayalı uygulamaların artık kanıta dayalı eğitime doğru evrildiği görülmektedir. Bu derlemenin amacı da, hemşirelik ve hemşirelik eğitiminde kullanılan kanıta dayalı eğitim uygulamalarını irdelemek ve eğitim sürecinde yararlanılabilecek bazı kanıtları sunmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** *Hemşirelik, hemşirelik eğitimi, hemşirelik öğrencileri, kanıta dayalı hemşirelik*

### ABSTRACT

Teaching staff plays an important role in the realization of learning process of the students, which is the basic component of the nursing education process. In general, nurse educators are expected to create permanent changes/developments in the feelings, thoughts and behaviors of the learners. In order for the educator to carry out this role most effectively, it is necessary that this educator should be ready for the role of becoming a leading educator besides improving oneself constantly. The most important concept that will guide a nurse educator when fulfilling this role is evidence-based education. Evidence-based education draws its roots from the fields of medicine, nursing, psychology and social services and it is seen that evidence-based practices in literature are now evolving towards evidence-based education. The aim of this review is to examine evidence-based education practices and to present some evidence that can be used in the education process.

**Key words:** *Nursing, nursing education, nursing students, evidence-based nursing*

## GİRİŞ

Kanıt dayalı uygulamalar uzun bir süredir hala güncelliğini ve işlevselliğini koruyan önemli bir kavramdır. Ancak bu kavram günümüzde “Kanıt Dayalı Eğitim” kavramına doğru evrilmektedir<sup>4</sup>. Kanıt dayalı eğitimi daha iyi anlayabilmek için kavramın gelişimini ve ilgili tanımları incelemek yararlı olacaktır.

Köklerini tıp, hemşirelik, psikoloji ve sosyal hizmet alanlarından alan kanıt dayalı eğitim günümüzde, ilköğretimden üniversitelere eğitim ortamlarına yansıtılabilen önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Yükseköğretim sürecinde kanıt dayalı eğitim, öğrencinin öğrenmesini sağlamak için eğitim sürecinin tüm öğelerine ilişkin (eğitimci, öğrenci, bölüm, okul, üniversite ve toplum özellikleri, kültürel ve ekonomik yapı vb.) araştırmalar yapılması ve en uygun olan kanıtın akıl, vicdan ve tarafsızlıkla birleştirilerek kararlar alınması olarak tanımlanmaktadır<sup>17</sup>. Bir başka deyişle kanıt dayalı eğitim; karşılaştırmalı olarak eğitim sürecinde etkili olan her bir öğeye yönelik kanıt elde ederek eğitimin yeniden yapılandırılmasıdır. Örneğin, en etkili eğitim teknolojisinin ne olduğuna karar verebilmek için karşılaştırmalı olarak sınıflar arasında ya da okullar/merkezler arasında yürütülen çalışmalardan faydalanılabilir. Özetle kanıt dayalı eğitim, öğrenenlerin gelişimine odaklanan çıktıları gerçekleştirebilmek için neyin daha iyi olduğunu belirlemek ve bu süreçte daha güvenilir kararlar verebilmek için düzenli olarak kanıtlardan yararlanmayı amaçlamaktadır<sup>13</sup>. Aşağıda kanıt dayalı eğitimin hemşirelik eğitimi sürecine yansıtılırken nelere dikkat edilmesi gerektiği ve var olan bazı güncel kanıtlar ayrı başlıklar halinde sunulmuştur.

### **Kanıt Dayalı Hemşirelik Eğitim Uygulamaları İçin En Uygun Kanıt Nasıl Ulaşılr?**

Kanıt dayalı eğitim uygulamaları için temel soru; en iyi kanıtın ne olduğu ve bu kanıtlara nasıl ulaşılabacağıdır. Literatür incelendiğinde en güvenilir olandan en az güvenilir olana kadar kanıtların farklı şekilde düzeylendirildiği görülmektedir<sup>2,8,12,15,19</sup>. Bazı kaynaklarda kanıtlar üç (3) düzey<sup>12</sup>, bazı kaynaklarda ise yedi (7) düzey<sup>15,19,22</sup> olarak ele alınmıştır. Bununla birlikte kanıt düzeyini belirlemeye yönelik farklı kurum ve kuruluşlar tarafından benimsenen alt sınıflandırmaların da bulunduğu dikkat çekmektedir<sup>12</sup>. Ancak en iyi kanıtı bulmaya yönelik yapılan tüm bu sınıflamaların üç (3) düzeyde birleştiğini söylemek mümkündür. Eğitim süreçleri üzerine yapılan çalışmalarda birinci düzey randomize kontrollü, sistematik inceleme ya da meta analiz çalışmalarını; ikinci düzey yarı-deneySEL, ilişkisel, tanımlayıcı, anket ve kalitatif çalışmaları; üçüncü düzey ise belli bir konuda oluşturulan uzman düşünceleri ya da fikir birliği sağlanan konular gibi profesyonel standartları içermektedir<sup>7,17</sup>.

Eğitmcilerin kanıt dayalı olarak eğitimlerini yapılandırmalarına yön verebilmek için literatürde var olan makalelerden en uygun kanıtlar seçmesine yardımcı olacak, araştırmalarını kolaylaştıracak temel bir şablon bulunmaktadır. Bu şablon Evren(Population), Strateji (Strategy), Karşılaştırma (Comparison), Çıktı (Outcome), Zaman (Time) olarak tanımlanmış olup, kısaca PSCOT olarak isimlendirilmiştir. Eğitim sürecinde evren öğrenci, yönetici, öğretim elemanı, mezun, rehber hemşireler vb.; strateji kullanılan eğitim stratejilerini; girişim eğitim sürecini daha iyi bir hale getirebilmek için öğrenme çevresine yönelik düzenlemeleri; karşılaştırma öğrenme çevresini ve öğrenmeyi geliştirmede kullanılan eğitim stratejilerinin karşılaştırılmasını;

çıktı evren ve stratejilerden beklentilerin açıklanmasını; zaman ise uygulamaların gerçekleştirileceği zamanın yapılandırılmasını içermektedir. Aşağıda bu formata uygun olarak eğitimcinin literatür taramasında odaklanacağı noktalara ilişkin bir örnek sunulmaktadır<sup>3</sup>.

**P:** Klinikteki öğrenciler

**S:** Simülasyon deneyimleri

**C:** Gerçek hastalarla deneyimler

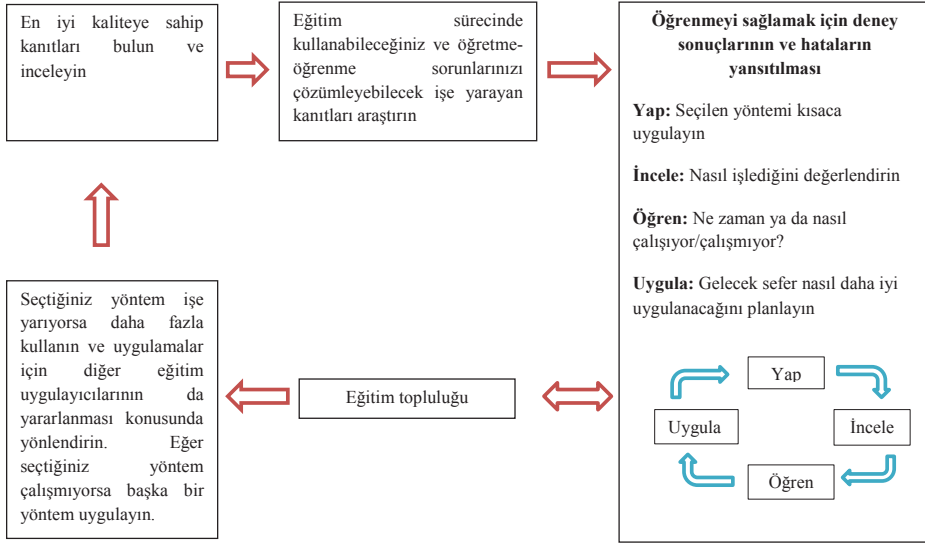
**O:** Klinik kurallara yönelik algının gelişimi

**T:** Bulunmamaktadır

Öğrenenlerin duygu, düşünce ve davranışlarını geliştirebilmek için öğrenme ortamlarının en iyi şekilde oluşturulması, sürecin etkin olarak yönetilmesi ve değerlendirilmesi sorumluluğu hemen her zaman eğitimcilere aittir. Ancak bu sorumluluğu yerine getirirken bilimsel bilgi temeline dayalı olarak kanıtların bulunması, var olan bilgi ve deneyimlerle birleştirilmesi de bir o kadar önemlidir<sup>39</sup>. Bu konuda eğitimcilere rehberlik edecek en önemli kavram kanıta dayalı eğitimidir. Son yıllarda hemen her alanda eğitimcilerin sahip olması gereken özellikler konusunda sayısız araştırmalar yürütülmüş olup, özellikle hemşirelik eğitiminde eğitimcinin sahip olması gereken yeterliliklere Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) vurgusu dikkat çekicidir. DSÖ hemşire eğitimcinin sahip olması gereken temel yeterliliklerinden birinde eğitim programını tasarlanması, uygulanması, izlenmesi ve yönetimi süreçlerinde çağdaş eğitim modelleri, ilkeleri kullanılması ve en iyi kanıta dayanan beceri ve yeterlilikleri göstermesini beklemektedir<sup>42</sup>. Benzer şekilde National League for Nursing (NLN) de hemşire eğitimcilerin öğrenme amaçları doğrultusunda kanıta dayalı olarak öğretim tekniklerinden yararlanmalarını, eğitim sürecine yönelik olarak tanılama ve değerlendirme stratejileri geliştirmeleri, eğitim etkinliklerinde bu stratejilerden yararlanmaları ve kanıta dayalı eğitim ve değerlendirme için güncel literatürden yararlanmalarını istemektedir<sup>21</sup>. Görüldüğü gibi hemşire eğitimcinin yalnızca eğitim sürecini yönetmesi değil; aynı zamanda bu süreci daha etkin hale getirmesine yardımcı olacak kanıtlar eşliğinde uygulamalarını yeniden yapılandırması gerekmektedir.

Bilindiği üzere bir eğitimcinin eğitim programının planlanması aşamasında öğrencilerin neyi/ne kadar bildikleri, grubun özellikleri, öğrenme amaçları, süre, kullanılacak materyaller vb. birçok konuyu göz önünde bulundurması gerekmektedir. Sürecin diğer bir aşaması olan uygulama aşamasında, öğrencilerle etkin bir etkileşim içerisinde öğrenmeyi sağlamak üzere bilgi, tutum ve davranışların uygun model, yöntem ve tekniklerle kazandırılması hedeflenmektedir. Eğitim sürecinin son aşaması olan değerlendirme aşamasında ise eğitimci öğrenme çıktılarının amaçlarla karşılaştırmasını süreç ve sonuç yaklaşımı çerçevesinde gerçekleştirebilmektedir<sup>11</sup>. Eğitim sürecinin her bir aşamasına yönelik kanıtlardan yararlanılması son derece önemli olup, eğitimcinin gerek profesyonel gelişimini gerekse de öğrenmenin geliştirilmesini sağlaması bakımından oldukça değerlidir.<sup>4</sup> Örneğin son yıllarda hemşirelik eğitiminde farklı eğitim model, yöntem ve teknikleri kullanılmakta olup, eğitim uygulamalarındaki önemi giderek artmaktadır. Ancak burada önemli olan hangi özellikteki öğrenci grubu için hangi yaklaşım/model/yöntem/tekniklerin kullanılacağına karar verebilmektir. Bunun için eğitimcinin izlemesi gereken adımlar Şekil 1'de özetlenmiştir<sup>32</sup>.

Şekil 1. Eğitim sürecinde kanıtların kullanımı



Kaynak: Petty G. 2015; URL: <http://geoffpetty.com/wp-content/uploads/2015/04/The-uses-and-abuses-of-evidence.pdf>, August13, 2017.

## Hemşirelik Eğitiminin Yapılandırılması: Güncel Kanıtlar

Son derece karmaşık bir yapıya sahip olan ve insana odaklanan sağlık alanında bir hemşire eğiticinin belki de en fazla baskı hissettiği konu en iyi öğrenmeleri hangi yaklaşım, yöntem ve teknikleri kullanarak sağlayacağıdır<sup>31</sup>. Hemşirelik eğitim literatürü incelendiğinde de bu baskıyı azaltmak istercesine yapılan çok çeşitli çalışmalar olduğu görülmektedir<sup>29,31</sup>.

İlgili çalışmaların odak noktasında; öğrenciler için işbirliğine dayalı eğitim, probleme dayalı öğrenme, tam öğrenme modeli, web tabanlı eğitim, mobil uygulamalar vb. hangi çağdaş yaklaşım ya da yaklaşımlar tercih edilmeli/yararlanılmalı?, öğrencinin öğrenmesini sağlayacak en iyi kanıt hangisidir/nasıl değerlendirilir? vb. sorular bulunmaktadır<sup>38</sup>. Buradaki çıkış noktası hangi yaklaşım seçilirse seçilsin öğrencileri motive eden, onları öğrenmeye teşvik eden ve eleştirel düşüncelerini sağlayacak, eğitimci-öğrenci özellikleri ve konu içeriğine uygun vb. olacak şekilde var olan kanıtlara dayalı kararlar vermektir<sup>7</sup>. Örneğin, geleneksel yaklaşımlarından ziyade çağdaş yaklaşımlar içerisinde yer alan aktif öğretim yöntemlerinin tercih edildiği durumlarda öğrenciler için bilginin sentez edilerek uygulamaya geçirilmesini kolaylaşmaktadır. Yine probleme dayalı öğrenmede öğrenciler desteklenerek uygulama için gerekli çözümler üretmeleri ve kararlar vermeleri, farklı ve zor durumlara uyum sağlamaları, öz-yönelmeli öğrenme eylemleri gerçekleştirmeleri sağlanmaktadır.<sup>33</sup> Birçok araştırma sonucuna göre de kullanılan öğretim yöntemi öğrenci başarısını etkileyen önemli bir değişkendir<sup>31,36</sup>.

Literatürde geleneksel öğretim yöntemlerinden ziyade öğrenciyi merkeze alan yenilikçi öğretim yöntemlerinin öğrenci öğrenmesi ve akademik başarısı üzerinde önemli etkisi

olduğuna ilişkin kanıtlar mevcuttur<sup>18,35</sup>. Günümüzde hemşirelik eğitiminde öğrenmeyi sağlamak için iki ya da daha fazla öğretim yönteminin bir arada kullanıldığı bütünleşik öğretim yöntemleri; öğrencilerin ve yeni mezunların hemşirelik rolüne hazırlanmasını sağlayan web-tabanlı öğretim, mentorlük vb. yenilikçi yöntemler, öğrenciyi merkeze alan aktif öğretim yöntemleri; öğrencilere klinik uygulamalara geçmeden gerçek ya da gerçeğe yakın deneyimler kazandıran birçok öğretim yönteminden yararlandırıldığı ve giderek yaygınlaştığı görülmektedir<sup>7</sup>. Aşağıda günümüz hemşirelik eğitiminde kullanılan ve giderek yaygınlaşan bazı öğretim yöntemlerine ilişkin kanıtlar sunulmuştur.

Birden fazla öğretim yöntemini içeren bütünleşik öğretim yöntemleri içinde yer alan simülasyon kullanımı, geleneksel ve online stratejilerin birlikte kullanımı araştırmalarla oldukça desteklenmektedir. Özellikle simülasyon kullanımının öğrenci öğrenmesi üzerindeki etkisine vurgu yapılmaktadır<sup>7,31</sup>. Klinik becerilerin ve yeterliliklerin kazanılmasında ve geliştirilmesinde özellikle yüksek gerçekliğe sahip simülasyonlarla gerçekleştirilen simülasyon uygulamaları hızla yaygınlaşmaktadır. Yüksek gerçekliğe sahip simülasyonların kullanıldığı senaryo eğitimlerinde öğrencilerin problem çözme becerisi, takım çalışması, karmaşık hasta problemlerini daha iyi anlama, eleştirel düşünme ve karar verme becerileri kazandığı bilinmektedir. Bununla birlikte yüksek gerçekliğe sahip simülasyonlar, diğer simülasyonlara nazaran gerçek yaşam deneyimleri ortaya koymaları nedeniyle öğrencilerin konuları daha iyi anlamalarını ve içselleştirmelerini sağlamaktadır<sup>6,43</sup>. Ancak düşük ve orta düzey gerçekliğe sahip simülasyonlar de hemşirelik eğitiminin vazgeçilmez kaynaklarıdır<sup>14</sup>. Simülasyonla yapılan uygulamaların yanında öğrencilere bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda bakım yapmasına yardımcı olacak girişimleri belirlemede eleştirel düşünme ve klinik uygulama becerilerinin geliştirilebilmesi için simüle senaryolardan yararlanmak da diğer faydalı bir yoldur<sup>28</sup>.

Simülasyon uygulamaları haricinde geleneksel ve online stratejilerinin birlikte kullanıldığı, senkronize ve asenkronize eğitimlerin yapıldığı ya da video dosyaları içeren podcast uygulamaları hemşirelik eğitiminin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Eğitimcilerin öğrencilerin akademik gelişimini sağlamak için hangi yaklaşımların ve teknik donanımların kullanılacağına dikkatle karar vermesi gerekmektedir. Bu kararı verirken eğitim oturumlarının ne kadarlık bir yüzdesinin online olarak sunulması gerektiği, kurumsal politikalar, eldeki fiziksel olanaklar, öğrenci tercihleri, öğrenme üzerine katkı düzeyi vb. birçok açıdan değerlendirme yapmak durumundadırlar<sup>3</sup>. Elde edilecek bilgiler ile kanıtların birleştirilmesi eğitimciler için bu yolculuklarında rehberlik edecek değerli bir araçtır.

Literatürde yeni hemşirenin ya da mezun olacak öğrencilerin hemşireliğe uyumunun sağlanmasının önemine ilişkin de önemli kanıtlar bulunmaktadır. Özellikle belli bir uzmanlık gerektiren alanlarda hazırlanmış iyi bir oryantasyon programının son derece önemli olduğu bilinmektedir<sup>27</sup>. Hazırlanan bu programla gerek öğrencilerin gerekse de yeni mezunların işlerinde daha az zorluk yaşayacakları açıktır. Bununla birlikte öğrencilerin klinik öğrenmelerine yönelik olarak ortaya konulan kanıtlarda, öğrencilere sorumluluklar verilmesinin ve diğer sağlık ekibi üyelerinden danışmanlık almasının önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır<sup>29</sup>. Kanıtlar, bir hemşire olarak öğrencinin kendini rahat ve güvende hissetmesine neden olacak nitelikli öğretim elemanı ya da rehber hemşire tarafından sağlanacak koçluk ya da mentorluk sisteminin önemine işaret etmektedir<sup>7,20,24,30,37,41</sup>. Bu sistemler aynı zamanda kanıta dayalı uygulamaların

klirik ortamlara aktarımı konusunda oldukça yardımcı olmaktadır. Klinik eğitimde kullanılan koçluk ya da mentorluk yöntemlerinden hangisiyle çalışılırsa çalışılsın, daha önceden açıklandığı üzere kanıt bulmaya yarayacak şablon (PSICOT) aracılığıyla en iyi kanıtlara ulaşmak ve öğrencinin öğrenmesini sağlayacak deneyimlerin en iyi şekilde yapılandırılması gerekmektedir<sup>28</sup>.

Etkin öğrenmeyi sağlamada alan bilgisine sahip bireylerle gerçekleştirilen koçluk/mentorluk gibi destek sistemlerin yanında, gerçek hastalar/standardize hastalarla uygulama yapma ya da gerçeğe yakın ortamlarda uygulama yapmanın önemine dikkat çeken sayısız kanıt bulunmaktadır<sup>7,10,24</sup>. Ancak bu uygulamaların da nasıl ve ne şekilde yürütülmesi gerektiğinin bilinmesi son derece önemlidir. Gerçek ya da gerçeğe yakın olarak yapılandırılan eğitim ortamlarında uygulama yaparken öğretim elemanı, öğrenci ve eğitim sürecinde paydaş niteliği taşıyan bireyler tarafından yansıtılmaları yapılmaması ya da geribildirim verilmesinin son derece önemli olduğu belirtilmektedir<sup>26</sup>.

Tüm bu yöntemler süreç içerisinde işletilirken öğretim elemanı-öğrenci iletişiminin nasıl gerçekleştirileceği/gerçekleştirilmesi gerektiği önemli bir sorudur. Bilindiği gibi öğretim elemanı-öğrenci iletişimi yalnızca sınıf içi etkinlikleri değil; aynı zamanda sınıf dışı etkinlikleri de kapsamaktadır<sup>7</sup>. Öğretim elemanı-öğrenci iletişimini derinleştirmek için entelektüel katkının daha fazla sağlanacağı vaka çalışmaları, kavram haritası, etkili bir geribildirim vb. tekniklerle desteklenmesi gerekmektedir. Öğrencinin problem çözme becerisinin geliştirilmesi (bir soruya ilişkin yanıt uzun zaman bile olsa öğrencinin araştırma yapmasına olanak tanıma, kendi doğrularını belirlemesini beklemek vb.) ve entelektüel amaçlara (öz-yönelmeli öğrenme becerisi kazanma, klinik değerlendirme becerisini artırma vb.) ulaşabilmek için eğitiminin öğrenciyle iletişiminin geliştirilmesi önemlidir. Bu süreçte eğitiminin ulaşılabilir, açık, istekli, motive edici olması, değerlendirme sonuçlarını açıklıkla öğrencilerle paylaşması gerektiğine ilişkin çok çeşitli kanıtlar bulunmaktadır<sup>9,23,25</sup>.

Öğretim yaklaşım, yöntem ve teknikleri kadar eğitiminin yüz yüze kaldığı diğer önemli bir husus değerlendirmenin nasıl gerçekleştireceği kararıdır. Eğitim sürecinin son aşaması olan ve hedeflere ulaşma durumunun belirlenmesine yardımcı olacak değerlendirme aşamasında, bu sürecinin kimler tarafından nasıl, ne şekilde yapılacağı/yapılması gerektiği ve değerlendirmeye kimlerin dahil edileceğine ilişkin en iyi kanıtlara ulaşılması, eğitim programının en iyi şekilde işletilmesi, öğrenmede sürekliliğin sağlanması bakımından önem taşımaktadır. Bilindiği gibi değerlendirme; öğrenci, öğretim elemanı, ders, süreç yönetimi (mali kaynaklar, sürekli iyileştirme, çevre kontrolü vb.) kapsamında çok yönlü olarak gerçekleştirilmektedir. Kurumsal değerlendirmelerin yanında kanıta dayalı eğitim bakımından en önemli olan öğrenci öğrenmesinin değerlendirilmesi ve bu sürecin yönetimini yapan eğitimcilerin değerlendirilmesidir<sup>5,9</sup>.

Öğrenme düzeylerini belirlemek amacıyla geleneksel değerlendirme yöntemlerinin yanı sıra günümüzde portfolio ve e-portfolio, grup çalışmaları, vaka çalışmaları, kavram haritaları, yansıtıcı gazeteler/yazılar, araştırma değerlendirmeleri vb. araçları ile süreç ya da sonuca yönelik değerlendirmeler yapılabilmektedir<sup>5,9</sup>. Öğretim elemanı değerlendirmesinde ise öğrenci, yönetici ve akran değerlendirmelerine sıklıkla başvurulmaktadır. Ancak kanıta dayalı bir eğitim yaklaşımı için eğitim sürecinin her bir unsuruna yönelik değerlendirmelerin yapılması, iyileştirme çalışmalarının başlatılması ve sürdürülmesi son derece önemlidir. Bu değerlendirmeler, değerlendiren

bakımından iç ve dış paydaşlarla gerçekleştirilebilir. İç değerlendirmede çoğunlukla öğrenci, öğretim elemanları görüşleri alınırken; dış değerlendirmede alan uzmanları, etkileşimde olunan farklı eğitim kurumu/kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve akreditasyon kuruluşlarının görüşleri alınmaktadır. Bir program değerlendirmesinin sistematik ve sürdürülebilir olması eğitim sürecinin etkin olarak yürütülebilmesinde son derece önemlidir. Sistematik bir değerlendirmede de eğitim programının iyileştirilmesine yönelik kararlar, varsayımlardan çok kanıtlara temellendirilmelidir. Eğitim programının değerlendirilmesiyle elde edilen bilgiler ışığında değişimlerin nasıl gerçekleştirildiği ve bundan sonra nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin kanıtlar, programın sürekliliğinin sağlanmasında son derece önemlidir<sup>1</sup>.

Program değerlendirmesi kadar ders değerlendirmesi de son derece önemli olup, içerisinde ders değerlendirmesinin nasıl ve ne zaman yapılması gerektiği, hangi yollarla gerçekleştirileceği (online, yüz-yüze vb.), sonuçların nasıl yansıtılacağı, değerlendirme sürecine kimlerin ne şekilde katılacağı, değerlendirme koşullarının neler olması gerektiğine ilişkin önemli sorular barındırmaktadır. Ancak ne yazık ki, bu sorular çerçevesinde dersin değerlendirmesine yönelik kanıtların sınırlı olduğu belirtilmektedir<sup>1,16</sup>. Yapılan değerlendirmelerde çoğunlukla bilgi seviyesini ölçmeye odaklanıldığı görülmektedir<sup>34</sup>. Öğrencilerin öğrenmesi üzerinde etkili olabilecek her bir eğitim öğesini değerlendirmek amacıyla farklı yöntemlerin neler olduğu/olabileceğine ilişkin kanıtlara ulaşmak önemlidir. Örneğin portfolio ve e-portfolio uygulamaları hem öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek anlamında hem de dersin uygulanış şekline yönelik çıkarsamalar yapmada yararlanılabilecek bir kaynak olarak görülmektedir<sup>40</sup>. Eğitimcinin portfolio gibi farklı değerlendirme yöntemlerine ulaşarak değerlendirme yapması, eğitim sürecinin eşsiz bir şekilde yürütülmesine olanak sağlayacaktır.

## SONUÇ

Eğitim sürecinin önemli bileşenlerinden olan öğrencilerin öğrenme etkinliğinin sağlanması hemen her alanda olduğu gibi, hemşirelik eğitiminde de eğitimcilerin temel sorumluluklarındandır. Özellikle hızlı değişim ve gelişimlerin yaşandığı sağlık alanındaki gelişmelere uyum sağlayacak bireylerin yetiştirilmesinde eğitimcilerin çağdaş eğitim model, yöntem ve tekniklerini kullanarak kalıcı öğrenmelerin sağlanması son derece önemlidir. Bu sayede öğrencilerin/mezunların daha güvenli ve daha etkin bakım hizmeti verebilmelerinin önu açılmış olacaktır. Ancak, eğitimcilerin bu görev ve sorumluluklarını yerine getirirken sıklıkla yüz yüze kaldıkları temel sorun, öğretme-öğrenme sürecinin kalitesini arttırmak amacıyla eğitim sürecinin her aşaması ve öncelikle sürecin işletilmesinde yararlanılacak yaklaşım, yöntem ve tekniklerin ne olacağı ve nasıl karar verileceğidir. Tüm bu süreçlerde eğitimcinin öğrenme etkinliklerine yol gösterecek ve rehberlik edecek kanıtlardan yararlanması, gerek öğrencilerin gerekse de kendilerinin bireysel ve mesleki gelişimlerini sağlayan anahtar bir çerçevedir. Bu nedenle eğitimcilerin her uygulama için kanıta dayalı eğitim uygulamalarından yararlanması gerektiğine inanılmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Allen P, Jones MM, Boswell C. Program Evaluation. In: Connon S, Boswell C, editors. Evidence-Based Teaching. Texas: Jones-Barlett Learning; 2016. 247-274

2. Burns PB, Rohrich RJ, Chung KC. The Levels of Evidence and their role in Evidence-Based Medicine. *Plast Reconstr Surg* 2011; 128(1): 305-310.
3. Boswell C. Online Educational Experiences. In: Connon S, Boswell C, editors. *Evidence-Based Teaching*. Texas: Jones-Barlett Learning; 2016. 175-210.
4. Boswell C, Cannon S. Overview of Evidence-Based Practice. In: Connon S, Boswell C, editors. *Evidence-Based Teaching*. Texas: Jones-Barlett Learning; 2016. 1-30.
5. Cannon S. Classroom Educational Experiences. In: Connon S, Boswell C, editors. *Evidence-Based Teaching*. Texas: Jones-Barlett Learning; 2016. 155-174.
6. Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 66(1): 3-15.
7. Chisari G, Brown C, Calkins M, Echternacht M, Knopp B, Jackson B, Shippy T, Sharp-Henry L, Blubaugh M, Spector N. 2006. Evidence-Based Nursing Education for Regulation (EBNER). NCSBN Practice, Regulation and Education Committee; January 18, 2017.
8. De Brun C. Finding the Evidence A key step in the information production process. *The Information Standard Guide*; November 7, 2013.
9. D'Souza MS, Venkatesaperumal R, Radhakrishnan J, Balachandran S. Engagement in clinical learning environment among nursing students: Role of nurse educators. *Open Journal of Nursing* 2013; (3): 25-32.
10. Demiray A, Keçeci A, Çetinkaya MY. Student's perceptions of psychomotor skills: a qualitative study. *International Archives of Nursing and Health Care* 2016; 2(1): 1-6.
11. Demirel Ö. Öğretim İlke ve Yöntemleri Öğretme Sanatı. Ankara: PegemA Yayıncılık; 2012. 226-294.
12. Elamin MB, Montori VM. The hierarchy of evidence: From unsystematic clinical observations to systematic reviews. In: Burneo JG et al, editors. *Neurology: An Evidence-Based Approach*. New York: Springer; 2012.
13. Evidence Based Teaching e-Pathways CPD Handbook. 2012. URL: <http://www.epathways.eu/>, August 13, 2017.
14. Faulcon RY. Innovative Teaching Strategies with Simulation Technology in Nursing Education. *Innovative Teaching Strategies with Simulation Technology* 2015; (1):47-50.
15. Fineout-Overholt E, Melynk BM, Stillwell SB, Willianson KM. Critical Appraisal of the Evidence: Part I. An introduction to gathering, evaluating, and recording the evidence. *AJN* 2010; 110(7): 47-52.
16. Gauntlett N. Literature Review on Formative Assessment in Higher Education. *Mental Health and Social Work Centre for Excellence in Teaching and Learning Enhancing Pedagogic Research*. Middle Sex University 2007; 1-41.
17. Groccia JE, Buskist W. Need for Evidence-Based Teaching. *New Directions for Teaching and Learning* 2011; 128: 5-11.
18. Hasheeh, MA, Al-Mostafa O, Obeidat H. Traditional Versus Nontraditional Methods of Teaching: the Impact on Nursing Teaching Effectiveness and Student's Achievements at Nursing Colleges. *An - Najah Univ. J. Res. (Humanities)* 2011; 25(1): 255-275.
19. Ingham-Broomfield RB. A nurses' guide to the hierarchy of research designs and evidence. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2016; 33(3): 38-43.
20. Jokelainen M. The Elements of Effective Student Nurse Mentorship in Placement Learning Environments Systematic Review and Finnish and British Mentors' Conceptions. Department of Nursing Science Faculty of Health Sciences University of Eastern Finland 2013.
21. Kalb K, O'Conner SK, Brockway C, Rierson CL, Sendelbach S. Evidence-based teaching practice in nursing education: Faculty perspectives and practices. *Nursing Education Perspectives* 2015; 36(4): 212-219.
22. Karkada S. Evidence Based Practice. *International Journal of Nursing Research & Practice* 2015; 2(2): 1-2
23. Kube ML. The Relationship of Nursing Faculty Clinical Teaching Behaviors to Student Learning. Health Professions Education Department, Doctor of Education Dissertation; 2010.



24. Lascelles MA. Students' and Mentors' experiences of mentoring and learning in practice during the first year of an accelerated programme leading to nursing registration. The University of Leeds School of Education Doctor of Education; 2010.
25. Loyola S. Evidence-Based Teaching Guidelines Transforming Knowledge Into Practice for Better Outcomes in Healthcare. *Critical Care Nursing Quarterly* 2010; 33(1): 19–32.
26. Mann K, Gordon J, Macleod A. Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Science Education* 2009; 14: 595–621.
27. McDonald AW, Ward-Smith P. A review of evidence-based strategies to retain graduate nurses in the profession. *Journal for Nurses in Staff Development* 2012; 28(1): E16-E20.
28. Miller J, Boswell C. Clinical Educational Experiences In: Connon S, Boswell C, editors. *Evidence-Based Teaching*. Texas: Jones-Barlett Learning; 2016. 211-246.
29. Moch SD, Cronje RJ, Branson J. Undergraduate nursing evidence-based practice education: Envisioning the role of students. *Journal of Professional Nursing* 2010; 26(1): 5–13.
30. Muleya CM, Marshall J, Ashwin C. Nursing and Midwifery Students' Perception and Experiences of Mentorship: A Systematic Review. *Open Journal of Nursing* 2015; 5: 571-586.
31. Nabors K. Active Learning Strategies in Classroom Teaching: Practices of Associate Degree Nurse Educators in a Southern State. Doctor of Education in the Department of Educational Leadership, Policy, and Technology Studies, University of Alabama, Tuscaloosa, Alabama; 2012.
32. Petty G. 2015; URL: <http://geoffpetty.com/wp-content/uploads/2015/04/The-uses-and-abuses-of-evidence.pdf>, August13, 2017.
33. Pintz C. 2015; URL: [http://www.teachingworks.org/images/files/TeachingWorks\\_Pintz.pdf](http://www.teachingworks.org/images/files/TeachingWorks_Pintz.pdf). 13 Ağustos 2017.
34. Prado ML, Testoni AK, Kempfer SS, Ferraz F, Lopes CR, Bernardi MC. Formative Evaluation of the Nursing Program at a University in the South of Brazil: Technological Tool to the Approach of the Unified Health System. *Open Journal of Social Sciences* 2014; 2: 1-6.
35. Sailaxmi G, Mythili D, Thirumoorthy A. Nursing Students Perceptions about Traditional and Innovative Teaching Strategies– A Pilot Study. *JKIMSU* 2015; 4(1): 123-129.
36. Stevens KY. Elementary, general-education teachers' reports of self-efficacy in using evidenced-based instructional strategies to differentiate instruction for students with disabilities. University of Hartford Department of Educational Leadership Dissertation; 2012.
37. Tichelaar E, Riklikiene O, Holland K, Pokorna A, Antohe I, Nagy E, Warne T, Saarikoski M. 2013. URL: <http://www.umfiiasi.ro/RelatiiInternationale/EMPNURS/Empowering%20the%20nursing%20profession%20through%20mentorship2.pdf> , August 13, 2017.
38. Valcke M. Evidence based teaching and learning presentation. 2014. URL: [http://users.ugent.be/~mvalcke/CV/2\\_AE\\_EFE\\_EVIDENCE.pdf](http://users.ugent.be/~mvalcke/CV/2_AE_EFE_EVIDENCE.pdf), August 13, 2017.
39. Valiga MTT, Phillips BC. The Teaching Experience in Nursing. In: Connon S, Boswell C, editors. *Evidence-Based Teaching*. Texas: Jones-Barlett Learning; 2016. 61-86.
40. Quenn's University Paper. Illuminating Evidence-based ideas for effective teaching. The Teaching Doctor. 2008. URL: <http://meds.queensu.ca/assets/Improve-learning-through-formative-assessment.pdf> , August 13, 2017.
41. Walsh D. The Nurse Mentor's Handbook Supporting Students in Clinical Practice. England: McGraw Hill Open University Press; 2010. 1-231.
42. World Health Organization. Nurse Educator Core Competencies. Switzerland: WHO Press; 2016.p.1-36
43. Yuan HB, Williams BA, Fang JB. The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review. *International Nursing Review* 2012; 26-33.

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

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

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 74-88*

**Melek ERTÜRK YAVUZ<sup>1</sup>, Ayla GÜRSOY<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Technical University Faculty of Health Science, Nursing Department, Trabzon, Turkey

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

Received: 03 April 2016

Accepted: 27 January 2017

### ABSTRACT

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

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

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

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

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

## ÖZ

**Amaç:** Çalışmanın amacı görsel iletişim rehberinin etkinliğini belirlemektir.

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

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

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

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

## INTRODUCTION

Larynx cancer is an important health problem today which is frequently encountered among head and neck cancers. Its world-wide incidence is 2.1 per hundred thousand with a mortality rate of 1.1 per hundred thousand<sup>1</sup>. Most head and neck cancer cases can be successfully treated, however, these cancers and their treatments often cause severe physical deformities and functional losses (dry throat, inability to speak, etc.).

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

Patients who cannot speak try to communicate using non-verbal communication techniques such as head and lip movements, gestures, and writing etc<sup>6</sup>. However, since these methods are often ineffective, the need for different ways to communicate becomes very clear. In order to address this need, various visual communication methods have been developed to communicate with the patients who are unable to speak. The first visual communication board was developed by Appel-Hardin in 1984<sup>7</sup>. It presented alphabetical letters, some words defining basic physiological needs (pain, thirst, nutrition etc.), an image of the body and some names (spouse, family members, and doctor). Later, Stovsky, Rudy, and Dragonette (1988) developed a communication board for patients receiving mechanical ventilation after heart surgery, and yet another such board was the Vidatak EZ card patented in 1999<sup>8,9</sup>. In 2008 Soo, Aldridge, French, and Alison developed an information card with some Chinese and English expressions to facilitate communication between patients receiving radiation therapy for head and neck cancer and the radiation therapists<sup>10</sup>. In Turkey, there is only one communication tool available for the patients who cannot speak, that is an A3 sized template and is prepared so that both front and back sides can be used. There are pictures on the front side that describe the requests and needs (excretion, feeding, etc.) as well as the words "yes" and "no". The back side shows an illustration of the human body which helps

the patient to show the location of the pain and a numerical pain assessment scale to assess the severity of the pain. In addition, the alphabet was included for the patients to describe their needs and feelings other than the depicted topics. The effectiveness of the communication tool has been tested in mechanically-ventilated patients<sup>11</sup>.

Visual communication guides provide less exhaustive, faster, and more economical communication with the patients<sup>9,10</sup>. Moreover studies have reported that such guides increase patients' satisfaction, reduce their anxiety and help with pain management<sup>12</sup>. However, the use of illustrated communication tools is not common in our country. The only illustrated communication tool developed in our country addresses the requests and needs of the patients dependent on mechanical ventilation; thus it contains a limited number of visuals. Regrettably, visual communication tools developed in other countries are not appropriate for all patients because of language differences. Therefore, researchers worked to develop a communication tool for the patients who cannot speak and communicate with the health team during their hospital stay.

## **MATERIAL AND METHODS**

### **Aim of the Study**

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

### **Type of Research**

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

### **The Sample of the Research**

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

### **The Process of Developing a Visual Communication Guide**

As the content of the communication guide was being compiled, we determined which problems and needs should receive primary focus. The expressions and images that

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

## **The Features of the Communication Guide**

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

## **Procedure**

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

## **Data Collection Instruments**

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

images, characteristics of the font, problems covered in the guide) and the functionality of the communication guide. The opinions of the healthcare professionals regarding the properties and functionality of the communication guide were also sought by asking four questions on sociodemographical properties and with 13 Likert-type questions.

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

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

## Data Collection

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

## Data Analysis

Qualitative data were analysed by using the thematic analysis approach of Braun and Clarke (2006), whereby the data obtained from the interviews were written down and read repeatedly<sup>13</sup>. Codes were first determined in a systematic way and relevant data for each code were integrated. The codes for potential subjects were collected, the codings of all data were checked, and a map was created for analysis. During the analysis, distinct nomenclature and definitions were decided for each subject. Lastly, a reporting process was implemented with this information. The questions in the interview were used while these proceedings were implemented.

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

## Limitations

Since there was no available female patient who had undergone partial laryngectomy when our study was conducted, it was completed only with male patients. The study

was conducted in only one hospital because this was the only hospital in which partial laryngectomy operations could be undertaken. Consequently, the number of patients and healthcare professionals was limited. In addition, the study cannot be generalized to the patients who experience irreversible loss, since it was carried out with the patients who had only temporarily lost their verbal communication skills.

## Ethical Approval

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

## RESULTS

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

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

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

### The Experience of Being Unable to Speak

Interviews with patients revealed that all of them had stated that they truly understood how important speaking was to them when they could no longer do so. Some patients expressed that not being able to speak reminded them of death; others stated that they felt like a baby or as if they were imprisoned. There were also patients who became quickly agitated or angry and who experienced feelings of loss of confidence and fear of never being able to speak again.

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

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

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

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

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

**Table 1. Descriptive Characteristics of the Patients and the Healthcare Professionals**

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

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

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

### **Quick and Easy Communication**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Confidence

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

“With the hope that I would take advantage of the communication guide you gave us, I did not feel too much worry... It made me feel safe.” (1st interviewer)

“...I had peace.” (6th interviewer)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Positive and Negative Aspects

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

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

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

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

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

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

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

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

## Patients’ Evaluations of the Communication Guide

Patients’ answers to our questions regarding the guide as “definitely appropriate” and “appropriate” were combined and accepted as “appropriate.” In this regard, all the patients stated that the colors, comprehensibility of the images and size of the fonts in the communication guide were appropriate. The font types and image dimensions were also approved by 92.8% of the patients, and 88.7% of them considered the topics in the communication guide to be appropriate. Furthermore, 71.5% of the patients approved its dimensions, 85.7% of the patients approved its usefulness and 50% approved of the number of images (Table 2).

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

## Healthcare Professionals’ Evaluation of the Communication Guide

The answers of the healthcare professionals to our questions as “definitely appropriate” and “appropriate” were accepted as “appropriate.” In this regard, it was determined that 80% of the health professionals approved the dimensions of the communication guide and clarity of the pictures, and 85% found the font type and coloring of the

images adequate. Seventy-five percent of the health professionals approved of the font size and 70% approved the number of the images. Eighty-five percent of healthcare professionals pointed out that the guide proved convenient in communication and 65% said it saved time. On the other hand, only 35% of the health professionals thought the communication guide was adequate to express patients' psychological states (Table 3).

## DISCUSSION

The human need to communicate is so crucial and indispensable in our daily lives, and this becomes even more important when disease may create a health problem or crisis in which a person becomes dependent on others. After laryngectomy, most patients experience difficulty in communication because they have lost their ability to speak<sup>14</sup>. During the period that they cannot communicate, the patients may experience a loss of identity or they may feel disabled and alienated<sup>15,16</sup>. For this reason, communication guides are needed to help laryngectomy patients communicate. This obvious need became the catalyst for our research which was carried out with the goal of developing a visual communication guide to aid patients and healthcare professionals. We also wanted to determine the efficacy of this communication guide.

Our study results showed that the patients easily became anxious when they couldn't express themselves. This can elicit angry feelings, a loss of confidence, stress, and the fear they may never speak again. Few patients accept this situation easily. Patients may also have to deal with pain, loss of control, fears and frustrations<sup>17,18</sup>. Furthermore, if the patients' need to speak is not adequately addressed, the negative feelings, anger, despair, hopelessness, and frustration will likely increase<sup>12</sup>.

Yet, when patients start to speak again, they feel as though they have been reborn, as if the world has been given to them, their lives become beautiful again and they have peace. In a study by Wojnicki-Johansson when one patient's intubation tube was disconnected, his reaction was expressed by "it was wonderful to hear my own voice when the tube was removed"<sup>19</sup>.

Almost all of the patients found the guide very convenient for communicating their problems or requests (pain, nausea, wish to read newspaper or listen to music etc.). About half of the healthcare professionals rated the guide as "definitely appropriate" and the other half gave a rating of "partially appropriate." While the majority of the patients found the guide appropriate for expressing their psychological states (stress, anger, fear etc), about half of the healthcare professionals found it "partly appropriate." In accordance with these data, the patients found communication using the guide as "quick and easy." Other studies have also reported that visual communication guides were beneficial in communicating with patients<sup>6,11,20</sup>. It became clear that the patients could relay their problems and requests using the communication guide, and this could often lead to an even earlier intervention by the healthcare professionals. More than half of the healthcare professionals stated that the communication guide saved time in overall communication. The Otuzoğlu and Karahan study also determined that the great majority of patients using the communication guide could express their needs, and communication times were much shorter than for patients without this help<sup>11</sup>.

The study showed that a majority of the patients thought that using the communication guide was easier when compared to other communication methods such as writing, hand and arm gestures, or mimicking. The patients felt that their writing was illegible

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

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

because they were writing slowly and did not have the strength to write, and they felt that the parenteral therapy equipment hindered their hand and arm movements. Additional factors preventing clear communication were discovered by Magnus and Turkington when healthcare professionals had difficulty in reading lips, when the patients had difficulty writing because of weakness in their upper extremities, when patients were sedated, or if the patients were illiterate<sup>21</sup>. The patients who tried to move their arms and hands to communicate when they had so little strength needed too much energy to do so<sup>11</sup>.

The participants in this study indicated that the communication guide had reduced their worries, and had given them courage, peace, happiness and moral support. Some studies have found that visual communication guides increased patients' satisfaction, reduced

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

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

anxiety and supported effective pain management<sup>12,14</sup>. Another study determined that the patients were relieved and felt safe when they were able to communicate their needs and problems<sup>20</sup>. The patients had referred to the communication guide with names signifying “support.” The communication guide provided positive associations for them. These included “silent voice”, “speaking tongue of those unable to speak”, “friend and assistant of the patient”, “hand and feet of the patient”, “a must for the patients.” These comments indicate that the communication guide had considerable positive significance and impact for the patients during the time they were unable to speak.

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

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

## CONCLUSION

The visual communication guide is the first and the only communication tool which was developed in our country for patients who have undergone a partial laryngectomy. Both healthcare professionals as well as partial laryngectomy patients concurred that the communication guide was effective and usable for communication. Utilization of the visual communication guide will ensure that errors arising from misunderstandings are prevented and faster solutions are found for patient problems and wants. The guide will also increase patient and healthcare professionals' satisfaction, and ensure that patients receive higher quality treatment and care. In addition, the goal is to help alleviate patients' feelings of anger, desperation, anxiety, etc. due to communication difficulties. Based on the advantages of the guide, its widespread use should be improved in all ENT clinics. The guide should be investigated as to its usability by other patients who are unable to speak for other reasons. Moreover, the guide can serve as an example to develop communication tools in other forms (posters in chart form hung on the wall, or software used in electronic devices) for individuals with different characteristics (age, speaking disability due to reasons other than laryngectomy etc.).

## REFERENCES

1. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. URL: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx).
2. Singer S, Merbach M, Dietz A, Schwarz R. Psychosocial determinants of successful voice rehabilitation after laryngectomy. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2007; 70 (10): 407- 423.
3. Taş A, Yağız R, Karasalihoğlu A R, Koten M, Adal M K, Uzun C. Assessment of quality of life in patients with laryngeal cancer after surgical treatment. *Journal of Ear, Nose, and Throat* 2004; 12 (3-4): 84-90.
4. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50 (4): 356-362.
5. Happ M B. Communicating with mechanically ventilated patients: State of the science. *AACN Clinical Issues* 2001; 12 (2): 247-258.
6. Happ M B. Interpretation of nonvocal behaviors and the meaning of voicelessness in critical care. *Social Science & Medicine* 2000; 50: 1247-1255.
7. Appel-Hardin S. Communicating with intubated patients. *Critical Care Nurse* 1984; 6: 26-27.
8. Stovsky B, Rudy E, Dragonette P. Comparison of two types of communication methods used after cardiac surgery with patients with endotracheal tubes. *Heart and Lung* 1988; 17: 281-289.
9. Patak L, Gawlinski A, Berg J, Elizabeth A. Communication boards in critical care: Patients' views. *Applied Nursing Research* 2006; 19: 182-190.

10. Soo J, Aldridge S, French J, Alison M. Development of dual language information cards as a tool for communication between radiation therapists and cantonese-speaking patients undergoing radiation treatments for head and neck cancer. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* 2008; 39 (1): 16-22.
11. Otuzoğlu M, Karahan A. Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice* 2014; 20: 490-498.
12. Patak L, Gawlinski A, Fung I, Doering L, Berg J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Applied Nursing Research* 2004; 19: 182-190.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77-101.
14. Papadas T, Charokopos N, Karamouzis M V, Pierakeas C, Symeonidi M, Economou G, Goumas P. Rehabilitation after laryngectomy: a practical approach and guidelines for patients. *Journal of Cancer Education* 2002; 17 (1): 37-39.
15. Fletcher B S, Cohen M Z, Schumacher K, Lydiatt W. Blessing and a curse head and neck cancer survivors' experiences. *Cancer Nursing* 2012; 35 (2): 126-132.
16. Usher K, Monkley D. Effective communication in an intensive care setting: Nurse's stories. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 2001; 10 (1-2): 91-101.
17. Dickerson S S, Stone V I, Panchura C, Usiak D J. The meaning of communication: Experiences with augmentative communication devices. *Rehabilitation Nursing* 2002; 27: 215-220.
18. Stein-Parbury J, McKinley S S. Patients' experiences of being in an intensive care unit: A select literature review. *American Journal of Critical Care* 2000; 9: 20-27.
19. Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing* 2001; 17 (1): 29- 39.
20. Hweidi I M. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44 (2): 227- 235.
21. Magnus V S, Turkington L. Communication interaction in ICU- Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006; 22: 167-180.



Figure 1. The first section of the visual communication guide



Figure 2. Page sample from the second part of the visual communication guide



Figure 3. Page sample from the second part of the visual communication guide

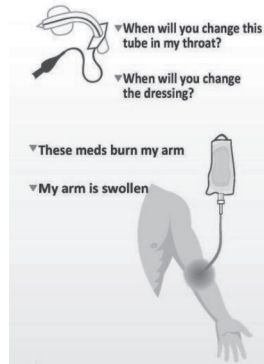


Figure 4. Page sample from the second part of the visual communication guide

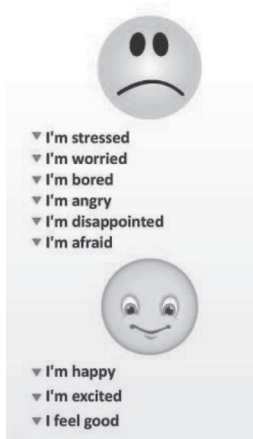


Figure 5. Page sample from the second part of the visual communication guide

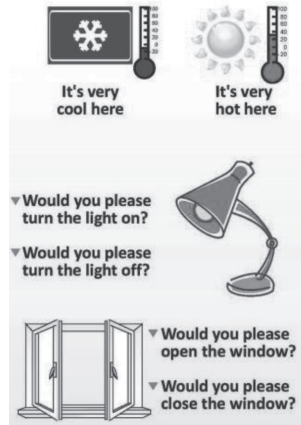


Figure 6. Page sample from the second part of the visual communication guide



Figure 7. Page sample from the second part of the visual communication guide



## Yıl: 2017 Cilt 4 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3

### YAZAR DİZİNİ

Akın B. Koçoğlu D. Randomize Kontrollü Deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):74-92.

Ayaz Alkaya S., Birimoğlu Okuyan C. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Bireylere Yönelik Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):43-52.

Bakır E., Kapucu S. Çocuk İhmali Ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansımaları: Bir Literatür İncelemesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):13-24.

Burucu R., Akın B.Gebeliğin Üçüncü Trimestrinde Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk Düzeyi’ne Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):25-35.

Çalık A., Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2): 62-75.

Çıtlak K., Kapucu S. Kemoterapi Ve Radyoterapi Uygulanan Baş-Boyun Kanseri Hastalarda Mukozit Yönetimine Yönelik Kullanılan Oral Ajanların Retrospektif Olarak İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1): 15-27.

Derin N., Şimşek Ilkım N., Yayan H. Hemşirelerde Mesleki Bağlılığın Mesleki Prestijle Açıklanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

Ertürk Yavuz M., Gürsoy A. Patient Communication Following Laryngectomy: A Pilot Study Using Visual Communication Guide. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):28-42.

Fıdan Ö., Kuzu Kurban N., Duruk N. Bir Hemşire Lider: Ayşe Rüçhan Tüzün. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

Gönen Şentürk S., Küçüköçlü Ö., Jean Watson. Watson İnsan Bakım Teorisi’nin Perspektifinden: Demans Hastalığı Olan Bireye Bakımverenlerin Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):62-72.

Hintistan S., Güner S.G., Bayrak B. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresine Katılan Öğrencilerin Kongreye İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):1-14.

Kadiroğlu T., Gündücü Tüfekci F. Güvenli Okul Taşımacılığında Annelerin Görüşleri ve Beklentileri Var: Niteliksel Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14

Karadağ Arlı Ş. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Apas Ve Stai-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14

Karadağ C., Kapucu S. Son On Yılda Yoğun Bakım Ünitesi İlişkili Kas Gücsüzlüğüne Yönelik Çalışmaların İncelenmesi: Sistematik Derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14

Keçeci A., Demiray A. Hemşirelik Eğitiminde Dönüşüm: Kanıtı Dayalı Eğitim Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

Ovayolu Ö., Ovayolu N. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

Özer Küçük E., Çakmak S., Kapucu S., Koç M., Kahveci R. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):1-12.

Yaman Aktaş Y., Koraş K., Karabulut N. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):36-48.

Yılar Erkek Z., Pasinlioğlu T. Doğum Ağrısında Alternatif Bir Yöntem: Ayak Refleksolojisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):53-61.

Uysal H., Karataş C. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):49-61.

Vural G., Şentürk Erenel A.Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azaltabilir Miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):76-83.

## Yıl: 2016 Cilt 3 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3

### KONU DİZİNİ

#### CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Ertürk Yavuz M., Gürsoy A. Patient Communication Following Laryngectomy: A Pilot Study Using Visual Communication Guide. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):28-42.

Karadağ Arlı Ş. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Apais Ve Stai-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14

#### ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Bakır E., Kapucu S. Çocuk İhmali Ve İstismarının Türkiye'de Yapılan Araştırmalara Yansıması: Bir Literatür İncelemesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):13-24.

#### DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Burucu R., Akın B.Gebeliğin Üçüncü Trimestrinde Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk Düzeyi'ne Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):25-35.

Vural G., Şentürk Erenel A.Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):76-83.

Yılar Erkek Z., Pasinlioğlu T. Doğum Ağrısında Alternatif Bir Yöntem: Ayak Refleksolojisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):53-61.

#### HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Ayaz Alkaya S., Birimoğlu Okuyan C. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Bireylere Yönelik Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):43-52.

Akın B. Koçoğlu D. Randomize Kontrollü Deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):74-92.

Kadiroğlu T., Güdücü Tüfekci F. Güvenli Okul Taşınacılığında Annelerin Görüşleri ve Beklentileri Var: Niteliksel Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14

#### HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM VE YÖNETİM

Yaman Aktaş Y., Koraş K., Karabulut N. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):36-48.

Derin N., Şimşek Ilkım N., Yayan H. Hemşirelerde Mesleki Bağlılığın Mesleki Prestijle Açıklanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

Hintistan S., Güner S.G., Bayrak B. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresine Katılan Öğrencilerin Kongreye İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):1-14.

Keçeci A., Demiray A. Hemşirelik Eğitiminde Dönüşüm: Kanıtla Dayalı Eğitim Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

## HEMŞİRELİK ESASLARI

Fidan Ö., Kuzu Kurban N., Duruk N. Bir Hemşire Lider: Ayşe Rüşan Tüzün. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

## İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Özer Küçük E., Çakmak S., Kapucu S., Koç M., Kahveci R. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):1-12.

Uysal H., Karataş C. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2):49-61.

Çalık A., Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(2): 62-75.

Çıtlak K., Kapucu S. Kemoterapi Ve Radyoterapi Uygulanan Baş-Boyun Kanseri Hastalarda Mukozit Yönetimine Yönelik Kullanılan Oral Ajanların Retrospektif Olarak İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1): 15-27.

Gönen Şentürk S., Küçükgüçlü Ö., Jean Watson. Watson İnsan Bakım Teorisi'nin Perspektifinden: Demans Hastalığı Olan Bireye Bakımverenlerin Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(1):62-72.

Karadaş C., Kapucu S. Son On Yılda Yoğun Bakım Ünitesi İlişkili Kas Güçsüzlüğüne Yönelik Çalışmaların İncelenmesi: Sistemik Derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14

Ovayolu Ö., Ovayolu N. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,2017;4(3):1-14.

## PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

-

## Yazarlara Bilgi

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

### *Makale Gönderimi*

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

### *Genel Bilgiler*

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

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

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

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

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

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

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

### *Yazı Çeşitleri*

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

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

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

### ***Yazım Kuralları***

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

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

#### ***Başlık Sayfası***

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

#### ***Özet Sayfası ve Anahtar Kelimeler***

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

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

### *Metin Sayfası*

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

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

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

### *Kaynaklar*

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

### **Metin İçinde**

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

#### *Örneğin;*

Bu konuda yapılan bir çalışmada<sup>1</sup>

..... ilgili çalışma<sup>2</sup>.....

Reeves<sup>3</sup> makalesinde ....

.....şeklinde tanımlamaktadır <sup>4,5</sup>.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

#### *Örneğin;*

.....hastanın bilgi düzeyi<sup>6</sup>, yaşam biçimi<sup>7</sup>.....

### **Metin Sonunda**

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

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

### **Kaynak Kitap Gösterimi**

#### ***Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar***

*Örneğin;*

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

#### ***Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar***

*Örneğin;*

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

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

#### ***Kitap Bölümü***

*Örneğin;*

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

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

#### ***Kongre Özet Bildirileri***

*Örneğin;*

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

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

#### ***Kongre Tam Metin Yayınları***

*Örneğin;*

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



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

### **Kaynak Makale Gösterimi**

#### ***Yazarın Kişi Olduğu Makaleler***

*Örneğin;*

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

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

#### ***Yazarın Kurum Olduğu Makaleler***

*Örneğin;*

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

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

#### ***Yazarı Verilmeyen Makaleler***

*Örneğin;*

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

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

#### ***Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler***

*Örneğin;*

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

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

#### ***Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler***

*Örneğin;*

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

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

### ***Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler***

#### ***Örneğin;***

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

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

### ***Elektronik Kaynaklar***

#### ***Örneğin;***

#### **Elektronik dergi**

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

### ***İnternet Sitesi***

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

### **CD-ROM**

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

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

\*\* Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

### ***İletişim***

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100  
Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: [hbdergi@hacettepe.edu.tr](mailto:hbdergi@hacettepe.edu.tr)

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

## INFORMATION FOR AUTHORS

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

### *Submitting An Article*

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

### *General Information*

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

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

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

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

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

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

All manuscripts submitted must be accompanied by "Copyright Transfer Form".

### *Publication Types*

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

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

- o Discussion
- o Conclusion
- o References

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

### ***Manuscript Preparation***

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

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

#### ***Title Page***

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

#### ***Abstract and Keyword Page***

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

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

#### ***Manuscript Text Page***

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

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

Times New Roman.

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

### ***References***

Vancouver style is used in referencing.

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

#### *References in Text*

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

Example:

**A study<sup>1</sup> about this issue is.....**

.....study<sup>2</sup> .....

In his article Reeves<sup>3</sup> .....

..... defined as.....<sup>4,5</sup>.

..... found positive effect on life style<sup>6</sup>, knowledge of patient<sup>7</sup>.....

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

#### *Reference List*

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

### **Books**

#### ***Personal Author/s***

##### *Example*

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

### ***Organization as author and publisher***

#### *Example*

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

### ***Chapter in a book***

#### *Example*

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

### ***Conference Proceedings***

#### *Example*

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

### ***Conference Paper***

#### *Example*

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

### **Articles in journals**

#### ***Standard Journal Article***

#### *Example*

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

### ***Organization as author***

#### *Example*

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

### ***No Author Given***

#### *Example*

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

### ***Issue With No Volume***

#### *Example*

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

### ***No Issue and Volume***

#### *Example*

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

### ***Electronic Material***

#### ***Journal article in electronic format***

#### *Example*

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

### ***Web/ Internet***

#### *Example*

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

### **CD-ROM**

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

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

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

### **Communication**

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100

Ankara

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: [hbdergi@hacettepe.edu.tr](mailto:hbdergi@hacettepe.edu.tr)

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

## YAYIN İZNI (Taahhütname)

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

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

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

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

**Makalenin Numarası:**

**Makalenin Başlığı:**

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi Bölümü  
06100 Ankara