

FNJJN[®]

VOLUME / CİLT 26, NUMBER / SAYI 2, JUNE / HAZİRAN 2018

Florence Nightingale Journal of Nursing
Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi



Florence Nightingale Journal of Nursing is covered in;

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

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi

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



DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS



TÜRKİYE ATIF DİZİNİ

EDITORIAL BOARD / EDITÖR KURULU

Editor in Chief / Baş Editör

Prof. Dr. Nevin KANAN

Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Managing Editor / Yönetici Editör

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Assistant Editors / Yardımcı Editörler

Assoc. Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ

Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Asst. Prof. Dr. Tuluha AYOĞLU

Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Asst. Prof. Dr. Seda ÇAĞLAR

Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

ADVISORY BOARD / DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU

Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Nursan DEDE ÇINAR

Sakarya University, Sakarya - TURKEY

Prof. Dr. Rian DİŞÇİ

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Nuray ENÇ

Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. İsmet EŞER

Ege University, Izmir - TURKEY

Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

Akdeniz University, Antalya - TURKEY

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Hülya KAYA

Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Karen A. MONSEN

University of Minnesota, MN - USA

Assoc. Prof. Dr. Meral KELLECI

Cumhuriyet University, Sivas - TURKEY

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

Trakya University, Edirne - TURKEY

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Dokuz Eylül University, Izmir - TURKEY

Prof. Dr. Panayota SOUTZİ

National and Kapodistrian University of Athens, Athens - GREECE

Prof. Dr. Saadet YAZICI

University of Health Sciences, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM

Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Suzan YILDIZ

Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FİNDİK

Trakya University, Edirne - TURKEY

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

Dergide yer alan yazılardan ve aktarılan görüşlerden yazarlar sorumludur.

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

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

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing

Abide-i Hürriyet Caddesi 34381 Şişli / Istanbul - Turkey

Phone / Telefon: +90-212-440 0000 / 27006

Fax / Faks: +90-212-224 4990

e-mail: iufnhd@istanbul.edu.tr

http://dergipark.gov.tr/fnjin

Owner / Sahibi

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

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

Publishing Company / Yayıncı Kuruluş

Istanbul University Press / Istanbul Üniversitesi Yayınevi

Istanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt, Fatih / Istanbul - Turkey

Phone / Telefon: +90-212-440 0000

Prepared by / Yayıncı Hazırlayan

Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.

Cumhuriyet Caddesi 48/3B Harbiye 34367 Istanbul - Turkey

Phone / Telefon: +90-212-240-2820 Fax / Faks: +90-212-241-6820

www.yerkure.com.tr

Printed in / Baskı

Hamdiogulları İç ve Dış Ticaret A.Ş.

Zübeyde Hanım Mh., Elif Sk., No.7/197 Altındağ / Ankara - Turkey

Phone / Telefon: +90 (312) 342 08 00 Fax / Faks: +90 (312) 342 08 01

Sertifika No: 35188

Değerli Okuyucular,

Dergimizin bu sayısında, esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılan, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş güvenliğinin sağlanma durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte uygulanan, son yılların önemli bir kronik hastalığı olan Tip 2 Diyabetli bireylerde ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan araştırmalar ile, kanser tanısı konmuş hastalarda, hastalığa ve tedavisine bağlı gelişen semptomlara, aromaterapi masajının etkinliğini değerlendiren çalışmaların sistematik incelenmesi ve bipolar bozuklukta psikoeğitim ile hemşirelik eğitiminde "gerçekliği" sağlamada mulaj kullanımı adıyla iki derlemeyi okuma fırsatı bulacaksınız.

Çok güzel bir tatil geçirmeniz dileğiyle!

Saygılar sunarım.

Prof. Dr. Nevin KANAN
Editör

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Articles

- Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Evaluation of Correlation Between Adherence to the Treatment of Hypertensive Patients and Their Life Quality
Behice Erci, Makbule Elibol, Ümmühan Aktürk..... 79-92
- Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği
Occupational Safety of Nurses Working in Surgical Clinics
**Gülşay Altun Uğraş, Neriman Akyolcu, Canan Kanat, Serpil Yüksel, Tuluha Ayoğlu,
Yazile Sayın, Nevin Kanan 93-101**
- Tip 2 Diyabetli Bireylerde Ağız Sağlığı ve Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi
Oral Health of Patients with Type 2 Diabetes and the Quality of Life Regarding Oral Health
Azime Karakoç Kumsar, Feride Taşkın Yılmaz 103-113

Sistemik Derleme / Systematic Review

- Kanserde Aromaterapi Masajı: Sistemik Literatür İncelemesi
Aromatherapy Massage in Cancer: A Systematic Literature Review
Gamze Teskereci, Özen Kulakaç 115-130

Derlemeler / Reviews

- Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim
Psychoeducation in Bipolar Disorder
Funda Gümüş, Sevim Buzlu 131-139
- Hemşirelik Eğitiminde "Gerçekliği" Sağlamada Mulaj Kullanımı
The Use of Moulage for Providing "Fidelity" in Nursing Education
Derya Uzelli Yılmaz, Dilek Sarı 141-148

Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Evaluation of Correlation Between Adherence to the Treatment of Hypertensive Patients and Their Life Quality

Behice Erci¹, Makbule Elibol², Ümmühan Aktürk³



DOI: 10.26650/FNJN427146

¹Prof. Dr. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

²Hemşire, T.C. Sağlık Bakanlığı

³Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Ümmühan Aktürk,

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya, Türkiye

Telefon/Phone: +90 422 326 1569

Faks/Fax: +90 422 324 0051

E-posta/E-mail: ummuhana.akturk@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 02.08.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 17.03.2018

Atıf/Citation: Erci, B., Elibol, M. ve Aktürk, Ü.

(2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92. <https://doi.org/10.26650/FNJN427146>

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek ve tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesi iç hastalıkları polikliniğine kayıtlı 232 esansiyel hipertansiyon hastası oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise güç analizi ile belirlenen 197 hipertansiyon hastası oluşturdu. Örnekler basit rasgele örnekleme yöntemiyle araştırmaya alındı. Araştırmanın verileri hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerinin tanımlandığı tanıtıcı bilgi formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve ilaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılarak araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskall Wallis varyans analizi, pearson korelasyon ve t testi kullanıldı.

Bulgular: Örneklem grubundaki kadınların fiziksel ve mental algı ortalamalarının ve toplam yaşam kalitelerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulundu. İlaç tedavisine bağlılık/ uyum öz-etkililiğin erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu saptandı. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine bağlılık/ uyum öz-etkililik seviyesi arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı saptandı.

Sonuç: Araştırma sonucunda; hastaların sosyodemografik özelliklerinin ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililikleri ve yaşam kalitelerini etkilediği belirlendi. Ayrıca ilaç tedavisine uyum gösteren hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, tedaviye uyum, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim: This relational descriptive study was conducted to evaluate the adherence of patients with essential hypertension to their treatment and to identify the factors affecting the quality of their life and analyze the correlation between them.

Method: A total of 232 patients with essential hypertension who were registered at a state hospital, internal medicine clinic, were initially recruited in the study. The final study sample consisted of 197 patients selected by power analysis. Data were collected via face-to-face interviews by the researchers using the descriptive information form that contains sociodemographic characteristics of patients and the characteristics of the disease, quality of life scale, and medication dependence/adherence self-efficacy scale. Numbers, percentage, average, standard deviation, Kruskal-Wallis variance, and Pearson's correlation were used for statistical analysis.

Results: Results showed that the average physical and mental perception scores and the total quality of life scores of female hypertensive patients were higher than those of males. Furthermore, The Medication Dependence/Adherence Self-Efficacy Scale score of males was higher than that of females. The level of quality of life increased as the level of adherence/adaptation self-efficacy of patients with hypertension increased.

Conclusion: As a result of the study, the socio-demographic characteristics of the patients were determined to affect adherence/adaptation to drug treatment, self-efficacy and quality of life. In addition, high quality of life of hypertension patients who comply with drug treatment was found to be.

Keywords: Hypertension, adherence to treatment, life quality

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Hypertension is the most common cardiovascular disease that constitutes a significant public health problem in societies. When left untreated, it can cause several diseases such as heart failure, MI, kidney failure, paralysis, and visual loss. In addition, hypertension is the primary risk factor for cardiovascular mortality that causes 20%–50% of all deaths (Öztürk, 2011). Turkish Hypertension and Renal Diseases Association (2012) Turkish Hypertension Prevalence Study According to PatenT2 study results, the overall prevalence of hypertension in the total population (aged >18 years) was found to be 30.3%, with 28.4% among males and 32.3% among females. The number of hypertensive patients continues to increase due to the increase in life span and the increase in the incidence of diabetes, hormonal diseases, metabolic diseases, and obesity; however, the proportion of well-controlled patients remains low (Arıcı et al., 2003; Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012).

Aim: The aims of this study were to determine treatment compliance, quality of life, and the factors affecting the quality of life of patients with essential hypertension and to examine the relationship between treatment quality and the quality of life.

Method: In this relational descriptive study, a total of 232 patients with essential hypertension who were registered at a state hospital, internal medicine clinic, were initially recruited. After power analysis, the study sample consisted of 197 patients. Data were collected via face-to-face interviews by the researchers using the descriptive information form that contains sociodemographic characteristics of patients and the characteristics of the disease, Quality of Life Scale, and Medication Dependence/Adherence Self-Efficacy Scale. Numbers, percentage, average, standard deviation, Kruskal–Wallis variance, and Pearson’s correlation were used for statistical analysis.

Results: Among the study patients, 58.9% were females, the average age of the study group was 52.16 ± 14.88 years, 34.5% of them were university graduates, and 79.7% of them were married. It was observed that 77.2% of the patients had regularly maintained drug treatment, and more than half of them used one blood pressure medication. About half of the patients had blood pressure measurements once a week, while 44.7% of them had control of blood pressure for 3 months and 23.4% of them underwent check-ups at intervals of 6 months, whereas 23.4% of them did not. The average physical and mental perception scores and total quality of life scores of female hypertensive patients were higher than those of males. In addition, The Medication Dependence/Adherence Self-Efficacy Scale score of males was higher than that of females. The level of quality of life increased as the level of attachment/adaptation self-efficacy of patients with hypertension increased.

Conclusion: This study showed that the quality of life of patients with hypertension was found to be high in those with sociodemographic characteristics pertaining to adherence to drug therapy attachment/adaptation self-efficacy and medication treatment that affected the quality of life.

GİRİŞ

Hipertansiyon, toplumların önemli bir halk sağlığı sorununu oluşturan kardiyovasküler hastalıkların en sık görülenidir. Tedavi edilmediğinde kalp yetersizliği, MI, böbrek yetersizliği, felç, görme kaybı gibi pek çok hastalığa neden olabilmektedir. Ayrıca bu hastalık bütün ölümlerin %20-50'sine sebep olan kardiyovasküler mortalitenin temel risk faktörlerindedir (Öztürk, 2011). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2012) Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2 çalışması sonuçlarına göre; toplam nüfusta (18 yaş üzeri) hipertansiyon prevalansı %30.3, erkeklerde %28.4 ve kadınlarda %32.3 olarak bulunmuştur. Hem artan yaşam süresi hem de diyabet, hormonal hastalıklar, metabolizma hastalıkları ve obezitenin artışı nedeniyle hipertansif hasta sayısı artmaya devam etmekte ve bununla birlikte iyi kontrollü hasta sayısının oranı düşük kalmaktadır (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012; Arıcı ve ark., 2003).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans (Patent) çalışmasında hipertansiyon prevalansının %31.8 olduğu, farkındalık oranının (%40) ve antihipertansif tedavi alma (%31), hatta tedavi alanlarda dahi kan basıncı kontrolü %20 gibi yetersiz oranda olduğu saptanmıştır (Arıcı ve ark., 2003). 2012 yılında yinelenen PatenT2 çalışmasında da hipertansiyon prevalansının %30.3 olduğu, hipertansiyon farkındalık oranının %54.7'ye çıktığı, antihipertansif ilaç kullanımının %47.5 olduğu ve antihipertansif ilaç alanlarda kan basıncının kontrol altına alınma oranının %53'e yükseldiği görülmektedir. Bu sonuçlar her 10 kişiden 3'ünün hipertansiyon hastası olduğunu, hipertansiyonun farkındalığı, tedavi ve kontrolünde olumlu gelişmeler meydana geldiğini, ancak yine de farkındalık ve tedavi oranlarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012).

Günümüzde kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar

bireyin bağımsızlığını azaltmakta, kısıtlamaktadır. Ayrıca kronik bir hastalığın olması, ömür boyu hastalıkla yaşam hastayı tedirgin etmekte ve uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; Eski, 2002; Fesci, 2002; Rijken, Kerkhof, Dekker ve Schellevis, 2005).

Hipertansiyon hastalarının genellikle zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bu durum günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara neden olmaktadır. Ayrıca hipertansif birey kronik bir hastalığa sahip olma psikolojisi yaşamakta ve yaşam tarzında değişiklik yapmakta zorlanmaktadır (Özpancar ve Fesci, 2008). Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Akdemir ve Birol, 2005). Hipertansiyon başlangıçta sessiz seyrine rağmen, ileri evrelerde kişilerin yaşam kalitesini bozmakta ve yaşam süresini kısaltmaktadır. Williams'ın yaptığı araştırmada, hipertansif hastalarda diyet, egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliği ve tıbbi tedavinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Özpancar ve Fesci, 2008).

Hipertansiyon yönetiminde başarılı olmak, düzenli kan basıncı kontrolünü, ilaç tedavisine uyumu ve uygun yaşam tarzı değişikliklerini sağlamak için hastaya en yakın sağlık profesyoneli olan hemşireye önemli görevler düşmektedir. Tedaviye uyumun artması ile hipertansiyonun kontrol altına alınması, hastalık ile ilişkili semptomların yaşanmasını azaltarak yaşam kalitesini arttırabilir. Bu çalışma, hipertansiyon hastasının tedavi ve bakımında hizmet eden hemşirelere hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitelerini arttırmada yol gösterici olacaktır.

Bu araştırmanın amacı; esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek ve tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ilişkisel, tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 18 Aralık 2014 - 8 Ocak 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinin iç hastalıkları polikliniğine kayıtlı 232 esansiyel hipertansiyon hastası oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığında güç analizi ile iç hastalıkları polikliniğine başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişim sorunu olmayan, 18 yaşından büyük ve en az 6 ay önce esansiyel hipertansiyon tanısı konulmuş 197 hasta oluşturdu. Hastalar basit rasgele örnekleme yöntemiyle araştırmaya alındı.

Araştırmaya alınma kriteri

- 18 yaşından büyük olmak
- En az 6 ay süre önce Esansiyel Hipertansiyon tanısı konmuş olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriteri

- İletişim sorunu olması

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 18 aralık 2014 - 8 Ocak 2015 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan Hastaları Tanıtıcı Anket Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İlaça Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılarak toplandı. Polikliniğe başvuran hastalara araştırmacı tarafından araştırma ile ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplandı. Ortalama her bir görüşme 15 dakika sürdü.

Tanıtıcı Anket Formu: Araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanan anket formu hastaların tanıtıcı özelliklerini, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik 16 soru içermektedir. Bunlar; hastaların cinsiyet, yaş, boy, medeni durum, eğitim, mesleki, aylık gelir, aile yapısı, sosyal güvencesi vb. özelliklerini tanımlamaya yöneliktir.

İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği: Ogedegbe, Mancus, Allegrante ve Charlson tarafından

2003 yılında geliştirilen İlaça Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, 2005 yılında Gözüm ve Hacıhasanoğlu tarafından yapılmıştır (Gözüm ve Hacıhasanoğlu, 2008; Ogedegbe, Mancus, Allegrante ve Charlson, 2003). İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖÖ) hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/ uyum öz-etkililik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Hastaların antihipertansif ilaçları düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan İBÖÖ, 26 sorudan oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz etkililik düzeyini değerlendirmektedir. Ölçek sorularına cevaplar "hiç emin değilim", "biraz eminim", "çok eminim" yanıt seçenekleri ile değerlendirilmektedir. Böylece ölçekten 26-78 arasında toplam puan elde edilmektedir. Puanın artması bireyin antihipertansif ilaç tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada güvenirlik katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: SF-36 Ware tarafından 1987 yılında, bireylerin sağlık durumları ile yaşam kalitelerinin incelenmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir (Ware ve Sherbourne, 1992). Otuz alt ifade içeren ölçek, iki ana başlık (fiziksel ve mental boyut) ve sekiz kavramı (fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması- fiziksel, ağrı, zindelik/ yorgunluk, sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması-emosyonel, mental sağlık, genel sağlık algısı) değerlendiren çok faktörlü ölçek şeklindedir. Ölçekteki her bir alt boyut ve iki ana boyutun puanı 0-100 arasında değişir. Pozitif puanlamaya sahip SF-36'nın her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (Ware ve Sherbourne, 1992). SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği, 1995 yılında Pınar tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve böbrek hastalarını içeren kronik hastalıklarda güvenirlik ve geçerliliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar'ın çalışmasında SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin kardiyoloji hastalarında test- retest güvenirliği (Cronbach alfa) her alt grup için 0.81 ile 0.92 arasında değişmiştir (Pınar, 1995). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, pearson korelasyon, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann Whitney U ve t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapıldığı hastanenin Etik Kurul'undan ve Kurum Baştaibliğinden gerekli izinler alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce araştırmacı tarafından hipertansiyon hastalarına araştırmanın amacı açıklanarak, hastalardan sözlü izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hipertansiyon hastalarının sosyo demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %58.9'unun kadın olduğu, grubun yaş ortalamasının 52.16 ± 14.88 yıl, %34.5'inin üniversite mezunu, hastaların %79.7'sinin evli olduğu saptandı. Hastaların %73.6'sının çekirdek ailede yaşadıkları, %3'ü haricinde hepsinin sağlık güvencesinin olduğu, yarısından fazlasının beden kitle indeksinin obez sınırları içerisinde olduğu, yarısının %50.8 herhangi bir işte çalışmadığı tespit edildi. Hastaların %55.3'ünün tedavi süresinin 1-5 yıl arasında olduğu tespit edildi. Hastaların %77.2'sinin ilaç tedavisini düzenli sürdürdüğü, yarısından fazlasının bir adet tansiyon ilacı kullandığı görüldü. Hastaların yarısına yakınının haftada bir kez tansiyon ölçümü yaptıkları, tansiyon için kontrol yaptırma hususunda ise %44.7'sinin üç aylık ara ile %23.4'ünün altı ay aralıklarla kontrol yaptırdığı, %23.4'ünün ise kontrol yaptırmadığı tespit edildi. Hastaların %88.8'inin ise tansiyon hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi ve eğitim aldığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 2'de; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile temel demografik ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin ortalama, standart sapma ve karşılaştırma analizleri verilmiştir. Buna göre; fiziksel fonksiyon alt grubu ile cinsiyet, medeni durum, eğitim

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre dağılımı (n=197)

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	81	41.1
Kadın	116	58.9
Eğitim Düzeyi		
Okur yazar değil	18	9.1
İlkokul	47	23.9
Ortaokul	23	11.7
Lise	41	20.8
Üniversite	68	34.5
Medeni Durum		
Evli	157	79.7
Bekar	40	20.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	97	49.2
Çalışmıyor	100	50.8
Aile Yapısı		
Yalnız	29	14.7
Çekirdek aile	145	73.6
Geniş aile	23	11.7
Sosyal Güvence		
Yok	6	3.0
SGK	191	97.0
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf (<18.50)	10	5.1
Normal (18.50-24.99)	64	32.5
Fazla Kilolu (25.00-29.99)	123	62.4
Tedavi Süresi		
1 ay- 1 yıl arası	23	11.7
1-5 yıl arası	109	55.3
6-10 yıl arası	29	14.7
11-15 yıl arası	30	15.3
16 yıl ve üzeri	6	3.0
Düzenli İlaç Kullanım Durumu		
Evet	152	77.2
Hayır	45	22.8
Kullanılan İlaç Sayısı		
1	115	58.4
2	64	32.5
3	18	9.1
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı		
Her gün	29	14.7
Hastafa 1 kez	98	49.7
Ayda bir	59	30.0
Hiç ölçtürmem	11	5.6
Tansiyon İçin Kontrol Yaptırma Sıklığı		
Yaptırmıyor	46	23.4
3 ay ara ile	88	44.7
6 ay ara ile	46	23.3
1 yıl ara ile	11	5.6
1 yıldan fazla	6	3.0
Tansiyon Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Evet	175	88.8
Hayır	22	11.2
		Ort±SD
Yaş (yıl)	197	52.16±14.88

Tablo 2. Hastaların demografik, hastalık ve tedaviye yönelik özellikleri ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinin karşılaştırılması (n=197)

Demografik Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	Vücut Ağrısı	Genel Sağlık	Canlılık Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Duygusal Rol	Mental Sağlık
Cinsiyet								
Kadın	23.5±4.9	6.6±1.4	4.9±2.1	15.4±2.4	12.3±3.0	6.2±1.0	4.2±1.4	15.4±3.4
Erkek	25.7±4.2	6.8±1.6	4.5±2.0	15.1±1.9	12.1±3.3	6.3±1.2	4.8±1.3	16.6±2.9
<i>Test Değeri</i>	t= -3.455	t= -1.242	t= 1.406	t= -0.053	t= 0.424	t= -0.649	t= -2.811	t= -2.593
Önemlilik	p=0.037	p=0.254	p=0.576	p=0.037	p=0.316	p=0.066	p=0.001	p=0.001
Medeni Durum								
Evlü	24.4±4.7	6.7±1.6	4.7±2.1	15.4±2.3	12.3±3.2	6.3±1.1	4.4±1.2	15.6±3.3
Bekar	26.4±4.0	6.8±1.3	4.5±2.5	14.3±0.9	12.0±2.9	6.3±1.4	5.3±1.1	17.9±2.2
<i>Test Değeri</i>	t= -2.417	t= -0.424	t= 0.484	t= 2.937	t= 0.027	t= -3.629	t= -4.075	t= -3.431
Önemlilik	p=0.017	p=0.672	p=0.629	p=0.004	p=0.978	p=0.001	p=0.001	p=0.001
Eğitim Düzeyi								
Okur-yazar değil	23.6±5.0	7.0±1.4	4.3±2.7	16.0±2.2	13.3±2.1	6.0±0.8	4.0±1.4	14.6±3.1
İlkokul	22.4±5.1	6.0±1.3	5.8±1.7	14.6±2.4	13.7±3.0	6.3±1.1	3.7±1.3	16.0±2.8
Ortaokul	26.2±1.7	7.5±0.8	4.8±1.6	16.7±2.5	10.1±4.4	6.0±1.0	6.0±0.0	12.4±4.1
Lise	24.7±3.8	6.1±1.6	4.8±2.6	15.0±1.8	12.7±2.8	6.8±1.0	4.1±1.2	16.6±2.9
Üniversite	26.3±4.6	7.3±1.4	3.9±1.6	14.8±1.6	11.4±2.6	6.1±1.3	5.1±1.2	17.5±2.1
<i>Test Değeri</i>	KWX ² =25.19	KWX ² =34.69	KWX ² =26.43	KWX ² =14.39	KWX ² =25.19	KWX ² =12.40	KWX ² =51.91	KWX ² =26.91
Önemlilik	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.006	p=0.001	p=0.015	p=0.001	p=0.001
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	26.4±3.9	7.2±1.4	4.0±1.8	14.9±1.8	11.2±3.0	6.3±1.3	5.2±1.1	17.2±2.9
Çalışmıyor	23.2±4.7	6.3±1.5	5.3±2.1	15.4±2.4	13.2±3.0	6.2±0.9	3.9±1.3	15.0±3.1
<i>Test Değeri</i>	t= 5.030	t= 4.429	t= -4.640	t= -1.430	t= -4.428	t= 0.295	t= 7.263	t= 5.141
Önemlilik	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.154	p=0.001	p=0.769	p=0.001	p=0.001
Beden Kitle İndeksi								
Zayıf (<18.50)	27.5±1.5	7.0±1.0	6.0±2.1	14.5±2.6	14.0±4.2	5.0±0.0	6.0±0.0	16.5±2.6
Normal (18.50-24.99)	24.7±5.6	6.6±1.5	4.5±2.0	14.6±2.0	11.2±1.7	6.1±1.0	4.7±1.4	16.3±3.7
Fazla Kilolu (25.00-29.99)	24.8±4.6	6.8±1.5	4.7±2.1	15.4±2.2	12.6±3.5	6.4±1.2	4.4±1.4	16.0±3.0
<i>Test Değeri</i>	KWX ² =6.02	KWX ² =0.083	KWX ² =4.20	KWX ² =7.18	KWX ² =2.92	KWX ² =16.25	KWX ² =13.72	KWX ² =5.31
Önemlilik	p=0.049	p=0.659	p=0.122	p=0.128	p=0.231	p=0.001	p=0.001	p=0.070
Aile Yapısı								
Yalnız	27.5±1.8	7.5±0.8	3.8±2.3	14.0±1.1	11.6±3.4	6.0±1.5	6.0±0.0	17.7±2.1
Çekirdek aile	24.0±5.1	6.4±1.6	4.9±2.0	15.3±2.2	12.2±2.7	6.3±1.1	4.2±1.3	15.7±3.0
Geniş aile	26.5±1.1	7.5±0.8	4.6±2.1	15.7±2.1	13.3±4.8	6.3±0.8	5.2±1.3	16.3±4.5
<i>Test Değeri</i>	KWX ² =12.38	KWX ² =17.63	KWX ² =9.15	KWX ² =11.06	KWX ² =4.38	KWX ² =6.60	KWX ² =44.64	KWX ² =14.27
Önemlilik	p=0.002	p=0.001	p=0.010	p=0.004	p=0.111	p=0.037	p=0.001	p=0.001
Hastalık Süresi								
6 ay-1 yıl arası	26.8±4.6	6.7±1.5	4.4±2.3	14.8±1.6	12.0±1.5	6.0±0.9	4.9±1.2	17.7±3.0
1-5 yıl arası	24.6±4.6	6.7±1.5	4.7±1.8	14.4±1.8	12.0±3.0	6.7±1.2	4.2±1.3	16.6±2.2
6-10 yıl arası	25.3±1.8	6.6±1.5	5.6±2.4	16.6±1.8	12.8±4.9	6.0±0.8	5.4±1.1	15.4±4.7
11-15 yıl arası	23.2±3.9	7.2±1.3	3.7±2.5	17.5±1.6	13.7±2.5	6.0±0.7	3.7±1.3	14.2±3.4
16 yıl ve üzeri	23.6±7.7	6.6±1.9	4.6±0.9	13.6±1.7	10.6±0.4	5.3±1.2	5.0±1.4	15.0±2.2

Test Değeri	KW $\chi^2=21.49$	KW $\chi^2=2.60$	KW $\chi^2=15.31$	KW $\chi^2=62.32$	KW $\chi^2=11.02$	KW $\chi^2=32.11$	KW $\chi^2=32.60$	KW $\chi^2=20.68$
Önemlilik	p=0.001	p=0.627	p=0.004	p=0.001	p=0.026	p=0.001	p=0.001	p=0.001
Tedavi Süresi								
1 ay-1 yıl arası	26.0±4.9	6.4±1.5	4.8±2.4	15.0±1.7	12.3±1.6	6.3±0.8	4.6±1.3	17.4±3.3
1-5 yıl arası	24.8±4.9	6.6±1.5	5.0±2.0	14.5±1.7	12.6±3.2	6.5±1.2	4.3±1.3	16.9±2.1
6-10 yıl arası	25.3±1.6	7.6±0.7	3.8±2.1	17.4±2.1	11.5±4.5	6.2±0.7	5.3±1.2	13.6±4.8
11-15 yıl arası	22.4±6.3	6.6±1.7	4.6±2.1	15.8±2.3	12.2±2.1	5.8±1.1	4.2±1.4	15.2±3.2
16 yıl ve üzeri	29.0±0.0	8.0±0.0	4.0±0.0	13.0±0.0	10.0±0.0	5.0±0.0	6.0±0.0	14.0±0.0
Test Değeri	KW $\chi^2=16.13$	KW $\chi^2=15.61$	KW $\chi^2=8.58$	KW $\chi^2=43.17$	KW $\chi^2=11.39$	KW $\chi^2=16.96$	KW $\chi^2=20.58$	KW $\chi^2=18.07$
Önemlilik	p=0.003	p=0.004	p=0.073	p=0.001	p=0.022	p=0.002	p=0.001	p=0.001
ilaç Tedavi Şekli								
Düzensiz ilaç Kullanılan	25.4±3.5	6.7±1.3	4.5±2.3	14.6±2.0	11.2±3.0	6.6±1.2	4.9±1.3	16.6±3.6
Düzenli ilaç Kullanılan	24.6±4.9	6.7±1.6	4.7±2.0	15.3±2.1	12.5±3.1	6.1±1.1	4.4±1.4	16.0±3.1
Test Değeri	t= 0.974	t= -0.019	t= -0.592	t= -1.987	t= -2.556	t= 2.508	t= 2.081	t= 1.053
Önemlilik	p=0.331	p=0.985	p=0.554	p=0.048	p=0.331	p=0.013	p=0.039	p=0.294
Kullanılan ilaç Sayısı								
1 adet	25.0±4.2	7.2±1.2	4.1±1.8	15.3±2.4	11.7±3.4	6.4±1.2	4.7±1.4	15.9±3.5
2 adet	25.0±4.4	6.2±1.7	5.3±2.3	15.0±1.5	12.9±2.4	6.2±0.7	4.2±1.2	16.3±2.7
3 adet ve üzeri	22.6±7.1	6.0±1.6	6.0±1.6	14.6±1.9	13.3±3.3	5.3±1.2	5.0±1.4	16.6±2.7
Test Değeri	KW $\chi^2=0.63$	KW $\chi^2=20.50$	KW $\chi^2=16.96$	KW $\chi^2=0.70$	KW $\chi^2=15.60$	KW $\chi^2=11.91$	KW $\chi^2=7.28$	KW $\chi^2=0.70$
Önemlilik	p=0.726	p=0.001	p=0.001	p=0.704	p=0.001	p=0.003	p=0.026	p=0.704
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı								
Her gün	27.7±1.5	8.0±0.0	2.9±0.9	14.6±1.6	10.0±1.1	6.4±1.5	5.7±0.4	17.7±2.2
Haftada birkaç kez	25.1±4.8	6.6±1.5	4.7±2.0	14.4±2.0	12.6±2.7	6.1±1.0	4.4±1.4	16.6±2.6
Ayda bir	22.5±4.7	6.1±1.6	5.8±2.0	16.6±1.9	13.3±3.9	6.3±1.0	3.9±1.3	14.0±3.6
Ölçtürmüyor	27.1±2.0	8.0±0.0	2.5±0.5	15.1±2.0	9.0±1.0	6.8±2.0	6.0±0.0	18.6±1.5
Test Değeri	KW $\chi^2=31.19$	KW $\chi^2=36.60$	KW $\chi^2=54.04$	KW $\chi^2=35.49$	KW $\chi^2=49.74$	KW $\chi^2=1.01$	KW $\chi^2=40.59$	KW $\chi^2=33.13$
Önemlilik	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.798	p=0.001	p=0.001
Tansiyon Kontrolü Yaptırma Sıklığı								
Yaptırıyor	24.5±5.1	7.0±1.7	4.1±1.8	15.3±2.1	12.5±3.4	6.3±1.4	4.4±1.4	16.4±2.5
3 ayda bir	26.1±3.9	6.8±1.5	4.8±2.3	15.0±1.5	12.9±2.8	6.0±0.8	4.6±1.3	17.2±2.7
6 ayda bir	22.1±5.0	6.0±1.3	5.6±1.8	15.3±2.8	12.1±3.1	6.3±1.1	4.1±1.4	14.8±3.5
Yılda bir	26.8±2.0	8.0±0.0	2.9±1.0	13.0±0.0	8.9±1.0	7.1±2.0	6.0±0.0	15.6±1.5
1 yılın üzerinde	25.0±0.0	8.0±0.0	4.0±0.0	19.0±0.0	7.0±0.0	7.0±0.0	6.0±0.0	9.0±0.0
Test Değeri	KW $\chi^2=26.60$	KW $\chi^2=26.61$	KW $\chi^2=21.97$	KW $\chi^2=28.85$	KW $\chi^2=41.90$	KW $\chi^2=11.48$	KW $\chi^2=23.54$	KW $\chi^2=37.49$
Önemlilik	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.022	p=0.001	p=0.001
Tansiyon ile ilgili Bilgi Alma								
Evet	24.9±4.7	6.7±1.5	4.7±2.1	15.3±2.0	12.4±3.2	6.2±1.1	4.6±1.4	16.2±3.3
Hayır	24.0±3.8	6.7±1.3	4.3±2.1	13.8±2.3	10.8±2.5	7.0±1.4	4.5±1.5	15.4±2.4
Test Değeri	MW=1566.5	MW=1892.5	MW=1712.0	MW=1058.0	MW=1271.0	MW=1250.0	MW=1858.0	MW=1452.0
Önemlilik	p=0.151	p=0.884	p=0.386	p=0.001	p=0.008	p=0.004	p=0.773	p=0.061

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ve toplam Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarının karşılaştırılması

Demografik Özellikler	İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puanı	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı
Cinsiyet		
Kadın	70.2±9.3	88.3±8.0
Erkek	63.9±11.3	92.2±6.8
Test Değeri	t= 4.070	t= -3.664
Önemlilik	p=0.001	p=0.054
Medeni Durum		
Evlü	67.8±10.2	90.0±7.8
Bekar	61.6±12.6	93.2±6.0
Test Değeri	t= 3.218	t= -2.445
Önemlilik	p=0.002	p=0.015
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	60.3±12.6	89.0±5.8
İlkokul	67.1±11.5	88.5±9.5
Ortaokul	75.5±1.5	89.3±6.0
Lise	64.2±7.2	91.1±4.8
Üniversite	66.1±12.1	92.7±7.8
Test Değeri	KWx ² =41.89	KWx ² =16.60
Önemlilik	p=0.001	p=0.002
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	67.1±10.8	92.6±7.2
Çalışmıyor	65.9±11.1	88.7±7.4
Test Değeri	t= 0.787	t= 3.800
Önemlilik	p=0.432	p=0.001
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf (<18.50)	76.0±2.1	94.5±5.7
Normal (18.50-24.99)	62.9±13.5	89.1±8.1
Fazla Kilolu (25.00-29.99)	67.6±9.1	91.1±7.3
Test Değeri	KWx ² =14.97	KWx ² =8.31
Önemlilik	p=0.231	p=0.016
Aile Yapısı		
Yalnız	68.2±12.1	93.6±4.8
Çekirdek aile	65.2±11.2	89.4±7.8
Geniş aile	72.9±13.62	94.7±6.3
Test Değeri	KWx ² =13.62	KWx ² =13.68
Önemlilik	p=0.001	p=0.001
Hastalık Süresi		
6 ay-1 yıl arası	56.2±11.9	93.7±4.0
1-5 yıl arası	67.4±9.5	90.3±7.8
6-10 yıl arası	70.7±8.2	92.9±6.4
11-15 yıl arası	71.2±3.4	89.5±5.8
16 yıl ve üzeri	64.3±16.3	84.6±10.9
Test değeri	KWx ² =28.25	KWx ² =11.51
Önemlilik	p=0.001	p=0.021
Tedavi Süresi		
1 ay-1 yıl arası	59.6±10.9	93.1±4.3
1-5 yıl arası	65.6±10.9	91.3±7.6
6-10 yıl arası	73.5±1.9	90.4±5.8
11-15 yıl arası	66.0±12.5	86.8±10.1
16 yıl ve üzeri	78.0±0.0	89.0±0.0
Test Değeri	KWx ² =40.21	KWx ² =8.11
Önemlilik	p=0.001	p=0.087
Düzenli İlaç Kullanım Durumu		
Evet	67.8±10.5	90.4±6.2
Hayır	66.1±11.1	90.7±7.9
Test Değeri	t= 0.892	t= -0.216
Önemlilik	p=0.374	p=0.829

Kullanılan İlaç Sayısı		
1 adet	69.0±10.0	90.5±7.4
2 adet	63.0±10.2	91.4±5.2
3 adet ve üzeri	63.3±15.2	88.5±13.7
<i>Test Değeri</i>	<i>KWχ^2=19.63</i>	<i>KWχ^2=0.210</i>
Önemlilik	<i>p=0.001</i>	<i>p=0.900</i>
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı		
Her gün	72.8±4.3	93.3±4.0
Haftada birkaç kez	65.3±12.2	90.9±7.5
Ayda bir	64.3±10.4	88.4±8.7
Ölçtürmüyor	72.9±4.7	93.4±5.2
<i>Test Değeri</i>	<i>KWχ^2=13.04</i>	<i>KWχ^2=9.33</i>
Önemlilik	<i>p=0.005</i>	<i>p=0.025</i>
Tansiyon Kontrolü Yaptırma Sıklığı		
Yaptırmıyor	65.1±11.0	90.8±9.0
3 ayda bir	65.3±10.9	93.5±5.6
6 ayda bir	67.7±11.9	86.2±8.1
Yılda bir	72.5±5.2	88.4±0.5
1 yılın üzerinde	75.0±0.0	85.0±0.0
<i>Test Değeri</i>	<i>KWχ^2=15.30</i>	<i>KWχ^2=41.13</i>
Önemlilik	<i>p=0.004</i>	<i>p=0.001</i>
Hipertansiyon hakkında bilgi alma		
Evet	65.9±11.2	91.1±7.9
Hayır	71.4±7.2	786.9±1.6
<i>Test Değeri</i>	<i>MW=1355.0</i>	<i>MW=1044.0</i>
Önemlilik	<i>p=0.023</i>	<i>p=0.001</i>

düzeyi, çalışma durumu, beden kitle indeksi, aile yapısı, hastalık süresi, tedavi süresi, tansiyon ölçtürme sıklığı ve tansiyon kontrolü yaptırma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu saptandı. ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$). Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı alt grubu ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile yapısı, tedavi süresi, tansiyon ölçtürme sıklığı ve tansiyon kontrolü yaptırma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulundu ($p<0.01$, $p<0.001$). Vücut ağrısı alt grubu ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile yapısı, hastalık süresi, kullanılan ilaç sayısı, tansiyon ölçtürme sıklığı ve tansiyon kontrolü yaptırma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulundu ($p<0.01$, $p<0.001$). Genel sağlık alt alanı ile çalışma durumu beden kitle indeksi, kullanılan ilaç sayısı arasında istatistiksel olarak farkın önemli olmadığı ($p>0.05$), diğer özelliklerle arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Canlılık fonksiyonu alt alanı ile cinsiyet, medeni durum, beden kitle indeksi, aile yapısı arasında, sosyal fonksiyon alt alanı ile cinsiyet, çalışma durumu, tansiyon ölçtürme sıklığı arasında, duygusal rol alt alanı ile tansiyon ile ilgili bilgi alma, mental sağlık alt alanı ile ilaçla tedavi şekli, kullanılan ilaç sayısı ve

tansiyon ile ilgili bilgi alma arasında anlamlı farkın olduğu bulunmadı ($p>0.05$) diğer özellikler ile anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3'e göre; hastaların cinsiyetlerine bakıldığında SF-36 ölçek puan ortalaması erkeklerde 92.2 ± 6.8 iken kadınlarda 88.3 ± 8.0 puan ortalamasıyla daha yüksek bulundu. Ancak cinsiyete göre grupların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark önemli bulunmadı ($p>0.05$). Yaşam kalitesi Ölçeği ile medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, Beden kitle indeksi, aile yapısı, hastalık süresi, tansiyon ölçtürme sıklığı, tansiyon kontrolü yaptırma sıklığı ve tansiyon hakkında bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$).

Hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçek puan ortalamasının ise erkeklerde 63.9 ± 11.3 , kadınlarda 70.2 ± 9.3 olarak bulunduğu söz konusu ortalamaların erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu saptandı. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ile medeni durum, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi, aile yapısı, hastalık süresi, tedavi süresi, kullanılan ilaç sayısı, tansiyon ölçtürme sıklığı, tansiyon kontrolü yaptırma sıklığı ve tansiyon

Tablo 4. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında ilişki

	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik	
	r	p
Yaşam Kalitesi Ölçeği	0.311	0.001
Fiziksel Fonksiyon	0.413	0.001
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	0.522	0.001
Vücut Ağrısı	-0.296	0.001
Genel Sağlık	-0.085	0.232
Canlılık Fonksiyonu	-0.136	0.057
Sosyal Fonksiyon	0.309	0.001
Duygusal Rol	0.332	0.001
Mental Sağlık	0.052	0.469

hakkında bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4'e göre; hipertansiyon hastalarının İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ile Yaşam Kalitesi ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulundu ($r=0.311$; $p<0.001$). Tedaviye uyum arttıkça, yaşam kalitesinin de arttığı saptandı. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol kısıtlılığı ile İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt skalası olan sosyal fonksiyon ve duygusal rol puanları ile İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki saptandı ($p<0.001$).

TARTIŞMA

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek ve tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışma literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Hastaların yarısına yakınının 1-5 yıl arası hasta olduğu ve %55.3'ünün ise 1-5 yıl arası tedavi gördüğü tespit edildi (Tablo 1). Literatürdeki çalışmalarda da katılımcıların büyük çoğunluğunun 1-5 yıldır hipertansiyon hastası olduğu ve hipertansiyon tedavisi almakta oldukları saptanmıştır (Eryoncu ve ark., 1999; Gün ve Korkmaz, 2014; İcyeroğlu, 2012; Pınar, 1995; Pınar, 1997).

Katılımcıların yarısından fazlasının (%77.0) düzenli ilaç kullandıkları %58.4'ünün 1 adet tansiyon ilacı kullandığı saptandı. Hastaların yarısına yakınının haftada bir kez tansiyon ölçümü yaptırdığı, çoğunluğunun tansiyon kontrolünü 3 aylık ara ile yaptırdığı, %23.4'ünün ise kontrol yaptırmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular hastalığa verilen önemin yetersizliğini göstermektedir. Katılımcıların çoğunun ise tansiyon hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi ve eğitim aldığı görüldü (Tablo 1). Literatürdeki bir çalışmada hastaların %48'inin haftada bir kez tansiyon ölçtürdüğü, %29 düzenli ilaç kullandığı, %65'inin günde bir tane ilaç kullandığı saptanmıştır (Pınar, 1995). Başka bir alan çalışmasında hipertansiyonlu hastaların tamamına yakınının sağlık kontrollerini düzenli yaptırdığı ve 3/2'sinin hastalığa ve diyete uyum sağladığı, hastaların çoğu ilaçlarını düzenli kullanma (%92.4) önerilerine uyduklarını ifade etmişlerdir (Altun ve ark., 2005). Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %51.4'ünün 6-15 yıldır hipertansiyon hastası olduğu, %56.1'inin üç-dört ilaç kullandığı saptanmıştır (Özdemir, Akyüz ve Doruk, 2016).

Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; hastaların %90.2'si bir tane ilaç kullandığı, %36.2'sinin şikâyetleri gerilediğinde ilaçlarını bıraktığını, %50'si ilaçlarını içmeyi unuttuğunu, %33'ü ise ilaçlarını ne zaman içeceğini şaşırduklarını ifade etmiştir (Tokem, Taşçı ve Yılmaz, 2013).

Erdem ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada hastalardan düzenli tansiyon takipleri istenmiş ve hastaların %53'ünün evinde tansiyon aleti varken, %17'si kan basıncı takibi yapıp yazılı olarak getirmiştir. Ayrıca çalışmada hastaların %41'ini bir tane hipertansiyon ilacı kullandığı saptanmıştır. Krousel-Wood, Muntner, Islam, Morisky ve Webber'ın (2009) çalışmasında da yaşlı bireylerin %51.7'sinin ilaç kullanımına yüksek düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır. Demirbağ ve Timur'un (2012) çalışmasında ise yaşlı bireylerin %85.5'inin ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırmada SF-36 fiziksel fonksiyon, genel sağlık, duygusal rol, mental sağlık cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ($p<0.05$), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, vücut

ağrısı, canlılık fonksiyon, sosyal fonksiyon skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında ise önemli bir fark olmadığı saptandı. Araştırmada vücut ağrısı ve canlılık fonksiyonu alt boyutları dışındaki tüm gruplarda erkeklerin puan ortalamasının kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 2). Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında da araştırmamızla benzer şekilde; SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuş, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürdeki birçok çalışmada; hipertansif kadınlardaki yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur (Dalak, 2010; Vatasever ve Ünsar, 2014; Şarlı, 2011).

Araştırmada Medeni Durum ile SF-36 Fiziksel Fonksiyon, Genel Sağlık, Canlılık Fonksiyonu, Sosyal Fonksiyon, Duygusal Fonksiyon ve Mental Fonksiyon skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu (Tablo 2). Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında Medeni duruma göre fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ve ağrı skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş evlilerin skorlarının bekârlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda bütün alt ölçeklerde dul/boşanmış olanlar ve bekar olanların evlilere göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (İçyeroğlu, 2012; Şarlı, 2011; Vatasever ve Ünsar, 2014).

Araştırmada hastaların Eğitim düzeyi ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel - Mental Komponenti tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 2). Li ve ark.'na (2005) göre eğitim seviyesi arttıkça çoğu yaşam kalitesi skoru da artmaktadır. Bardage ve Isacson' a (2001) göre de eğitim seviyesi arttıkça fiziksel fonksiyon ve Canlılık Fonksiyonu alt boyut skorlarında artış olmaktadır. Göçgeldi ve ark.'nın (2008) çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi skorlarının da arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada hastaların çalışma durumu ile sosyal fonksiyon alt boyutu hariç tüm alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu saptandı.

Araştırmada hastaların Beden Kitle İndeksi ile Fiziksel Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon, Duygusal Rol alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptandı. Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut boyutlarının beden kitle indeksine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır. Ancak genel olarak beden kitle indeksi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir (Tablo 2). Göçgeldi ve ark.'nın (2008) çalışmasında araştırmamızla benzer şekilde SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin bazı alt boyut puanlarının beden kitle indeksine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu görülmüştür.

Hastaların aile yapısı ile Canlılık Fonksiyonu hariç Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel -Mental Komponenti diğer tüm alt boyutları arasında önemli bir ilişki saptandı. Şarlı'nın yaptığı çalışmada; dağılmış ailelerin hemen hemen tüm yaşam kalitesi boyutlarında en düşük puan aldıkları, çekirdek aileye sahip olanların ve geniş aileye sahip olanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şarlı, 2011). Yapılan çalışma bu araştırmayla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada hastaların hastalık süresi ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel-Mental Komponentin tüm alt boyutları arasında önemli bir ilişki saptandı. Hastalık süresi 6 ay- 1 yıl arasında olanların mental sağlık puanlarının daha yüksek olduğu gözlenirken hastalık süresi 16 yıl ve üzeri olan hastalarda canlılık fonksiyonu, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alanı puanlarının düşük olduğu gözlenmektedir. Tedavi süresi 1 ay-1 yıl arasında olanların mental sağlık puanları yüksektir (Tablo 2). Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında; Hipertansiyon süresine göre fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, duygusal rol ve mental fonksiyon alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmada hastaların tedavi süresi ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin vücut ağrısı alt boyutu hariç Fiziksel

-Mental Komponentin tüm alt boyutları arasında önemli bir ilişki saptanmıştır (Tablo 2).

Düzenli ilaç kullananlarda genel sağlık alt boyut puan ortalamasının daha yüksek ve istatistiksel olarak fark önemli bulundu. Bir adet tansiyon ilacı kullanan hastalarda genel olarak fiziksel komponent alt alan puanı yüksek bulunmuştur. Her gün tansiyon ölçtüren hastalarda fiziksel fonksiyon puanları yüksektir. Hipertansiyon hakkında bilgi alan hastaların genel olarak tüm fiziksel komponent alt alanlarından aldığı puan ortalamaları yüksektir (Tablo 2). Hipertansiyon tedavisi hakkında bilgi alan hastaların canlılık fonksiyonu puan ortalamasının daha yüksek ve farkın önemli olduğu gözlenmiştir. İçyeroğlu'nun (2012) çalışmasına göre, hipertansiyon eğitimi alanların ve hipertansiyon kontrollerini düzenli olarak yaptıranların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışma bu araştırmayla benzerlik arz etmektedir.

İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ortalamasının ise erkeklerde 70.23 ± 9.35 iken kadınlarda 63.99 ± 11.37 olduğu görülmüştür. Söz konusu ortalamaların erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Literatürdeki çalışmalarda hipertansiyon hastaların ilaç tedavisine uyum incelendiği birçok çalışmada araştırmamızla paralel şekilde kadınların erkeklerden daha fazla uyuma sahip oldukları saptanmıştır (Aydemir, Özdemir ve Köroğlu, 2005; Bardage ve Isacson, 2001; Eryoncu, 1999; İçyeroğlu, 2012; Li ve ark., 2005).

İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ile medeni durum arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır (Tablo 3). Gün ve Korkmaz'ın (2014) çalışmasında araştırmamızdan farklı olarak hipertansiyon tedavisine Uyum Ölçeği total skorlarının istatistiksel olarak önemli fark gösterdiği görülmüş buna göre evlilerin tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürdeki birçok çalışmada araştırmamızdan farklı olarak medeni duruma göre ilaç tedavisine uyum skorları önemli değişiklik göstermemektedir (Akgül, 2008; Chapman ve Benner, 2004; Göçgeldi ve ark., 2008).

İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ile eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi, aile yapısı, hastalık süresi, tedavi süresi, kullanılan ilaç sayısı, tansiyon ölçtürme sıklığı, tansiyon kontrolü yaptırma sıklığı ve tansiyon hakkında bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Özbayram'ın (2008) yeni tanı konulan hipertansiyon hastalarının ilk 3 aylık ilaç uyumu %62 olarak belirlenmiştir ve ilaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların yaklaşık %98'inin kan basıncı kontrolü sağlandığı görülmüştür. Tedaviler ne kadar etkin düzenlirse düzenlensin tedavisinin başarıya ulaşması için ilaçların düzenli olarak kullanılması gerekmektedir. Ayrıca Chapman ve Banner'in (2004) yaptığı bir alan çalışmasında ise 10 yıldan daha uzun süredir ilaç tedavisi alanlarda ilaç uyumu daha kısa süredir ilaç tedavisi alanlardan daha fazla bulunmuştur. Zaman ve kronik hastalığın kendisi de ilaç uyumunu etkileyen faktörler arasındadır. Amerika'da yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında hastaların ilk üç aylık ilaç uyumu %45 iken, 12. ayın sonunda bu oran %35'lere gerilemiştir. Literatürdeki çalışmalarda kan basıncını ölçtürme sıklığı ve kontrole gitme sıklığı ile Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği arasında önemli ilişki saptanmıştır. Yapılan çalışmalar araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark önemli bulunmamıştır (Tablo 3). Yapılan benzer çalışmada da cinsiyetle yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak fark önemli bulunmamıştır (Gün ve Korkmaz, 2014). Medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, beden kitle indeksi, aile yapısı, hastalık süresi, tansiyon ölçtürme sıklığı, tansiyon kontrolü yaptırma sıklığı ve hipertansiyon hakkında bilgi alma durumu ile Yaşam Kalitesi Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır.

Araştırmada hastaların İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik ile Yaşam Kalitesi ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuş olup tedaviye uyum arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır (Tablo 3). İçyeroğlu'nun (2012) yaptığı çalışmada hastaların tedaviye

uyumu ile yaşam kalitesi arasında önemli ve pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğunu, tedaviye uyum arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir. Bu araştırma bulguları yapılan çalışmalar ile benzer özellik göstermektedir (Gün ve Korkmaz, 2014; İçye-roğlu, 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre; kadın hastalarda, bekarlarda, geniş ailede yaşayanlarda, tansiyon kontrolle-rini düzenli yaptıran ve hipertansiyon hakkında bilgi alan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğu, eği-tim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun da arttığı, çalışanların, zayıf olanların ve geniş ailede yaşayanların yaşam kalitesi ve tedaviye uyum-larının daha yüksek olduğu, hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Tedaviye uyum incelendiğinde erkek hastaların ve evlilerin daha yüksek puana sahip olduğu, okur yazar olma-yanların tedaviye uyum puan ortalamasının düşük olduğu, hipertansiyon tanısı yeni konulan hastaların tedaviye uyumunun düşük olduğu, tedavi süresi 16

yıl ve üzeri olanların ve tek ilaç kullanan hastalarda tedaviye uyumun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç verilen eğitimlerin yetersizliğini göstermektedir. Yaşam kalitesi ile tedaviye uyum ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki saptanmış olup hipertan-siyon hastalarının tedaviye uyumu arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenerek, sorunların tespit edilmesi, sorunlara ve yaşam kalitesi ile tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmesi,
- Eğitim programlarında özellikle hipertansiyon kontrollerini yaptıran, beslenme ve fiziksel aktiviteye özen gösterme, ilaçlarını düzenli alma konularına yer verilmesi,
- Farkındalığı ve uyumu arttırmak için eğitim programlarının sık sık düzenlenmesi,
- Ekibin bir üyesi olarak hemşirelerin hipertansif hastaların ilaca uyumları konusunda gereksinimle-rini farketmek, uyumları iyileştirme ve izlem plan-ları hazırlama konusunda eğitilmesi.

Kaynaklar

- Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). Kronik hastalıklar ve hemşirelik bakımı. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı kitabı* içinde (s. 193–199). Ankara: Sistem Ofset.
- Akgül, C. (2008). *Hipertansiyon hastalarında antihipertansif uyumun değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, C. ... Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patent study). *Journal of Hypertension*, 23(10), 1817–1823.
- Arıcı, M., Altun, M., Erdem, Y., Derici, Ü., Nergizoğlu, G., Turgan, Ç. ... Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2003). PatenT çalışması. *Türk Hipertansiyon Derneği*, 1–27. Erişim adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf
- Aydemir, O., Özdemir, C., & Köroğlu, E. (2005). The impact of comorbid conditions on the SF-36: Primary-care-based study among hypertensives. *Archives of Medical Research*, 36(2), 136–141.
- Bardage, C., & Isacson, D. G. L. (2001). Hypertension and health related quality of life: An epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(2), 172–181.
- Chapman et al., (2005). Predictors of Adherence With Antihypertensive and Lipid-Lowering Therapy. *Archives Internal Medicine*, 165, 1147–1152.
- Dalak, H. (2010). *Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi) Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Demirbağ, C. B. ve Timur, M. (2012). Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11, 1–7.
- Erdem, E., Kaya, C., Sarı A., Özen, F., Aslan, M. S., Dilek, M. ... Akpolat, T. (2012). Hipertansiyon hastalarına ait kan basıncı takiplerinin ve tansiyon aletlerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6(2), 81–85.
- Eryoncu, B., Sayarlıoğlu, M., Bilge, M., Güler, N., Erkoç, R. ve Dilek İ. (1999). Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 6(4), 11–14.
- Eski, S. ve Fesci, H. (2002). Miyokard enfaktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Hemar – G Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 14(1), 15–28.
- Fesci, H. ve Eski, S. (2002). Koroner arter hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Medical Network Kardiyoloji Dergisi*, 9(5), 370–373.
- Gün, Y. ve Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastalarda tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 98–108.

- Göçgeldi, E., Babayiğit, M. A., Hassoy, H., Açikel, C. H., Taşçı, İ. ve Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 172–179.
- Gözüm, S., & Hacıhasanoğlu, R. (2008). Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 129–136.
- Krousel-Wood, M. A., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D. E., & Webber, L. S. (2009). Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: Perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). *Medical Clinics of North America*, 93(3), 753–769.
- İçyeroğlu, D. (2012). *Hipertansiyon hastaların tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- Li, W., Liu, L., Puente, J. G., Li, Y., Jiang, X., Jin, S. ... Chen, C. (2005). Hypertension and health related quality of life: An epidemiological study in patients attending hospital clinics in china. *Journal of Hypertension*, 23, 1667–1676.
- Ogedegbe, G., Mancus, C. A., Allegrante, J. P., & Charlson, M. E. (2003). Development and evaluation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 520–529.
- Özbayram, A (2008). *Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul.
- Özdemir, Ö., Akyüz, A. ve Doruk, H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Medical Journal of Bakırköy*, 12(4), 195–201.
- Özpancar, N. ve Fesci, H. (2008). Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Üniversite ve Toplum Dergisi*, 8(4), 4–7.
- Öztürk, A. (2011). Kronik hastalık epidemiyolojisi. Y. Öztürk & O. Günay (Ed.), *Halk sağlığı genel bilgiler* (s. 673–992). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.
- Pınar, R. (1995). Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Hemşirelik Bülteni*, 9, 85–95.
- Pınar, R. (1997). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sendrom Dergisi*, 9(9), 117–124.
- Rijken, M., Kerkhof, M. V., Dekker, J., & Schellevis, G. İ. (2005). Comorbidity chronic diseases. *Quality of Life Research*, 14(1), 45–55.
- Şarlı, Ş. (2011). *Hipertansiyon hastalığı olanlarda tedaviye uyum, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
- Tokem, Y., Taşçı, E. ve Yılmaz, M. (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. *Turkish Social Cardiology Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(5), 30–34.
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği* (2012, Temmuz 27). PatenT 2 çalışması. Erişim adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php
- Vatansever, Ö. ve Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/ öz-etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 66–74.
- Ware, J. E., & Sherbourne, D. C. (1992). The MOS 36 Item Short Health Sevey. *Medical Care*, 30, 473–83.

Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği

Occupational Safety of Nurses Working in Surgical Clinics

Gülay Altun Uğraş¹, Neriman Akyolcu², Canan Kanat³, Serpil Yüksel⁴, Tuluha Ayoğlu⁵,
Yazile Sayın⁶, Nevin Kanan⁷



DOI: 10.26650/FNJN380923

¹Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Mersin, Türkiye

²Prof. Dr., İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

³Arş. Gör. Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Mersin, Türkiye

⁴Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye

⁵Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

⁶Doç. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

⁷Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Gülay Altun Uğraş,
Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
33343 Yenişehir/Mersin, Türkiye
Telefon/Phone: +90 324 361 0001/14224
Faks/Fax: +90 324 361 0571
E-posta/E-mail: gulay.altun@yahoo.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 18.01.2018

Kabul tarihi/Date of acceptance: 13.04.2018

Atf/Citation: Altun-Uğraş, G., Akyolcu, N., Kanat, C., Yüksel, S., Ayoğlu, T., Sayın, Y. ve Kanan, N. (2018). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş güvenliği. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 93-101. <https://doi.org/10.26650/FNJN380923>

ÖZ

Amaç: Araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş güvenliğinin sağlanma durumunu belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, üç farklı ilde bulunan üç üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışan 324 hemşire ile Ağustos-Ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Tanımlayıcı özelliklere ilişkin veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan veri formuyla, iş güvenliğine ilişkin veriler ise Hastanede Sağlık Çalışanı İş Güvenliği Ölçeği (HSÇİG) ile toplandı. Veri analizinde, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, Bonferroni düzeltilmeli tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 33.06±7.17 yıl olup, %68.5'i lisans mezunu ve yarısından fazlası sürekli gece vardiyasında çalışmaktaydı. Hemşirelerin HSÇİG Ölçeği toplam puanı 121.45±39.20 idi. Ameliyathane hemşirelerinin, "malzeme araç ve gereç denetimi", "koruyucu önlemler ve kurallar" ve "fiziki ortam uygunluk" alt ölçek puanları anlamlı olarak düşüktü. Sürekli gece çalışan hemşirelerin, "sağlık tarama ve kayıt sistemi"; bakım verdikleri hasta sayısı 1-5 olan hemşirelerin "malzeme, araç ve gereç denetimi" puanları anlamlı olarak düşüktü.

Sonuç: Araştırma bulguları, cerrahi hemşirelerinin; özellikle ameliyathane hemşirelerinin, çalıştıkları ortamın güvenli olmadığını düşündüklerini, iş güvenliğinin "meslek hastalıkları ve şikayetler", "yönetmelik destek ve yaklaşımlar" ile "malzeme araç ve gereç denetimi" alt boyutlarını yetersiz olarak değerlendirdiğini ortaya koydu.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi hemşireleri, hastane ortamı, iş güvenliği

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the status of occupational safety of nurses working in surgical clinics.

Method: This descriptive study was conducted on 324 nurses working in the surgical clinics of three university hospitals in three different cities during August–October 2017. Data related to descriptive features were collected using the data collection form prepared by the researchers and The Occupational Safety Scale (OSS) for health care personnel working in hospital. Number, percentage, mean and standard deviation, independent t-test, and Bonferroni-corrected one-way analysis of variance (ANOVA) were used for data analysis.

Results: The mean age of the nurses was 33.06±7.17 years, 68.5% of them were undergraduates, and more than half of them were working in continuous night shifts. The total OSS score of the nurses was 121.45±39.20. The subscale scores of "control of materials and equipment," "protective measures and rules," and "physical environment suitability" of the operating room nurses were significantly lower. The score of the "health screening and registration system" of nurses who worked constantly at night and the scores of "material, equipment, and equipment supervision" of nurses who provided care to one to five patients were significantly lower.

Conclusion: This study showed that surgical nurses, especially operating room nurses, believed that the environment in which they were working was not safe and evaluated the subscales of occupational safety, such as "occupational diseases and complaints," "managerial support and approaches," and "control of materials and equipment," as inadequate.

Keywords: Surgical nurses, hospital environment, occupational safety

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Occupational safety is defined as the task of continuing and elevating employees' physical, mental, and social well-being (Çelikkalp, Varol-Saraçoğlu, Keloğlu, & Bilgiç, 2016; Çelikkalp, Varol-Saraçoğlu, & Tokuş, 2017; Saygun, 2012). The essential aim of occupational safety is to protect employees from the negative effects of workplace, work accidents, and occupational diseases and to provide comfortable and safe working environments (Öztürk & Babacan, 2012). Due to various reasons, nurses comprise one of the highest risk groups for occupational health problems among hospital staff (Attar, 2014; Bahçecik & Öztürk, 2009). Surgical clinics with high-risk closed units such as operating room and intensive care unit (ICU) are the places where critical thinking, quick decision-making, and emergency procedures are frequently performed (Erdağı & Özer, 2015).

Aim: This study was aimed at determining the status of occupational safety of nurses working in surgical clinics.

Method: This descriptive study was conducted on 324 nurses working in the surgical clinics of three university hospitals in three different cities (Istanbul, Mersin, Konya) during August–October 2017. The university comprised a total of 460 nurses, 70.4% of the university nurses was reached in this study. Data related to descriptive features were collected using the data collection form prepared by the researchers and the occupational safety scale (OSS) for health care personnel working in hospital. A low score calculated from this scale indicates that occupational safety is not provided, whereas a high score indicates that occupational safety is provided in hospitals. Number, percentage, mean and standard deviation, independent t-test, and Bonferroni-corrected one-way analysis of variance (ANOVA) were used for data analysis. For conducting this study, written permission was obtained from the institutions where the study was carried out and from the ethics committee. The nurses were informed about the research and its purpose. Participation in the study was voluntary.

Results: The mean age of the nurses was 33.06 ± 7.17 years, 68.5% of them were undergraduates, and more than half of them were working in continuous night shifts. The total OSS score of the nurses was 121.45 ± 39.20 . Introductory characteristics such as gender, marital status, education level, type of shift, and number of patients provided care did not affect the total OSS score ($p > 0.05$). In addition, the total OSS score and the subscale scores of "control of materials and equipment," "protective measures and rules," and "physical environment suitability" of the operating room nurses were significantly lower ($p < 0.05$). The score of the "health screening and registration system" of nurses who worked constantly at night; the scores of "material, equipment, and equipment supervision" of nurses who provided care to one to five patients; and the scores of "occupational diseases and complaints" of nurses who worked in the otorhinolaryngology clinic were significantly lower ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that nurses working in surgical clinics where critical thinking and rapid intervention and patient circulation are high believed that the environment in which they were working was not safe. The nurses evaluated the subscale of occupational safety related to "occupational diseases and complaints," "managerial support and approaches," and "control of materials and equipment" as inadequate. It was observed that the nurses working in the operating room, working constantly at night, providing care to one to five patients, and working in the otorhinolaryngology clinic evaluated some subscales of the OSS as lower. To ensure that hospitals have safe working environments, it may be advisable to make the necessary arrangements for the subscales indicated as inadequate, giving priority to occupational safety in in-service training programs of nurses and regularly repeating these training programs and making the necessary arrangements in line with the received feedback.

GİRİŞ

Çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve üst düzeye çıkarma çalışmaları olarak tanımlanan (Çelikkalp, Varol-Saraçoğlu, Keloğlu ve Bilgiç, 2016; Çelikkalp, Varol-Saraçoğlu ve Tokuş, 2017; Saygun, 2012) iş güvenliğinin temel amacı; çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden, iş kazası ve meslek hastalıklarından korumak, rahat ve güvenli ortamlarda çalışılmasını sağlamaktır (Öztürk ve Babacan, 2012).

Farklı çalışma ortamlarının olması nedeniyle hastaneler, çalışan güvenliği açısından riskli kurumlar olarak kabul edilmektedir (Bahçecik ve Öztürk, 2009). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses) 2006 yılında "Güvenli Ortam-Güvenli İstihdam", 2007 yılında ise "Olumlu Çalışma Ortamları, Kaliteli İş Yerleri=Kaliteli Hasta Bakımı"nı, hemşireler haftası teması olarak belirleyerek hastanelerde iş güvenliğinin önemine dikkat çekmiştir (International Council of Nurses, 2016). Yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının stres, tükenmişlik sendromu (Myhren, Ekeberg ve Stokland, 2013), delici kesici alet yaralanmaları, bulaşıcı hastalıklar (Davas, 2014; Tüzüner ve Özasan, 2011), kas iskelet sistemi hastalıkları ve ağrıları (Attar, 2014; Attarchi, Raeisi, Namvar ve Golabadi, 2014; Rathore, Attique ve Asmaa, 2017; Tinubu, Mbaba, Oyeyemi ve Fabunmi, 2010), uyku sorunları ve varis gibi sağlık sorunları yaşadıkları saptanmıştır (Attar, 2014; Attarchi ve ark., 2014). İlaçlar, kimyasal maddeler ve enfeksiyon ajanlarına maruziyet, malzeme yetersizliği, ergonomik koşulların olmaması, çalışma koşullarının ağır olması ve fazla iş yükü gibi nedenlerden dolayı, meslek kaynaklı sağlık sorunları yaşama riski en yüksek olan sağlık çalışanları hemşirelerdir (Attar, 2014; Bahçecik ve Öztürk, 2009). Yaşanan bu sorunlar, hemşirelerin iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kayıplar yaşamasına, kazaların artmasına, bakım verilen hastaların güvenliğinin tehdit altında kalmasına neden olmaktadır (Özdemir ve Khorshid, 2006).

Hastane ortamında tehlikelerle karşılaşma olasılığı, yapılan iş kadar hizmet verilen birim ve özellikleri de

etkilemektedir (Parlar, 2008). Cerrahi klinikleri; ameliyathane ve Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) gibi yüksek riskli kapalı birimlere sahip, kritik düşünmenin, çabuk karar vermenin ve acil girişimlerin yoğun olduğu ortamlardır (Erdağ ve Özer, 2015). Araştırmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş güvenliği kapsamında yaşadıkları sorunlara ve iş güvenliğinin sağlanmasına yönelik kurum tarafından yapılan faaliyetlere ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte planlandı ve uygulandı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; üç farklı ilde (İstanbul, Mersin, Konya) bulunan üç üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde [genel cerrahi, ortopedi, kardiyovasküler cerrahi (KVC), üroloji, kulak burun boğaz (KBB), göz, göğüs cerrahi, beyin cerrahi, cerrahi YBÜ, kardiyovasküler cerrahi YBÜ, ameliyathane] çalışan 460 hemşire oluşturdu. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırma sürecinde 360 hemşireye ulaşıldı. Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 324 hemşire ile tamamlandı. Evrenin %70.4'üne ulaşıldı.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler, Ağustos-Ekim 2017 tarihleri arasında iki bölümden oluşan veri toplama formu ile toplandı. Formun birinci bölümü, hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve çalışma yaşamlarını tanımlayan sorulardan, ikinci bölümü ise Hastanede Sağlık Çalışanı İş Güvenliği Ölçeği'nden (HSÇİG) oluştu. Bu ölçek; sağlık çalışanlarına yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığı, iş güvenliği için yapılan faaliyetlerin değerlendirilmesi ve iş güvenliği kapsamında yaşanabilecek sağlık sorunlarını saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek; 2012 yılında Öztürk ve Babacan tarafından geliştirilmiş ve cronbach alfa değeri 0.96 olarak bulunmuştur. Likert

tipte 6'lı değerlendirmeye sahip 7 alt bölümden oluşan 45 maddelik ölçeğin toplam puan aralığı 45-270 arasındadır. Ölçekten 270'e yakın puan alınması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 45'e yakın puan alınması ise iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Bu puanlar, karşılaştırma yapabilmek için maddede sayısına bölündüğünde, ölçek toplamında ve alt faktör düzeyinde 1 ile 6 puan arasında değer almakta ve bu şekli ile ölçek puanları değerlendirilmektedir (Öztürk ve Babacan, 2012). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.93 bulundu.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen tanımlayıcı verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Veriler, normal dağılım gösterdiğinden karşılaştırmalı analizlerde, bağımsız gruplarda t testi, Bonferroni düzeltmeli tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışmanın gerçekleştirildiği kurumlardan ve etik kuruldan yazılı izin alındı (Etik karar no:478288; Tarih:13.07.2017). Hemşireler araştırma ve amacı hakkında bilgilendirildi. Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesi doğrultusunda gerçekleştirildi.

BULGULAR

Yaş ortalaması 33.06 ± 7.17 yıl olan hemşirelerin %81.5'inin kadın, %63.9'unun bekar ve %68.5'inin lisans mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin %25.9'unun cerrahi YBÜ'lerde ve yarısından fazlasının (%55.9) sürekli gece vardiyasında çalıştığı bulundu. Çalışma yılı 10.75 ± 7.36 yıl olarak saptanan hemşirelerin haftalık çalışma saati 42.34 ± 4.02 saat, hemşire başına düşen hasta sayısı ise 14.58 ± 10.61 olarak saptandı (Tablo 1).

Hemşirelerin HŞÇİG ölçeği toplam puanı 121.45 ± 39.20 , mesleki hastalıklar ve şikayetler puanı 19.11 ± 8.18 , kazalar ve zehirlenmeler puanı

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri

Özellikler	Ortalama	Standart sapma
Yaş (yıl)	33.06	7.17
Çalışma yılı	10.75	7.36
Haftalık çalışma saati	42.34	4.02
Bakım verilen hasta sayısı	14.58	10.61
Cinsiyet	n	%
Kadın	264	81.5
Erkek	60	18.5
Medeni durum		
Evli	207	36.1
Bekar	217	63.9
Eğitim düzeyi		
Lise	31	9.6
Önlisans	30	9.3
Lisans	222	68.5
Lisansüstü	41	12.7
Çalıştığı klinik		
Cerrahi YBÜ (cerrahi, KVC, beyin cerrahi)	88	25.9
Genel cerrahi	56	17.5
KBB	30	9.4
Göz	29	9.2
Ortopedi	26	8.2
Üroloji	23	7.3
Beyin cerrahi	20	6.3
Ameliyathane	20	6.3
Diğer (Kardiyovasküler ve göğüs cerrahi)	32	9.9
Vardiya türü		
Sürekli gece	181	55.9
Sürekli gündüz	107	33.0
Karma	36	11.1
Bakım verilen hasta sayısı		
1-5 hasta	79	24.4
6-10 hasta	56	17.3
11-15 hasta	78	24.1
16-20 hasta	47	14.5
21 ve üzeri hasta	64	19.8

13.66 ± 7.69 , yönetsel destek ve yaklaşımlar puanı 17.33 ± 8.36 , malzeme araç ve gereç denetimi puanı 16.33 ± 7.75 , sağlık taraması ve kayıt sistemleri puanı 21.32 ± 9.47 , koruyucu önlemler ve kurallar puanı 19.52 ± 8.45 , fiziksel ortam uygunluğu puanı 14.16 ± 7.28 olarak bulundu (Tablo 2).

Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, vardiya türü, bakım verilen hasta sayısı gibi tanıtıcı özellikleri, HŞÇİG ölçek toplam puanını etkilemezken ($p > 0.05$), çalışılan kliniğin etkilediği ve bu anlamlı farkın ameliyathanede çalışan hemşirelerden kaynaklandığı belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 3).

Sürekli gündüz çalışanlar ile karşılaştırıldığında gece shiftinde çalışan hemşirelerin "sağlık tarama ve

Tablo 2. HSÇİG Ölçek puanları

Ölçek ve alt boyutları	Ortalama±Standart Sapma	Ölçekten alınabilecek min-max değerler
HSÇİG toplam puanı	121.45±39.20	45-270
HSÇİG alt ölçek puanları		
Mesleki hastalıklar ve şikayetler	19.11±8.18	13-78
Kazalar ve zehirlenmeler	13.66±7.69	5-30
Yönetsel destek ve yaklaşımlar	17.33±8.36	7-42
Malzeme araç ve gereç denetimi	16.33±7.75	5-30
Sağlık taraması ve kayıt sistemleri	21.32±9.47	6-36
Koruyucu önlemler ve kurallar	19.52±8.45	5-30
Fiziksel ortam uygunluğu	14.16±7.28	4-24

Tablo 3. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile HSÇİG toplam ölçek puanının karşılaştırılması

Özellikler	Hastanede Sağlık Çalışanı İş Güvenliği Ölçeği		
	Toplam puan	Test	p
Cinsiyet			
Kadın	120.46±38.23	0.886*	0.339
Erkek	125.83±43.30		
Medeni durum			
Evli	120.64±38.08	-0.498*	0.619
Bekar	120.89±41.25		
Eğitim düzeyi			
Lise	130.20±38.07	0.596**	0.618
Önlisans	119.47±35.95		
Lisans	120.38±39.15		
Lisansüstü	122.09±42.99		
Vardiya türü			
Sürekli gece	107.61±39.77	2.580**	0.077
Sürekli gündüz	123.93±42.21		
Karma	122.75±36.85		
Bakım verilen hasta sayısı			
1-5 hasta	121.32±41.21	0.425**	0.791
6-10 hasta	123.00±40.12		
11-15 hasta	121.77±36.02		
16-20 hasta	115.13±41.74		
21 ve üzeri hasta	124.53±38.37		
Çalıştığı klinik			
Cerrahi YBÜ	121.44±36.94	3.967**	0.000
Genel cerrahi	115.91±40.65		
KBB	121.76±37.33		
Göz	118.41±27.53		
Ortopedi	119.69±45.34		
Üroloji	114.78±36.19		
Beyin cerrahi	154.45±37.15		
Ameliyathane	95.00±40.46		
Diğer	135.78±36.88		

*Bağımsız gruplarda t testi kullanıldı, **Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı

kayıt sistemi" alt ölçek puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bakım verilen hasta sayısındaki artışın "malzeme, araç ve gereç denetimi" alt ölçek puanını etkilediği, bakım verdikleri hasta sayısı 1-5 aralığında olan hemşirelerin puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sürekli gündüz çalışanlar ile karşılaştırıldığında gece shiftinde çalışan hemşirelerin "sağlık tarama ve kayıt sistemi" alt ölçek puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bakım verilen hasta sayısındaki artışın "malzeme, araç ve gereç denetimi" alt ölçek puanını etkilediği, bakım verdikleri hasta

Tablo 4. Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri ile HŞÇİG alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	HŞÇİG Ölçeği Alt Boyutları Puanı						
	Meslek hastalıkları ve şikayetler Ort±SS	Sağlık tarama ve kayıt sistemi Ort±SS	Kazalar ve zehirlenme Ort±SS	Yöneltil destek ve yaklaşımlar Ort±SS	Malzeme araç ve gereç denetimi Ort±SS	Koruyucu önlemler ve kurallar Ort±SS	Fiziki ortam uygunluğu Ort±SS
Vardiya türü							
Sürekli gece	17.50±7.08	17.89±9.07	11.86±8.19	15.69±7.40	15.03±8.18	17.14±9.15	12.50±6.96
Sürekli gündüz	19.50±7.72	22.43±9.43	14.10±7.57	17.93±8.95	16.31±8.20	19.32±8.64	14.34±7.44
Karma	19.20±8.64	21.35±9.47	13.76±7.67	17.31±8.18	16.61±7.40	20.12±8.15	14.39±7.25
Test*	0.827	3.133	1.177	0.968	0.623	1.927	1.054
p	0.438	0.045	0.310	0.381	0.537	0.147	0.350
Bakım verilen hasta sayısı							
1-5 hasta	19.75±8.49	21.43±9.15	13.11±7.81	18.14±8.99	14.25±7.04	19.84±8.54	14.79±6.81
6-10 hasta	18.91±8.56	20.16±10.17	13.59±8.63	18.11±7.69	17.87±8.31	19.54±8.61	14.82±7.36
11-15 hasta	18.79±7.79	20.96±9.80	14.04±7.38	17.44±8.45	16.41±7.65	19.79±8.07	14.33±7.37
16-20 hasta	18.55±8.30	20.42±9.04	13.49±7.02	15.40±7.55	15.70±7.47	17.79±8.54	13.77±7.70
21 ve üzeri hasta	19.30±8.04	23.30±9.15	14.07±7.74	16.98±8.59	17.92±7.96	20.08±8.71	12.88±7.41
Test*	0.218	1.041	0.199	0.958	2.788	0.608	0.808
p	0.929	0.386	0.939	0.431	0.027	0.657	0.521
Çalıştığı klinik							
Cerrahi YBÜ	18.97±8.36	21.40±8.99	13.55±7.84	17.09±8.30	15.60±7.57	20.20±8.11	14.60±6.73
Genel cerrahi	17.17±6.53	20.17±10.01	13.76±7.28	16.01±7.13	16.94±8.41	18.60±9.36	13.21±7.99
KBB	16.70±5.50	21.33±10.48	12.26±7.85	18.86±8.54	18.46±7.12	19.06±8.76	15.06±7.39
Göz	19.03±7.15	22.31±8.19	12.34±6.71	15.96±6.86	15.79±7.40	20.96±7.49	12.00±7.46
Ortopedi	20.50±9.55	21.96±10.57	14.57±8.65	17.30±8.56	15.50±8.49	16.88±9.06	12.96±7.35
Üroloji	18.47±7.49	20.34±9.24	14.04±7.63	15.30±8.58	15.00±6.19	18.30±7.11	13.30±6.56
Beyin cerrahi	24.20±11.86	26.60±7.99	16.40±8.43	22.20±9.99	20.60±6.69	25.40±6.03	19.05±5.90
Ameliyathane	19.45±6.68	14.05±7.30	10.25±5.63	15.95±8.70	10.85±6.47	13.55±8.30	10.90±6.71
Diğer	21.12±9.39	23.59±9.13	15.68±8.16	19.46±9.14	18.15±7.75	21.46±7.35	16.28±7.20
Test*	2.100	2.781	1.382	1.784	2.920	3.520	2.742
p	0.035	0.006	0.203	0.079	0.004	0.001	0.006

*Bonferronidüzeltilmeli tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

sayısı 1-5 aralığında olan hemşirelerin puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). KBB kliniğinde çalışan hemşirelerin "meslek hastalıkları ve şikayetler", ameliyathanede çalışan hemşirelerin ise "malzeme araç ve gereç denetimi", "koruyucu önlemler ve kurallar", "fiziki ortam uygunluk" alt ölçek puanının anlamlı olarak düşük olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş güvenliğinin sağlanma durumunu saptamak amacıyla yapılan bu araştırmada, hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda iş güvenliğini yetersiz (HŞÇİG toplam puanı: 121.45±39.20) buldukları saptandı. Bu sonuç Gül, Özalp ve Işık Andsoy'un (2017) (HŞÇİG toplam puanı: 153,64±25.83) ile Çelikkalp ve ark.'nın (2016) (HŞÇİG toplam puanı: 135.33±33.23) bulgularına benzerdir.

Araştırmada, ameliyathane hemşirelerinin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre iş güvenliğini daha yetersiz olarak değerlendirdiği belirlendi. Ameliyathane hemşireleri yetersizliğin özellikle iş güvenliğinin "malzeme araç ve gereç denetimi", "koruyucu önlemler ve kurallar", "fiziki ortam uygunluk" gibi alt boyutlarında olduğunu bildirdi. Ameliyathanede hemşireler, diğer cerrahi kliniklere oranla radyasyona maruz kalma (Özbayır, 2014; Vural ve ark., 2012), antimikrobiyal temizlik ürünleri, sterilizasyon gazları ve anestetik gazlar gibi kimyasallara maruz kalma, kan ve kan ürünleri ile temas, cerrahi duman, delici kesici alet yaralanmaları (Özbayır, 2014), uzun süreli ayakta durma, ağır araç-gereçleri kullanma, sedyeden masaya ya da masadan sedyeye hastayı alma, pozisyon verme, ameliyat masalarının vücut mekaniğine uygun olmaması gibi nedenlerle daha fazla riske maruz kalmakta, daha fazla kas iskelet sistemi sorunu yaşamaktadır (Bakola, Stergioulas, Kipreos

ve Panoutsopoulos, 2017; Bos, Krol, Star ve Goot-hoff, 2007; Choobineh, Movahed, Tabatabaie ve Kumashiro, 2010). Bu araştırmadan farklı olarak yapılan bir araştırmada, dahiliye (Çelikkalp ve ark., 2016), diğ-gerinde ise YBÜ'nde (Öztürk, Babacan ve Özdaş-A-nahar, 2012) iş güvenliğinin daha yetersiz olduğu bildirilmiştir. Literatürden farklı olarak mevcut araş-tırmada ameliyathanenin daha riskli olarak belirlen-mesi, araştırmancının sadece cerrahi kliniklerde yapılmış olmasından ve ameliyathane koşullarının farklı olma-sından kaynaklanmış olabilir.

Hemşirelerin daha önce yapılan araştırmalara (Abacıgil ve ark., 2015; Çelikkalp ve ark., 2016; Öz-türk ve ark., 2012) benzer şekilde iş güvenliğinin alt boyutu olan "yönetmel destek ve yaklaşımı" yetersiz olarak değerlendirildikleri görüldü. Bu alt boyutta motivasyon, iş doyum, hasta/hemşire oranı, sorun-ların çözümüne yönelik yönetim eylemleri ile ilgili maddeler yer almaktadır. Aksoy ve Polat (2013) cer-rahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş doyum puanı-nın düşük olduğunu, ameliyathane hemşirelerinin cerrahi klinik hemşirelerine, cerrahi klinik hemşirele-rinin de YBÜ hemşirelerine göre iş doyumunun daha düşük olduğunu, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sa-yısı, gece bakım verilen ortalama hasta sayısı ve çalı-şılan kliniğin iş doyumunu etkilediğini belirlemiştir. Benzer şekilde mevcut araştırmada, ameliyathane hemşirelerinin, bakım verilen ortalama hasta sayısı 16-20 olan hemşirelerin ve sürekli gece vardiyasında çalışanların HSÇİG Ölçeği toplam puanının ve yönet-mel destek ve yaklaşım alt boyut puanının daha düşük olması, bakım verilen hasta sayısının, çalışılan kliniğin ve vardiya türünün iş doyumunu etkilediğini göster-mektedir.

Malzeme eksikliğinin ve bakım verilen hasta sayı-sının artmasının hemşireler için bir stres kaynağı oldu-ğu bilinmektedir (Altınöz ve Demir, 2017; Karahan, Gürpınar ve Özyürek, 2007; Koç, Özkul, Özde-mir-Ürkmez, Özkul- Özel ve Çelik-Çevik, 2017; Özata ve Altuncan, 2010; Özcan, 2012). Kaliforniya ve Vik-torya gibi eyaletlerde cerrahi birimlerde hemşire ba-şına düşen hasta sayısı en fazla beş, YBÜ'lerde ise en fazla iki olarak yasal düzenlemelerle zorunlu

kılınmıştır. Türkiye'de ise 2007 yılında yapılan yasal düzenleme ile hemşire başına düşen hasta sayısı; II. düzey YBÜ'lerde üç, III. düzey YBÜ'lerde ise iki olarak belirtilmiş, kliniklerde çalışan hemşireler için herhangi bir düzenleme yapılmamıştır (Türkmen, 2015). Araş-tırma bulguları, cerrahi kliniklerde 21 ve üzeri hastaya bakım verildiğini göstermektedir. Bakım verilen hasta sayısı arttıkça iş güvenliği toplam puanının ve alt boyut puanlarının düşmesi beklenirken, araştırmada bakım verdikleri ortalama hasta sayısı 1-5 olan hemşirelerin iş güvenliği toplam puanı, 21 ve üzeri hastaya bakım verenlerden daha düşük bulunmuştur. Ek olarak, or-talama 1-5 hastaya bakım veren hemşirelerin "malzeme araç ve gereç denetimi" alt boyut puanı da anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçta, bakım verdikleri hasta sayısı daha düşük olan hemşirelerin, koruyucu malzemelerin yeterli olmadığı, yara-lanma ve enfeksiyon ajanları ile karşılaşma gibi risklerin yüksek olduğu YBÜ'lerde çalışıyor olmasın-dan kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Bu araştırmada özellikle KBB kliniğinde çalışan hemşireler iş güvenliği ölçeğinin "meslek hastalıkları ve şikayetler" alt boyutunu daha yetersiz olarak bil-dirmişlerdir. Bu alt boyutu enfeksiyon hastalıkları, so-lunum yolu hastalıkları gibi maddelerin oluşturduğu göz önüne alındığında, KBB kliniklerine bulaşıcı hasta-lıklar nedeniyle yatışların sık yapılmasının hemşireleri-nin iş güvenliğinin bu alt boyutunu yetersiz bulmasına neden olmuş olabilir. Yapılan bir araştırmada, 2006-2015 yılları arasında hepatit B, C gibi sağlık çalışanları arasında yaygın görülen mesleki hastalıklara en fazla maruz kalanların, hemşire/ebeler (%41.2) olduğu bil-dirilmiştir (Kocur, Sliwa-Rak ve Grosicki, 2016). To-ronto'daki ilk büyük SARS-CoV salgınında, hastaların %51'inin (n:73) sağlık çalışanı ve bunların %40'ının (n:29) hemşire (Booth ve ark. 2003); Ürdün'deki ilk MERS-CoV salgınında ise 11 hastanın 8'inin sağlık çalı-şanı olduğu saptanmıştır (Hijawive ark., 2013). Yapı-lan bu araştırmalarda da saptandığı gibi hemşirelerin bulaşıcı hastalıkları içeren mesleki hastalık risklerinin yüksek olduğu, araştırmaya katılan hemşirelerin de bu risklerin farkında ancak yeterli iş güvenliği önlemleri-nin alınmadığını belirttikleri görüldü.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulguları, kritik düşünme ve hızlı müdahale gerektiren hasta sirkülasyonunun fazla olduğu kliniklerde çalışan cerrahi hemşirelerinin; çalıştıkları ortamın güvenli olmadığını düşündüklerini ortaya koydu. Hemşireler, iş güvenliğinin "meslek hastalıkları ve şikayetler", "yönetmelik destek ve yaklaşımlar" ile "malzeme araç ve gereç denetimi" ile ilgili alt boyutlarını yeterli olarak değerlendirdi. Ek olarak, ameliyathane hemşireleri ile sürekli gece vardiyasında çalışan hemşirelerin iş güvenliği toplam puanının, "sağlık

tarama ve kayıt sistemi", "malzeme araç ve gereç denetimi" alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Hastanelerin güvenli çalışma ortamları olmasını sağlamada, yetersizlik belirtilen alt boyutlara yönelik düzenlemelerin yapılması önemlidir. İş güvenliği sorununun çözülmesinde en önemli nokta, çalışanlarda iş güvenliğine yönelik hassasiyetin oluşturulması olduğundan, hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarında iş güvenliği konusuna öncelik verilmeli ve bu eğitimler düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, alınan geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

- Abacıgil, F., Çapacı, B., Beşer, E., Gürcan, B., Avcil, M. ve Uğurlu, A. (2015, Ekim). *Sağlık personellerinin iş güvenliği algısı ve iş kazaları ile ilişkisi*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sunulan bildiri, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Aksoy, N. ve Polat, C. (2013). Akdeniz bölgesindeki bir ilde üç farklı hastanenin cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 45–53.
- Altınöz, Ü. ve Demir, S. (2017). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distres ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 95–101.
- Attar, S. M. (2014). Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 7(61), 1–6.
- Attarchi, M., Raeisi, S., Namvar, M., & Golabadi, M. (2014). Association between shift working and musculoskeletal symptoms among nursing personnel. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(3), 309–314.
- Bahçecik, N., & Öztürk, H. (2009). The occupational safety and health in hospitals from the point of nurses. *Collegium Antropologicum*, 33(4), 1205–1214.
- Bakola, H., Zyga, S., Stergioulas, A., Kipreos, G., & Panoutsopoulos, G. (2017). Musculoskeletal problems among Greek perioperative nurses in regional hospitals in Southern Peloponnese. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 989, 21–37.
- Booth, C. M., Matukas, L. M., Tomlinson, G. A., Rachlis, A. R., Rose, D. B., Dwosh, H. A. ... Detsky, A. S. (2003). Clinical features and short-term outcomes of 144 patients with SARS in the greater Toronto area. *The Journal of the American Medical Association*, 289(21), 2801–2809.
- Bos, E., Krol, B., Van Der Star, L., & Groothoff, J. (2007). Risk factors and musculoskeletal complaints in non-specialized nurses, ICU nurses, operation room nurses, and X-ray technologists. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(3), 198–206.
- Choobineh, A., Movahed, M., Tabatabaie, S. H., & Kumashiro, M. (2010). Perceived demands and musculoskeletal disorders in operating room nurses of Shiraz city hospitals. *Industrial Health*, 48(1), 74–84.
- Çelikkalp, Ü., Varol-Saraçoğlu, G., Keloğlu, G. ve Bilgiç, Ş. (2016). Hemşirelerin çalışma ortamlarında iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 408–413.
- Çelikkalp, Ü., Varol-Saraçoğlu, G. ve Tokuç, B. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgi düzeylerinin artırılması. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(1), 36–43.
- Davas, A. (2014). Hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığı. *Toplum ve Hekim*, 29(6), 460–467.
- Erdağı, S. ve Özer, N. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 94–106.
- Gül, A., Özalp, Ş. ve Işık Andsoy, I. (2017). *Sağlık kurumlarında iş güvenliğinin değerlendirilmesi*. 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sunulan bildiri, İzmir Ekonomi Üniversitesi, Antalya.
- Hijawi, B., Abdallat, M., Sayaydeh, A., Alqasrawi, S., Haddadin, A., Jaarour, N. ... Alsanouri, T. (2013). Novel coronavirus infections in Jordan, April 2012: Epidemiological findings from a retrospective investigation. *East Mediterranean Health Journal*, 19, 12–18.
- Karahan, A., Gürpınar, K. ve Özyürek, P. (2007). Hizmet sektöründeki işletmelerin örgüt içi stres kaynakları: Afyon il merkezindeki hastanelerde çalışan cerrahi hemşirelerinin stres kaynaklarının belirlenmesi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 27–44.
- Kocur, E., Śliwa-Rak, B. O., & Grosicki, S. (2016). Analysis of occupational exposures to blood registered in the General Hospital in Zabrze in the years 2006–2015. *Przegl Epidemiol*, 70(4), 603–615.
- Koç, S., Özkul, A. S., Özdemir-Ürkmez, D., Özkul-Özel, H. ve Çelik-Çevik, L. (2017). Bir sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan hemşirelerin stres kaynaklarının ve düzeylerinin analizi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33(2), 68–75.
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2013). Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical Care Research and Practice*, 2013, 1–6.
- Özata, M. ve Altuncan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100–111.

- Özbayır, T. (2014). Ameliyat dönemi bakım. A. Karadakovan & F. Eti Aslan (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım kitabı* içinde (s. 239–277). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Özcan, H. (2012). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 60–68.
- Özdemir, N. ve Khorshid, L. (2006). Hemşirelerde varis belirti ve yakınmalarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1), 19–35.
- Öztürk, H. ve Babacan, E. (2012). Bir ölçek geliştirme çalışması: Hastanede çalışan sağlık personeli için İş Güvenliği Ölçeği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 36–42.
- Öztürk, H., Babacan, E. ve Özdaş-Anahar, E. (2012). Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252–268.
- Parlar, S. (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 547–554.
- Rathore, F. A., Attique, R., & Asmaa, Y. (2017). Prevalence and perceptions of musculoskeletal disorders among hospital nurses in Pakistan: A cross-sectional survey. *Cureus*, 9(1), 1–10.
- Saygun, M. (2012). Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 373–382.
- The International Council of Nurses. (2016, August 09). International nursesday. Retrieved from <http://www.icn.ch/publications/international-nurses-day/>
- Tinubu, B. M. S., Mbaba, C. E., Oyeyemi, A. L., & Fabunmi, A. A. (2010). Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: A cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(12), 1–8.
- Türkmen, E. (2015). Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılara etkisi: Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 69–80.
- Tüzüner, V. L. ve Özasan, B. Ö. (2011). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 40(2), 138–154.
- Vural, F., Fil, Ş., Çiftçi, S., Dura, A. A., Yıldırım, F. ve Patan, R. (2012). Ameliyathanelerde radyasyon güvenliği; Çalışan personelin bilgi, tutum ve davranışları. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 131–136.

Tip 2 Diyabetli Bireylerde Ağız Sağlığı ve Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi

Oral Health of Patients with Type 2 Diabetes and the Quality of Life Regarding Oral Health

Azime Karakoç Kumsar¹*, Feride Taşkın Yılmaz²



DOI: 10.26650/FNJN290472

¹Dr. Öğr. Üyesi, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

²Dr. Öğr. Üyesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Sivas, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Feride Taşkın Yılmaz,
Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık
Yüksekokulu, Sivas, Türkiye
Telefon/Phone: +90 346 311 5223/107
Faks/Fax: +90 346 311 5374
E-posta/E-mail: feride_taskin@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 07.02.2017

Kabul tarihi/Date of acceptance: 08.05.2018

Atıf/Citation: Karakoç-Kumsar, A. ve Taşkın-Yılmaz, F. (2018). Tip 2 diyabetli bireylerde ağız sağlığı ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 103-113.

<https://doi.org/10.26650/FNJN290472>

Öz

Amaç: Çalışma, tip 2 diyabetli bireylerde ağız sağlığının, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmaya bir üniversite hastanesinin endokrinoloji ve metabolizma polikliniğine başvuran 158 diyabetli birey katılmıştır. Veriler, hasta tanılama formu, Ağız Değerlendirme Rehberi ve Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, Pearson korelasyon analizi, Student t testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Bireylerin yaş ortalaması 59.72±9.33 ve hastalık süresi ortalaması 10.06±7.27 yıldır. Katılımcıların %62.6'sı diyabet tanısı aldıktan sonra ağız sağlığında bozulma olduğunu belirtmiştir. Bireylerin ağız sağlığı (11.46±2.35) mukozit gelişimi açısından risk durumunda olup ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi (45.37±8.09) orta düzeydedir. Bireylerin yaşı, başka kronik hastalık varlığı, hastalık süresi, metabolik parametreleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Ancak erkek diyabetli bireylerin ve ortaöğretim mezunu olan bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuç: Diyabetli bireylerin ağız sağlığının ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin iyi düzeyde olmadığı, cinsiyetin ve eğitim düzeyinin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, ağız sağlığı, periodontal hastalık, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to identify the factors affecting the oral health of patients with type 2 diabetes and to determine the relationship between oral health and the quality of life.

Method: This cross-sectional descriptive study included 158 patients with diabetes who visited the endocrinology and metabolism polyclinic of a university hospital. Data were collected using patient diagnosis form, Oral Assessment Guide, and the Scale of the Oral Health Related Quality of Life. Pearson's correlation analysis, percentage, average, Student's t-test, and Kruskal-Wallis test were used to evaluate the data.

Results: The average age of the patients was 59.72±9.33 years, and the average disease duration was 10.06±7.27 years. Among the patients, 62.2% stated that their oral health became worse after they were diagnosed with diabetes. Patients' the point average of the oral health was found to be at risk in terms of mucositis development (11.46±2.35), and the quality of life in terms of oral health was in the medium level (45.37±8.09). No statistically significant relationship was observed between the point average of the quality of life in terms of oral health and the patients' age, the presence of another chronic disease, the duration of the disease, and metabolic parameters (p>0.05). However, male patients with diabetes and participants who graduated from middle school had a relatively higher point average of the quality of life in terms of oral health (p<0.05).

Conclusion: Patients with diabetes had poor oral health and poor quality of life in terms of oral health. Gender and education level affected the quality of life in terms of oral health.

Keywords: Diabetes, oral health, periodontal disease, quality of life

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: People with diabetes may develop oral complications due to various factors such as insufficient glycemic control (Skamagas, Breen, & LeRoith, 2008), disease duration, presence of microvascular or macrovascular complications (Taylor & Borgnakke, 2008), excessive fluid loss through urination, and changed response to infection (Borgnakke, Ylostalo, Taylor, & Genco, 2013; Tozoğlu & Bilge, 2010). This condition may have a negative influence on the oral health-related quality of life in people with diabetes.

Aim: This study was conducted to identify the factors affecting the oral health of patients with type 2 diabetes and to determine the relationship between oral health and the quality of life.

Method: This study included 158 people with type 2 diabetes who were registered at the endocrinology and metabolism polyclinic of a university hospital located in Central Anatolia between November 28 and December 30 in 2016, who were admitted to the polyclinic during the study period and were diagnosed with diabetes before 6 months or longer, who had no barriers to communication, who did not receive any inhalation or steroid treatment that may affect oral health, and who agreed to participate in the study. Data were collected using patient diagnosis form, Oral Assessment Guide, and the Scale of the Oral Health Related Quality of Life. Data were collected via face-to-face interviews conducted in a comfortable room by the researchers. Data related to metabolic parameters were obtained from patient files. The administration of forms and the assessment of oral health by the researchers took approximately 25–30 min. Before data collection, written permission was obtained from the Ethics Board of a university (Decision number: 2016-11/03). Pearson's correlation analysis, percentage, average, Student's t-test, and Kruskal–Wallis test were used to evaluate the data.

Results: Mean disease duration of the people with diabetes was 10.06 ± 7.27 years, and the mean A1C value was 8.01 ± 1.43 . Only 32.2% of the participants brushed their teeth on a daily basis, and 13.9% of them underwent annual oral and dental check-ups. After receiving a diagnosis of diabetes, 62.6% of the participants had deterioration in their oral health. According to oral health assessments, the participants were at risk for the development of mucositis. The oral and dental health-related quality of life was found to be at moderate levels. A weak negative correlation was detected between mean oral assessment guide and oral health-related quality of life scores ($p < 0.01$). The mean oral health-related quality of life score showed no significant correlation with age, disease duration, fasting blood glucose level, A1C value, smoking status, type of treatment, application of regular treatment, presence of additional chronic diseases, presence of diabetes-related complications, undergoing disease-related training from a doctor or a nurse, and brushing teeth on a daily basis ($p > 0.05$). However, it was observed that gender and education status affected the oral health-related quality of life ($p < 0.05$) and that men with diabetes and participants who graduated from middle school had higher mean oral health-related quality of life scores.

Conclusion: This study showed that people with diabetes had poor protective behaviors regarding their oral and dental health, their oral health was affected, and the level of oral health-related quality of life was not at the desired levels. To improve oral and dental health in people with diabetes, health professionals and diabetes nurses, in particular, who provide care for these people should provide training and counseling related to accurate and regular teeth brushing, visiting health institutions for annual dental check-ups, and adherence to nutrition recommendations. Moreover, assessment of oral and dental health during health check-ups and increasing the awareness regarding risk factors such as poor glycemic control, mouth dryness, poor oral hygiene, and smoking among people with diabetes may contribute to increasing the oral and dental health-related quality of life.

GİRİŞ

Diyabet, yüksek kan glikoz seviyesi ve karbohidrat, yağ, protein metabolizmasının anormallikleri ile karakterize kronik bir hastalıktır (WHO, 2017). Kronik hiperglisemi tablosu zamanla retinopati, nefropati, nöropati, ayak ülserleri, amputasyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi diyabetin kronik komplikasyonlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Lamster, Lalla, Borgnakke ve Taylor, 2008; Tozoğlu ve Bilge, 2010). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, periodontal hastalıkların diyabetin altıncı komplikasyonu olduğu vurgulanmakta ve klasik olarak sayılan komplikasyonların arasında yer alması gerektiği önerilmektedir (Löe, 1993; Simpson, Needleman, Wild, Moles ve Mills, 2010; Lalla ve ark., 2006; Skamagas, Breen ve LeRoith, 2008). Özellikle periodontal hastalıklar gibi ağız enfeksiyonlarının kalp hastalığı ve diyabeti olan bireylerin kan glikoz düzeylerini kontrol etmelerinde önemli bir etken olduğu bildirilmektedir (Çolak, Dülgergil ve Serdaroğlu, 2010).

Diyabetli bireyler ağız ve diş sorunları açısından diğer pek çok hasta ya da sağlıklı bireye göre daha yüksek risk taşımaktadır (Choi ve ark., 2011; Oksay-Şahin, 2015; Simpson ve ark., 2010). Özellikle metabolik kontrolün yetersiz olması (Skamagas ve ark., 2008), diyabet süresi, mikrovasküler ya da makrovasküler komplikasyon varlığı (Taylor ve Borgnakke, 2008), ürinyasyon aracılığıyla aşırı sıvı kaybı ve enfeksiyona cevabın değişmesi gibi faktörler diyabetli bireylerde oral komplikasyonların görülme sıklığını artırmaktadır (Borgnakke, Ylostalo, Taylor ve Genco, 2013; Tozoğlu ve Bilge, 2010). Diyabetli bireylerde hiposalivasyon (tükürük akış hızında azalma), kserostomi (ağız kuruluğu hissi), bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar, zayıf yara iyileşmesi, çürüklerin şiddeti ve insidansında artma, gingivitis ve periodontal hastalıklar, periapikal apse, kötü ağız kokusu gibi oral komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Lamster ve ark. 2008; Oksay-Şahin 2015; Tozoğlu ve Bilge, 2010; Tunalı, Erşahan ve Aydınbelge, 2014).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı,

sağlık hizmetleri sunumuna ve araştırmalarına yeni bir bakış açısı kazandırmış, yalnızca ağız içi boşluğunun değil, bireyin hem ağız ve diş sağlığı hem de genel sağlığının dikkate alınmasını sağlamıştır. Böylece, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetlerinin sunumuna, bu alanda yapılan araştırmalara ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili verilen eğitimlere önemli katkılarda bulunmaktadır (Sönmez ve Top, 2015).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler tüm dünyada ve ülkemizde önemli sağlık konuları arasında yer almaktadır. Diyabetin ağız ve diş sağlığı üzerine olan olumsuz etkileri yapılan klinik çalışmalar ile ortaya konmuştur (Allen, Ziada, O'halloran, Clerehugh ve Allen, 2008; De Pinho, Borges, De Abreu ve Vargas, 2012; Sandberg ve Wikblad, 2003). Ancak diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesiyle ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu bağlamda çalışma, diyabetli bireylerde ağız sağlığı sorunlarının erken dönemde saptanması, diyabetli bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, diyabetin yönetiminde ağız sağlığına yönelik uygulamaların (ağız ve diş hijyen eğitimi gibi) ele alınması yönünde önemli katkı sağlayacaktır.

Araştırma, tip 2 diyabetli bireylerde ağız sağlığını ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini belirlemek ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 28 Kasım - 30 Aralık 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin endokrinoloji ve metabolizma polikliniğine kayıtlı olan, belirtilen zaman aralığında poliklinik hizmeti için başvuran ve hekim tarafından diyabet tanısı konulan yetişkin

bireyler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden belirlenen zamanda evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda en az 6 aydır diyabet tanısı olan, sözel iletişim engeli bulunmayan, ağız sağlığını etkileyebilecek herhangi bir inhalasyon ya da steroid tedavisi almayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 158 tip 2 diyabetli birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler hasta tanılama formu, Ağız Değerlendirme Rehberi ve Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Hasta tanılama formu, araştırmacıların literatür incelemesi doğrultusunda hazırladıkları kişisel bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek), hastalık bilgisini (hastalığın adı, hastalık süresi, ilaç kullanımı vb), metabolik parametreleri (açlık kan glikozu ile A1C) ve ağız sağlığına ilişkin bilgileri (ağız sağlığında bozulma durumu, ağız ve diş muayenesi yaptırma durumu vb) sorgulayan 28 sorudan oluşmaktadır.

Eilers, Berger ve Peterson (1988) tarafından geliştirip geçerlik ve güvenilirliğini test edilen Ağız Değerlendirme Rehberi, bireyin günlük ağız durumunu değerlendirmesi ve kaydetmesinin yanında, mukozit varlığını tespit etme ve tedavi etkinliğini değerlendirmede yarar sağlamaktadır. Rehber ses, yutma güçlüğü, dudaklar, dil, tükürük, mukoz membranlar, diş etleri ve dişlerin ya da protezlerin değerlendirilmesini kapsayan sekiz maddeden oluşmaktadır. Hasta ile konuşma, ağız boşluğunun gözlemlenmesi ve el ya da spatula kullanılarak yapılan muayene ile her kategori değerlendirilir ve normal ise 1 puan, çatlak ses, yutkunma esnasında ağrı, kuru veya çatlamış dudak, kızarıklık, koyu veya yapışkan tükürük varsa 2 puan, konuşma sırasında zorlanma ya da ağrı, yutkunamama, ülserasyon ya da kanama varsa 3 puan verilir. Rehberin toplam puanı 8 ile 24 arasında değişmektedir. Puan artışı değişime uğramış parametreler göz önüne alınarak, mukozit gelişme riskinin arttığını ya da mukozit oluştuğunu göstermektedir (Can, 2007). Araştırmada, diyabetli bireylerde

var olan ağız ve diş sorunlarını saptamak amacıyla bu rehber kullanılmıştır.

Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Oral Health Related Quality of Life -OHQoL-UK), McGrath ve Bedi (2001) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe'ye uyarlaması Mumcu ve ark. (2006) tarafından yapılmıştır. Diş, dişetleri, ağız ve protezin etkileme derecesini belirlemeye yönelik 16 maddeden oluşan ölçek 5'li Likert tipindedir. Ölçek, "Çok kötü etki-1, kötü etki-2, etkisi yok-3, iyi etki-4, Çok iyi etki-5" olarak puanlandırılmaktadır. Ölçeğinin toplam puanı 16-80 arasında değişmekte olup, elde edilen puanın yüksek olması bireyin ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin de yüksek seviyede olduğunu göstermektedir (Mumcu ve ark., 2006). Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur.

Veriler araştırmacılar tarafından rahat görüşebilecek bir odada yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hastaların metabolik parametrelerine ilişkin veriler, hasta dosyasından elde edilmiştir. Araştırmacıların formları doldurulması ve bireylerin ağız sağlığını değerlendirmesi yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 23.0 paket programında yorumlanmıştır. Diyabetli bireylerin sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özellikleri yüzdelik ve ortalama testi ile, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve ağız sağlığı rehberinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları ile yaş, hastalık süresi, açlık kan glikozu ve A1Cdüzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi; cinsiyet, tedaviyi düzenli uygulama, başka kronik hastalık varlığı gibi normal dağılım gösteren parametrelerin karşılaştırmalarında Student t test; eğitim durumu, sigara içme alışkanlığı ve tedavi şekli gibi normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Verileri toplamadan önce bir üniversitenin etik kurulundan (Karar no: 2016-11/03) yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, çalışmada yer alacak her birey çalışmanın içeriği ve katılımın gönüllü olması hususunda bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalaması 59.72±9.33 yıl olup, %59.5'i kadın, %89.3'ü evli, %25.3'ü okuma yazma bilmemekte, %55.7'si ev hanımı ve %79.1'inin ekonomik durumu orta düzeydedir. Katılımcıların halen %11.4'ü sigara içmekte ve %2.5'i alkol kullanmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2'de diyabetli bireylerin hastalıkları ile ilgili

Tablo 1. Diyabetli bireylerin sosyodemografik özellikleri (N=158)

Özellikler	n	%
Yaş (yıl) (Ort±SS)	59.72±9.33 (min=31, max=76)	
Cinsiyet		
Kadın	94	59.5
Erkek	64	40.5
Medeni durum		
Evli	141	89.3
Bekar	17	10.7
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	40	25.3
Okur-yazar	21	13.3
İlköğretim	71	44.9
Ortaöğretim	18	11.4
Yükseköğretim	8	5.1
Meslek		
İşçi/Memur	8	5.1
Serbest	21	13.3
Emekli	41	25.9
Ev hanımı	88	55.7
Ekonomik durumu		
İyi	24	15.2
Orta	125	79.1
Kötü	9	5.7
Sigara içme alışkanlığı		
İçiyor	18	11.4
Hiç içmemiş	95	60.1
Bırakmış	45	28.5
Alkol içme alışkanlığı		
İçiyor	4	2.5
Hiç içmemiş	142	89.9
Bırakmış	12	7.6

özellikleri verilmiştir. Buna göre, katılımcıların hastalık süresi ortalaması 10.06±7.27 yıl, açlık kan glikoz değeri ortalaması 164.38±61.95mg/dl ve A1C değeri ortalaması %8.01±1.43 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %34.2'si insülin kullanmakta ve %22.2'si tedavisini düzenli uygulamamaktadır. Diyabetli bireylerin %49.2'sinin başka bir kronik hastalığı mevcut olup ek kronik hastalığı olanların %15.3'ünde birden fazla hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların hastalığına ek olarak %64.1'inde hipertansiyon, %41.1'inde kronik kalp yetmezliği ve %10.2'sinde hiperlipidemi mevcuttur. Diyabetli bireylerin sadece %43'ü diyetine dikkat etmekte ve %32.9'u düzenli egzersiz yapmaktadır. Diyabetli bireylerin %24.1'inde diyabete bağlı komplikasyon var olup; bu komplikasyonların %44.7'sini retinopati, %28.9'unu nöropati, %15.8'ini diyabetik ayak ve %10.6'sını nefropati oluşturmaktadır. Katılımcıların %30.4'ü bir kez ve %13.3'ü birden fazla son bir yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyonları nedeniyle hastaneye yatmıştır. Diyabetli bireylerin %70'i hastalığı hakkında hekim ya da hemşireden eğitim aldığını belirtmiştir.

Diyabetli bireylerin sadece %32.2'si her gün dişlerini fırçalamakta olup, %13.9'u her yıl ağız ve diş muayenesi yaptırmaktadır. Diyabet tanısı aldıktan sonra, katılımcıların %62.6'sı ağız sağlığında bozulma olduğunu ve %73.4'ü diş çektirme ya da diş tedavisi yaptırdığını belirtmiştir. Diyabetli bireylerin %39.9'u genel olarak ağız sağlığını kötü olarak değerlendirmekte ve %77.9'u ağız ve diş sağlığına yönelik tedaviye ihtiyacı olduğunu düşünmektedir (Tablo 3).

Çalışmada diyabetli bireylerin ağız sağlığı puan ortalamasının (11.46±2.35) normal değerlendirmenin üstünde olduğu ve bu durumun mukozit gelişme açısından riskli olabileceği görülmektedir. Bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi değerlendirildiğinde ise, ölçekten elde edilen puan ortalamasının (45.37±8.09) ortalamaya yakın olduğu, ağız ve diş sağlığına yönelik yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada Ağız Değerlendirme Rehberi ve Ağız Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0.283$; $p<0.01$). Buna

Tablo 2. Diyabetli bireylerin hastalık ile ilgili özellikleri (N=158)

Özellikler	n	%
Hastalık süresi (yıl) (Ort±SS)	10.06±7.27 (min=1, max=30)	
Açlık kan glikoz değeri (mg/dl) (Ort±SS)	164.38±61.95 (min=73, max=356)	
A_{1c} (%) (Ort±SS)	8.01±1.43 (min=5.8, max=12.3)	
Tedavi şekli		
Sadece diyet	7	4.5
Oral antidiyabetik tedavi	44	27.8
Oral antidiyabetik ve insülin tedavisi	53	33.5
İnsülin tedavisi	54	34.2
Tedaviyi düzenli uygulama durumu		
Evet	123	77.8
Hayır	35	22.2
Başka kronik hastalık varlığı		
Evet	78	49.2
Hayır	80	50.8
Diyetine dikkat etme durumu		
Evet	68	43.0
Kısmen	69	43.7
Hayır	21	13.3
Düzenli egzersiz yapma (haftada en az 150 dakika vb) durumu		
Evet	52	32.9
Kısmen	61	37.7
Hayır	45	28.4
Diyabete bağlı komplikasyon varlığı		
Var	38	24.1
Yok	110	75.9
Son bir yıl içerisinde diyabet ya da komplikasyonları nedeniyle hastaneye yatma sıklığı		
Hiç yatmamış	89	56.3
Bir kez	48	30.4
İki kez ve üzeri	21	13.3
Hastalığı hakkında hekim ya da hemşireden eğitim alma durumu		
Evet	109	70.0
Hayır	49	30.0

Tablo 3. Diyabetli bireylerin ağız sağlığı ile ilgili görüş ve davranışları (N=158)

Özellikler	n	%
Her gün dişlerini fırçalama durumu		
Evet	51	32.2
Hayır	107	67.8
Her yıl ağız ve diş muayenesi yaptırma durumu		
Evet	22	13.9
Hayır	136	86.1
Diyabet tanısı aldıktan sonra ağız sağlığınızda bozulma olma (ağız içinde yaralar oluşması, diş çürüklerinin artması vb) durumu		
Evet	99	62.6
Hayır	59	37.4
Diyabet tanısı aldıktan sonra diş çektirme ya da diş tedavisi yaptırma		
Evet	116	73.4
Hayır	42	26.6
Genel olarak ağız sağlığını değerlendirme durumu		
İyi	9	5.7
Orta	86	54.4
Kötü	63	39.9
Ağız ve diş sağlığına yönelik tedaviye ihtiyacı olduğunu düşünme durumu		
Evet	123	77.9
Hayır	35	22.1

göre bireylerin ağız sağlığı düzeldikçe ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri de yükselmektedir.

Çalışmada diyabetli bireylerin yaşı, hastalık süresi, açlık kan glikozu değeri ve A₁C değeri ortalamaları ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları

Tablo 4. Diyabetli bireylerin yaşı, hastalık süresi ve metabolik parametreleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

Parametreler	Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği
	*r/p
Yaş	-0.068 / 0.392
Hastalık süresi	-0.022 / 0.785
Açlık kan glikozu	-0.130 / 0.103
A ₁ C	-0.047 / 0.641

*Pearson korelasyon analizi

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4).

Çalışmada diyabetli bireylerin sigara içme alışkanlığı, tedavi şekli, tedaviyi düzenli uygulama durumu, başka kronik hastalık varlığı, diyabete bağlı komplikasyon varlığı, hastalığı hakkında hekim ya da hemşireden eğitim alma durumu ve her gün dişlerini fırçalama durumu ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Ancak cinsiyetin ve eğitim durumunun ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini etkilediği (p<0.05), erkek diyabetli bireylerin ve ortaöğretim mezunu olan bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Diyabetli bireylerin bazı özellikleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

Özellikler	Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği		
	Ortalama	SS	Analiz
Cinsiyet			
Kadın	44.10	8.09	t=-2.433
Erkek	47.25	7.78	p=0.016*
Eğitim durumu			
Okuma yazma bilmiyor	38.90	3.93	KW=23.014 p<0.001**
Okur-yazar	45.70	8.15	
İlköğretim	46.45	8.44	
Ortaöğretim	48.44	8.44	
Yükseköğretim	45.25	3.05	
Sigara içme alışkanlığı			
İçiyor	45.66	6.79	KW=0.533 p=0.766
Hiç içmemiş	45.78	9.42	
Bırakmış	44.43	5.14	
Tedavi şekli			
Sadece diyet	44.00	5.07	KW=2.771 p=0.428
Oral antidiyabetik tedavi	47.90	9.62	
Oral antidiyabetik ve insülin tedavisi	45.11	8.10	
İnsülin tedavisi	43.77	6.64	
Tedaviyi düzenli uygulama durumu			
Evet	45.77	8.46	t=1.118 p=0.265
Hayır	44.05	6.62	
Başka kronik hastalık varlığı			
Evet	45.60	8.38	t=0.381 p=0.704
Hayır	45.11	7.78	
Diyabete bağlı komplikasyon varlığı			
Var	44.57	8.16	t=-0.698 p=0.486
Yok	45.63	8.09	
Hastalığı hakkında hekim ya da hemşireden eğitim alma durumu			
Evet	45.09	8.22	t=-0.654 p=0.514
Hayır	46.00	7.85	
Her gün dişlerini fırçalama durumu			
Evet	46.61	7.88	t=1.347 p=0.180
Hayır	44.77	8.16	

t=Student t testi; KW=Kruskal Wallis testi; *p<0.05

TARTIŞMA

Son yıllarda ağız ve diş sağlığı sorunlarının diyabet ile ilişkisine dair görüşler artmış ve bu konuda araştırmalar yoğunlaşmıştır (Aydıntuğ, Şençimen, Bayar, Mutlu ve Gülses, 2010; Choi ve ark., 2011; Hatipoğlu, Hatipoğlu ve Pekkan, 2012; Jawed, Shahid, Qader ve Azhar, 2011; Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day ve Ndiaye, 2005; Simpson ve ark., 2010). Özellikle ağız içi zararlı ajanlar nedeniyle fiziksel sağlığı, beslenme düzeni ve genel görünümü etkilemesi açısından diyabetli bireylerde ağız sağlığının değerlendirilmesi ve koruyucu önlemlerin alınması önemlidir (Çolak ve ark., 2010; Skamagas ve ark., 2008).

Diyabetli bireylerin her gün ağız ve diş sağlığını koruma ve sürdürme gibi öz bakım uygulamalarına, diyabetli olmayanlara göre daha fazla özen göstermeleri gerekmektedir (Oksay-Şahin, 2015). Ancak çalışmamızda, bireylerin sadece üçte birinin düzenli olarak dişlerini fırçaladığı, yaklaşık on kişiden birinin her yıl ağız ve diş muayenesi yaptırdığı bulunmuştur. Tip 1 diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının her gün dişlerini fırçaladığı belirlenmiştir (Poyrazoğlu, Saka, Yeşil, Kafaoğlu ve Fıratlı, 2009). 182 çocuk ve adölesan diyabetli bireyle yapılan bir çalışmada da, bireylerin bir yıl içerisinde ağız ve diş muayene sıklığı ortalaması 1.5 ± 0.9 olarak bulunmuştur (Lalla ve ark., 2006). Çalışma bulgusu bireylerin ağız sağlığını iyileştirmeye ve güçlendirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerine gereksinim duydukları göstermektedir.

Çalışmamızda, diyabetli bireylerin ağız sağlığının olumsuz yönde etkilendiği, özellikle bireylerin mukozit gelişimi açısından riskli oldukları belirlenmiştir. Sandberg, Sundberg, Fjellstrom ve Wikblad (2000) diyabeti olmayan bireyler ile karşılaştırmalı olarak yaptıkları çalışmada, diyabetli bireylerde ağız ve diş problemlerinin daha sık görüldüğü bulunmuştur. Tozoğlu ve Bilge (2009) tarafından yapılan çalışmada ise diyabetli bireylerde diş çürüğü ve periodontal hastalık riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (Lalla ve ark., 2006; Tozoğlu ve Bilge 2010; Sandberg ve

ark., 2000; Poyrazoğlu ve ark., 2009; Borgnakke ve ark., 2013). Ayrıca Aydıntuğ ve ark. (2010) ve Hatipoğlu ve ark. (2012) çalışmalarında ağız, diş, çene hastalıkları ve cerrahisi polikliniğine başvuran yetişkin hastalar arasında diyabetli bireylerin sık olduğu belirtilmiştir. Elde edilen çalışma bulgusu, diyabetli bireylerin ağız ve diş sağlığı hususunda riskin farkında olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Diyabetli bireylerin çoğu ağız kuruluşundan şikayet etmektedir. Ağız kuruluşunun en büyük etkisi çürük oluşumuna zemin hazırlaması, ağızda yanma, tat duyusunda bozulma ve dil papillalarında kayıplar oluşturmalarıdır (Borgnakke ve ark., 2013; Borgnakke, Anderson, Shannon ve Jivanescu, 2015; Lamster ve ark., 2008). Yetersiz ağız sağlığı ve diş kaybı, yetişkinlerde çiğneme kaybına yol açmakta ve gıda seçimlerinde sınırlamalar getirebilmektedir (Çolak ve ark., 2010; Skamagas ve ark., 2008). Bu etkilerin hepsi, bireyin yaşam kalitesini düşüren önemli birer faktördür (Skamagas ve ark., 2008). Çalışmamızda, bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çağlayan ve ark. (2009) tarafından 1090 katılımcı ile yürütülen çalışmada, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin diyabetli bireylerde daha düşük olduğu belirtilmiştir. Sönmez ve Top'un (2015) çalışmasında da benzer bulgu elde edilmiştir. Sandberg ve Wikblad (2003) çalışmasında, ağız ve diş sağlığına yönelik memnuniyetsizlik, ağız kuruluşu hissi gibi ağız ve diş sorunlarının diyabetli bireylerde diyabeti olmayanlara göre yaşam kalitesini kötü etkilediği saptanmıştır. Başka bir çalışmada da ağrı, fiziksel rahatsızlık gibi ağız ve diş problemlerinin diyabetli bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (De Pinho ve ark., 2012). Bu bulguların aksine Allen ve ark. (2008) çalışmasında, diyabetli olmayan bireylere göre diyabetli bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik yaşam kalitesinin önemli ölçüde değişmediği saptanmıştır. Çalışma bulgusu bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmada bireylerin ağız sağlığı düzeldikçe ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Çağlayan ve ark. (2009) çalışmasında da hastaların

ağız ve diş şikayetleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmış ve şikayeti olan hastalarda yaşam kalitesi daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgusu, bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi ve korunması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Literatürde hipergliseminin uygun şekilde kontrol edildiğinde ağız ve diş sağlığına ilişkin problemlerin çok az olacağı ya da hiç görülmeyeceği belirtilmektedir (Tunalı ve ark. 2014). Çalışmada bireylerin hastalık süresi, bireylerin açlık kan glikozu değeri ve A1C değeri ortalamaları yüksek bulunmasına rağmen, bu parametreler ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Lalla ve ark. (2014) çalışmasında da hastalık süresinin ve A1C değerinin ağız ve diş sağlığını etkilemediği belirtilmiştir. Buna rağmen yapılan başka çalışmalarda, glisemik kontrol ile ağız ve diş hastalıkları (Choi ve ark. 2011; Poyrazoğlu ve ark. 2009; Simpson ve ark. 2010) ve ağız içi enfeksiyonların iyileşme süreci arasında olumsuz bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Costa ve ark. 2017). Allen ve ark. (2008) çalışmasında da, metabolik kontrol ve ağız ve diş sağlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgusu diyabetli bireylerde ağız ve diş problemlerinin sorun teşkil ettiğini açıklasa da, metabolik parametrelerin ağız ve diş sağlığına etkilerine yönelik büyük katılımcı sayısı ve izlem süreli çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmada bireylerin yaşı, tedavi şekli, tedaviyi düzenli uygulama durumu, sigara içme alışkanlığı, başka kronik hastalık varlığı, diyabete bağlı komplikasyon varlığı ve her gün dişlerini fırçalama durumu ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak Çağlayan ve ark. (2009) çalışmasında sigara kullanan bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada erkek diyabetli bireylerin kadınlara göre ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada kadın ve erkeklerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirine benzer bulunmuştur. (Çağlayan ve ark., 2009). Sönmez ve Top'un (2015) çalışmasında

da diyabeti olmayan bireylerle karşılaştırıldığında diyabetli bireylerde yaşam kalitesinin düşük olmasında cinsiyet faktörünün etkisi olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada diyabet hastası olan kadın ve erkeklerin diyabet hastası olmayan kadın ve erkeklere göre ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Sönmez ve Top, 2015). Çalışma bulgusu, kadınların ağız sağlığını koruma gibi öz bakım uygulamalarında yeterli olmadığını göstermektedir.

Çalışmada eğitim durumlarına göre karşılaştırma yapıldığında, ortaöğretim mezunu olan bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çağlayan ve ark. (2009) çalışmasında da, okuma yazma bilmeyen bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da, düşük eğitim yılına sahip diyabetli bireylerin ağız sağlığı sorunlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Choi ve ark., 2011). Çalışma bulgusu ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin geliştirilmesinde eğitimin etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Ağız ve diş sağlığı problemleri ölümcül olmamakla birlikte yaygınlığı ve büyüklüğü, bireyin hem genel sağlığını etkilemekle hem de bireysel ve kurumsal maliyeti artırmaktadır (Çolak ve ark., 2010; Petersen ve ark., 2005). Bununla birlikte Allen ve ark. (2008) çalışmasında, diyabetli bireylerin sadece üçte birinin diyabetin ağız ve diş sağlığına yönelik olumsuz etkisi hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Oysa Syrjala, Ylöstalo, Niskanen ve Knuutila (2004) çalışmasında, ağız ve diş sağlığına yönelik davranışlarının diyabete uyumu kolaylaştırmada etkili olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda diyabetli bireylerde ağız ve diş sağlığı konusunda daha özenli davranılması, rutin eğitim ve tarama programının içinde mutlaka ağız ve diş sağlığı konusuna önem verilmesi gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatürde farklı toplumlarda diyabet ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler arasında ilişki olduğu ve diyabetli hastalarda periodontal hastalık oluşma riskinin fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışmada diyabetli

bireylerin ağız ve diş sağlığına yönelik koruyucu davranış düzeyinin kötü olduğu, ağız sağlığının etkilendiği ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin istenik düzeyde olmadığı görülmüştür. Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda, diyabetli bireylerde ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi noktasında, diyabet hemşireleri başta olmak üzere, diyabetli bireylere sağlık ve bakım hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin, doğru teknikle ve düzenli olarak diş fırçalama, yılda en az bir kez ağız ve diş kontrolü

için sağlık kuruluşuna başvurma, beslenme önerilerine dikkat etme konularında eğitim ve danışmanlık yapması önemlidir. Ayrıca her sağlık kontrolünde diyabetli bireylerin ağız ve diş sağlığının da değerlendirilmesi, ağız ve diş sağlığının bozulmasına neden olabilecek kötü glisemik kontrol, ağız kuruluğu, kötü ağız hijyeni, sigara kullanımı gibi bireysel faktörlerle mücadele konusunda bireylerin farkındalıklarının artırılması da ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

- Allen, E. M., Ziada, H. M., O'halloran, D., Clerehugh, V., & Allen, P. F. (2008). Attitudes, awareness and oral health related quality of life in patients with diabetes. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(3), 218–223.
- Aydıntuğ, Y. S., Şençimen, M., Bayar, G. R., Mutlu, İ. ve Gülses, A. (2010). Ağız, diş, çene hastalıkları ve cerrahisi polikliniğine başvuran erişkin hastalarda çeşitli sistemik hastalıkların görülme sıklıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(1), 7–10.
- Borgnakke, W. S., Anderson, P. F., Shannon, C., & Jivanescu, A. (2015). Is there a relationship between oral health and diabetic neuropathy? *Current Diabetes Reports*, 15(1), 93.
- Borgnakke, W. S., Ylostalo, P. V., Taylor, G. W., & Genco, R. J. (2013). Effect of periodontal disease on diabetes: Systematic review of epidemiologic observational evidence. *Journal of Periodontology*, 84(4), 135–152.
- Çaglayan, F., Altun, O., Miloglu, O., Kaya, M. D., & Yılmaz, A. B. (2009). Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 14(11), 573–578.
- Can, G. (2007). Mukozit. G. Can (Ed.). *Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi* içinde (s. 86–87). İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning.
- Choi, Y. H., Mckeown, R. E., Mayer-Davis, E. J., Liese, A. D., Song, K. B., & Merchant, A. T. (2011). Association between periodontitis and impaired fasting glucose and diabetes. *Diabetes Care*, 34(2), 381–386.
- Costa, K. L., Taboza, Z. A., Angelino, G. B., Silveira, V. R., Montenegro, R. Jr., Haas, A. N., & Rego, R. O. (2017). Influence of periodontal disease on changes of glycated hemoglobin levels in patients with type 2 diabetes mellitus: A retrospective cohort study. *Journal of Periodontology*, 88(1), 17–25.
- Çolak, H., Dülgergil, Ç. T. ve Serdaroğlu, İ. (2010). Ağız ve diş hastalıklarının medikal, psikososyal ve ekonomik etkilerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(2), 63–89.
- De Pinho, A. M. S., Borges, C. M., De Abreu, M. H., & Vargas, A. M. D. (2012). Impact of periodontal disease on the quality of life of diabetics based on different clinical diagnostic criteria. *International Journal of Dentistry*, 2012, 1–8.
- Hatipoğlu, M. G., Hatipoğlu, H. ve Pekkan, G. (2012). Bir üniversite hastanesi diş hekimliği birimine başvuran hastaların anamnez formlarının değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 54–58.
- Jawed, M., Shahid, S. M., Qader, S. A., & Azhar, A. (2011). Dental caries in diabetes mellitus: Role of salivary flow rate and minerals. *Journal of Diabetes Complications*, 25(3), 183–186.
- Lalla, E., Cheng, B., Lal, S., Tucker, S., Greenberg, E., Goland, R., & Lamster, I. B. (2006). Periodontal changes in children and adolescents with diabetes: A case-control study. *Diabetes Care*, 29(2), 295–299.
- Lamster, I. B., Lalla, E., Borgnakke, W. S., & Taylor, G. W. (2008). The relationship between oral health and diabetes mellitus. *The Journal of American Dental Association*, 139(5), 19–24.
- Löe, H. (1993). Periodontal disease: The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 16(1), 329–334.
- Mumcu, G., Inanç, N., Ergun, T., İkiz, K., Gunes, M., İstek, U. ... Direskeneli, H. (2006). Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Disease*, 12(2), 145–151.
- Oksay-Şahin, A. (2015). Diyabetli bireylerde cilt, ağız ve diş bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 1(3), 49–57.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of The World Health Organization*, 83(9), 661–669.
- Poyrazoğlu, Ş., Saka, N., Yeşil, S., Kafaoğlu, M. ve Fıratlı, E. (2009). Tip 1 diyabetli hastaların periodontal hastalık açısından değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 9(1), 25–28.
- Sandberg, G. E., Sundberg, H. E., Fjellstrom, C. A., & Wikblad, K. F. (2000). Type 2 diabetes and oral health A comparison between diabetic and non-diabetic subjects. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 50(1), 27–34.
- Sandberg, G. E., & Wikblad, K. F. (2003). Oral health and health-related quality of life in type 2 diabetic patients and non-diabetic controls. *Acta Odontologica*, 61(3), 141–148.
- Simpson, T. C., Needleman, I., Wild, S. H., Moles, D. R., & Mills, E. J. (2010). Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Australian Dental Journal*, 55(4), 472–474.
- Skamagas, M., Breen, T. L., & LeRoith, D. (2008). Update on diabetes mellitus: prevention, treatment, and association with oral diseases. *Oral Dis*, 14(2), 105–114.
- Sönmez, S. ve Top, M. (2015). Ağız ve diş sağlığında yaşam kalitesi: Diyabet hastalığının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 189–217.

- Syrjala, A. M., Ylöstalo, P., Niskanen, M. C., & Knuuttila, M. L. (2004). Relation of different measures of psychological characteristics to oral health habits, diabetes adherence and related clinical variables among diabetic patients. *European Journal of Oral Sciences*, *112*(2), 109–114.
- Taylor, G. W., & Borgnakke, W. S. (2008). Periodontal disease: Associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Dis*, *14*(3), 191–203.
- Tozoğlu, Ü., & Bilge, O. M. (2010). Diyabetes mellitus olgularında oral mukoza bulguları. *Düzce Tıp Dergisi*, *12*(2), 12–16.
- Tozoğlu, Ü. ve Bilge, O. M. (2009). Tip 2 diyabetli hastalarda DMF indeksi, periodontal indeks, tükürük akışı ve tükürük Ph'sinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, *19*(3), 145–150.
- Tunalı, M., Erşahan, Ş. ve Aydınbelge, M. (2014). Periodontal hastalık ile diyabet arasında çift yönlü ilişki. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, *23*(1), 28–38.
- World Health Organization (WHO). (2017). Diabetes. Retrieved from <http://www.who.int/diabetes/en/>

Kanserde Aromaterapi Masajı: Sistematik Literatür İncelemesi

Aromatherapy Massage in Cancer: A Systematic Literature Review

Gamze Teskereci¹*, Özen Kulakaç²*



DOI: 10.26650/FNJN282128

Bu çalışma, 24-26 Nisan 2014 tarihinde Manisa'da gerçekleştirilen "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Kongresi"nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kumluca, Antalya, Türkiye

²Prof. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Gamze Teskereci,
Akdeniz Üniversitesi, Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Temel Eğitim Mahallesi, Spor Cad. No: 14, Kumluca, Antalya, Türkiye
Telefon/Phone: +90 242 887 0910
Faks/Fax: +90 242 887 0911
E-posta/E-mail: gteskereci@akdeniz.edu.tr

Geliş tarihi/Date of receipt: 28.12.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 13.04.2018

Atıf/Citation: Teskereci, G., Kulakaç, Ö. Kanserde aromaterapi masajı: Sistematik literatür incelemesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 115-130.
<https://doi.org/10.26650/FNJN282128>

ÖZ

Amaç: Bu çalışma ile kanser tanısı konmuş hastalarda, hastalığa ve tedavisine bağlı gelişen semptomlara, aromaterapi masajının etkinliğini değerlendiren çalışmaların sistematik incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma bir doküman analizidir. Literatür taraması Haziran ve Eylül 2016'da gerçekleştirilmiştir. Literatür taraması "cancer", "oncology", "palliative" ve "aromatherapy massage" anahtar kelimeleri ve bunların çeşitli kombinasyonları ile BMJ Journals, CINAHL Plus, Ebscohost, JSTOR, Ovid LWW Total Access, Pubmed, ProQuest Digital Dissertation, Sage Journal, Science Direct, Scopus, Taylor & Francis ve Wiley Online Library-Blackwell ve Google Akademik veri tabanları taranmıştır. Çalışmanın amacına uyan 16 araştırma değerlendirme kapsamına alınmıştır.

Bulgular: Çalışmalarda aromaterapi masajının kanser hastalarında en çok anksiyete, depresyon, ağrı, bulantı ve kusmayı azaltmaya, yaşam kalitesini arttırmaya etkisinin incelendiği saptanmıştır. Aromaterapi masajının kanser tanısı konmuş hastalarda yorgunluğu, yatak istirahati gereksinimini, duygusal distresi, kaygıyı, uyku sorunlarını, konstipasyon şiddetini, kortizol ve prolaktin düzeyini ve lenf ödemi azalttığı, genel iyilik halini ve lenfosit düzeyini arttırdığı bulunmuştur.

Sonuç: Aromaterapi masajının kanser ve tedavisine bağlı fiziksel ve psikolojik semptomları azalttığı, genel iyilik hali ve yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir. Aromaterapi masajında kullanılan yağın, masajın süresinin, sıklığının ve bölgesinin belirtildiği, büyük örneklem grubu ile yapılan, aromaterapi masajı ile diğer tamamlayıcı terapi yöntemlerini karşılaştıran iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, semptom yönetimi, onkoloji, tamamlayıcı terapiler, aromaterapi masajı

ABSTRACT

Aim: This study aimed to systematically investigate the efficacy of aromatherapy massage in alleviating the symptoms of patients with cancer and who are receiving cancer treatment.

Method: This is a document analysis. The literature review was conducted in June and September 2016. The articles used in this reviewed were retrieved by searching BMJ Journals, CINAHL Plus, Ebscohost, JSTOR, Ovid LWW Total Access, Pubmed, ProQuest Digital Dissertation, Sage Journal, Science Direct, Scopus, Taylor & Francis, Wiley Online Library-Blackwell, and Google Academic databases with the key words "cancer," "oncology," "palliative," and "aromatherapy massage" and their combinations. Sixteen articles relevant to purpose of this study were included in the analysis.

Results: This review mainly investigated the effect of aromatherapy massage on the severity of anxiety, depression, pain, nausea, and vomiting and the quality of life of patients with cancer. In patients with cancer, aromatherapy massage decreases the levels of fatigue, emotional distress, anxiety, cortisol and prolactin; the duration of bed rest; and the severity of sleep problems, constipation, and lymphatic edema. By contrast, aromatherapy increases the general wellness and lymphocyte levels of patients with cancer. **Conclusion:** Aromatherapy massage decreases the physical and psychological symptoms and improves the general well-being and quality of life of patients with cancer and who are undergoing treatment. Further research is warranted to investigate the effects of aromatic oil and massage duration, frequency, and area. Well-designed randomized controlled trials with large sample sizes that compare aromatherapy massage with other complementary therapies are recommended.

Keywords: Cancer, symptom management, oncology, complementary therapies, aromatherapy massage

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Patients who are diagnosed with cancer may experience numerous problems related to their illness and treatment. The most common symptoms of chemotherapy include pain, nausea, vomiting, anorexia, fatigue, anemia, neuropathy, alopecia, and emotional distress. These symptoms can reduce the well-being of patients (Ateş & Olgun, 2014; Omran, Saeed, & Simpson, 2012; Pinar, Pinar, Akalin, Saydam, & Ayhan, 2015; Wenzel, Vergote, & Cella, 2003). Patients may apply complementary therapies to reduce or eliminate their symptoms, to relax and maintain sleep, and to improve their well-being and quality of life (Ernst, 2003; Ernst & Cassileth, 1998; Kav, Hanoğlu, & Algier 2008; Kuzeyli-Yıldırım, Fadiloğlu, & Uyar, 2006). Aromatherapy massage is a complementary therapy used by cancer patients. It is defined as the use of essential oils obtained from herbs, flowers and plants through distillation or cold pressing (Fontaine, 2005). It elevates endorphin, serotonin, and noradrenaline levels and exerts antimicrobial, sedative, analgesic, spasmolytic, estrogenic effects (Kyle, 2006).

In Europe, aromatherapy is less commonly used than herbal therapies by patients with cancer (Molassiotis et al., 2005). Studies that determine the frequency of the use of aromatherapy alone in patients with cancer in Turkey remain unavailable. However, several studies have investigated the frequency of aromatherapy use combined with other therapies (Mutlu et al., 2013; Nazik, Nazik, Api, Kale, & Aksu, 2012) and found that the use of aromatherapy is only 7.0% (Mutlu et al., 2013) and 2.4% (Nazik et al., 2012) in Turkey. This rate is very low (13.6%) compared with that in the UK (Posadzki et al., 2012). With the widespread use of aromatherapy, the number of patients applying this method will likely also increase. Therefore, nurses should acquire aromatherapy knowledge and skills (Cooke, Mitchell, Tiralongo, & Murfield, 2012; Halcon, Chlan, Kreitzer, & Leonard, 2003; Smith, 2009; Yom & Lee, 2008).

Aim: This study aimed to systematically investigate the efficacy of aromatherapy massage on symptoms related to illness and treatment in patients with cancer.

Method: This is a document analysis. Literature review was conducted in June and September 2016. Articles were retrieved from BMJ Journals, CINAHL Plus, Ebscohost, JSTOR, Ovid LWW Total Access, Pubmed, ProQuest Digital Dissertation, Sage Journal, Science Direct, Scopus, Taylor & Francis, Wiley Online Library-Blackwell, and Google Academic databases by searching with the key words "cancer," "oncology," "palliative," and "aromatherapy massage" and their combinations. Sixteen articles relevant to the objective of this study were included in the evaluation.

Results: Twelve of the included studies were conducted as randomized controlled trials and four were conducted as semi experiments. Eleven of the studies were conducted in the UK. Aromatherapy massage was performed mainly by an aromatherapist. This review investigated the effect of aromatherapy massage on the severity of anxiety, depression, pain, nausea, and vomiting and the quality of life of patients with cancer. Aromatherapy massage decreases the levels of fatigue, emotional distress, anxiety, cortisol and prolactin; the duration of bed rest; and the severity of sleep problems, constipation, and lymphatic edema. By contrast, aromatherapy increases the general wellness and lymphocyte levels of patients with cancer.

Conclusion: Aromatherapy massage reduces the physical and psychological symptoms associated with cancer and treatment. It improves the quality of life and general well-being of patients. Oncology nurses who are

trained in aromatherapy practice can use aromatherapy massage to reduce the severity of anxiety, depression, constipation, and sleeping problems of patients with cancer, as well as to decrease the blood cortisol level and bed rest requirement of the patients. In addition, aromatherapy can the emotional state and quality of life of patients with cancer. Nurses can also use holistic massage, reflexology, and cognitive behavioral therapy approaches to reduce the symptoms of chemotherapy.

Further research that investigates the effects of aromatic oil and massage duration, and frequency and area are warranted. Well-designed randomized controlled trials with large sample sizes that compare aromatherapy massage with other complementary therapies are recommended.

GİRİŞ

Kanser tanısı konmuş hastalar, hastalık ve tedavisine bağlı pek çok sorun yaşamaktadır. Kemoterapi alan hastaların en sık yaşadığı semptomlar arasında yer alan ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, anemi, nöropati, alopesi, emosyonel distres, onların yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Ateş ve Olgun, 2014; Omran, Saeed ve Simpson, 2012; Pınar, Pınar, Akalın, Saydam ve Ayhan, 2015; Wenzel, Vergote ve Cella, 2003). Hastalar bu semptomlarını azaltmak ya da ortadan kaldırmak, gevşemeyi ve uyumayı sağlamak, iyilik halini ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla tamamlayıcı terapi yöntemlerine başvurabilmektedir (Ernst, 2003; Ernst ve Cassileth, 1998; Kav, Hanoglu ve Algier, 2008; Kuzeyli-Yıldırım, Fadiloğlu ve Uyar, 2006). Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'nin yaptığı tamamlayıcı terapi sınıflandırması, kanser hastalarının kullanabileceği bu terapilerin çeşitliliğini göz önüne sermektedir: (1) bitkisel ürünler (bitkisel ilaçlar, vitaminler, mineraller, diyet kaynakları, probiyotikler, aromaterapi gibi), (2) zihin-beden terapileri (imajinasyon, meditasyon, dua etme, müzik, biyofeedback, akupunktur, sanat terapi, Tai Chi, mizah gibi), (3) manipülatif beden temelli terapiler (masaj, kayropraksi, refleksoloji gibi), (4) enerji terapileri (iyileştirici dokunma, reiki, terapötik dokunma gibi), (5) bakım sistemleri (gelecekte Çin tıbbi, ayurvedik, naturopati, homeopati gibi) ve geleneksel iyileştiriciler (şamanlar gibi) (Halcón, 2013).

Kanser tanısı konmuş hastalar tarafından kullanılan tamamlayıcı terapi yöntemlerinin çeşitliliği ve kullanım sıklığı, ülkeye, kültüre, cinsiyete ve etnik farklılıklara göre değişim göstermektedir. Çalışmalar kanser hastalarında tamamlayıcı terapiler kullanım sıklığının %7.0-84.1 arasında değiştiğini göstermektedir (Ernst ve Cassileth, 1998; Kav ve ark., 2008). Avrupa'da tamamlayıcı terapilerin en sık kullanıldığı ülkeler arasında Türkiye %37 ile, İtalya (%73.1), Çek Cumhuriyeti (%58.8), İsviçre (%48.6) ve Belçika (%40)'dan sonra beşinci sırada gelmektedir. Avrupa'da bitkisel terapiler kanser hastaları tarafından

sıklıkla kullanılırken, aromaterapi daha az kullanılan yöntem olarak belirtilmiştir (Molassiotis ve ark., 2005). Ülkemizde kanser hastalarında tek başına aromaterapi kullanım sıklığını belirleyen çalışmaya rastlanmasa da, diğer terapi yöntemlerinin içerisinde aromaterapi kullanım sıklığını inceleyen birkaç çalışmaya rastlanmıştır (Mutlu ve ark., 2013; Nazik, Nazik, Api, Kale ve Aksu, 2012). Bu çalışmalarda aromaterapi kullanımını Mutlu ve ark. (2013) %7.0, Nazik ve ark. (2012) %2.4 bulmuştur. Bu oran İngiltere ile karşılaştırıldığında (%13.6) oldukça düşüktür (Posadzki ve ark., 2012).

Aromatik bitkilerin sağlığı sürdürmedeki önemi antik kültürlerden bu tarafa bilinmektedir. Yirminci yüzyılda dikkatleri yeniden üzerinde toplamasında Fransız kimyacı Maurice-Rene Gattefosse etkili olmuş, 1937'de aromaterapi terimi kullanılmıştır (Halcón, 2013). Aromaterapi, otlar, çiçekler ve bitkilerden damıtma ya da soğuk presleme yöntemiyle elde edilen esansiyel yağların (uçucu yağlar), iyileştirici amaçlı kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Fontaine, 2005). Aromaterapide kullanılan esansiyel yağlar inhalasyon, masaj, difüzyon, kompres ya da banyo şeklinde uygulanabilmektedir. Aromaterapinin enkephalin, endorfin, serotonin ve noradrenalin gibi etkileri belirtilmektedir (Kyle, 2006). Ayrıca aromaterapi, antimikrobiyal, sedatif, analjezik, spazmolitik, östrojenik ve steroid etkilere sahip esansiyel yağları içerdiğinden, kanser hastaları tarafından çeşitli semptomların giderilmesinde kullanılabilmektedir (Gaware ve ark., 2013; Imanishi ve ark., 2009).

Aromaterapi uygulamasının yaygınlaşmasıyla birlikte, bu yönetime başvuran hastaların sayısının da artacağı öngörülmektedir. Aromaterapi uygulayıcısının, uygulanan yönetime göre değişen dikkat edilmesi ve uyulması gereken prosedürlerin bilgi ve becerisine sahip olması ve tüm uygulama boyunca bunlara dikkat etmesi gerekmektedir. Aromaterapi masaj şeklinde uygulanacaksa, uçucu yağın, taşıyıcı yağlarla seyreltilerek kullanılması, uygulama öncesi deri reaksiyonunun değerlendirilmesi ve seçilen aromatik yağın tercihi konusunda bireylerin seçimlerinin dikkate alınması uygulamada bilinmesi

gerekenlerden yalnız birkaçıdır (Ayçeman, 2008; Özdemir ve Öztunç, 2013). Bu durum aromaterapi konusunda hemşirelerin bilgi ve beceriye sahip olmasını zorunlu kılmaktadır. Hemşireler aromaterapi konusunda bilgi sahibi olarak, bakım verdikleri bireylerin, bu yöntemleri kullanma durumlarını değerlendirebilmeli ve konuyla ilgili sorularını yanıtlayabilmelidir (Cooke, Mitchell, Tiralongo ve Murfield, 2012; Halcon, Chlan, Kreitzer ve Leonard, 2003; Smith, 2009; Yom ve Lee, 2008).

Bu çalışma ile kanser tanısı konmuş hastalarda, hastalığa ve tedavisine bağlı semptomlara aromaterapi masajının etkinliğini değerlendiren çalışmaların sistematik incelenmesi amaçlanmıştır ve şu sorulara yanıt aranmaktadır.

- Aromaterapi masajını kimler, hangi temel ve aromatik yağlar ile uygulamaktadır?
- Araştırmalarda en çok incelenen semptomlar nelerdir?
- Aromaterapi masajının kanser ve tedavisine bağlı ortaya çıkan semptomlara etkisi nedir?

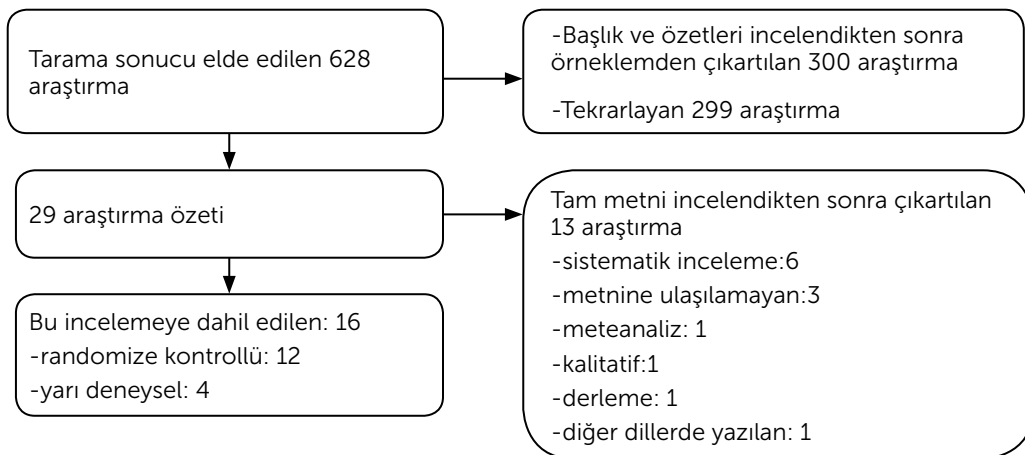
YÖNTEM

İlgili Araştırmaların Taranması ve Seçimi

Aromaterapiyle ilgili yapılmış araştırmaların analiz edildiği bu çalışma, konuyla ilgili literatürün taramasıyla gerçekleştirilmiştir. Literatür taraması, belirlenen

konudaki yayınlanmış çalışmaların eleştirel analizi olup, okuyucuya durumu özetleme, karşılaştırma, sınıflama ve değerlendirme fırsatı sunmaktadır (Cronin, Ryan ve Coughlan, 2008). Bu sistematik incelemeye dahil edilen çalışmalarda katılımcıların özellikleri, çalışma tasarımı ve ölçüm yöntemleri aynı olmadığından meta-analiz yapılamamıştır.

Literatür taraması Haziran ve Eylül 2016'da gerçekleştirilmiştir. Türkçe "kanser", "onkoloji", "palyatif" ve "aromaterapi masajı", İngilizce "cancer", "oncology", "palliative" ve "aromatherapy massage" anahtar kelimeleri ve bunların çeşitli kombinasyonları ile BMJ Journals, CINAHL Plus, Ebscohost, JSTOR, Ovid LWW Total Access, Pubmed, ProQuest Digital Dissertation, Sage Journal, Science Direct, Scopus, Taylor & Francis ve Wiley Online Library-Blackwell ve Google Akademik veri tabanları, son 30 yılda yapılan çalışmalar açısından taranmıştır. Tarama sonucunda 628 araştırmaya ulaşılmış, 299 araştırmanın tekrarlandığı 300 araştırmanın konuyla ilgili olmadığı bulunmuştur. İlgili araştırmalar başlık ve özetleri dikkate alınarak incelenmiş ve dahil olma kriterlerini kapsayan 29 araştırmaya ulaşılmıştır (Şekil 1). Bu çalışmaya alınacak araştırmalar konusunda her iki yazar ortak karar vermişlerdir. Başlık ya da özeti açık olmayan araştırmaların dahil olma kriterlerine uyup uymadığının incelenmesi için araştırmaların tam metinleri incelenmiştir. Araştırmacılar arasında fikir anlaşmazlığı yaşanmamıştır.



Şekil 1. Araştırma seçim akış şeması

Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Araştırmada ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış, yayın dili İngilizce ya da Türkçe ve tam metinlerine ulaşılan randomize kontrollü ve yarı deneysel çalışmalar değerlendirme kapsamına alınmıştır. Derleme, tanımlayıcı, kalitatif çalışmalar ve bildiri özetleri değerlendirme kapsamına alınmamıştır.

Örneklem

Değerlendirmeye alınan 29 araştırmadan konuyla ilgili sistemik inceleme yapan altı, tam metnine ulaşamayan üç, kalitatif olan bir, meta-analiz yapan bir, derleme olan bir ve yayın dili Korece olan bir araştırma dışlanmıştır. Ulaşılan araştırmalar, başlık ve özetlerine göre incelenmiş ve 16 araştırma bu çalışmanın kapsamına alınmıştır.

İlgili Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin özetlenmesi için standart bir veri özetleme formu geliştirilmiş ve veriler buna göre değerlendirilmiştir. Dahil edilen çalışmalar, araştırmacılar tarafından birbirinden bağımsız olarak veri özetleme formuna göre özetlenmiştir. Veri özetleme formunda çalışmanın yazarları, yılı, ülkesi, örneklem, araştırma tasarımı, uygulama ve süresi, bulgular, kullanılan aromatik ve temel yağın türü, aromaterapi uygulayıcısı ve ölçülen parametreler yer almıştır.

Araştırmaların Kalitesinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada örnekleme alınan her bir araştırma Kmet, Lee ve Cook (2004) tarafından geliştirilen ve 14 maddeden oluşan araştırma kalitesi değerlendirme aracına göre değerlendirilmiştir. Her bir maddenin karşısında "evet", "kısmen" ve "hayır" olmak üzere üç seçenek vardır ve buna karşılık gelen puanlar sırasıyla 2, 1 ve 0 şeklindedir. Bu işlem her çalışma için, her iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılmış ve farklı görüşte olunan durumlarda ortak bir karara varılmıştır. Araştırmalar için kalite aralığının %61-100

arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç olarak bu çalışmaya alınan tüm araştırmaların orta ve iyi kalitede olduğu söylenebilir.

BULGULAR

Kanser tanısı konan hastalarda, hastalığa ve tedavisine bağlı semptomlara aromaterapi masajının etkinliğini değerlendiren çalışmaların örneklem büyüklüğü 11-288 arasında değişmekte olup, toplam örneklem sayısı 1316'dır. Bu araştırmaların 12'si randomize kontrollü, dördü ise yarı deneysel olarak yürütülmüştür. Kanser tanısı konan ve palyatif tedavi alan katılımcılardan 643'üne aromaterapi masajı uygulandığı saptanmıştır. Araştırmaların 12'sinin örneklemi kanserin türüne bakılmaksızın oluşturan karma hasta grupları, diğerini ise yalnızca meme (n=2), hemotolojik (n=1) ve kolon kanseri (n=1) olan hasta grupları oluşturmuştur. Araştırmaların 11'i İngiltere, kalan beşi ise Hindistan, Tayland, Çin, Japonya ve Türkiye'de yapılmıştır (Tablo 1). Bu incelemede bulgular, araştırma soruları dikkate alınarak üç bölümde incelenmiştir.

Aromaterapi Masajının Uygulayıcısı ve Aromaterapi Masajında Kullanılan Yağlar

Aromaterapi masajı 10 araştırmada aromaterapist, dört araştırmada konuyla ilgili uzman hemşire, bir araştırmada aromaterapist ve hemşire ile birlikte uygulanırken, bir araştırmada aromaterapi masajını kimin uyguladığı belirtilmemiştir. Bu çalışmaya alınan araştırmaların yalnız 10'unda aromaterapi masajında kullanılan temel ve aromatik yağlarla ilgili bilgi verilmiş olup, temel yağ olarak en çok tatlı badem yağının, aromatik yağ olarak da lavanta, sandal ağacı ve papatya yağının kullanıldığı görülmüştür (Tablo 2).

Araştırmalarda En Çok İncelenen Semptomlar

Bu çalışmaya alınan araştırmalarda aromaterapi masajının etkisinin incelendiği semptomlar; anksiyete dokuz (Evans, 1995; Khiewkhern, Promthet, Sukprasert, Eunhpinitpong & Bradshaw, 2013; Kite ve ark., 1998; Kyle,

Tablo 1. Kanser hastalarında aromaterapi masajının etkinliğini inceleyen araştırmalar ve bazı bulguları

Yazar, Yıl, Ülke	Örneklem	Araştırma Tasarımı	Örneklem	Süre ve Girişim	Bulgular
Dyer ve ark. (2013), İngiltere	Ayaktan tedavi gören, farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=115)	RKÇ	1. n=58 (ATM) 2. n=57 (R)	4 seans, her seans 1 saat	<ul style="list-style-type: none"> ATM ve R sonrası hastaların kaygı durumları azalmış, genel iyilik hali artmış ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamıştır. ATM ve R sonrası hastaların gevşeme skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamıştır (p=0.408).
Ovayolu ve ark. (2013), Türkiye	Kemoterapi alan meme kanseri olan hasta grubu (n=280)	RKÇ	1. n=70 (M) 2. n=70 (ATM) 3. n=70 (I) 4. n=70 (KG)	1. 1 ay, haftada 3 kez, 35 dakika 2. 1 ay, haftada 3 kez, 35 dakika 3. 1 ay, haftada 3 kez, 5 dakika 4. Girişim yok	<ul style="list-style-type: none"> KG'nda 6. ve 10. haftalarda yaşam kalitesi düşerken, M ve ATM grubunda yaşam kalitesi yükselmiştir. ATM yapılan hastalarda fiziksel ve psikolojik semptomlar ve semptom şiddeti azalmıştır.
Khiewkhern ve ark. (2013), Tayland	Kemoterapi alan kolorektal kanseri olan hasta grubu (n=66)	RKÇ	1. n=33 (ATM) 2. n=33 (KG)	1. 1 hafta, 3 kez, 45 dakika 2. Girişim yok	<ul style="list-style-type: none"> KG'na göre, ATM sonrası hastaların lenfosit düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (p=0.04) artmış, ancak lökosit, nötrofil, CD4, CD8 düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemiştir (p>0.05). KG'na göre, ATM sonrası hastaların mevcut semptomları (p=0.001), ağrı (p=0.001), yorgunluk (p=0.001), stres/anksiyete (p=0.03) düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış, bulantı ve depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemiştir (p>0.05).
Serfaty ve ark. (2012), İngiltere	Ayaktan tedavi gören, farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=39)	RKÇ	1. n=19 (BDT) 2. n=20 (ATM)	1. 8 hafta, haftada 1 saat 2. 8 hafta, haftada 1 saat	<ul style="list-style-type: none"> BDT ve ATM sonrası hastaların duyu durumlarında bir iyileşme ve yaşam kalitelerinde artma bulunmuş, ancak iki grup arasında fark bulunmamıştır.
Lai ve ark. (2011), Çin	Yatarak tedavi gören, ileri evre ve farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=32)	RKÇ	1. n=13 (ATM) 2. n=11 (M) 3. n=8 (KG)	1. 5 gün, günde 15-20 dakika 2. 5 gün, günde 15-20 dakika 3. Girişim yok	<ul style="list-style-type: none"> ATM ve M sonrası hastaların konstipasyon şiddeti azalmış ve barsak hareketleri artmıştır. KG ve M grubuna göre, ATM grubunda konstipasyon şiddetinde anlamlı düzeyde daha fazla azalma (p=0.002) ve genel yaşam kalitesinde daha fazla artma (p=0.028) saptanmıştır.

Santosh ve ark. (2011), Hindistan	Kemoterapi alan, farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=60)	Yarı deneysel	1.n=30 (ATM+I) 2. n=30 (KG)	1.Kemoterapi öncesinde başlayıp bitinceye kadar, saatte bir kez, 10 dakika 2. Girişim yok	<ul style="list-style-type: none"> Her iki grubunda anksiyete düzeyi azalırken, ATM+I grubunda bu azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0.001). KG'na göre, ATM+I grubunun bulantı ve kusma düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olmuştur (p<0.01).
Stringer ve ark. (2008), İngiltere	Kemoterapi alan hemotolojik onkoloji hasta grubu (n=39)	RKÇ	1.n=13 (ATM) 2. n=13 (M) 3. n=13 (IG)	1. 20 dakika 2. 20 dakika 3. 20 dakika	<ul style="list-style-type: none"> IG'na göre, M ve ATM grubundaki hastaların kortizol düzeyleri matematiksel olarak azalsa da, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p>0.05). Yalnızca M grubunun prolaktin düzeyi, IG'na göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. IG'na göre, M ve ATM sonrası yatak istirahati gereksinimleri azalmıştır.
Imanishi ve ark. (2009), Japonya	Meme kanseri olan hasta grubu (n=12)	Yarı deneysel	n=12 (ATM)	4 hafta, haftada 2 kez ve 30 dakika	<ul style="list-style-type: none"> ATM 1. 5. ve 8. seans sonrası hastaların anksiyete düzeyi azalmış (p<0.05), depresyon düzeyi değişmemiştir.
Wilkinson ve ark. (2007), İngiltere	Ayaktan tedavi gören, farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=288)	RKÇ	1.n=144 (ATM) 2. n=144 (KG)	1. 4 hafta, haftada 1 kez, 1 saat 2. Girişim yok	<ul style="list-style-type: none"> ATM'nin ikinci haftasında hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri azalmış, ilk masajdan altı ve on hafta sonra anksiyete düzeyindeki azalma devam etmiş ancak depresyon düzeyindeki azalma devam etmemiştir. ATM'nin 2. ve 6. haftasında sonra ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk ve yaşam kalitesinde değişim olmamıştır.
Barclay ve ark. (2006), İngiltere	Lenf ödemi olan hasta grubu (n=75)	RKÇ	1. n=38 (ALD) 2. n=37 (LD)	6 ay günlük kendi kendine masaj uygulaması	<ul style="list-style-type: none"> ALD grubunun 3. ayda ödem düzeyleri %69 ve LD'nin %57 azalmıştır. ATM ve KM grubunun 2. 3. ve 6. aylarda, girişim öncesine göre semptomları azalmış ve iyilik hali düzeyi artmıştır.
Kyle (2006), İngiltere	Palyatif bakım alan hasta grubu (n=36)	RKÇ	1.n=15 (ATM) 2. n=12 (KG) 3. n=10 (AT)	1. 3 hafta, haftada 1 kez, 10 dakika 2. 3 hafta, haftada 1 kez, 10 dakika	<ul style="list-style-type: none"> ATM grubunun anksiyete düzeyi azalmıştır.

Soden ve ark. (2004), İngiltere	Hospis bakım alan, farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=42)	RKÇ	1.n=16 (ATM) 2. n=13 (M) 3. n=13 (KG)	1. 4 hafta, haftada 1 kez, 30 dakika 2. 4 hafta, haftada 1 kez, 30 dakika 3. Girişim yok	<ul style="list-style-type: none"> ATM ve M grubunun ağrı ve anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemiş, ancak her iki grubunda uyku sorunları azalmıştır. ATM grubunun depresyon düzeyi değişmezken, M grubunun depresyon düzeyleri azalmıştır.
Wilcock ve ark. (2004), İngiltere	Ayakta tedavi gören, farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=29)	RKÇ	1.n=11 (ATM) 2. n=18 (KG)	1.4 hafta, 30 dakika 2. Girişim yok	<ul style="list-style-type: none"> ATM ile KG'nun duyu durumu, fiziksel semptomlar ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
Wilkinson ve ark. (1999), İngiltere	Ayaktan ve yatarak tedavi gören, farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=87)	RKÇ	1. n=43(ATM) 2. n=44 (M)	1. 3 hafta 2. 3 hafta	<ul style="list-style-type: none"> ATM ve M'dan bir hafta sonra her iki grubun durumluluk anksiyete seviyeleri azalmıştır. M grubuna göre ATM alan grubun, fiziksel ve psikolojik semptomları azalmış, yaşam kalitesi artmıştır.
Kite ve ark. (1998),İngiltere	Farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=58)	Yarı deneysel	n=58 (ATM)	6 hafta, haftada 1 kez, ortalama 45 dakika	<ul style="list-style-type: none"> ATM sonrası hastaların, anksiyete ve depresyon düzeyi azalmıştır.
Evans (1995), İngiltere	Farklı kanser tiplerinin olduğu hasta grubu (n=58)	Yarı deneysel	n=69 (ATM)	Belirtilmemiş	<ul style="list-style-type: none"> ATM öncesinde rahatlayamama, baş ağrısı, bulantı, ağrı ve anksiyete belirten hastalar, masaj sonrası rahatladıklarını ifade etmişler.

ATM: Aromaterapi Masajı, K: Klasik Masaj, KG: Kontrol Grubu, IG:İstirahat Grubu, AT:Aromatik Taş Uygulaması, I:İnhalasyon Yoluyla Aromaterapi Uygulaması, BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi, R:Refleksoloji, LD: Lenfatik Drenaj Masajı, ALD:Aromaterapik Yağ ile Lenfatik Drenaj Uygulaması

Tablo 2. İncelenen araştırmalardaki semptomlar, aromatik yağlar ve uygulayıcı

Yazar	Semptomlar	Temel yağ	Aromatik yağ	Ugulayıcı
Dyer ve ark. (2013)	Kaygı, genel iyilik hali, rahatlama	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Aromaterapist
Ovayolu ve ark. (2013)	Yaşam kalitesi, fiziksel ve psikolojik semptomlar	%90 tatlı badem yağı	%2 lavanta, %2 nane, %2 papatya, %1 yasemin, %1 menekşe, %1, biberiye ve %1 okaliptüs yağları karışımı	Sertifikalı hemşire
Khiewkhern ve ark. (2013)	Kan parametreleri, mevcut semptomlar, ağrı, yorgunluk, anksiyete	Hindistan cevizi yağı	Zencefil yağı	Aromaterapist
Serfaty ve ark. (2012)	Duygusal distres	Belirtilmemiş	20 çeşit aromatik yağ	Aromaterapist
Lai ve ark. (2011)	Konstipasyon ve yaşam kalitesi	Kullanılmamış	Turunç, karabiber, biberiye, mercan köşk ve paçuli yağları karışımı	Hemşire ve aromaterapist
Santosh ve ark. (2011)	Anksiyete, bulantı ve kusma	Kullanılmamış	Lavanta yağı	Belirtilmemiş
Stringer ve ark. (2008)	Kortizol ve prolaktin düzeyi, yatak istirahati gereksinimi	Belirtilmemiş	40 çeşit aromatik yağ	Sertifikalı hemşire
Imanishi ve ark. (2009)	Anksiyete ve depresyon	Jojoba	Tatlı portakal ve sandal ağacı yağları karışımı	Aromaterapist
Wilkinson ve ark. (2007)	Anksiyete, depresyon, ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk ve yaşam kalitesi	Belirtilmemiş	20 çeşit aromatik yağ	Aromaterapist
Barclay ve ark. (2006)	Lenf ödem, semptomlar ve genel iyilik hali	Buğday yağı	Rezene, adaçayı, biberiye, karabiber, ardıç yağı karışımı	Sertifikalı hemşire
Kyle (2006)	Anksiyete	Kullanılmamış	%1 sandal ağacı yağı	Aromaterapist
Soden ve ark. (2004)	Ağrı, uyku sorunları, anksiyete ve depresyon	Tatlı badem yağı	Lavanta yağı	Aromaterapist
Wilcock ve ark. (2004)	Duygu durum, fiziksel ve psikolojik semptomlar ve yaşam kalitesi	Tatlı badem yağı	%1 lavanta ve papatya yağı karışımı	Aromaterapist
Wilkinson ve ark. (1999)	Anksiyete, fiziksel ve psikolojik semptomlar ve yaşam kalitesi	Tatlı badem yağı	Roman papatyası	Sertifikalı hemşire
Kite ve ark. (1998)	Anksiyete ve depresyon	Belirtilmemiş	Semptoma göre seçilen yağ	Aromaterapist
Evans (1995)	Rahatlama, baş ağrısı, bulantı, ağrı ve anksiyete	Belirtilmemiş	Semptoma göre seçilen yağ	Aromaterapist

2006; Imanishi ve ark., 2009; Santosh ve ark., 2011; Soden, Vincent, Craske, Lucas & Ashley, 2004; Wilkinson, Aldridge, Salmon, Cain, ve Wilson, 1999; Wilkinson ve ark., 2007), yaşam kalitesi altı (Lai ve ark., 2011; Ovayolu, Seviğ, Ovayolu & Sevinç, 2013; Serfaty, Wilkinson, Freeman, Mannix & King, 2012; Wilcock ve ark., 2004; Wilkinson ve ark., 1999; Wilkinson ve ark., 2007), depresyon beş (Khiewkher ve ark. 2013; Kite ve ark. 1998; Imanishi ve ark. 2009; Soden ve ark., 2004; Wilkinson ve ark., 2007), ağrı dört (Evans, 1995; Khiewkher ve ark., 2013; Soden ve ark., 2004; Wilkinson ve ark., 2007), bulantı üç (Evans, 1995; Santosh ve ark., 2011; Wilkinson ve ark. 2007) şeklindedir.

Aromaterapi Masajının Kanser ve Tedavisine Bağlı Semptomlara Etkisi

Kanser tanısı konmuş hastalarda aromaterapi masajının etkileri, hastaların fiziksel, ruhsal sağlıklarına ve yaşam kalitesine olan etkileri genel başlıkları altında toplanmıştır. Aromaterapinin fiziksel duruma etkisi başlığı altında; ağrı, bulantı ve kusma, kan parametreleri ve diğer fiziksel semptomlar yer alırken, ruhsal duruma etkisi başlığı altında; anksiyete, depresyon ve diğer ruhsal semptomlara etkisi yer almıştır.

Aromaterapinin Fiziksel Duruma Etkisi

Aromaterapi masajının ağrıya etkisi: Aromaterapi masajının kanser hastalarında ağrı düzeyine etkisini inceleyen dört çalışmanın ikisinde aromaterapi masajının hastaların ağrı düzeyini değiştirmedığı (Soden ve ark., 2004; Wilkinson ve ark., 2007), ikisinde ise azalttığı (Evans, 1995; Khiewkher ve ark., 2013) saptanmıştır. Khiewkher ve ark.'nın (2013) randomize kontrollü olarak yürüttükleri çalışmada, herhangi bir girişimin uygulanmadığı ve kontrol grubuna göre, aromaterapi masajı uygulanan hastaların ağrı seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır. Evans'ın (1995) çalışmasında ise aromaterapi masajı öncesinde ağrı ifade eden hastaların, uygulama sonrasında rahatladıklarını ifade ettikleri bulunmuştur.

Aromaterapi masajının bulantı ve kusmaya etkisi:

Araştırma kapsamına alınan çalışmalarda aromaterapi masajının bulantı üzerine etkisinin üç (Evans, 1995; Santosh ve ark., 2011; Wilkinson ve ark., 2007), kusma üzerine etkisinin iki (Santosh ve ark., 2011; Wilkinson ve ark., 2007) çalışmada incelendiği saptanmıştır. Üç araştırmanın ikisinde (Evans, 1995; Santosh ve ark., 2011) aromaterapi masajının bulantı ve kusmayı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Santosh ve ark. (2011), kemoterapi alan hastalarda aromaterapi inhalasyonu ile birlikte uygulanan aromaterapi masajı ile kontrol grubunun bulantı ve kusma düzeylerini karşılaştırmış, aromaterapi uygulanan hastaların kemoterapi uygulamasından bir gün sonra bulantı ve kusma düzeylerinin, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığını saptamıştır ($p < 0.01$). Evans'ın (1995) çalışmasında, aromaterapi masajı öncesinde bulantı ifade eden hastalar, uygulama sonrasında rahatladıklarını ifade etmişlerdir. Wilkinson ve ark.'nın (2007) randomize kontrollü olarak yürüttükleri çalışmada, aromaterapi masajı uygulaması sonrası hastaların bulantı ve kusma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmediği saptanmıştır.

Aromaterapi masajının kan parametrelerine etkisi:

Ulaşılabilen literatürde yalnızca iki RKC'da aromaterapi masajının hastaların kortizol ve prolaktin düzeylerini azalttığı (Stringer, Swindell & Dennis, 2008), lenfosit düzeylerini arttırdığı (Khiewkher ve ark., 2013) gösterilmiştir. Stringer ve ark. (2008) kemoterapi alan hematolojik onkoloji hastalarında aromaterapi masajı ve klasik masaj uygulaması sonrası, her iki gruptaki hastaların kortizol ve prolaktin düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını saptamıştır. Khiewkher ve ark. (2013) ise, aromaterapi masajı sonrası hastaların lenfosit düzeylerinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığını ($p = 0.04$), ancak lökosit, nötrofil, CD4, CD8 düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmediğini saptamıştır ($p > 0.05$).

Aromaterapi masajının diğer fiziksel semptomlara etkisi: Aromaterapi masajının uyku sorunları, lenf

ödem ve konstipasyon üzerine etkisi en az araştırılan durumlar arasında yer almaktadır. Soden ve ark.'nın (2004) randomize kontrollü olarak yürüttükleri çalışmalarında, hospis bakım alan hastalara aromaterapi masajı ve klasik masaj uygulamasının uyku sorunlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır. Barclay, Vestey, Lambert ve Balmer'in (2006) randomize kontrollü olarak yürüttükleri çalışmalarında, aromatik yağlarla yapılan lenfatik drenaj masajının lenf ödemi %69, klasik lenfatik drenaj masajının %57 azalttığı bulunmuştur. Lai ve ark.'nın (2011) randomize kontrollü olarak yürüttükleri çalışmalarında, ileri evre kanseri olan hastalarda aromaterapi masajının klasik masaja göre konstipasyon şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır.

Aromaterapi Masajının Ruhsal Duruma Etkileri

Aromaterapi masajının anksiyeteye etkisi. Bu çalışmadaki farklı yağlarla uygulanan dokuz çalışmada aromaterapi masajının hastaların anksiyetesine etkisi incelenmiş, sekiz çalışmada (Evans, 1995; Khiewkhern ve ark., 2013; Kite ve ark., 1998; Imanishi ve ark., 2009; Santosh ve ark., 2011; Wilkinson ve ark., 1999; Kyle, 2006; Wilkinson ve ark., 2007), aromaterapi masajının anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu, bir çalışmada ise etkili olmadığı ortaya çıkmıştır. Imanishi ve ark. (2009), meme kanseri olan kadınlarda aromaterapi masajından bir, beş ve sekiz seans sonra, hastaların anksiyetesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını saptamıştır ($p < 0.05$). Kite ve ark. (1998), altı hafta süresince haftada bir kez uygulanan aromaterapi masajından sonra, hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığını bildirmiştir. Evans'ın (1995) çalışmasında ise, aromaterapi masajı öncesinde yüksek anksiyetesi olan hastalar, uygulama sonrasında rahatladıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle aromaterapi masajının uzun dönem etkilerinin ortaya konduğu Wilkinson ve ark.'nın (2007) randomize kontrollü olarak yürüttüğü çalışmasında ise, aromaterapi masajının ikinci haftasında hastaların anksiyetesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, bu azalmanın uygulama bittikten dört hafta sonra bile devam ettiğini saptamıştır.

Kanser tanısı konan hastalarda anksiyeteyi azaltmada aromaterapi masajı ile klasik masajın etkisi üç RKÇ'da karşılaştırılmıştır. Kyle (2006), anksiyeteyi azaltmada aromaterapi masajının klasik masaja göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde üstün olduğunu saptarken, Wilkinson ve ark. (1999) aromaterapi masajı ve klasik masaj uygulanan her iki gruptaki hastaların anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını, bir girişimin diğerine göre üstün olmadığını saptamıştır. Bu çalışmaların aksine, Soden ve ark. (2004) aromaterapi masajı ve klasik masajın anksiyeteyi azaltmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi olmadığını bulmuştur.

Aromaterapi masajı uygulanan grup ile hiçbir girişimin uygulanmadığı kontrol grubunun anksiyete düzeylerinin karşılaştırıldığı iki çalışmadan randomize kontrollü olarak yürütülen Khiewkhern ve ark.'nın (2013) çalışmasında, aromaterapi masajı uygulanan hastaların anksiyete düzeylerinin ($p=0.001$), kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Santosh ve ark. (2011) ise, kemoterapi alan hastalarda aromaterapi inhalasyonu ile birlikte uygulanan aromaterapi masajı ile kontrol grubunun anksiyete düzeylerini karşılaştırmış, her iki grubunda anksiyete düzeylerinin azaldığını, aromaterapi inhalasyonu ile birlikte uygulanan aromaterapi masajında yer alan grupta bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuştur ($p < 0.001$).

Aromaterapi masajının depresyona etkisi. Aromaterapi masajının depresyon düzeyine etkisi beş çalışmada incelenmiş, biri RKÇ olmak üzere (Wilkinson ve ark. 2007) iki çalışmada (Kite ve ark., 1998) aromaterapi masajının depresyonu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Wilkinson ve ark. (2007), aromaterapi masajını kanseri olan hastalara dört hafta süreyle, haftada bir kez uygulamış, uygulamanın ikinci haftasında hastaların depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını, ancak bu azalmanın altı ve onuncu haftalarda devam etmediğini saptamıştır. Kite ve ark. (1998), altı hafta süresince haftada bir kez uygulanan aromaterapi masajından sonra, hastaların depresyon düzeylerinin azaldığını bildirmiştir.

Soden ve ark. (2004), hospis bakım alan hastalara dört hafta, haftada bir kez uygulanan klasik masajın hastaların depresyonunu azalttığını, aromaterapi masajının ise değiştirmedini belirtmiştir. Imanishi ve ark. (2009), dört hafta süreyle, haftada iki kez yapılan aromaterapi uygulamasından bir, beş ve sekiz seans sonra hastaların depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığını gözlemlemiştir. Khiewkhern ve ark. (2013), bir hafta, haftada üç kez aromaterapi masajı uygulaması ile hiçbir girişimin uygulanmadığı kontrol grubunun depresyon düzeyini karşılaştırmış, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamıştır.

Aromaterapi Masajının Diğer Ruhsal Semptomlara Etkisi

Aromaterapi masajının duygu durum, kaygı, duygusal distres, genel iyilik hali üzerine etkisi en az araştırılan ruhsal durumlar arasında yer almaktadır. Dyer, Thomas, Sandsund ve Shaw (2013) randomize kontrollü olarak yürüttükleri çalışmalarında aromaterapi masajı ile refleksoloji uygulanan hastaların kaygı ve genel iyilik hali düzeylerini karşılaştırmış, her iki grupta yer alan hastaların kaygı düzeylerinin azaldığını ve genel iyilik halinin arttığını saptamıştır. Benzer şekilde Serfaty ve ark.'nın (2012) aromaterapi masajı ile refleksoloji uygulanan hastaların duygu durumunu karşılaştırdığı RKÇ'da, her iki grupta yer alan hastaların duygu durumlarının iyileştiği saptanmıştır. Öte yandan Wilcock ve ark. (2004), palyatif bakım alan hastalarda aromaterapi masajı uygulanan ve uygulanmayan hasta gruplarının duygu durum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptamıştır.

Aromaterapi Masajının Yaşam Kalitesine Etkisi

Kanser hastalarında aromaterapi masajının yaşam kalitesine etkisi altı RKÇ'da incelenmiş, bunların dördünde (Lai ve ark. 2011; Ovayolu ve ark., 2013; Serfaty ve ark. 2012; Wilkinson ve ark., 1999) aromaterapi masajının kanser hastalarının yaşam kalitesini arttırdığı, ikisinde (Wilcock ve ark., 2004; Wilkinson ve ark. 2007) ise değiştirmedini bulunmuştur.

Ovayolu ve ark. (2013), aromaterapi masajı ve klasik masaj uygulamasının yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığını, aromaterapi masajı alan hastalarda bu artışın daha belirgin olduğunu göstermiştir. Wilkinson ve ark. (1999) ve Lai ve ark. (2011), aromaterapi masajının klasik masaja göre yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığını saptamıştır. Serfaty ve ark. (2012), aromaterapi masajı ile bilişsel davranışçı terapi uygulanan hasta grubunda yaşam kalitesini karşılaştırmış, her iki grubun uygulama sonrası yaşam kalitesinin arttığını, ancak gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur. Bu çalışmaların aksine Wilkinson ve ark. (2007) ve Wilcock ve ark. (2004), aromaterapi masajı uygulanan ve uygulanmayan hasta gruplarının yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir.

TARTIŞMA

Bu inceleme ile nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan aromaterapi masajının kanser hastalarının hastalığa ve tedavisine bağlı semptomlarını gidermede etkinliğini değerlendiren çalışmaların sistematik olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Kapsamlı literatür taramasına karşın, dahil olma kriterlerini kapsayan yalnızca 16 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu incelemeye dahil edilen dört çalışmada girişim süresinin kısa (Khiewkhern ve ark. 2013; Kyle 2006; Stringer ve ark. 2008; Wilkinson ve ark., 1999), yedi çalışmada örneklem büyüklüğünün küçük (Imanishi ve ark., 2009; Kyle, 2006; Lai ve ark., 2011; Serfaty ve ark., 2012; Soden ve ark., 2004; Stringer ve ark., 2008; Wilcock ve ark., 2004) ve üç çalışmada kontrol grubunun olmaması (Evans 1995; Imanishi ve ark. 2009; Kite ve ark., 1998) ve bir çalışmada girişim sıklığı ve süresinin belirtilmemesi (Evans, 1995) araştırmaların metodolojik sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Bu incelemede aromaterapi masajının 11 çalışma ile en çok İngiltere'de araştırıldığı ortaya çıkmıştır. İngiltere'de aromaterapi (%13.6) uygulamasının kanser tanısı konan hastalar tarafından bitkisel terapiler (%40.9)'den sonra en sık kullanılan ikinci terapi yöntemi olması (Posadzki ve ark., 2012), aromaterapi

masajıyla ilgili çalışmaların çoğunun İngiltere kaynaklı olmasının yansımalarıdır.

Bu incelemede bulgular iki ana başlık altında tartışılacaktır.

Aromaterapi masajı uygulayıcısı ve aromaterapi masajında kullanılan yağlar. Aromaterapi masajının 10 araştırmada aromaterapist tarafından uygulandığı, dört araştırmada aromaterapiyle ilgili uzman hemşire tarafından uygulandığı bulunmuştur. İsviçre, Almanya, Kanada, Japonya, Kore ve İngiltere gibi pek çok ülkede aromaterapi uygulaması konuyla ilgili eğitim alan hemşirelerin verdiği bakım uygulamaları arasında yer almaktadır (Halcón, 2013). Türkiye'den bu çalışma kapsamına alınan tek araştırmada (Ovayolu ve ark., 2013), aromaterapi masajının uygulayıcısı konuyla ilgili uzman hemşiredir. Ülkemizde son yıllarda tamamlayıcı terapilere olan ilginin artması, bu konuda yasal düzenlemeye olan gereksinimi ortaya çıkarmıştır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş, ilgili başkanlıkça oluşturulan ve 2014 yılında çıkan "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını yapma konusunda çoğunlukla hekim yetkili kılınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ayrıca bu yönetmelikte aromaterapi uygulamasına yer verilmiştir. Bu durumun ülkemizde hemşirelerin araştırmalarda tamamlayıcı terapi yöntemlerini kullanmasını engelleyeceği düşünülmektedir.

Aromaterapide kullanılan yağlar stres, anksiyete, depresyon, iritabilite, korku, öfke, yalnızlık, panik atak, yorgunluk, tükenmişlik, güvensizlik gibi fiziksel ve psikolojik semptomları azaltmakta, hafıza, konsantrasyon, mutluluk, huzur gibi bilişsel ve emosyonel durumu iyileştirmektedir (Ayçeman, 2008; Dwivedi, Rahul & Chaturved, 2010; Gaware ve ark., 2013). Bu incelemede, literatürle uyumlu olarak lavanta, sandal ağacı ve papatya yağlarının hastalarda özellikle stres, anksiyete, depresyon ve iritabilite semptomlarının kontrolünü sağlamada kullanıldığı saptanmıştır. Aromatik yağların hangi etkileri dikkate alınarak seçildiğine ilişkin yöntemde ya da araştırmanın kavramsal çerçevesinde bilgiye rastlanmamıştır. Ayrıca araştırmalarda

daha çok aromaterapi masajı ile klasik masaj ve/veya diğer tamamlayıcı terapi yöntemleri karşılaştırılmış, kullanılan yağların etkinliğini değerlendiren bir RKÇ'ya rastlanmamıştır. Bu durum, semptomla özel aromatik yağ kullanılmasına ilişkin önerilerde bulunmayı güçleştirmektedir.

Aromaterapi masajının kanser ve tedavisine bağlı semptomlara etkisi. Bu çalışmaya alınan araştırmalar bir taraftan aromaterapi masajının, kanser tanısı konan hastalarda anksiyeteyi azaltmada kullanılabileceğini işaret etse de, öte yandan aromaterapi masajının kısa ve uzun dönem etkilerini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçların ortaya çıkması, iyi tasarlanmış RKÇ'lara ihtiyaç olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca aromaterapi masajının kanser tanısı konan hastalarda depresyon düzeyini azaltmada etkisi anksiyetede ki kadar net değildir. Depresyon düzeyindeki bu azalmanın gösterildiği araştırmaların sayısının az ve birinin yarı deneysel olarak yürütülmüş olması uygulama için öneri düzeyini azaltmaktadır.

Aromaterapi masajının yaşam kalitesine etkisi, altı çalışmayla kanser tanısı konan hastalarda en fazla incelenen ikinci durumdur. Bu araştırmaların dördünde (Lai ve ark., 2011; Ovayolu ve ark., 2013; Serfaty ve ark., 2012; Wilkinson ve ark., 1999) aromaterapi masajının yaşam kalitesini arttırdığı, üçünde aromaterapi masajının klasik masaja göre üstün olduğu, birinde ise bilişsel davranışçı terapilerin aromaterapi masajına göre üstün olmadığı gösterilmiştir. Klinik uygulayıcılar kanser tanısı konan hastaların yaşam kalitesini arttırmada aromaterapi masajının yanı sıra bilişsel davranışçı terapileri tercih edebilirler.

Aromaterapi masajının iki çalışmada bulantıyı ve kusmayı azalttığı gösterilmiştir. Ancak bu çalışmaların birinin yarı deneysel olarak yürütülmesi, uygulama öncesi ve sonrası istatistiksel karşılaştırma yapmaksızın hasta ifadelerine göre semptomları değerlendirmesi, Evans'ın (1995) çalışmasının zayıf yönünü oluşturmaktadır. Bulantı ve kusma düzeyinin azaldığı gösterilen Santosh ve ark.'nın (2011) çalışmasında ise, kanser tanısı konan hastalara aromaterapi inhalasyonu ile birlikte uygulanan aromaterapi masajının, uygulamadan bir gün sonra dahi hastaların bulantı ve kusma düzeylerini

azaltması, bizde bu etkinin aromaterapi inhalasyonundan mı, yoksa aromaterapi masajından mı kaynaklandığı sorularını akla getirmektedir. Bu sonuçlar, kanseri tanısı konan hastalarda bulantı ve kusma üzerine aromaterapi masajı ile aromaterapi inhalasyonunun etkisini karşılaştıran, iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bu incelemeye alınan araştırmalarda, aromaterapi masajının kanser tanısı konan hastalarda kaygı, duygusal distres, genel iyilik hali, kan parametreleri, uyku sorunları, lenf ödem ve konstipasyon üzerine etkileri en az incelenen durumlar arasında yer almaktadır. RKÇ olarak yürütülen üç çalışmanın ikisinde aromaterapi masajının bireylerin duyu durumu ve kaygı düzeyinin iyileşmesinde olumlu etkisini gösterse de, konuyla ilgili daha fazla RKÇ'nin yürütülmesi önerilmektedir. Bu incelemeye alınan araştırmalarda kan parametrelerinde stres hormonlarını azaltıcı ve bağışıklık sistemini destekleyici, uyku sorunları, lenf ödem ve konstipasyon şiddetini azaltıcı etkileri gösterirse de, bu inceleme sonuçları bize klinik uygulayıcılar için öneri düzeyinde yeterince çalışmanın bulunmadığını göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bu sistematik inceleme kapsamında yer alan araştırmalarda; aromaterapi masajının en çok aromaterapistler tarafından uygulandığı, aromaterapi masajında temel yağ olarak en çok tatlı badem

yağının, aromatik yağ olarak da lavanta, sandal ağacı ve papatya yağının kullanıldığı saptanmıştır. Araştırmalarda aromaterapi masajının sıklıkla anksiyete, yaşam kalitesi, depresyon, ağrı ve bulantı üzerine etkisinin incelendiği ortaya çıkmıştır. Araştırmaların pek çoğunda aromaterapi masajının anksiyete, depresyon, ağrı, bulantı, kusma düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilse de, bu semptomlar üzerinde aromaterapi masajının etkisinin olmadığını gösteren çalışmalara da rastlanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre; aromaterapi uygulaması konusunda donanımlı olan onkoloji hemşireleri, kanser tanısı konan hastalarda anksiyete, depresyon, konstipasyon şiddeti, uyku sorunları, kan kortizol düzeyi ve yatak istirahati gereksiniminin azaltılmasında ve duyu durumunun ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde aromaterapi masajını kullanabilirler. Ayrıca hemşireler, kemoterapi semptomlarının azaltılmasında aromaterapi masajının yanı sıra klasik masaj, refleksoloji, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarından da yararlanabilirler.

Aromaterapi masajının süresinin, sıklığının ve bölgesinin belirtildiği, büyük örneklem grubu ile yapılan, aromaterapi masajı ile diğer tamamlayıcı terapi yöntemlerini karşılaştıran, aromaterapi masajının uzun dönem etkilerini inceleyen, aromaterapi masajının semptomlar üzerine etkisini standart ölçüm araçları ile değerlendiren, iyi tasarlanmış RKÇ'lerin yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Ateş, S. ve Olgun, N. (2014). Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 67–80.
- Ayçeman, N. (2008). *Aromaterapi:Doğanın şifalı dokunuşu*. Konya: İnci Ofset.
- Barclay, J., Vestey, J., Lambert, A., & Balmer, C. (2006). Reducing the symptoms of lymphoedema: Is there a role for aromatherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 140–149.
- Cooke, M., Mitchell, M., Tiralongo, E., & Murfield, J. (2012). Complementary and alternative medicine and critical care nurses: A survey of knowledge and practices in Australia. *Australian Critical Care*, 25(4), 213–223.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43.
- Dwivedi, A., Rahul, M., & Chaturved, M. (2010). Aromatherapy a holistic cure: Current approaches and future concerns. *International Journal of Pharmaceutical & Life Sciences*, 1(1), 23–29.
- Dyer, J., Thomas, K., Sandsund, C., & Shaw, C. (2013). Is reflexology as effective as aromatherapy massage for symptom relief in an adult outpatient oncology population? *Complementary Therapies Clinical Practice*, 19(3), 139–146.
- Ernst, E. (2003). Evidence-based complementary medicine for palliative cancer care: Does it make sense? *Palliative Medicine*, 17(8), 704–707.
- Ernst, E., & Cassileth, B. (1998). The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: A systematic review. *Cancer*, 83(4), 777–782.
- Evans, B. (1995). An audit into the effects of aromatherapy massage and the cancer patient in palliative and terminal care. *Complementary Therapies Medicine*, 3(4), 239–241.

- Fontaine, K. L. (2005). *Complementary and alternative therapies for nursing practice*. New York, NY: Pearson.
- Gaware, V. M., Nagare, R., Dhamak, K. B., Khadse, A. N., Kotade, K. M., Kashid, V. A., & Laware, R. B. (2013). Aromatherapy: Art or science. *International Journal of Biomedical Research*, 4(2), 74–83.
- Halcon, L. L., Chlan, L. L., Kreitzer, M. J., & Leonard, B. J. (2003). Complementary therapies and healing practices: Faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 19(6), 387–397.
- Halcón, L. L. (2013). Aromatherapy. In R. Lindquist, M. Snyder & F. M. Tracy (Eds.), *Complementary & alternative therapies in nursing: Seventh edition* (pp. 323–344). New York, NY: Springer.
- Imanishi, J., Kuriyama, H., Shigemori, I., Watanabe, S., Aihara, Y., Kita, M. ... Fukui, K. (2009) Anxiolytic effect of aromatherapy massage in patients with breast cancer. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 6(1), 123–128.
- Kav, S., Hanoğlu, Z. ve Algier, L. (2008). Türkiye’de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *International Journal of Hematology and Oncology*, 18(1), 32–38.
- Khiewkhern, S., Promthet, S., Sukprasert, A., Eunhpinitpong, W., & Bradshaw, P. (2013). Effectiveness of aromatherapy with light thai massage for cellular immunity improvement in colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(6), 3903–3907.
- Kite, S. M., Maher, E. J., Anderson, K., Young, T., Young, J., Wood, J. ... Bradburn, J. (1998). Development of an aromatherapy service at a cancer centre. *Palliative Medicine*, 12(3), 171–180.
- Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. Alberta, CA: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Kuzeyli-Yıldırım, Y., Fadıoğlu, Ç. ve Uyar, M. (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı*, 18(1), 26–32.
- Kyle, G. (2006). Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: Results of a pilot study. *Complementary Therapies Clinical Practice*, 12(2), 148–155.
- Lai, K. T., Cheung, M. C., Lo, C. K., Ng, K. L., Fung, Y. H., Tong, M., & Yau, C. C. (2011). Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation: A pilot study. *Complementary Therapies Clinical Practice*, 17(1), 37–43.
- Molassiotis A., Fernandez-Ortega P., Pud D., Ozden G., Scott J. A., Panteli, V. ... Patiraki, E. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: A European survey. *Ann Oncol*, 16(4), 655–663.
- Mutlu, H., Akça, Z., Cihan, Y.B., Aslan, T., Erden, A. ve Büyükelik, A. (2013). Alteration of complementary and alternative medicine usage in patients with cancer in Turkey. *Medical Sciences*, 2(3), 757–763.
- Nazik, E., Nazik, H., Api, M., Kale, A., & Aksu, M. (2012). Complementary and alternative medicine use by gynecologic oncology patients in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(1), 21–25.
- Omran, S., Saeed, A. M. A., & Simpson, J. (2012). Symptom distress of Jordanian patients with cancer receiving chemotherapy. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 125–132.
- Ovayolu, Ö., Seviğ, Ü., Ovayolu, N., & Sevinç, A. (2013). The effect of aromatherapy and massage administered in different ways to women with breast cancer on their symptoms and quality of life. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4), 408–417.
- Özdemir, H., Öztunç, G. (2013). Hemşirelik uygulamalarında aromaterapi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 5(2), 98–104.
- Pınar, G., Pınar, T., Akalın, A., Saydam, T., & Ayhan, A. (2015). Problematic areas related to sexual life of individuals with gynecological cancer: A qualitative study in Turkey. *International Journal of Hematology and Oncology*, 3(25), 195–204.
- Posadzki, P., Watson, L. K., Alotaibi, A., & Ernst, E. (2013). Prevalence of complementary and alternative medicine-use by UK cancer patients: A systematic review of surveys. *Journal of Integrative Oncology*, 13(2), 126–131.
- Sağlık Bakanlığı. (2014, 27 Ekim). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği. *Resmî Gazete*. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
- Santosh, S., Joseph, S., Jose, A., Satheendran, S., Ratnakar, U. P., Rao, S. P. ... Ojeh, N. (2011). Anxiolytic and antiemetic effects of aromatherapy in cancer patients on anticancer chemotherapy. *Pharmacologyonline*, 3, 736–744.
- Serfaty, M., Wilkinson, S., Freeman, C., Mannix, K., & King, M. (2012). The ToT study: Helping with Touch or Talk (ToT): A pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/palliative care. *Psycho-Oncology*, 21(5), 563–569.
- Smith, G. D. (2009). The need for complementary and alternative medicine familiarisation in undergraduate nurse education. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 2113–2115.
- Soden, K., Vincent, K., Craske, S., Lucas, C., & Ashley, S. (2004). A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 87–92.
- Stringer, J., Swindell, R., & Dennis, M. (2008). Massage in patients undergoing intensive chemotherapy reduces serum cortisol and prolactin. *Psycho-Oncology*, 17(10), 1024–1031.
- Wenzel L, Vergote I, & Cella, D. (2003). Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: Special considerations for patient care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 83(1), 211–229.
- Wilcock, A., Manderson, C., Weller, R., Walker, G., Carr, D., Carey, A. M. ... Ernst, E. (2004) Does aromatherapy massage benefit patients with cancer attending a specialist palliative care day centre? *Journal of Palliative Medicine*, 18(4), 287–290.
- Wilkinson, S., Aldridge, J., Salmon, I., Cain, E., & Wilson, B. (1999) An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 409–417.
- Wilkinson, S. M., Love, S. B., Westcombe, A. M., Gambles, M. A., Burgess, C. C., Cargill, A. ... Ramirez, A. J. (2007). Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 532–539.
- Yom, Y. H, & Lee, K. E. (2008). A comparison of the knowledge of, experience with and attitudes towards complementary and alternative medicine between nurses and patients in Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2565–2572.

Bipolar Bozuklukta Psiko eğitim

Psychoeducation in Bipolar Disorder

Funda Gümüş¹, Sevim Buzlu²



DOI: 10.26650/FNJN427814

¹Arş. Gör. Dr., Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır, Türkiye

²Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Funda Gümüş,

Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 21100 Diyarbakır, Türkiye

Telefon/Phone: +90 412 248 8037

Faks/Fax: +90 412 248 8451

E-posta/E-mail: fcamuz@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 10.04.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 22.08.2017

Atıf/Citation: Gümüş, F. ve Buzlu, S. (2018).

Bipolar bozuklukta psiko eğitim. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 131-139. <https://doi.org/10.26650/FNJN427814>

ÖZ

Psiko eğitim hastalık ve tedavisi ile ilişkili sistematik, yapılandırılmış ve öğretici bilgi olarak tanımlanmaktadır. Hastada istendik davranış değişikliği oluşturmada eğitim yöntem ve tekniklerinin kullanıldığı, eğitimsel ve psikososyal amaçları olan çalışmalardır. Bipolar bozukluk hastaları için psiko eğitim, hastalık ve tedavisi hakkında bilgilendirme, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, belirtilerin iyileşmesi, depresif ve hipo(manik) atakları önleme, hastanede yatış süresini ve sayısını azaltma, sosyal ve mesleki işlevsellikte düzelme, intihar riskini azaltma ve yaşam kalitesini yükseltmeye ve ailenin tedaviye katkısı üzerine odaklanmıştır. Psiko eğitim, grup psiko eğitimi ya da bireysel psiko eğitim olmak üzere diğer tedavilere ek olarak uygulanabilmektedir. Bipolar bozuklukta psiko eğitimin ötimek hastalara verilmesi dikkat dağınıklığının engellenmesi ve öğrenmenin sağlanması için gereklidir. Kolay uygulanabilir, maliyeti düşük, hasta ve hasta ailelerinin gereksinimlerine yönelik psiko eğitim programları hazırlamada ve uygulamada psikiyatri hemşireleri uygun bir konuma sahiptirler.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, psiko eğitim, hemşirelik

ABSTRACT

Psychoeducation is defined as a structured and systemic therapy that emphasizes on diseases and their corresponding treatment. Psychoeducation has educational and psychosocial objectives and involves training methods since using both techniques and method is redundant. Psychoeducation for patients with bipolar disorder focuses on informing about the disease and its treatment, evaluating attitude toward the illness and treatment compliance, improving of symptoms and social and occupational functioning, upgrading the quality of life, reducing suicide risk and duration and number of hospitalization, preventing depressive and hypo (mania) attack, and considering the contribution of the family. Psychoeducation can be applied to a group or an individual in combination with other treatments. Psychoeducation for patients with bipolar disorder is required to prevent learning disorders and distractions administered to euthymic patients. Psychiatric nurses play an important role in the preparation and implementation of easy-to-apply cost-effective psychoeducation programs to meet the needs of patients and their families.

Keywords: Bipolar disorder, psychoeducation, nursing

EXTENDED ABSTRACT

Bipolar disorder consists of mania, hypomania, depression, mixed attack periods, and a recovery period between those attacks. Bipolar disease changes the biochemistry of patients' brain (Ketter, 2010; Merikangas et al., 2007). Although symptoms in patients with good compliance to treatment can be significantly reduced, providing full recovery of patients' functionality, improving their quality of life, and preventing disease recurrence are impossible. In this regard, psychosocial methods are used with medical treatments. Psychoeducation is a psychosocial initiative that is more advantageous than other methods because it is more practical and has lower cost (Çakır and Özerdem, 2010). Psychoeducation is the provision of systematic and structured instructive information related to diseases and their treatments. Psychoeducation has educational and psychosocial goals and involves methods and techniques for creating changes in the terminal behavior of patients (Bordbar and Faridhosseini, 2012; Bostancı, 2008; Colom, Vieta, Tacchi, Sanchez-Moreno and Scott, 2005; Çakır and Özerdem, 2010; Nehir, 2011; Stafford and Colom, 2013).

Individuals who are diagnosed with bipolar disorder are commonly in state of denial. Psychoeducation initially aims to raise patients' awareness of the disease for increasing drug compliance and minimizing stigma internalized by patients or observed in others. During the process, patients are thought to track their symptoms regularly so they can distinguish prodrome and residual symptoms. Psychoeducation for patients diagnosed with bipolar disorder focuses on information about the disease and its treatment, compliance to treatment, prevention of attacks, ensuring long recovery period, few incidence and short hospitalization, reduction of suicide risk, enhancement of social relationships, and amelioration of functionality and quality of life (Colom et al., 2009; Colom and Lam, 2005; Rouget and Aubry, 2007; Vahip and Kocadere, 2003). Psychoeducation may be provided by psychiatrists, clinical psychologists, nurses, social service specialists, creative and expressive art therapists, and other psychiatric care personnel to patients with bipolar disease in groups or on an individual basis (Colom et al., 2003a; Colom et al., 2003b). The therapy may last for 6–21 sessions (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy and Limb, 1999). The personnel should complete a special training and have previous experience with similar patients. Psychoeducation can easily be provided to patients from all age groups, to the families who take care of them, and to their careers (Çakır and Özerdem, 2010). Long-term education programs may last over 1 year after hospitalization. Psychoeducation for patients with bipolar disease should be provided during the euthymic period to prevent distractibility and ensure that the patient learns and receives the given information. Psychoeducation should be started as early as possible with the treatment (Colom and Vieta, 2006; Colom and Vieta, 2012; Çakır and Özerdem, 2010; Yurtsever, Kutlar, Tarlacı, Kamberyan and Yaman 2001).

Psychiatric nurses have a convenient position to prepare and implement psychoeducation programs that are easy to implement, costly, and tailored to the needs of patients and their families. If nurses identify the educational needs of patients and their relatives as a part of rehabilitation works, they will develop and apply psychoeducational programs accordingly and better results will be achieved.

This study aims to introduce psychoeducation to patients with bipolar disorder and examine the results of research conducted on this domain and guide practices.

Group psychoeducation was preferred for patients with bipolar disorder. After examining the results of psychoeducation practices, the compliance to treatment, functionality, and quality of life of the patients increased; meanwhile, the recurrence rate of the disease and the stigma level of the patients decreased.

Psychoeducation aims to ensure that patients with bipolar disorder lead a productive life outside the hospital. Several lines of evidence validate the use of psychoeducation for this patient group. However, psychoeducational practices in persistent and recurrent bipolar disorder are not at the desired level in routine treatment programs in Turkey. Psychiatric nurses are suitable to prepare and apply practical and low-cost psychoeducational programs to satisfy the needs of patients and their relatives.

GİRİŞ

Bipolar bozukluk mani, hipomani, depresyon, karma atakları ve ataklar arası iyileşme dönemleri olan, beyin biyokimyasının değiştiği bir hastalıktır (Ketter, 2010; Merikangas ve ark., 2007). Bireyde işlev kaybı, yaşam kalitesinde düşme ve özkiyıda artışa neden olan bipolar bozukluk en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır (Novick, Swartz ve Frank, 2010; Sachs ve Rush, 2003; Kilbourne ve ark., 2004; Tohen ve ark., 2009). Bipolar bozukluğun yaşam boyu prevalansının %1-4 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Ketter, 2010; Merikangas ve ark., 2007). Ayrıca ciddi bireysel, ailesel, sosyal ve ekonomik yüklerinden dolayı dünyadaki yetiyitimi nedenleri arasında altıncı sıradadır (Berk, Hallam, Colom, Vieta ve Hasty, 2010; Woods, 2000).

Bipolar bozukluğu olan hastalar için akut ve koruyucu tedaviye uyum önemlidir. Bu hastaların %52'sinin tedaviye tam uyum göstermedikleri belirtilmiştir (Thase, 2012). Ayrıca tedaviye uyumu iyi olan hastaların belirtilerinde önemli ölçüde azalma sağlanmasına karşın yinelemelerin önlenmesinde, yaşam kalitesinde ve işlevsellikte tam iyileşme sağlanamamaktadır. Bu nedenle, günümüzde ilaç tedavisine çeşitli psikososyal yöntemler eklenmiştir. Psikososyal yöntemlerin çoğu özel eğitimli ve deneyimli terapist gerektirdiğinden uygulaması zor ve maliyeti yüksektir. Psikososyal girişimlerden biri olan psikoeğitim ise, kolay uygulanabilir bir yöntemdir ve maliyetinin düşük olması nedeniyle diğerlerinden daha avantajlıdır (Çakır ve Özerdem, 2010).

PSIKOEĞİTİMİN TANIMI VE AMAÇLARI

Psikoeğitim, hastalık ve tedavisi ile ilişkili sistematik, yapılandırılmış ve eğitici bilgi olarak tanımlanmaktadır. Hastada istendik davranış değişikliği oluşturmada eğitim yöntem ve tekniklerinin kullanıldığı, eğitimsel ve psikososyal amaçları olan çalışmalardır. Yapılandırılmış psikoeğitim programları ile hastalara genellikle hastalık ve ilaçlar ile ilgili temel bilgiler verilerek, hastalarda farkındalık oluşturulması sağlanır. Böylelikle

hastalarda tedaviye uyumun artırılması, haberci belirtilerin tanınması, hastalıkla daha güçlü bir şekilde baş edilmesi, sosyal ilişkilerin, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenir (Bordbar ve Faridhosseini, 2012; Bostancı, 2008; Colom, Vieta, Tacchi, Sanchez-Moreno ve Scott, 2005; Çakır ve Özerdem, 2010; Nehir, 2011; Stafford ve Colom, 2013).

Günümüzde uzun süreli hastane yatışlarının maliyeti yüksektir ve bu maliyeti karşılayan kaynaklar yetersizdir. Bu nedenle hastanede yatış süresinin kısaltılması ve ayaktan tedavilerin eğitimle desteklenmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır. Ayrıca psikoeğitimin tedaviye uyumda, hastalık yinelemelerinin önlenmesinde, yaşam olaylarının hastalık sürecine olumsuz etkilerini gidermede ve önlemede, hasta ve ailelerine kolaylık sağladığı yönündeki kanıtların artmış olması da psikoeğitim programına olan ilgiyi artırmıştır (Yurtsever, 1999; Bostancı, 2008).

PSIKOEĞİTİMİN HEDEF GRUPLARI

Psikoeğitimde, yeni tanı konan hasta ve ailesi, tekrarlı yatış riski olan hastalar ve hastayla birlikte yaşayan aileler hedef gruplardır (Greenberg ve ark., 1988; Worley, 1997).

Yeni tanı konan hasta ve ailesi: Yeni tanı konan hasta ve ailesi karmaşık duygular yaşarlar. Bu grupta yapılacak olan psikoeğitim ile hasta ve ailesinin hastalığa alışma süreci desteklenir (Williams, 1997).

Tekrarlı yatış riski olan hastalar: Psikiyatrik hastalığı ve sık hastane yatışı olan hastalar, tekrarlı yatış konusunda yüksek riskli gruplardır. Bu hastaların aileleri oldukça büyük stres, tükenme ve bazen de ciddi aile çatışmaları yaşayabildikleri için, zaman zaman tekrar hastaneye yatış bir baş etme yolu olabilir. Bu nedenle, bu gruba verilecek olan psikoeğitim ile ailenin stresli durumları ve hasta bireyin sorun davranışlarını yönetme tekniklerini öğrenmesi amaçlanır. Psikoeğitim yaklaşımları farklı tanı grubunda olan hasta ve ailelerine yapılabileceği gibi belli bir tanı grubuna yönelik de yapılabilir (Williams, 1997).

Hastayla birlikte yaşayan aileler: Ruhsal hastalık aile bireylerinin, özellikle bakım verici durumundaki aile üyesinin tüm yaşamını etkiler, aile dengesini bozar ve gerginliğe yol açar (Doğan 2003; Yıldız 2003). Öte yandan "ruhsal hastalık" damgası hastanın kendisi kadar ailesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Ailelerin çoğu damgalandıkları için rahatsızlık hissetmekte ve hastalığı çevrelerinden gizleme eğiliminde bulunmaktadır. Bu gruba yapılacak olan psikoeğitim ile damgalamanın azaltılması, ailenin tedavi ve bakıma aktif olarak katılması ile hastaların tedaviye uyumunun artırılması, hastalık yinelemelerinin ve hastaneye yatışların azaltılması hedeflenmektedir (Doğan, 2003).

Psikoeğitim, ruh sağlığı alanında üçüncül önlem düzeyinde gerçekleştirilen bir girişim olarak ifade edilmesine karşın aslında, her üç önlem düzeyinde de yer almaktadır. Örneğin; stres konusunda büyük risk altında olan bakım vericiler üzerine odaklanan ve onları güçlendirmeyi amaçlayan psikoeğitim girişimleri birincil önleme yöneliktir. Yeni teşhis konulan hasta ve ailesi, ikincil önlemin bir parçası olan acil tedavi ve destek sağlanması için psikoeğitim grubuna dahil edilebilir. Hasta ve ailenin semptomları tanıma, yönetme ve hastalıkla daha iyi baş etmeleri sonucunda tekrarlı yatışları önlemeye yönelik hedefler üçüncül önlemin hedefleridir (Worley, 1997).

PSİKOEĞİTİMİN İŞLEVLERİ

Psikoeğitimin en belirgin işlevi bilgi aktarma ve beceri geliştirmesidir. Worley'e (1997) göre psikoeğitimin işlevleri; tanılama, eleme-seçip ayırma, koordinasyon: Psikoeğitime alınacak hasta ve ailelerinin hazır olma durumlarının değerlendirilmesini içerir.

Duygusal katarsis ve destek: Hazır olan hastalarda psikoeğitim grup paylaşımı için fırsat yaratır. Psikoeğitim programları hasta ve yakınlarının duygularını ifade etmelerine imkân verir.

Destek ağının geliştirilmesi: Psikoeğitim diğer ailelerle buluşmak ve onları dinlemek, yalnız olmadıkları-

nı, sorunlarını ve sorunlara ürettikleri çözümleri paylaşabilecekleri yeni bağlantılar kurmayı sağlar.

Bilgi paylaşımı: Psikoeğitimde hastalık ve yönetimi hakkındaki bilgiler paylaşılır.

Beceri geliştirme: Psikoeğitimde, girişkenlik eğitimi, problem çözme becerileri, günlük yaşam aktiviteleri, bilişsel eğitim, iletişim becerileri ve stresi yönetme beceri eğitimleri yapılabilir.

Toplumsal ve diğer kaynaklarla bağlantı kurmak: Ruhsal hastalığı olan aileler, toplumdan ve arkadaşlarından uzaklaşırlar. Psikoeğitim programları toplumla bağlantıları yenilemek için fırsat yaratır.

İlaç eğitimi: Psikoeğitimde, hastalar ilaçlarını, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini tanımaya; belirtiler azaldığında neden ilaca devam etmek zorunda olduklarını, uygun ve yeterli doza ulaşmak için sağlık çalışanları ile nasıl çalışacaklarını anlamaya gereksinim duyarlar. Hastaların aileleri de ilaçlar hakkında eğitilmelidir.

Belirtilerin izlemi ve hasta tarafından yönetimi: Hasta ve ailenin hastalığın haberci belirtilerini tanımaları ve acil eylem planı geliştirmeleri hakkında eğitim verilir.

Genel sağlığın geliştirilmesi: Hastaların dinlenme, beslenme, egzersiz, madde kullanımından uzak durma ve genel sağlık bakımını sürdürmenin önemini anlamaları önemlidir. Bu stresle baş edebilmede ve hastalığın şiddetlenmesini engellemede kolaylık sağlar (Worley, 1997).

BİPOLAR BOZUKLUKTA PSİKOEĞİTİM

Hastalar kronik hastalık tanısı aldıklarında suçluluk hissedebilirler. Psikoeğitim hastalardaki bu suçluluk duygusunun azalmasını ve hastaların kendi tedavilerinde daha aktif rol almalarını sağlar. Bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda hastalığı inkar etme yaygındır. Bu hastalarda hastalıkla ilgili farkındalığın geliştirilmesi, ilaç

uyumunun artırılması ve bireylerin içselleştirdikleri veya dışarıdan algıladıkları damgalanmanın azaltılması psikoeğitimde başlangıç basamağıdır. Hastaların, hastalık belirtilerini düzenli olarak izlemeleri öğretilerek, haberci belirtileri ve kalıntı belirtileri ayırt etmeleri sağlanır (Colom ve ark., 2009; Colom ve Lam, 2005; Rouget ve Aubry, 2007; Vahip ve Kocadere, 2003).

Psikoeğitim, bipolar bozukluk tedavi kılavuzunda temel basamak olarak önerilmektedir (Goodwin ve ark., 2016; Yatham ve ark., 2013). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda psikoeğitim; hastalık ve tedavisi hakkında bilgilendirme, tedaviye uyum, atakların önlenmesi, daha uzun süreli iyileşme dönemleri, daha az sayıda ve daha kısa süreli hastane yatışı, özkiyim riskini azaltma, sosyal ilişkileri geliştirme, işlevsellik ve yaşam kalitesi düzeyinde artırmaya odaklanmıştır (Colom ve ark., 2009; Colom ve Lam, 2005; Rouget ve Aubry, 2007; Vahip ve Kocadere, 2003). Bipolar bozukluk tedavisine ek olarak psikoeğitime mümkün olan en erken dönemde başlanmalıdır (Vieta, 2005; Colom ve Vietta, 2012; Çakır ve Özerdem, 2010).

Psikoeğitim, bipolar bozukluk hastalarına psikiyatristler, klinik psikologlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, yaratıcı ve ekspresif sanat terapistleri ve diğer ruh sağlığı çalışanları tarafından bireysel (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy ve Limb, 1999) ya da grup (Colom ve ark., 2003a; Colom ve ark., 2003b) psikoeğitimi olarak, farklı oturum sayısında (6-21) verilebilir (Çakır ve Özerdem, 2010). Önemli olan, psikoeğitim uygulayıcısının bu alanla ilgili özel eğitim alması ve daha önce hastalarla çalışma deneyiminin olmasıdır. Psikoeğitim kolaylıkla bütün yaş gruplarındaki hastalara, ailelere, hasta için önemli diğer kişilere ve bakım verenlere uygulanabilir. Uzun süreli eğitim programları, hastane tedavisinden sonra bir yıldan daha uzun bir süreyi kapsayabilir. Bipolar bozuklukta psikoeğitimin, dikkat dağınıklığının engellenmesi, öğrenmenin sağlanması ve verilen bilginin alındığından emin olunması için ötimik dönemdeki hastalara verilmesi gerekmektedir (Colom ve Vietta, 2006; Colom ve Vietta, 2012; Çakır ve Özerdem, 2010; Yurtsever, Kutlar, Tarlacı, Kamberyan ve Yaman 2001).

Bipolar bozuklukta psikoeğitim çalışmaları çoğunlukla grup psikoeğitimi ile yapılmıştır. Psikoeğitim çalışmaları sonucunda, tedaviye uyumun arttığı (Colom ve Lam 2005; Deep, Lebowitz, Patterson, Lacro ve Jeste, 2007; Harkin ve Eker, 2012; Peet ve Harvey, 1991; Sabancıoğulları ve Doğan 2003; Yurtsever 1999), yinelemelerin azaldığı (Bauer ve ark., 2006; Colom ve ark., 2003a; Colom ve ark., 2003b; D'Souza, Piskulic ve Sundram, 2010; Javadpour ve ark., 2013; Miklowitz, George, Richards, Simoneau ve Suddath, 2003; Simon, Ludman, Bauer, Unützer ve Operskalski, 2006; Yurtsever, 1999), işlevsellik (Bauer ve ark., 2006; Kurdal ve ark., 2014) ve yaşam kalitesinin arttığı (Javadpour, Hedeyati, Dehbozorgi ve Azizi, 2013; Sabancıoğulları ve Doğan, 2003), damgalanmanın azaldığı bildirilmiştir (Çuhadar ve Çam, 2014).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda 1991 yılında yapılan ilk grup psikoeğitim çalışmasında, hastaların kullandıkları duygudurum dengeleyici ilaca karşı olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır (Peet ve Harvey, 1991). Perry ve ark. (1999) tarafından yapılan ilk bireysel psikoeğitim çalışmasında ise, manik atak yineleme ve hastane yatış sayısının azaldığı, sosyal işlevselliğin oluştuğu bildirilmiştir.

Barselona ekibi tarafından geliştirilen 21 oturumluk psikoeğitim girişimi ile yapılan bir çalışmada, psikoeğitim alan hastaların 2 yıllık izlemde daha az yineleme yaşadıkları, hastane yatış sayı ve süresinin azaldığı (Colom ve ark., 2003a), aynı yıl yaptıkları diğer bir çalışmada ise, ilaç uyumu oldukça iyi olan hastalarda psikoeğitimin benzer etkilerinin saptandığı bildirilmiştir (Colom ve ark., 2003b). Aynı ekip beş yıllık izlem çalışmalarında (2009) psikoeğitim alan grupta depresif atak sayısının daha az olduğunu belirtmiştir (Colom ve ark. 2009). D'Souza ve ark. (2010) psikoeğitim alan grupta mani yineleme sayısının daha az olduğunu ancak, gruplar arasında depresif yineleme sayısının değişmediğini saptamışlardır.

Bauer ve ark. (2006) psikoeğitimin mani dönemlerini kısaltmada ve sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve tedavi memnuniyetini artırmada etkili olduğunu saptamışlardır.

Ülkemizde 1999 yılında yapılan grup psikoeğitim

çalışmasında, hastalık yinleme sayısının azaldığı, ilaç ve tedaviye uyumun arttığı bildirilmiştir (Yurtsever, 1999). Yapılan başka bir çalışmada ise, hastaların fiziksel, sosyal ve toplam yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmıştır (Sabancıoğulları ve Doğan, 2003).

Çakır, Bensusan, Akca ve Yazıcı (2009) yaptıkları çalışmada, psikoeğitime katılan hastaların eğitimden 3 ay sonra tedaviye tam uyum gösterdiğini, duygudurum dengeleyici ilaçlarının kan seviyelerinin daha iyi olduğunu, tedaviye daha iyi yanıt verdiklerini ve atak sayılarının azaldığını saptamışlardır. Harkin ve Eker (2012) psikoeğitim alan grupta tedaviye uyumda artış, psikoeğitim almayan grupta ise tedaviye uyumda gerilemenin olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda psikoeğitimin hastaların işlevsellik düzeylerini artırdığı (Kurdal, Tanrıverdi ve Savaş, 2014) ve damgalama düzeylerini azalttığı (Çuhadar ve Çam, 2014) belirtilmiştir.

PSIKOEĞİTİMDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş rollerinden eğitici rolü çok önemlidir (Arda-han, 2003; Özpulat, 2010; Taylan, 2009). Hasta eğitimi hemşirelik uygulamasının en önemli yönlerinden biridir ve hemşireler hasta eğitiminde anahtar role sahiptir (Akçin, 2000; Taşocak, 2003; Yılmaz, 2011).

Tedavi ve bakım sürecinde hemşireler tarafından hastalara verilen eğitim; hastaların kendi sağlık ve bakımlarını yönetmede gerekli bilgi ve becerileri öğrenmelerine, kendi bakımlarına katılmada sorumluluk almalarına ya da bağımsızlık kazanmalarına, uygun öz-bakım davranışlarını geliştirmelerine, hastalığın ilerlemesinin önlenmesine, hastanın anksiyete, depresyon ve hastalık bulgularının azalmasına, hastanede kalış süresinin kısalmasına, hasta memnuniyetinin artmasına katkıda bulunan sağlıklı yaşam biçimlerinin kazanılmasına, yaşam kalitesinin yükseltilmesine, sağlığın geliştirilmesine ve maliyetin düşürülmesine katkı sağlar (Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Bostancı, 2008; Özpulat, 2010; Saarmann, 2000; Şenyuva ve Taşocak, 2007; Taylan, 2009; Treacy ve Mayer, 2000).

Hemşireler, hastalar ve hasta yakınları ile yakın ilişki içerisinde olduklarından, hastalığın seyrinde, tedaviye uyumda onların gereksinimlerini karşılayacak psikoeğitsel programların hazırlanmasında önemli rol oynarlar. Bu doğrultuda, hemşirelerin hastaların ve ailelerinin eğitim gereksinimlerini belirlemeleri ve psikoeğitsel programları bu gereksinimler doğrultusunda geliştirip uygulamalarının olumlu sonuçlar doğuracağına inanılmaktadır (Gümüş, 2006).

Psikoeğitimde, şimdi ve burada ilkesi dikkate alınmalı (Tel, 1999) ve amaçlara ulaşmak için hastalık süreci, hastalık sürecinde yaşanan güçlükler, ilaç kullanımının sürdürülmesi, baş etme becerilerinin öğretilmesi ve uygulanması ile ilgili eğitimler verilmelidir (Alataş, Kurt, Alataş, Bilgiç ve Karatepe, 2007). Psikoeğitim yapılırken hasta ve aile ile işbirliği yapılmalı, onların tedavi programlarına aktif katılımı sağlanmalıdır (Reid, Llyod ve Groot, 2005; Soykan, 2000; Tel, 1999).

Psikoeğitim uygulama sürecinde hemşirelerin, sabırlı, aktif ve empatik bir dinleyici olması, bireylerin sorunlarını içtenlikle anlamaya çalışması, özverili olması, iyi niyetli tutum sergilemesi, güven ve saygı ifade etmesi, kişiyi değişim potansiyeli bakımından rahatlatması, kişiyi soru sormaya cesaretlendirmesi gibi birçok niteliğe sahip olması gerekmektedir (Gençtürk, 2004; Yeter, Savcı ve Sayiner, 2009). Bu tarz bir yaklaşım; hastalar ile güvenli bir ilişki kurmada, hemşirenin yardımseverlik ve yeterlilik hissini aşılama, hastaya moral vermede ve destek sağlamada yardımcı olur (Nehir, 2011).

Psikoeğitimde; eğitimin içeriği, hastanın eğitim gereksinimleri, eğitimin süresi, hasta ve hemşirenin özellikleri, eğitimin yapılacağı ortam ve eğitim için varolan kaynaklar eğitimde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde belirleyici olacaktır. Bu doğrultuda belirlenen ve kullanılacak eğitim tekniklerine mümkün olduğunca bağlı kalınmalıdır. Ancak deneyimli bir hemşire hasta ve ailesinin tepkilerini dikkate alarak kullanacağı yöntemde değişiklik yapabilir. Hemşirenin bu değişikliği yapabilme yeterliliğine ulaşması için bilgi kadar, zamana ve deneyime de gereksinimi vardır. Hemşirenin çalışma ortamında,

bire-bir eğitim, grup eğitimi, işlemlere hazırlayıcı eğitim ve demonstrasyon sıklıkla kullanabileceği eğitim yöntemlerdir (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Bununla birlikte psiko eğitim uygulamaları, kronik hastalıklarda hastalık ve tedaviye yönelik sadece didaktik/öğretici bir anlatımı değil, aynı zamanda sosyal desteği de içeren belirli bilişsel ve davranışsal yöntemleri de kapsamalıdır (Katz, Irish ve Devins, 2004).

Psiko eğitim ortamının rahat ve konforlu, hasta ve ailelerin baskı hissetmeden etkileşim kurabileceği, eğitim konusunda cesaretlendirilebileceği bir ortam olması da önemlidir (Colom ve Vieta, 2006).

Kaynaklar

- Akçin, E. (2000). *Yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik hemşirelik etkinlikleri*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E. T., Bilgiç, V. ve Karatepe, H. T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psiko eğitim. *Düşünen Adam*, 20(4), 196–205.
- Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 23–28.
- Avşar, G. ve Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 67–73.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinoshian, B., Altsuhler, L. ... Sajatovic, M. D. (2006). Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder, II: Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*, 57(7), 937–945.
- Berk, L., Hallam, K. T., Colom, F., Vieta, E., & Hasty, M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 25(1), 1–16.
- Bordbar, M. R. F., & Faridhosseini, F. (2012). Psychoeducation for Bipolar Mood Disorder. *Clinical, Research and Treatment Approaches to Affective Disorders*, 13, 323–344.
- Bostancı, N. (2008). *Evre I-II meme kanseri hastalarına uygulanan psiko eğitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profiline etkisi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Colom, F., & Lam, D. (2005). Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorders. *European Psychiatry*, 20(5), 359–364.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Clinical diagnostic and therapeutic aspects of bipolar disorder*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Colom, F., & Vieta, E. (2012). Bipolar bozukluğun klinik, tanısal ve terapötik yönleri. L Tamam & E. Özalp (Ed.), *Bipolar bozuklukta psiko eğitim el kitabı* içinde (s. 1–20). Ankara: Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Benabarre, A. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives General Psychiatry*, 60(4), 402–407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Goikolea, J. M., Gasto, C. (2003b). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *Journal Clinical Psychiatry*, 64(9), 1101–1105.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M. ... Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260–265.
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sanchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorder*, 7(s5), 24–31.
- Çakır, S. ve Özerdem, A. (2010). İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: Sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 143–154.
- Çakır, S., Bensusan, R., Akca, Z. K., & Yazıcı, O. (2009). Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 119(1), 190–193.
- Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 62–66.
- Deep, C. A., Lebowitz, B. D., Patterson, T. L., Lacro, J. P., & Jeste, D. V. (2007). Medication adherence skills training for middle-aged and elderly adults with bipolar disorder: A case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 636–645.
- Doğan, S. (2003). Aile ve ruhsal bozukluklar. *10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, özet kitabı* içinde (s. 9–10). Ankara: Ofset Matbaacılık.
- D'Souza, R., Piskulic, D., & Sundram, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 272–276.
- Gençtürk, N. T. (2004). *Meme kanserli kadınların birinci derece akrabalarının bilgi arama davranışlarının değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimlerinin giderilmesinde eğitimin etkinliği*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Greenberg, L., Fihe, S. B., Cohen, C., Larson, M. B. A., Rubinton, P., & Glick, I. D. (1988). An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families in an acute care setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(3), 277–281.
- Gümüş, A. B. (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 23–34.
- Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T. R. H., Cipriani, A. ... Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30(6), 495–553.
- Harkin, S., & Eker, F. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409–416.
- Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G. R., & Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 208–213.
- Katz, M. R., Irish, J. C., & Devins, G. M. (2004). Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13(9), 642–653.
- Ketter, T. A. (2010). Diagnostic features, prevalence and impact of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 14–21.
- Kilbourne, A. M., Cornelius, J. R., Han, X., Pincus, H. A., Shad, M., Salloum, I. ... Haas, G. L. (2004). Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6(5), 368–373.
- Kurdal, E., Tanrıverdi, D., & Savaş, H. A. (2013). The effect of psychoeducation on the functioning level of patients with bipolar disorder. *Western Journal of Nursing Research*, 36(3), 312–328.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904–912.
- Nehir, S. (2011). *Psikiyatri hemşireliğinde psikoeğitim*. I. Uluslararası, V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi özet kitabı içinde (207–209). İstanbul: Marmara Üniversitesi Rektörlüğü.
- Novick, D. M., Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12(1), 1–9.
- Özpulat, F. (2010). Sağliğin korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 293–297.
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: 1. a standard education program for patients. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 197–200.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*, 318(7177), 149–153.
- Reid, J., Llyod, C., & Groot, L. (2005). The psychoeducational needs of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 1–13.
- Rouget, B. W., & Aubry, J. M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98(1), 11–27.
- Saarmann, L., Daugherty, J., & Riegel, B. (2000). Patient teaching to promote behavioral change. *Nursing Outlook*, 48(6), 281–287.
- Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2003). The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(6), 270–275.
- Sachs, G. S., & Rush, A. J. (2003). Response, remission, and recovery in bipolar disorders: What are the realistic treatment goals? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(6), 18–22.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Bauer, M. S., Unützer, J., & Operskalski, B. (2006). Longterm effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 500–508.
- Soykan, . (2000). *Őizofren hastalarının aileleriyle yapılan iletişim becerileri odaklı psiko-eğitim grup programının aile iőlevlerindeki etkisi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Stafford, N., & Colom, F. (2013). Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(442), 11–18.
- Şenyuva, E. ve Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 100–106.
- Taşocak, G. (2003). *Hasta eğitimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Taylan, S. (2009). *Özerklik ilkesi çerçevesinde hemşirenin bağımsız rolleri*. (Yüksek Lisans Tezi). ukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Tel, H. (1999). *Őizofrenik hasta ailelerinin hastalık semptomlarını ele alma ve stresle baş etmelerine psikoeğitimsel yaklaőtımın etkisinin incelenmesi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Thase, M. E. (2012). Strategies for increasing treatment adherence in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 8–18.
- Tohen, M., Frank, E., Bowden, C. L., Colom, F., Ghaemi, S. N., Yatham, L. N. ... Berk, M. (2009). The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar disorders*, 11(5), 453–473.
- Treacy, J., & Mayer, D. K. (2000). Perspectives on cancer patient education. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(1), 47–56.
- Vahip, I. ve Kocadere, M. (2003). Psikososyal-psikoterapötik yaklaőtım ve giriőimler. S. Vahip & O. Yazıcı (Ed.), *İki uçlu duygudurum bozuklukları sağaltım kılavuzu* içinde (s. 107–131). İstanbul: Türk Psikologlar Derneği.
- Vieta, E. (2005). Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(1), 24–29.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M. ... Berk, M. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2013. *Bipolar disorders*, 15(1), 1–44.

- Yeter, K., Savcı, A., & Sayiner, D. F. (2009). Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 65–68.
- Yıldız, M. (2003). *Şizofrenide davranışçı aile tedavisi*. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, özet kitabı içinde (s. 31–33). Ankara: Ofset Matbaacılık.
- Yılmaz, S. (2011). *Şizofreni tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimleri*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yurtsever, Ü. E. (1999). *Bipolar bozukluğu olan hasta ve ailelerin ele alınışında yapılandırılmış psikoeğitimsel yaklaşımlar*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yurtsever, Ü. E., Kutlar, T., Tarlacı, N., Kamberyan, K. ve Yaman, M. (2001). Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 14(1), 33–44.
- Williams, C. A. (1997). Psychoeducation. In N. K. Worley (Ed.), *Mental health nursing in the community* (p. 142). London, UK: Mosby Inc.
- Woods, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002(1): 260-261.
- Worley, N. K. (1997). Psychosocial rehabilitation. In N. K. Worley (Ed.), *Mental health nursing in the community* (pp. 159–171). London, U.K: Mosby.

Hemşirelik Eğitiminde "Gerçekliği" Sağlamada Mulaj Kullanımı

The Use of Moulage for Providing "Fidelity" in Nursing Education

Derya Uzelli Yılmaz¹, Dilek Sarı²



DOI: 10.26650/FNJN.427141

¹Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
²Doç. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Derya Uzelli Yılmaz,
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Hemşirelik
Esasları Anabilim Dalı, Havaalanı Şosesi Cad.
No:33 Çiğli, İzmir, Türkiye
Telefon/Phone: +90 232 329 3535
E-posta/E-mail: duzelli86@gmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 10.08.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 25.09.2017

Atıf/Citation: Uzelli-Yılmaz, D. ve Sarı, D. (2018). Hemşirelik eğitiminde "gerçekliği" sağlamada mulaj kullanımı. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 141-148. <https://doi.org/10.26650/FNJN.427141>

ÖZ

Günümüzde hemşirelik eğitiminde bilgi ve becerinin geliştirilmesi için kullanılan geleneksel eğitim yöntemlerine ek olarak simülasyonun kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Simülasyon tamamen katılımcı tarzda deneyime dayalı öğrenme imkanı sunarak bir rehber öncülüğünde gerçek bir ortamı önceden deneyimlemeyi sağlayan bir yöntemdir. Öğrencinin simülasyon uygulamasının gerçeğe yakın olduğunu hissetmesi gerekmektedir. Bu nedenle gerçeğe yakın öğretim ortamını oluşturmada görsel, işitsel ve dokunsal gerçeklik yaratma anahtar rol oynamaktadır. Bu gerçeklik ise mulaj kullanımı ile sağlanabilmektedir. Bu derlemede, simülasyon uygulamalarına eklenebilen ya da tek başına öğretim aracı olarak kullanılan mulajın kullanım alanları ve önemi ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik eğitimi, simülasyon, mulaj

ABSTRACT

In nursing education today, simulation use is becoming increasingly common as an additional training method for developing nursing knowledge and skills. Simulation allows the participant to experience a real environment by providing experience-based learning opportunities. Simulated learning allows students to practice their skills in environments that are similar to or the same as they will experience in real-life situations. For simulated learning to be effective, it is important to create realistic visual and tactual experiences in the learning environment. This can be achieved with the use of moulage. This study examines the use and importance of moulage as an additional tool in simulation scenarios and to demonstrate teaching materials.

Keywords: Nursing education, simulation, moulage

EXTENDED ABSTRACT

Using simulation practices within the scope of a course provides students with a chance to practice and develop their skills in a safe environment. One significant element in planning a simulated instructional environment is designing it to be as similar as possible to real-life conditions (Smith-Stoner, 2011). Studies have shown that simulator properties alone are not sufficient to increase fidelity in simulation practices, and scenario-based simulated environments are most effective at impacting students' clinical performances in real-life environments (Friedman et al., 2009; Grady et al., 2008). In addition, creating a high-fidelity simulation environment helps students understand physical, sociocultural, and psychosocial holistic patient care (Ulric & Mancini, 2014).

This review examines the use and importance of moulage, which can be added to simulated scenarios or used on its own to demonstrate teaching materials.

Creating realistic visual and tactual learning environments is important for effective simulations. Effective simulations require the educator to use varying levels of realism and tools to meet the learners needs for an effective learning experience. How the simulators and standardized patients are prepared for teaching outcomes is key to success. If the scenario is designed correctly and include moulage practices, fidelity is increased and the impact on learning is positive (Fincher & Lewis, 2002; Maran & Glavin, 2003; Ulric & Mancini, 2014). Moulage is the art of creating the illusion of medical conditions, injuries, and/or physical signs for the purpose of increasing the realism of a simulated learning environment. Moulage comes from the French word "mouler," meaning to mold (Moulage, 2016; Ulric & Mancini, 2014). To increase environmental fidelity, computer-based programs can generate vital signs or auscultatory sounds for abnormal findings. Moulage can also be added to portray specific conditions, symptoms, or illnesses. A scenario can also include realistic hospital sounds (call lights, alarms, and background noises, for example); patient care devices; and equipment. The educator must determine the level of fidelity required to accomplish the overall educational goal depending on the learners' objectives and skill levels (Smith-Stoner, 2011; Ulric & Mancini, 2014).

The first medical moulage occurred with the use of anatomical wax models to study the human body. Other types of moulage frequently used in health care simulations include cosmetics, wigs, body art, odors, wounds, bruising, rashes, and other visual assessment cues to draw the learners' attention. Moulage promotes increased realism by engaging all the senses, allowing the learner to suspend disbelief and supporting the learners' critical thinking (Ulric & Mancini, 2014). This method of study can assist learners in preparing to provide safe, quality patient care. However, moulage does have its constraining factors; these include cost, knowledge/imagination, manpower (personnel and time), supplies, and storage. Still, because moulage can increase the fidelity of simulation and effectively engages learners in simulations of real-life scenarios, it is a highly valuable educational tool. Providing a clinically accurate moulage ensures that learners view objective details as they evaluate clinical situations through simulated environments and then take action. Moulage provides learners and educators the opportunity to discuss the clinical reasoning that led to learner actions and the benefits or consequences of those actions. According to Foot et. al, inclusion of moulage in simulation practices enhances permanent learning (Foot et al, 2008). Studies reveal that the use of moulage is also effective at increasing students' self-confidence (Hernandez, Mermelstein, Robinson, & Yudkowsky, 2013; Seckman & Ahearn, 2010) and knowledge levels (Scholtz, Sullivan, & Krishnamurthy, 2016; Seckman & Ahearn, 2010).

Based on the findings of this study, it is recommended that simulation practices using moulage be integrated into the instructional process of teaching about psychomotor skills in nursing education. The number of studies evaluating effects on students' skills in the clinical environment must also be increased.

GİRİŞ

Gelişen teknoloji ile birlikte hemşirelik eğitiminde yeni öğretim stratejilerinin kullanımı ve gelişimi artmıştır. Bir öğretim stratejisi olarak simülasyonun hemşirelik eğitiminde önemi gün geçtikçe artmakta ve hemşirelik müfredat programlarında daha fazla kullanılmaktadır (Terzioğlu ve ark., 2013). Gerçek bir ortamı önceden deneyimlemeyi sağlayan simülasyon, eğitimin amacına ve öğrenme hedeflerine ulaşmasına önemli katkı sağlamaktadır (Gaba, 2004). Bu nedenle eğiticilerin öğrenme hedeflerine uygun senaryolar geliştirebilmesi, simülasyonun etkinliğini arttıracak teknikler hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve bu teknikleri kullanmada istekli olması gerekmektedir.

Simülasyon bir eğitim teknolojisi olmaktan çok, gerçek dünyanın var olan yönlerini yineleyerek ya da çağrıştırarak yaratılan bir doğruluk içinde tamamen katılımcı bir tarzda, gerçek deneyimleri rehberli deneyimlerle değiştiren ve geliştiren bir eğitim tekniği olarak tanımlanmaktadır (Gaba, 2004). Ayrıca simülasyon, "Klinik bir durumu mümkün olduğu kadar gerçeğine yakın bir şekilde yansıtarak klinik uygulamada bu durum ile gerçekten karşılaşıldığında onun daha kolay anlaşılabilir ve yönetilebilir olmasını sağlayan bir yöntemdir" (Nehring ve Lashley, 2009).

Simülasyon uygulanırken, öğrencinin deneyiminin gerçeğe yakın olduğunu hissetmesi gerekmektedir (Maran ve Glavin, 2003). Öğrenci ne kadar gerçek bir ortamda beceri yeteneğini geliştirirse, klinik ortamda hasta üzerinde beceriyi gerçekleştirmesi de o kadar kolay olmaktadır (Zigmont, Kappus ve Sudikoff, 2011). Bu bağlamda, gerçekçi bir öğrenme ortamının sağlanması için simülasyon yönteminin her tipinde gerçek deneyimleri yansıtan, İngilizce "fidelity" olarak ifade edilen "gerçek yaşama uygunluk", diğer bir deyişle "aslına uygunluk" özelliği bulunmalıdır. Gerçeklik/aslına uygunluk kavramı simülasyonun gerçek bir deneyime ne kadar yakın olduğunu ifade etmektedir. Simülasyonda gerçeklik, simülatörler ve senaryoya uygun simülasyon ortamı ile sağlanmaktadır (Ulric ve Mancini, 2013).

Yapılan çalışmalar, simülatör özelliklerinin tek başına yeterli olmadığını, senaryoya uygun simülasyon ortamının öğrencilerin gerçek ortamdaki klinik performanslarında daha etkili olduğunu göstermektedir (De Giovanni, Roberts ve Norman, 2009; Friedman ve ark., 2009; Grady ve ark., 2008; Lapkin, Levett-Jones, Bellchambers ve Fernandez, 2010). Simülasyon ortamını hazırlarken simülatörün senaryoya uygun hazırlanması, giydirilmesi, hastane ortamını yansıtan mobilyaların ve hasta bakım ekipmanlarının kullanılması, arka planda monitör alarmlarının eklenmesi vb. uygulamalar senaryoyu daha gerçekçi hale getirip öğrencinin kendini gerçek olayla yüz yüze gibi hissetmesini sağlamaktadır (Maran ve Glavin, 2003; Ulric ve Mancini, 2013). Ayrıca gerçeğe yakın simülasyon ortamı yaratmak, öğrencinin fiziksel, sosyokültürel ve psikososyal bütüncül hasta bakımını kavramasına da yardımcı olmaktadır (Ulric ve Mancini, 2013).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu derlemede öğrenme ortamının birden fazla duyu organına hitap edecek şekilde düzenlenmesini sağlayarak hem simülasyon ortamının gerçekliğini arttıran uygulamaları kapsayan hem de tek başına bir öğretim aracı olarak kullanılabilen mulajın önemini ortaya koymak amaçlanmıştır.

MULAJ KAVRAMI VE TARİHSEL SÜRECİ

Mulaj, Fransızca bir kelime olan "mouler" kelimesinden gelmekte ve "döküm ya da kalıplama" anlamında kullanılmaktadır (Moulage, 2016; Ulric ve Mancini, 2013). Türk Dil Kurumu'nda ise mulaj "bir şeyin bal mumu, alçı vb. bir madde ile kalıbını çıkarmak için yapılan işlemlerin bütünü" ve "bu işlemler sonucunda elde edilen kalıp" olarak ifade edilmektedir (Mulaj, 2016). Mulaj fiziksel ve psikolojik hastalık semptomları, yaşlı cilt görünümü, yara ve benzeri fiziksel ve duyuşal değişikliklerin benzetimini yapabilmek için balmumu, lateks, makyaj ürünleri ve yapay sıvıların kullanıldığı makyaj tekniklerinin bir bütünüdür (Smith-Stoner, 2011).

Mulaj, 1600'lü yılların sonlarında Floransa'da

kullanılmaya başlamıştır. İlk olarak Leonardo da Vinci'nin Hocası Andrea del Verrocchio, beynin ventrikülleri üzerine çalışan Vinci'yi kadavralar üzerinden kalıp çıkarmak için kolay şekil verilebilen balmumu kullanması yönünde etkilemiştir. O yıllarda sadece sanat eserlerinde kullanılan ve mulajın temelini oluşturan balmumu, ilk anatomi modellerinin oluşturulmasında kullanılmaya başlanmıştır. Florence, Paris, Atina, Viyana ve Zürih'de mulaj müzeleri bulunmakta, günümüzde dermatoloji ve patoloji gibi tıp alanlarında özellikle cilt hastalıklarının tanılanmasında eğitim amaçlı kullanılmaktadır (Robin, 2010; Ulric ve Mancini, 2013).

Tarihsel süreçte tıp eğitiminin farklı alanlarında kullanımı devam eden mulaj, ilk kez 1795 yılında askerlerin yaralanmalara yönelik eğitimlerinde bir öğretim aracı kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde askeri tıp ve hemşirelik okullarında travma tatbikat eğitimlerinde kullanımı devam etmektedir (Ulric ve Mancini, 2013).

LİTERATÜR İNCELEMESİ

Sağlık bilimlerinde mulaj kullanılarak yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Yapılan çalışmalar hemşirelik ve tıp öğrencilerinin hastalık ve semptom tanılama becerilerinin geliştirilmesinde ve eğitimcilerin öğrencileri değerlendirmesine ilişkin gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların sonucunda, mulaj deneyimleyen eğitimcilerin ve öğrencilerin verdikleri geribildirimler de mulajın etkinliğini ortaya koymaktadır (Foot ve ark., 2008; Hernandez ve ark., 2013; Pywell, Evgeniou, Highway, Pitt, Estela 2015; Seckman ve Ahearn, 2010; Scholtz ve ark., 2016). Hernandez ve ark. (2013), tıp öğrencilerinin melanom tanısı koyabilme becerilerinin değerlendirilmesinde mulaj kullanımının etkisini inceledikleri çalışmalarında, mulaj kullanımı ile öğrencilerin fiziksel değerlendirme becerilerini arttırdığını saptamışlardır. Ayrıca öğrencilerden alınan geri bildirimler gerçek hasta ile karşılaşmadan önce mulaj ile melanom görmelerinin gerçek hastaya tanı koyarken kendilerine olan güveni arttırdığı yönünde olmuştur. Yine Scholtz ve ark. (2016), ikinci sınıf tıp

öğrencilerine uyguladıkları standardize hasta sınavlarında, standardize hastanın cildine uyguladıkları melanom mulaj uygulamasının öğrenci yeterliliğini değerlendirmede pratik, güvenilir ve etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Pywell ve ark. (2015), yanık yönetimi dersini alan öğrencilere profesyonel makyöz tarafından yapılan mulaj uygulaması ile dersin öğretim elemanı tarafından yapılan profesyonel olmayan mulaj uygulamasının gerçeklik ve uygunluğunu değerlendirmiş, profesyonel makyaj uygulamasının gerçeklik ve uygunluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca öğrenciler mulajın senaryoya dâhil edilmesinin gerçeğe yakın bir tecrübe olduğunu ve yanık yönetimine ilişkin pozitif etkilerinin olduğu konusunda ortak düşüncelerini belirtmişlerdir.

Yine Seckman ve Ahearn (2010), hemşirelik öğrencilerinin lisans dersi kapsamında cilt değerlendirmelerini yapabilmeleri için düşük gerçeklikli manken üzerine mulaj uygulaması gerçekleştirmişlerdir. Öğrencilere uygulanan ön test ve son test sonrasında, hasta öyküsü almak, cilt lezyonlarını değerlendirmek konusunda özgüvenlerinin ve bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Öğrenciler de verdikleri geribildirimler ile mulajın ve diğer destekleyici ortamların senaryoya eklenmesi ile gerçek ve doğal bir ortamda oldukları hissini yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Foot ve ark. (2008), yoğun bakım kursuna katılan doktorlar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında eskaratomi uygulaması için eğitim materyali olarak mulaj uyguladıkları mankenleri kullanmışlardır. Kurs sonrasında katılımcıların çoğunluğu yaşadıkları deneyimin çok gerçekçi olduğunu ve hafızalarında kalıcılık sağladığını belirtmişlerdir.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda mulajın hemşirelik eğitiminde öğrencilerin psikomotor ve bilişsel becerileri öğrenme etkinliklerinin güçlendirilmesi amacı ile kullanılan geleneksel öğretim araçlarına ek olarak kullanılıp değerlendirilmesine gereksinim vardır. Bu nedenle daha fazla araştırmada mulaj ile kazanılan deneyiminin gerçek hasta ve klinik duruma aktarılabilmesinin incelenmesine gereksinim olduğu düşünülmektedir.

MULAJIN HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE KULLANIMI

Öğrenme, tekrar ya da yaşantı sonucu kazanılan nispeten kalıcı izleri olan davranış değişikliğidir. Öğrenmenin olması için davranış değişikliğinin kalıcı olması gerekir (Demirel, 2002). Eğitimde görsel ve işitsel öğretim araçları, öğrenmenin kalıcı olmasını sağlamak açısından çok büyük önem taşımaktadır. Çünkü bir öğretme etkinliği ne kadar çok duyu organına hitap ederse öğrenme olayı da o kadar kalıcı olmakta ve buna paralel olarak unutmada da o kadar geç olmaktadır (Demirel, 2002; Ulric ve Mancini, 2013).

Hemşirelik eğitimi gibi teori ve uygulamanın birlikte entegre bir şekilde yapılması gerektiği mesleki eğitimlerde, simülasyon uygulamalarında olduğu gibi öğrencilerin deneyimleyerek öğrenmesi çok daha fazla önem taşımaktadır (Gaba, 2004; Neill ve Wotton, 2011; Terzioğlu ve ark., 2013). Öğrenme deneyimine aktif katılımı duyuşal tecrübelerin de bu sürece eşlik etmesi, öğrenmenin uzun süreli ve etkili olmasına katkıda bulunmaktadır (Gaba 2004; Terzioğlu ve ark., 2013).

Hemşirelik eğitiminde ders içeriklerinin birçoğu görme, dokunma ve işitme gibi duyuşal tecrübelerle dayanmaktadır. Bu bağlamda bir öğretim aracı olarak kullanılan mulaj; hastalık semptomları, yaralanma, yanık, yara, yaşlanma ve diğer fiziksel değişiklikleri öğretmede simülasyon ve diğer ders içeriklerinin gerçeğe en yakın şekilde resmedilmesini sağlamaktadır (Merrica, 2012). Mulaj tek başına kullanılabileceği gibi, simülasyon uygulamalarında senaryoya dahil edilerek hem standardize hastalara hem de mankenlerin cildine uygulanabilir (Foot ve ark., 2008; Smith-Stoner, 2011).

Hemşirelik eğitiminde kullanılan mulaj uygulamalarını, kozmetik ürünler ile yapılan makyajlar ve öğrencilerin dikkatini çekmek için kullanılabilecek duyuşal ipuçları içerir. Balmumu, plastik makyaj ürünleri ile birlikte kullanılarak; yara, yanık, döküntü, ekimoz gibi görsellerin elde edilmesini sağlarken, tebeşir tozu, peynir gibi çeşitli malzemeler kullanılarak koku, araba kornaları, monitör alarmları vb. kullanılarak da simülasyon ortamında ses elde edilmesi sağlanır (Ulric ve Mancini, 2013) (Tablo 1). Böylece simülasyon ortamı,

Tablo 1. Koku, görme, dokunma ve işitme duyusuna ilişkin mulaj örnekleri

Görsel	Mulaj
Enfekte idrar	<ul style="list-style-type: none"> • Tebeşir tozu (partikül oluşturmak) • Vanilyalı Puding (toz halinde) • Likit ya da kalıp sabun (bulanıklık oluşturmak için)
Hematüri	<ul style="list-style-type: none"> • Kiraz parçacıkları (pıhtı oluşturmak için)
Koku	Mulaj
Enfekte amniyotik sıvı	<ul style="list-style-type: none"> • Uskumru konservesi • Parmesan peyniri
Enfeksiyon	<ul style="list-style-type: none"> • Küflü peynir
Aseton kokulu nefes	<ul style="list-style-type: none"> • Likit meyve kokusu • Meyveli araba kokusu • Meyve aromalı dudak koruyucu • Aseton spreyi • Meyve kokulu vücut spreyi
Dokunma	Mulaj
Subkutan Doku	<ul style="list-style-type: none"> • Kilitli plastik poşet içinde kahvaltı gevreği
İşitsel	Mulaj
	<ul style="list-style-type: none"> • Arka planda gürültü (araba kornaları, ambulans sesi, monitör alarmları vb.) • Ağlama sesleri • Aile üyeleri veya sağlık ekibinin talepleri

Kaynak: Ulric, B., Mancini, B. (2013). Mastering simulation: A handbook for Success. Sigma Theta Tau International., USA, 56-57.

gerçek bir hastane ortamına uygun bir hale getirilir. Baharestani (2012), standardize hastalara mulaj uygulayarak basınç ülseri oluşturmuş, oluşturduğu basınç ülseri görsellerini ve video kayıtlarını yara bakım uzmanı sağlık profesyonelleri ile elektronik ortamda paylaşmıştır. Yara bakım uzmanları basınç ülseri görsellerini değerlendirmiş ve birinci evre %81, ikinci ve üçüncü evre %90 oranında gerçeğe yakın olarak bulunmuştur. Mulajın sağladığı gerçeği yansıtma başarısını bu çalışmada da ortaya konmaktadır.

MULAJ UYGULAMASI

Mulaj tamamıyla uygulayıcının hayal gücü ile ilişkilidir. Eğitimin kendisinin uygulayabileceği mulaj uygulamalarının yanı sıra, hazır mulaj setlerine de ulaşılmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından acil travma vakalarına yönelik mulaj eğitimleri düzenlenmektedir. Ayrıca simülasyon uygulamalarında yer

alan eğitimci özel makyaj eğitimi veren kurumlarda açılan makyaj kurslarına katılarak da kendini mulaj uygulamaları alanında geliştirebilir.

Mulaj Uygularken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

- Mulaj uygulamaya başlamadan önce uygulama yapılacak alan belirlenerek doğru malzeme temini sağlanmalıdır (Resim 1).



Resim 1. Kullanılan mulaj malzemeleri

- Mulaj canlı doku üzerine uygulanacaksa, malzemelerin son kullanma tarihleri mutlaka kontrol edilmeli, kişinin cildine uygulanacak malzeme alerji yönünden mutlaka test edilmelidir.
- Mulaj uygulaması yapılan alana dokunulduğunda bozulma ve silinme olmaması için kalıcı makyaj malzemeleri ya da makyaj sabitleme spreyleri kullanılabilir.
- Mulaj maket üzerine uygulanacaksa, malzemeyi alandan temizlemek için yağ bazlı makyaj temizleme solüsyonları kullanılabilir.
- Mulaj malzemelerinin raf ömrü dikkate alınmalı, oda sıcaklığında muhafaza edilmesi sağlanmalıdır (Merica, 2012).

Örnek senaryo*

40 yaşındaki bayan hasta DU, Serebral Vasküler Olay (SVO) sonrasında birkaç haftadır hemşire olarak çalıştığınız klinikte yatmaktadır. Hastanın çiğneme ve yutma yeteneği olmadığı için total parenteral beslenmektedir. Bayan DU, bir ilçenin devlet hastanesinden geldiği için yanında sürekli kalabilen bir refakatçısı

bulunmamaktadır. Hasta sürekli olarak periferik intravenöz kateterini çekmeye çalıştığı için yumuşak bilek tespitlerinin kullanılmasına karar verilmiştir (Resim 2) Hastanın bakımını gerçekleştirmek üzere yanına gittiğinizde, fiziksel tespit alanlarında eritem ve periferik intravenöz kateter giriş alanında ödem ve çevresinde soğukluk hissediyorsunuz (Resim 3 ve Resim 4).



Resim 2. Mulaj alanları (Hastaya öz bakım eksikliği görüntüsü vermek için peruk, kirli giysi ve çarşaf, fiziksel tespit alanlarında kızarıklık, damar yolu giriş alanında infiltrasyon)



Resim 3. Fiziksel tespit alanında eritem



Resim 4. II. derece infiltrasyon

*Araştırmacılar tarafından oluşturulan senaryo doğrultusunda hazırlanan mulaj uygulama adımları Tablo 2 ve Tablo 3'de mulaj uygulamalarına ilişkin görseller Resim 2, Resim 3 ve Resim 4 'de görülmektedir. Mulaj

Tablo 2. Eritem oluşturma adımları**Gerekli malzemeler:**

- Makyaj süngeri ve fırçası
- Kırmızı renk cilt işaretleme kalemi
- Kırmızı ve mavi renk plastik makyaj farı
- Plastik makyaj sabitleme sıvısı

Uygulama basamakları:

1. Manken ya da standardize hastanın cildine uygulamak istediğiniz alana, 3x3 inç boyutunda (1 inç=2,54 cm) cilt işaretleme kalemi ile bir daire çizilir.
2. Henüz ıslakken makyaj süngeri ile tampon hareketler yaparak yayılması sağlanır ve bir dakika kuruması beklenir.
3. İkinci kat olarak kırmızı renk farı makyaj fırçası yardımı ile tampon hareketler ile üzerinden geçilir.
4. Makyaj süngerine mavi renk fardan alınıp ikinci kat kırmızı farın etrafına dağıtılarak uygulanır.
5. Parmakları kullanarak kırmızı renk alanın merkezinde olacak şekilde dağıtılarak son şekli verilir.
6. Antiseptik solüsyon, elle temas vb. uygulamalara karşı bozulmayı engellemek için plastik makyaj sabitleme sıvısı ile mulaj sabitlenir

uygulamaları literatür doğrultusunda (Merica 2012) araştırmacı Derya Uzelli Yılmaz tarafından yapılmış ve fotoğraflanmıştır (Resim 2, Resim 3 ve Resim 4).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde sağlık sisteminin maliyeti, hasta güvenliği, etik ve yasal yaptırımlar, sağlık profesyonellerinin eğitiminde gerçek hastalar üzerinde birçok becerinin kazandırılmasını sınırlamıştır. Bu nedenlerle geleneksel öğretim yöntemlerinin yanında yerini alan simülasyonda gerçekçi bir öğrenme ortamının sağlanması eğitimin etkinliğini arttırmaktadır (Zigmont ve ark., 2010). Bu gerçekliğin sağlanmasında simülasyon senaryolarına eklenebilen mulaj, eğitim ortamı ve klinik arasında köprü görevi görerek gerçek ve etkili simülasyon ortamının oluşturulmasında önemli bir tekniktir (Merica, 2012). Bu bağlamda mulajın bilişsel ve

Kaynaklar

Baharestani, M. (2012, June). *Using moulage to simulate pressure ulcers; Validation by wound care experts*. Paper presented at the WOCN Society's 44th Annual Conference Book, Charlotte, North Carolina. Abstract retrieved from <https://wocn.confex.com/wocn/2012am/webprogram/Paper6957.html>

Tablo 3. İnfiltrasyon oluşturma adımları**Gerekli malzemeler:**

- Ten rengi sıvı balmumu (wax)
- Kırmızı renk sıvı balmumu
- Wax sabitleme sıvısı*
- ½ x ½ inç boyutunda (1 inç= 2,54 cm) ince açık renkli tül
- Pamuk
- Tek ve büyük parçadan oluşan ambalaj balonu
- Kesme tahtası
- Spatula
- 20'lik enjektör
- Plastik makyaj sabitleme sıvısı

Buz torbası (Soğukluk hissi vermek için) Uygulama basamakları:

1. Sıvı balmumundan 5cc ten rengi, 5 cc kırmızı renk kesme tahtası üzerine alınır. Kırmızı bir ten rengi oluşturmak için, bu iki renk balmumu spatulanın arkası ile karıştırılır.
2. Bombe infiltre alanı oluşturmak için ambalaj balonunun içine ve üzerine karıştırılan sıvı balmumu ile dikkatlice doldurulmalıdır.
3. Bombe infiltre alanın etrafını kaplamak için ten rengi balmumu kesme tahtasının üzerinde 3x3 inç olacak şekilde spatula yardımı ile dağıtılır. Tül parçası, balmumu materyalinin tam üzerine yerleştirilir (krepitasyon sağlamak için).
4. Tül parçasının üzerine az miktarda pamuk dağınık bir şekilde yerleştirilir (ödem görünümünü sağlamak için).
5. Ambalaj balonunun etrafına tül ve pamuk ile hazırlanmış ten rengi balmumu materyali spatula ve parmaklar yardımı ile dikkatlice içinden geçirilerek birleştirilir, son şekli verilir. Manken ya da standardize hastanın cildine uygulamak istediğiniz alana yerleştirilir.
6. Antiseptik solüsyon, elle temas vb. uygulamalara karşı bozulmayı engellemek için plastik makyaj sabitleme sıvısı ile mulaj sabitlenir.
7. Simülasyon uygulaması öncesinde infiltre alan etrafına buz torbası uygulanır.

Kaynak: Merica, B. (2012). *Medical moulage: How to make your simulations come alive*, F.A. Davis Company, Philadelphia, 44.

psikomotor beceri öğretiminde yararlanılmasının, etkili öğrenme ortamının sağlanmasında çok önemli olduğu düşünülmekte, mulaj ile yapılabilecek çalışma sayısının arttırılarak öğrenci başarısı üzerine etkisinin araştırılması önerilmektedir.

De Giovanni, D., Roberts, T., & Norman, G. (2009). Relative effectiveness of high- versus low-fidelity simulation in learning heart sounds. *Medical Education*, 43(7), 661–668.

Demirel, Ö. (2002). *Planlamadan değerlendirmeye öğretme sanatı* (4. bs). Ankara: Pegem Yayıncılık.

- Fincher, R. M. E., & Lewis, L. A. (2002). Simulations used to teach clinical skills. In G. R. Norman, C. P. M. Van der Vleuten & D.I. Newble (Eds.), *International handbook of research in medical education* (pp. 499–535). London, UK: Kluwer Academic Publishers.
- Foot, C., Host, D., Champer, D., Tomcak, L., Ziegenfuss, M., Cohen, J., ... Nunnink, L. (2008). Moulage in high-fidelity simulation; A chest wall burn escharotomy model for visual realism and as an educational tool. *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 3(3), 1–5.
- Friedman, Z., Siddiqui, N., Katznelson, N., Devito, I., Bould, M. D., & Naik, V. (2009). Clinical impact of epidural anesthesia simulation on short- and long-term learning curve: High-versus low-fidelity model training. *Anesthesia and Pain Medicine*, 34(3), 229–232.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*, 13(1), 2–10.
- Grady, J. L., Kehrer, R. G., Trusty, C. E., Entin, E. B., Entin, E. E., & Brunye, T. T. (2008). Learning nursing procedures: The influence of simulator fidelity and student gender on teaching effectiveness. *Journal of Nursing Education*, 47(9), 403–408.
- Hernandez, C., Mermelstein, R., Robinson, J., & Yudkowsky, R. (2013). Assessing students' ability to detect melanomas using standardized patients and moulage. *Journal of American Academy Dermatology*, 68(3), 83–87.
- Lapkin, S., Levett-Jones, T., Bellchambers, H., & Fernandez, R. (2010). Effectiveness of patient simulation manikins in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: A systematic review. *Clinical Simulation in Nursing*, 6(6), 207–222.
- Maran, N. J., & Glavin, R. J. (2003). Low to high fidelity simulation a continuum of medical education. *Medical Education*, 37(1), 22–28.
- Merica, B. (2012). *Medical moulage: How to make your simulations come alive*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Moulage. (2016). *Merriam-Webster online dictionary*. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/moulage>
- Mulaj. (2016), *Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük içinde*. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5767de02887980.25818764
- Nehring, W.M., & Lashley, F.R. (2009). Nursing simulation: A review of the past 40 years. *Simulation & Gaming*, 40(4), 528–552.
- Neill, M. A., & Wotton, K. (2011). High-fidelity simulation debriefing in nursing education: A literature review. *Clinical Simulation in Nursing*, 7(5), 161–168.
- Ulric, B., & Mancini, B. (2013). *Mastering simulation: A handbook for success*. Indianapolis, Indiana: Sigma Theta Tau International.
- Pywell, M. J., Evgeniou, E., Highway, K., Pitt, E., & Estela, C. M. (2015). High fidelity, low cost moulage as a valid simulation tool to improve burns education. *Burns*, 42(4), 844–852.
- Robin, A. C. (2010). A moulage museum is not just a museum: Wax models as teaching instruments. *Virchows Archiv*, 457, 513–520.
- Scholtz, J., Sullivan, M., & Krishnamurthy, S. (2016). Are standardized patient exams with melanoma moulages a more accurate reflection of medical student concept mastery than standard multiple-choice exams? *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(5):110.
- Seckman, A. C., & Ahearn, T. (2010). Utilizing simulation and moulage techniques: Performing thorough skin assessments in a baccalaureate nursing program. *Clinical Simulation in Nursing*, 6(3), 122–123.
- Smith-Stoner, M. (2011). Using moulage to enhance educational instruction. *Nurse Education*, 36(1), 21–24.
- Terzioğlu, F., Boztepe, H., Duygulu S., Tuna, Z., Kapucu, S. ve Özdemir L. (2013). Simulasyon eğitiminin önemli bir bileşeni: Çözümleme. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 57–63.
- Zigmont, J. J., Kappus, L. J., & Sudikoff, S. N. (2011). Theoretical foundations of learning through simulation. *Semin Perinatol*, 35(2), 47–51.

DERGİNİN TANIMI

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

AMAÇ VE KAPSAM

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

EDİTORYAL POLİTİKALAR VE HAKEM SÜRECİ

Yayın Politikası

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

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

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

Genel İlkeler

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

Ön değerlendirmeyi geçen yazılar iThenticate intihal tarama programından geçirilir. İntihal incelemesinden sonra, uygun makaleler Editör tarafından orijinaliteleri, metodolojileri,

makalede ele alınan konunun önemi ve derginin kapsamına uygunluğu açısından değerlendirilir.

Makalede daha önce yayınlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Gerekli izinlerin alınıp alınmadığından yazar(lar) sorumludur.

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

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

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

Yazarların Sorumluluğu

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

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

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

Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler "teşekkür/bilgiler" kısmında sıralanmalıdır.

YAZARLARA BİLGİ

Bunlara örnek olarak ise sadece teknik destek sağlayan, yazıma yardımcı olan ya da sadece genel bir destek sağlayan kişiler verilebilir. Finansal ve materyal destekleri de belirtilmelidir.

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

Yazarların görevleri ve sorumlulukları konusunda aşağıdaki kaynaklara bakabilirsiniz;

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

Editör ve Hakem Sorumlulukları ve Değerlendirme Süreci

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

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

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

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

Editör makalelerle ilgili bilgileri (makalenin alınması, içeriği, gözden geçirme sürecinin durumu, hakemlerin eleştirileri ya da varılan sonuç) yazarlar ya da hakemler dışında kimseye paylaşmaz. Değerlendirme sürecinde editör hakemlere gözden geçirme için gönderilen makalelerin, yazarların özel mülkü olduğunu ve bunun imtiyazlı bir iletişim olduğunu açıkça belirtir. Hakemler ve yayın kurulu üyeleri topluma açık bir şekilde makaleleri tartışamazlar. Hakemlerin kendileri için makalelerin kopyalarını çıkarmalarına izin verilmez ve editörün izni olmadan makaleleri başkasına veremezler. Hakemler gözden geçirmelerini bitirdikten sonra makalenin kopyalarını yok etmeli ya da editöre göndermelidirler. Dergimiz editörü de reddedilen ya da geri verilen makalelerin kopyalarını imha etmelidir.

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

Değerlendirme süreciyle ilgili olarak COPE kaynağına bakabilirsiniz:

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

AÇIK ERİŞİM İLKESİ

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

YAYIN ETİĞİ

İlke ve Standartlar

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

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

YAZARLARA BİLGİ

de dahildir. Yayın etiği kurallarına bağlı olarak, intihal şüphesini ve duplikasyon durumlarını rapor edeceğimizi belirtiriz.

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

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

Bilimsel Sorumluluk

Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

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

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

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

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

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur, Çıkar Çatışması

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

Research'e <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a18/> uymayı prensip edinmiş bir dergidir. Bu yüzden Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'de yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, klinik deneylere katılan denekler ile ilgili olarak yukarıda belirtilen etik standartlara uyulduğunun mutlaka belirtilmesi gerekmektedir. Ayrıca deneyin türüne göre gerekli olan yerel veya ulusal etik komitelerden alınan onay yazıları yazı ile birlikte gönderilmelidir. Bununla birlikte deneye katılan kişi/hastalardan, hastalar eğer temyiz kudretine sahip değilse vâsilerinden yazılı bilgilendirilmiş olur alındığını belirten bir yazı ile beraber tüm yazarlar tarafından imzalanmış bir belgenin editöre gönderilmesi gerekmektedir. Hastalardan bilgilendirilmiş olur alınmadan mahremiyet bozulamaz. Hastaların ismi, isimlerinin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, fotoğraflar ve soy ağacı bilgileri v.b. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba, ya da vasisi) yazılı bilgilendirilmiş olur (rıza) vermedikçe basılmazlar.

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

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

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

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

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

DİL

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

YAZILARIN HAZIRLANMASI

Aksi belirtilmedikçe gönderilen yazılarla ilgili tüm yazışmalar ilk yazarla yapılacaktır. Gönderilen yazılar, yazının yayınlanmak üzere gönderildiğini ifade eden, makale türünü belirten ve makaleyle ilgili bilgileri içeren (bkz: Son Kontrol Listesi) bir mektup; yazının elektronik formunu içeren Microsoft Word 2003 ve üzerindeki versiyonları ile yazılmış elektronik dosya ve tüm yazarların imzaladığı Telif Hakkı Devir Formu eklenerek gönderilmelidir.

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

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

Makale Türleri

Araştırma

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

Öz

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

Amaç/ Aim: Yazının birincil ve asıl amacı;

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

Bulgular/Results: Ana bulgular;

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

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

bir makalenin birçok elektronik veritabanında yer alan en belirgin kısmı olduğundan, yazarlar özetin makalenin içeriğini doğru olarak yansıttığından emin olmalıdır.

Anahtar Kelimeler

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

Genişletilmiş Özet (Extended Abstract)

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

Giriş

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

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

Yöntem

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

Yöntem aşağıdaki başlıkları içermelidir:

Çalışmanın tipi: Açıklanmalıdır.

Çalışmanın evren ve örnekleme:

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

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçlarının her biri ayrı ayrı tanıtılmalı ve geçerlik-güvenirlik bilgileri verilmelidir. Diğer çalışmacıların sonuçları yineleyebilmesi için yöntem ve kullanılan araçlar

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

Etik Konular

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

Verilerin Analizi

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

Bulgular

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

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

Tartışma

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

Deneysel çalışmalar

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

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

Sonuçlar

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

Tablo, Grafik ve Şekiller

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

Meta Analizi (İleri Çözümleme)

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

Sistemik Derleme

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

Olgu Sunumu/Case Report

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

Derleme/Review

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

Editöre Mektup/Letter to the Editor

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

Tablolar

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

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

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

Şekiller

Şekiller ya profesyonel olarak çizilmeli ve fotoğraflanmalı ya da fotoğraf kalitesinde dijital olarak gönderilmelidir. Şekillerin basıma uygun versiyonlarının yanı sıra JPEG ya da

GIF gibi elektronik versiyonlarda yüksek çözünürlükte görüntü oluşturacak biçimlerde elektronik dosyaları gönderilmeli ve yazarlar göndermeden önce bu dosyaların görüntü kalitelerini bilgisayar ekranında kontrol etmelidir.

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

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

Şekillerin Dipnotları

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

Ölçüm Birimleri

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

Kısaltmalar ve Semboller

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

Teşekkür/Acknowledgement

Yazının sonunda kaynaklardan önce yer verilir. Bu bölümde kişisel, teknik ve materyal yardımı gibi nedenlerle yapılacak teşekkür ifadeleri yer alır.

Kelime Sayısı Sınırlandırması

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

Kaynaklar

Kaynaklarla İlgili Genel Konular

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

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

Referans Stili ve Formatı

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

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

Metin İçinde Kaynak Gösterme

Kaynaklar metinde parantez içinde yazarların soyadı ve yayın tarihi yazılarak belirtilmelidir. Birden fazla kaynak gösterilecekse

kaynaklar arasında (;) işareti kullanılmalıdır. Kaynaklar alfabetik olarak sıralanmalıdır.

Örnekler:

Birden fazla kaynak;

(Esin ve ark., 2002; Karasar 1995)

Tek yazarlı kaynak;

(Akyolcu, 2007)

İki yazarlı kaynak;

(Sayiner ve Demirci 2007, s. 72)

Üç, dört ve beş yazarlı kaynak;

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

Altı ve daha çok yazarlı kaynak;

(Çavdar ve ark., 2003)

Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterme

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

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

Kaynak yazımı ile ilgili örnekler aşağıda verilmiştir.

Kitap

a) Türkçe Kitap

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

b) Türkçeye Çevrilmiş Kitap

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

c) Editörlü Kitap

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

d) Çok Yazarlı Türkçe Kitap

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

e) İngilizce Kitap

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

f) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

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

g) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

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

h) Yayıncının ve Yazarın Kurum Olduğu Yayın

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

Makale

a) Türkçe Makale

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

b) İngilizce Makale

de Cillia, R., Reissigl, M., & Wodak, R. (1999). The discursive construction of national identity. *Discourse and Society*, 10(2), 149–173. <http://dx.doi.org/10.1177/0957926599010002002>

c) Yediden Fazla Yazarlı Makale

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

d) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

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

e) DOI'si Olan Makale

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

f) Advance Online Olarak Yayımlanmış Makale

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

g) Popüler Dergi Makalesi

Semericioğlu, C. (2015, Haziran). Sıradanlığın rayihası. *Sabit Fikir*, 52, 38–39.

Tez, Sunum, Bildiri

a) Türkçe Tezler

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

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

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

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

Yaylalı-Yıldız, B. (2014). *University campuses as places of potential publicness: Exploring the politicals, social and cultural practices in Ege University* (Doctoral dissertation).

Retrieved from: Retrieved from <http://library.iyte.edu.tr/tr/hizli-erisim/iyte-tez-portali>

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

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

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

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

f) Sempozyum Katkısı

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

g) Online Olarak Erişilen Konferans Bildiri Özeti

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

h) Düzenli Olarak Online Yayımlanan Bildiriler

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

i) Kitap Şeklinde Yayımlanan Bildiriler

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

j) Kongre Bildirisi

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

Diğer Kaynaklar

a) Gazete Yazısı

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

b) Online Gazete Yazısı

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

YAZARLARA BİLGİ

c) Web Page/Blog Post

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

d) Online Ansiklopedi/Sözlük

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

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

e) Podcast

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

f) Bir Televizyon Dizisinden Tek Bir Bölüm

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

g) Müzik Kaydı

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

MAKALENİN DERGIYE GÖNDERİLMESİ

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

SON KONTROL LİSTESİ

- Editöre mektup
 - ✓ Makalenin türü
 - ✓ Başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu bilgisi
 - ✓ Sponsor veya ticari bir firma ile ilişkisi (varsa belirtiniz)
 - ✓ İstatistik kontrolünün yapıldığı (araştırma makaleleri için)
 - ✓ İngilizce yönünden kontrolünün yapıldığı
 - ✓ Yazarlara Bilgide detaylı olarak anlatılan dergi politikalarının gözden geçirildiği

✓ Kaynakların APA6'ya göre belirtildiği

- Telif Hakkı Devir Formu
- Daha önce basılmış materyal (yazı-resim-tablo) kullanılmış ise izin belgesi
- İnsan ögesi bulunan çalışmalarda "yöntemler" bölümünde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygunluk, kendi kurumlarından alınan etik kurul onayının ve hastalardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" alındığının belirtilmesi
- Hayvan ögesi kullanılmış ise "gereç ve yöntemler" bölümünde "Guide to the Care and Use of Laboratory Animals" prensiplerine uygunluğunun belirtilmesi
- Makale kapak sayfası
 - ✓ Makalenin türü
 - ✓ Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı
 - ✓ Yazarların ismi soyadı, unvanları ve bağlı oldukları kurumlar (üniversite ve fakülte bilgisinden sonra şehir ve ülke bilgisi de yer almalıdır), e-posta adresleri
 - ✓ Sorumlu yazarın e-posta adresi, açık yazışma adresi, iş telefonu, GSM, faks nosu
 - ✓ Tüm yazarların ORCID'leri
- Makale ana metni dosyasında olması gerekenler
 - ✓ Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı
 - ✓ Özetler 200 kelime Türkçe ve 200 kelime İngilizce
 - ✓ Anahtar Kelimeler: 3-10 arası Türkçe ve 3-10 arası İngilizce
 - ✓ Makale Türkçe ise, İngilizce genişletilmiş Özet (Extended Abstract) 600-800 kelime
 - ✓ Makale ana metin bölümleri
 - ✓ Teşekkür (varsa belirtiniz)
 - ✓ Kaynaklar
 - ✓ Tablolar-Resimler, Şekiller (başlık, tanım ve alt yazılarıyla)

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Yönetici Editör

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Abide-i Hürriyet Cad. 34381 Şişli İstanbul – Türkiye

Tel: +90212 4400000/27006

Faks:+90212 2244990

E-mail: mnesin@istanbul.edu.tr

INFORMATION FOR AUTHORS

DESCRIPTION

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

AIMS AND SCOPE

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

EDITORIAL POLICIES AND PEER REVIEW PROCESS

Publication Policy

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

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

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing takes it a mission to announce the researches related to nursing science done in Turkey to national and international science communities; to provide a worldwide forum for sharing knowledge; and within this context to contribute to the development of theoretical and practical knowledge base of nursing science and promotion of Turkey. Concordantly, the journal gives priority to original research papers submitted for publication.

General Principles

Only those manuscripts approved by its every individual author and that were not published before in or sent to another journal, are accepted for evaluation.

Submitted manuscripts that pass preliminary control are scanned for plagiarism using iThenticate software. After plagiarism check, the eligible ones are evaluated by editor-in-

chief for their originality, methodology, the importance of the subject covered and compliance with the journal scope.

For quoted texts, tabulated data and graphics from published papers, author has to obtain permission from the author(s) or the owner of the publishing rights of the source article and indicate the allowance in the paper. Author(s) is responsible to obtain such permissions.

Short presentations that took place in scientific meetings can be referred if indicated in the article. The editor hands over the papers matching the formal rules to at least two national/international referees for evaluation and gives green light for publication upon modification by the authors in accordance with the referees' claims. Changing the name of an author (omission, addition or order) in papers submitted to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing requires written permission of all declared authors. Refused manuscripts and graphics are not returned to the author. The copyright of the published articles and pictures belong to the journal.

Author Responsibilities

It is authors' responsibility to ensure that the article is in accordance with scientific and ethical standards and rules. And authors must ensure that submitted work is original. They must certify that the manuscript has not previously been published elsewhere or is not currently being considered for publication elsewhere, in any language. Applicable copyright laws and conventions must be followed. Copyright material (e.g. tables, figures or extensive quotations) must be reproduced only with appropriate permission and acknowledgement. Any work or words of other authors, contributors, or sources must be appropriately credited and referenced. All the authors of a submitted manuscript must have direct scientific and academic contribution to the manuscript. The author(s) of the original research articles is defined as a person who is significantly involved in "conceptualization and design of the study", "collecting the data", "analyzing the data", "writing the manuscript", "reviewing the manuscript with a critical perspective" and "planning/ conducting the study of the manuscript and/or revising it". Fund raising, data collection or supervision of the research group are not sufficient roles to be accepted as an author. The author(s) must meet all these criteria described above. The order of names in the author list of an article must be a co-decision and it must be indicated in the Copyright Release Form. The individuals who do not meet the authorship criteria but contributed to the study must take place in the acknowledgement section. Individuals providing technical support, assisting writing, providing a general support, providing material or financial support are examples to be indicated in acknowledgement section.

All authors must disclose all issues concerning financial relationship, conflict of interest, and competing interest that may potentially influence the results of the research or scientific judgment.

INFORMATION FOR AUTHORS

When an author discovers a significant error or inaccuracy in his/her own published paper, it is the author's obligation to promptly cooperate with the Editor-in-Chief to provide retractions or corrections of mistakes.

Please browse ICMJE recommendations on roles and responsibilities of authors on <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/>

Responsibility for the Editors, Reviewers and Review Process

Editors evaluate manuscripts for their scientific content without regard to ethnic origin, gender, sexual orientation, citizenship, religious belief or political philosophy of the authors. They provide a fair double-blind peer review of the submitted articles for publication. They ensure that all the information related to submitted manuscripts is kept as confidential before publishing.

Editors are responsible for the contents and overall quality of the publication. They must publish errata pages or make corrections when needed.

Editor does not allow any conflicts of interest between the authors, editors and reviewers. Only he has the full authority to assign a reviewer and is responsible for final decision for publication of the manuscripts in Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing.

Please review the COPE publication ethics guidelines on <https://publicationethics.org/files/u7141/1999pdf13.pdf>

Reviewers evaluate manuscripts based on content without regard to ethnic origin, gender, sexual orientation, citizenship, religious belief or political philosophy of the authors. They must have no conflict of interest with respect to the research, the authors and/or the research funders. Their judgments must be objective. Reviewers should identify the relevant published work that has not been cited by the authors. They must ensure that all the information related to submitted manuscripts is kept as confidential and must report to the Editor if they are aware of copyright infringement and plagiarism on the author's side.

A reviewer who feels unqualified to review the topic of a manuscript or knows that its prompt review will be impossible should notify the Editor and excuse himself from the review process.

The editor informs the reviewers that the manuscripts are confidential information and that this is a privileged interaction. The reviewers and editorial board cannot discuss the manuscripts with other persons. The reviewers are not allowed to have copies of the manuscripts for personal use and they cannot share manuscripts with others. Unless the authors and editor permit, the reviews of referees cannot be published or disclosed. The anonymity of the referees is important. In particular situations, the editor may share the review of one reviewer with other reviewers to clarify a particular point.

Please review the COPE publication ethics guidelines on:

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

OPEN ACCESS STATEMENT

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is an open access journal which means that all content is freely available without charge to the user or his/her institution. Users are allowed to read, download, copy, print, search, or link to the full texts of the articles in this journal without asking prior permission from the publisher or the author. This is in accordance with the BOAI definition of open access.

PUBLICATION ETHICS AND PUBLICATION MALPRACTICE STATEMENT

Standards and Principles

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is committed to upholding the highest standards of publication ethics and pays regard to the following principles of Publication Ethics and Malpractice Statement which is based on the recommendations and guidelines for journal editors developed by the Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

All submissions must be original, unpublished (including as full text in conference proceedings), and not under the review of any other publication synchronously. Each manuscript is reviewed by one of the editors and at least two referees under double-blind peerreview process. We reserve the right to use plagiarism detecting software to screen submitted papers at all times. We check for plagiarism and fraudulent data; falsification (fabrication or manipulation of research data, tables, or images) and improper use of humans or animals in research. All manuscripts not in accordance with these standards will be removed from the publication. This also contains any possible malpractice discovered after the publication. In accordance with the code of conduct we will report any cases of suspected plagiarism or duplicate publishing.

For dealing with cases of possible scientific misconduct and breach of publication ethics, COPE Ethics Flowcharts are taken into consideration:

https://publicationethics.org/files/Full%20set%20of%20English%20flowcharts_9Nov2016.pdf

Human and Animal Rights, Informed Consent, Conflict of Interest

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing adopts highest ethical and scientific standards and ensures that it is free of influences regarding commercial interests. It is authors' responsibility that the articles are in accordance with ethical codes of conduct.

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing takes as principle to comply with the ethical standards of 1975 Helsinki Declaration – Ethical Principles for

INFORMATION FOR AUTHORS

Medical Research Involving Human Subjects- revised in 2004-

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> and WMA Statement on Animal Use in Biomedical Research- revised in 2006

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a18/>

For this reason, regarding the subjects of clinical experiments, it must be indicated in the submitted manuscripts definitely that the above mentioned codes of conduct were applied. Besides approvals, from national or local ethical committees must be sent together with the papers as well. Manuscripts that report the results of experimental investigation with human subjects must include a statement that informed consent was obtained after the procedure(s) had been fully explained. In the case of children and those under wardship or with confirmed insanity, authors are asked to include information about whether the legal custodian's assent was obtained. And a letter of affirmation signed by all authors, confirming the collection of informed consents has to be sent to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing.

Identifying information such as names, initials, hospital numbers, dates, photographs, and family pedigree must be avoided, unless disclosure is allowed by written consent of patient or the legal custodian of the patient. Informed consent for this purpose requires that an identifiable patient be shown in the manuscript to be published. Patient consent must be written and archived either with the journal, the authors, or both, as dictated by local regulations or laws. It must be mentioned in the text that informed consent was obtained from the participants. Especially for case report, identifying information must be avoided as much as possible. Eye masking on photos is not sufficient to conceal the identity of the patient. Authors have to stipulate lack of impact on scientific significance in case of changing the identifying information. Written informed consent must be taken from the patients presented in case studies; and it must be indicated in the manuscript.

Authors have to confirm in the section "Methods" that study has been conducted in compliance to above mentioned principles, approvals have been obtained from related institutional ethical committees and informed consents were collected. When reporting experiments on animals, authors must indicate whether the institutional and national guides for the care and use of laboratory animals were followed as in "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (www.nap.edu/catalog/5140.html) and approval from ethical committee must be taken.

The editor and the publisher do not guarantee or accept responsibility for the published features or definitions of commercial products. If there is direct or indirect grant support, it must be acknowledged in the section titled "declaration of interest" and must include the full name of the sponsor and grant number. Existence or lack of sponsorship of any kind as well as the type of sponsorship (consulting etc) has to be acknowledged, as well.

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing adopts WAME's definition [http://www.wame.org/about/wame-editorial-on-](http://www.wame.org/about/wame-editorial-on-coi) coi which states that conflict of interest exists when author, peer reviewer or editor has a

competing interest that could unduly influence (or be reasonably seen to do so) his or her responsibilities in the publication process. The types of competing interests that must be declared include financial ties, academic commitments, personal relationships, political or religious beliefs, institutional affiliations. The conflict of interest is to be acknowledged in the manuscript.

LANGUAGE

The language of the journal is both Turkish and American English.

MANUSCRIPT ORGANIZATION AND FORMAT

All correspondence will be sent to the first-named author unless otherwise specified. Manuscript is to be submitted online via <http://fnjn.istanbul.edu.tr> and it must be accompanied by a cover letter indicating that the manuscript is intended for publication, specifying the article category (i.e. research article, review etc.) and including information about the manuscript (see the Submission Checklist). In addition, a Copyright Release Form that has to be signed by all authors must be submitted.

All parts of the manuscript, including case reports, quotations, references, and tables, must be double-spaced throughout. All four margins must be at least 2.5 cm. The manuscript must be arranged in the following order, with each item beginning a new page: 1) title page, 2) abstract, keywords and extended abstract 3) text, 4) acknowledgement 5) references, and 6) tables and/or figures (see the Submission Checklist). All pages must be numbered consecutively.

Title Page

On the title page, include full names of authors, academic or professional affiliations, and complete address with phone, fax number(s) and e-mail address (es) of the corresponding author. Acknowledgments for personal and technical assistance must be indicated on the title page.

Article Types

Research Article

Original research articles report substantial and original scientific results within the journal scope. Original research articles comprised of Abstract, Key Words, Extended Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusion, References and Table/Figures. The abstract must be structured as the following.

Abstract

Title of the manuscript in English must be written in English abstract. The abstract must be no longer than 250 words and structured as follows: aim, method, results, and conclusions.

Aim -the primary purpose of the article;

Method -data sources, design of the study, patients or participants, interventions, and main outcome measures;

INFORMATION FOR AUTHORS

Results -key findings;

Conclusions -including direct clinical applications.

Abstract must give information about the ground and the aim of the study, basic procedures (case selection, analytical or observational methods), main findings (specific weight and significance, if applicable) and basic conclusions. The novel and remarkable features of the study must be emphasized. Authors must ensure that the abstract would represent the whole study as it is the most prominent part of the work in the majority of electronic data bases.

Key Words

Up to 3-5 key words which are to be in accordance with Index Medicus, Medical Subjects Subheadings (MeSH).

Extended Abstract

Extended abstract must be prepared in English by the author. It must be no shorter than 600 and no longer than 800 words and placed after the abstract and keywords, and before the introduction section of the article. Extended abstract must be structured as aim, method, results and conclusions.

Introduction

This section must contain a clear statement of the general and specific objectives as well as the hypotheses which the work is designed to test. It should also give a brief account of the reported literature. The last sentence should clearly state the primary and secondary purposes of the article. Only, the actual references related with the issues have to be indicated and data or findings related with the current study must not be included in this section.

Methods

This section must contain explicit, concise descriptions of all procedures, materials and methods (i.e. data sources, participants, scales, interviews/reviews, basic measurements, applications, statistical methods) used in the investigation to enable the reader to judge their accuracy, reproducibility, etc. This section should include the known findings at the beginning of the study and the findings during the study must be reported in results section. Type, population and sample of the study must be explained. How the sample is selected; which sampling method is used and, how the sample size is calculated are to be clearly stated.

The election, source of population, inclusion and exclusion criteria of the participants (patients, animals, control group) in experimental, clinical or observational study must be clearly defined in this section. The particular study sample must be explained by the authors (i.e., why the study is performed in a definite age, race or sex population, etc.). When variables such as ethnicity and race are used, the authors must explain how they measure these variables and explain their validity.

Technical information on data collection

The methods, apparatus (the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail must be defined and their reliability-validity information must be given. References to established methods, including statistical methods (see below) must be given and brief descriptions for

methods that have been published but are not well-known must be provided; new or substantially modified methods must be described, the reasons for using them must be given, and their limitations of the methods must be evaluated. The all drugs and chemicals used, including generic name(s), dose(s), and route(s) of administration must be identified. Authors should include a section describing the methods used for locating, selecting, extracting, and synthesizing data. These methods should also be summarized in the abstract.

Ethical Issues

As stated in the Publication Ethics and Malpractice Statement section, principles, recommendations and guidelines developed by Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) should be taken into consideration. Information of Ethics Committee Approval (with date of acceptance and issue number), Institution Approval and Informed Consent should be included in the manuscript with regard to the type of the study, and all these documents should be submitted together with the manuscript as attachments.

Statistics

The statistical methods must be described with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to verify the reported results. If possible, findings should be quantified and presented with appropriate indicators of measurement error or uncertainty (such as confidence intervals). Relying solely on statistical hypothesis testing, such as P values, which fail to convey important information about effect size must be avoided. References for the design of the study and statistical methods must be given to standard works and include the page number if possible. Statistical terms, abbreviations, and most symbols must be defined and the computer software used must be specified.

Results

The results should be presented in logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first. The all the data in the tables or illustrations should not be repeated in the text; only the most important observations must be emphasized or summarized. Extra or supplementary materials and technical detail can be placed in an appendix where they will be accessible but will not interrupt the flow of the text, or they can be published solely in the electronic version of the journal.

Discussion

The findings of the study, the findings and results which support or do not support the hypothesis of the study should be discussed, results should be compared and contrasted with findings of other studies in the literature and the different findings from other studies should be explained. The new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them should be emphasized. The data or other information given in the Introduction or the Results section should not be repeated in detail.

INFORMATION FOR AUTHORS

For experimental studies, it is useful to begin the discussion by summarizing briefly the main findings, then explore possible mechanisms or explanations for these findings, compare and contrast the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for future research and for clinical practice. The conclusions should be linked with the goals of the study but unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data should be avoided. New hypotheses should be stated when required, but they must be labeled clearly as such.

Conclusions

Conclusions derived from the study should be stated. For experimental studies, it is useful to begin the discussion by summarizing briefly the main findings, then explore possible mechanisms or explanations for these findings, compare and contrast the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for future research and for clinical practice. The conclusions should be linked with the goals of the study but unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data should be avoided. New hypotheses should be stated when warranted, but should be labeled clearly as such.

Tables, Graphics and Illustrations

Tables, graphics and illustrations should be numbered in Arabic numerals in the text. The places of the illustrations should be signed in the text.

Meta Analysis

Meta-analysis is the statistical procedure for combining the results of multiple independent scientific researches done on a specific subject in order to identify the treatment effect precisely and provide evidence at the highest level to aid clinical decision making. Meta analysis can be done for experimental and quantitative researches. Meta analysis manuscripts comprise of Abstract, Keywords, Extended Abstract, Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References and Tables.

Systematic Review

Systematic review is a kind of secondary research study that provides evidence at the highest level for the clinicians and related scientific disciplines. To define a review manuscript as systematic, it requires to follow the process of identifying and selecting the studies that will be included in the review and synthesizing all the data.

Case Report

Case reports consider new, interesting and intriguing case studies in detail. They should be unique and present methods to overcome any health challenge by use of novel tools and techniques and provide a learning source for the readers. Case

reports comprise of: Abstract (unstructured summary), Keywords, Extended Abstract, Introduction, Case Report, Discussion, Reference, Tables and Figures. Written informed consent of the patient should be obtained and indicated in the manuscript.

Review

Review articles are written by individuals who have done substantial work on the subject or are considered experts in the field. The Journal invites authors to write articles describing, evaluating and discussing the current level of knowledge regarding a specific subject in the clinical practice.

The manuscript should have an unstructured Abstract representing an accurate summary of the article, Key Words, Introduction, Conclusion. Authors submitting review article should include a section describing the methods used for locating, selecting, extracting, and synthesizing data. These methods should also be summarized in the abstract.

Letter to the Editor

Letter to the Editor is short and decisive manuscript. They should be preferably related to articles previously published in the Journal or views expressed in the Journal. The letter should not include preliminary observations that need a later study for validation.

Tables

Tables capture information concisely and display it efficiently; they also provide information at any desired level of detail and precision. Including data in tables rather than text frequently makes it possible to reduce the length of the text. Each table should be typed or printed with double spacing on a separate sheet of paper. The tables should be numbered consecutively in the order of their first citation in the text and a brief title for each table should be supplied. Any internal horizontal or vertical lines should not be used and a short or an abbreviated heading should be given to each column. Authors should place explanatory matter in footnotes, not in the heading. All nonstandard abbreviations should be explained in footnotes, and the following symbols should be used in sequence: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, †† The statistical measures of variations, such as standard deviation and standard error of the mean should be identified. Be sure that each table is cited in the text. If you use data from another published or unpublished source, obtain permission and acknowledge that source fully. Additional tables containing backup data too extensive to publish in print may be appropriate for publication in the electronic version of the journal, deposited with an archival service, or made available to readers directly by the authors. An appropriate statement should be added to the text. Such tables should be submitted for consideration with the paper so that they will be available to the peer reviewers.

Illustrations (Figures)

Figures should be either professionally drawn and photographed, or submitted as digital prints in photographic-quality. In addition to requiring a version of the figures suitable for printing, authors are asked for electronic files of figures in a format (for example, JPEG or GIF) that will produce high-quality images in the Web version of the journal; authors should review the images of such files on a computer screen before submitting them to be sure they meet their own quality standards. For x-ray films, scans, and other diagnostic images, as well as pictures of pathology specimens or photomicrographs, sharp, glossy, black-and-white or color photographic prints should be sent, usually 127 x 173 mm. Letters, numbers, and symbols on figures should therefore be clear and consistent throughout, and large enough to remain legible when the figure is reduced for publication. Figures should be made as self-explanatory as possible, since many will be used directly in slide presentations. Titles and detailed explanations belong in the legends—not on the illustrations themselves. Photomicrographs should have internal scale markers. Symbols, arrows, or letters used in photomicrographs should contrast with the background. Photographs of potentially identifiable people must be accompanied by written permission to use the photograph. Figures should be numbered consecutively according to the order in which they have been cited in the text. If a figure has been published previously, the original source should be acknowledged and written permission from the copyright holder should be submitted to reproduce the figure. Permission is required irrespective of authorship or publisher except for documents in the public domain. Accompanying drawings marked to indicate the region to be reproduced might be useful to the editor. We publish illustrations in color only if the author pays the additional cost.

Legends for Illustrations (Figures)

The legends for illustrations should be typed or printed out using one spacing, starting on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, each one clearly should be identified and explained in the legend. The internal scale should be explained and the method of staining in photomicrographs should be identified.

Units of Measurement

Measurements of length, height, weight, and volume should be reported in metric units (meter, kilogram, or liter) or their decimal multiples. Temperatures should be in degrees Celsius, blood pressures should be in millimeters of mercury. Authors must consult the Information for Authors of the particular journal and should report laboratory information in both local and International System of Units (SI). Drug concentrations may be

reported in either SI or mass units, but the alternative should be provided in parentheses where appropriate.

Abbreviations and Symbols

Use only standard abbreviations; use of nonstandard abbreviations can be confusing to readers. Avoid abbreviations in the title of the manuscript. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention unless the abbreviation is a standard unit of measurement.

Acknowledgement(s)

All forms of support, including individual technical support or material support must be acknowledged in the author's footnote before references.

Word Limitation

Research papers, meta analysis and systematic reviews have no specific word limitation. Reviews must not exceed 3000 words, excluding abstract, extended abstract, references, tables and figures. A case report must be strictly limited to 1000 words excluding abstract, and have minimal figures, tables, and references. Letter to the Editor must be limited to 1000 words. It must include references but no tables or figure, and it is to be signed by all of its authors. Letters critical of an article published in the journal must be received within 12 weeks.

References

Although references to review articles can be an efficient way to guide readers to a body of literature, review articles do not always reflect original work accurately. Readers should therefore be provided with direct references to original research sources whenever possible. On the other hand, extensive lists of references to original work on a topic can use excessive space on the printed page. Small numbers of references to key original papers often serve as well as more exhaustive lists, particularly since references can now be added to the electronic version of published papers, and since electronic literature searching allows readers to retrieve published literature efficiently. Using abstracts as references should be avoided. Papers accepted but not yet included in the issue are published online in the Early View section and they should be cited as "advance online publication"; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication. Information from manuscripts submitted but not accepted should be cited in the text as "unpublished observations" with written permission from the source. Citing a "personal communication" should be avoided unless it provides essential information not available from a public source, in which case the name of the person and date of communication should be cited in parentheses in the text. For scientific articles,

INFORMATION FOR AUTHORS

written permission and confirmation of accuracy from the source of a personal communication must be obtained.

Reference Style and Format

It is essential that the manuscripts submitted to the journal must use American Psychological Association (APA) style 6th edition. Authors must indicate the citations in the text and references section, in accordance with the APA style. The guidelines for APA Style 6th edition can be found at <http://www.apastyle.org>. Accuracy of citation is the author's responsibility. All references should be cited in text. Reference list must be in alphabetical order. Type references in the style shown below.

Citations in the Text

Citations must be indicated with the author surname and publication year within the parenthesis.

If more than one citation is made within the same parenthesis, separate them with (;).

Samples:

More than one citation;

(Esin et al., 2002; Karasar, 1995)

Citation with one author;

(Akyolcu, 2007)

Citation with two authors;

(Sayiner & Demirci, 2007)

Citation with three, four, five authors;

First citation in the text: (Ailen, Ciambune, & Welch, 2000)

Subsequent citations in the text: (Ailen et al., 2000)

Citations with more than six authors;

(Çavdar et al., 2003)

Citations in the Reference

All the citations done in the text should be listed in the References section in alphabetical order of author surname without numbering. Below given examples should be considered in citing the references.

Abbreviation of journal names should be in compliance with Medline/PubMed. Journals that are not indexed by Medline/PubMed should be given in full name. Abbreviations of the journals in Medline/PubMed can be found in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>

Basic Reference Types

Book

a) Turkish Book

Karasar, N. (1995). *Araştırmalarda rapor hazırlama* (8th ed.) [Preparing research reports]. Ankara, Turkey: 3A Eğitim Danışmanlık Ltd.

b) Book Translated into Turkish

Mucchielli, A. (1991). *Zihniyetler* [Mindsets] (A. Kotil, Trans.). İstanbul, Turkey: İletişim Yayınları.

c) Edited Book

Ören, T., Üney, T., & Çölkesen, R. (Eds.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi* [Turkish Encyclopedia of Informatics]. İstanbul, Turkey: Papatya Yayıncılık.

d) Turkish Book with Multiple Authors

Tonta, Y., Bitirim, Y., & Sever, H. (2002). *Türkçe arama motorlarında performans değerlendirme* [Performance evaluation in Turkish search engines]. Ankara, Turkey: Total Bilişim.

e) Book in English

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

f) Chapter in an Edited Book

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

g) Chapter in an Edited Book in Turkish

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi [Organization culture: Its functions, elements and importance in leadership and business management]. In M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi* [Organization sociology] (pp. 233–263). Bursa, Turkey: Dora Basım Yayın.

h) Book with the same organization as author and publisher

American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American psychological association* (6th ed.). Washington, DC: Author.

Article

a) Turkish Article

Mutlu, B., & Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri [Source and intervention reduction of stress for parents whose children are in intensive care unit after surgery]. *Istanbul University Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(60), 179–182.

b) English Article

de Cillia, R., Reisigl, M., & Wodak, R. (1999). The discursive construction of national identity. *Discourse and Society*, 10(2), 149–173. <http://dx.doi.org/10.1177/0957926599010002002>

c) Journal Article with DOI and More Than Seven Authors

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

d) Journal Article from Web, without DOI

Sidani, S. (2003). Enhancing the evaluation of nursing care effectiveness. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(3), 26-38. Retrieved from <http://cjr.mcgill.ca>

INFORMATION FOR AUTHORS

e) Journal Article with DOI

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

f) Advance Online Publication

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

g) Article in a Magazine

Henry, W. A., III. (1990, April 9). Making the grade in today's schools. *Time*, 135, 28–31.

Doctoral Dissertation, Master's Thesis, Presentation, Proceeding

a) Dissertation/Thesis from a Commercial Database

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

b) Dissertation/Thesis from an Institutional Database

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

c) Dissertation/Thesis from Web

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

d) Dissertation/Thesis abstracted in Dissertations Abstracts International

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

e) Symposium Contribution

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

f) Conference Paper Abstract Retrieved Online

Liu, S. (2005, May). *Defending against business crises with the help of intelligent agent based early warning solutions*. Paper presented at the Seventh International Conference on Enterprise Information Systems, Miami, FL. Abstract retrieved from http://www.iceis.org/iceis2005/abstracts_2005.htm

g) Conference Paper - In Regularly Published Proceedings and Retrieved Online

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

h) Proceeding in Book Form

Parsons, O. A., Pryzwansky, W. B., Weinstein, D. J., & Wiens, A. N. (1995). Taxonomy for psychology. In J. N. Reich, H. Sands, & A. N. Wiens (Eds.), *Education and training beyond the doctoral degree: Proceedings of the American Psychological Association National Conference on Postdoctoral Education and Training in Psychology* (pp. 45–50). Washington, DC: American Psychological Association.

i) Paper Presentation

Nguyen, C. A. (2012, August). *Humor and deception in advertising: When laughter may not be the best medicine*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Orlando, FL.

Other Sources

a) Newspaper Article

Browne, R. (2010, March 21). This brainless patient is no dummy. *Sydney Morning Herald*, 45.

b) Newspaper Article with no Author

New drug appears to sharply cut risk of death from heart failure. (1993, July 15). *The Washington Post*, p. A12.

c) Web Page/Blog Post

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

d) Online Encyclopedia/Dictionary

Ignition. (1989). In *Oxford English online dictionary* (2nd ed.). Retrieved from <http://dictionary.oed.com>

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

e) Podcast

Dunning, B. (Producer). (2011, January 12). *inFact: Conspiracy theories* [Video podcast]. Retrieved from <http://itunes.apple.com/>

f) Single Episode in a Television Series

Egan, D. (Writer), & Alexander, J. (Director). (2005). Failure to communicate. [Television series episode]. In D. Shore (Executive producer), *House*; New York, NY: Fox Broadcasting.

g) Music

Fuchs, G. (2004). Light the menorah. On *Eight nights of Hanukkah* [CD]. Brick, NJ: Kid Kosher.

INFORMATION FOR AUTHORS

SUBMISSION TO JOURNAL

All new manuscripts must be submitted online through Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing website (<http://fnjn.istanbul.edu.tr>). Complete instructions are available at the website.

SUBMISSION CHECKLIST

Ensure that the following items are present:

- Cover letter to the editor
 - ✓ The category of the manuscript
 - ✓ Confirming that “the paper is not under consideration for publication in another journal”.
 - ✓ Including disclosure of any commercial or financial involvement.
 - ✓ Confirming that the statistical design of the research article is reviewed.
 - ✓ Confirming that last control for fluent English was done.
 - ✓ Confirming that journal policies detailed in Information for Authors have been reviewed.
 - ✓ Confirming that the references cited in the text and listed in the references section are in line with APA 6.
- Copyright Release Form
- Permission of previous published material if used in the present manuscript
- Acknowledgement of the study “in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration.
- Statement that informed consent was obtained after the procedure(s) had been fully explained. Indicating whether the institutional and national guide for the care

and use of laboratory animals was followed as in “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals”.

- Title page
 - ✓ The category of the manuscript
 - ✓ The title of the manuscript both in Turkish and in English
 - ✓ All authors' names and affiliations (institution, faculty/ department, city, country), e-mail addresses
 - ✓ Corresponding author's email address, full postal address, telephone and fax number
 - ✓ ORCIDs of all authors.
- Main Manuscript Document
 - ✓ The title of the manuscript both in Turkish and in English
 - ✓ Abstracts (200 words) both in Turkish and in English
 - ✓ Key words: 3 to 10 words both in Turkish and in English
 - ✓ Extended Abstract (600-800 words) in English (only for Turkish articles)
 - ✓ Main article sections
 - ✓ Acknowledgement (if exists)
 - ✓ References
 - ✓ All tables, illustrations (figures) (including title, description, footnotes)

Correspondance Address:

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Managing Editor

Istanbul University-Cerrahpasa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Abide-i Hurriyet Cad. 34381 Sisli Istanbul – Turkey

Phone: +90212 4400000/27006

Fax:+90212 2244990

E-mail: mnesin@istanbul.edu.tr

TELİF HAKKI DEVİR FORMU / COPYRIGHT RELEASE FORM



Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi
Florence Nightingale Journal of Nursing

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Istanbul University Cerrahpasa

Telif Hakkı Devir Formu
Copyright Release Form

Sorumlu yazar Responsible author				
Makalenin başlığı Title				
Makalenin ilgili olduğu bilim alanı Research field of the submitted work				
Makale ile ilgili anahtar sözcükler ve kodlar (3-10 adet) Keywords / Codes (3 to 10 words)				
Güncel Uluslararası Konu Sınıflandırma Numarası Recent International Subject Classification Number (http://www.yok.gov.tr/uak/sinav/asvk.pdf)				
Yazarların listesi List of authors				
Sıra No	T.C. Kimlik No ID No	Adı-Soyadı Name - Surname	İmza Signature	Tarih Date
1				
2				
3				
4				
5				
Makalenin türü (Araştırma makalesi, Derleme, v.b.) Manuscript Type (Research Article, Review, etc.)				
Sorumlu yazarın, Responsible author's				
Çalıştığı kurum	(University/company/instituiton)			
Posta adresi	(Address)			
e-ileti	(e-mail)			
Telefon no; GSM	(Phone / mobile phone)			
Faks no	(Fax)			
Sayfa sayısı Number of pages				
Teslim edildiği tarih Submission date				
Yazarlar kabul ederler: Sunulan makalenin yazar(lar)ın orijinal çalışması olduğunu ve intihal yapmadıklarını, Tüm yazarların bu çalışmaya aslı olarak katılmış olduklarını ve bu çalışma için her türlü sorumluluğu aldıklarını, Tüm yazarların sunulan makalenin son halini gördüklerini, onayladıklarını ve başvurdıklarını Makalenin başka bir yerde basılmadığını veya basılmak için sunulmadığını, Makalede bulunan metnin, şekillerin ve dökümanların diğer şahıslara ait olan Telif Haklarını ihlal etmediğini kabul ve taahhüt ederler. Sunulan makale üzerindeki mali haklarını, özellikle işleme, çoğaltma, temsil, basım, yayım, dağıtım ve İnternet yoluyla iletim de dahil olmak üzere her türlü umuma iletim haklarını İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ'ne devretmeyi kabul ve taahhüt ederler. Buna rağmen yazarların veya varsa yazarların işvereninin patent hakları, yazar(lar)ın gelecekte kitaplarında veya diğer çalışmalarında makalenin tümünü ücret ödemeksizin kullanma hakkı makaleyi satmamak koşuluyla kendi amaçları için çoğaltma hakkı gibi fikri mülkiyet hakları saklıdır. Bununla beraber yazar(lar) makaleyi çoğaltma, postayla veya elektronik yolla dağıtma hakkına sahiptir. Makalenin herhangi bir bölümünün başka bir yayında kullanılmasına İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ'nin yayımcı kuruluş olarak belirlenmesi ve Dergiye atıfta bulunulması şartıyla izin verilir. Atf yapılırken Dergi Adı, Makale Adı, Yazar(lar)ın Adı, Soyadı, Cilt No, Sayı No ve Yıl verilmalıdır. Yayımlanan veya Yayına kabul edilmeyen makalelerle ilgili dökümanlar (fotoğraf, orijinal şekil vb.) karar tarihinden başlamak üzere bir yıl süreyle İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ'nce saklanır ve bu sürenin sonunda imha edilir. Ben/Biz, telif hakkı ihlali nedeniyle üçüncü şahıslarca istenecek hak talebi veya açılacak davalarda İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ve Dergi Editörlerinin hiçbir sorumluluğunun olmadığını, tüm sorumluluğun yazarlara ait olduğunu taahhüt ederim/ederiz. Ayrıca Ben/Biz makalede hiçbir suç unsuru veya kanuna aykırı ifade bulunmadığını, araştırma yapılırken kanuna aykırı herhangi bir malzeme ve yöntem kullanmadığını taahhüt ederim/ederiz. Bu telif hakkı formu tüm yazarlar tarafından imzalanmalıdır/onaylanmalıdır. Formun ayrı kopyaları (tamamlanmış olarak) farklı kurumlarda bulunan yazarlar tarafından sunulabilir. Ancak, tüm imzaların orijinal veya kanıtlanabilir onaylı olması gerekir.				
The authors agree that the manuscript submitted is his/her/their own original work and has not been plagiarized from any prior work. all authors participated in the work in a substantive way and are prepared to take public responsibility for the work, all authors have seen and approved the manuscript as submitted, the manuscript has not been published and is not being submitted or considered for publication elsewhere, the text, illustrations, and any other materials included in the manuscript do not infringe upon any existing copyright or other rights of anyone. Notwithstanding the above, the Contributor(s) or, if applicable the Contributor's Employer, retain(s) all proprietary rights other than copyright, such as patent rights; to use, free of charge, all parts of this article for the author's future works in books, lectures, classroom teaching or oral presentations, the right to reproduce the article for their own purposes provided the copies are not offered for sale. However, reproduction, posting, transmission or other distribution or use of the article or any material contained therein, in any medium as permitted hereunder, requires a citation to the Journal and appropriate credit to İSTANBUL UNIVERSITY as publisher, suitable in form and content as follows: Title of article, author(s), journal title and volume/issue, Copyright© year. All materials related to manuscripts, accepted or rejected, including photographs, original figures etc., will be kept by İSTANBUL UNIVERSITY for one year following the editor's decision. These materials will then be destroyed. I/We indemnify İSTANBUL UNIVERSITY and the Editors of the Journals, and hold them harmless from any loss, expense or damage occasioned by a claim or suit by a third party for copyright infringement, or any suit arising out of any breach of the foregoing warranties as a result of publication of my/our article. I/We also warrant that the article contains no libelous or unlawful statements and does not contain material or instructions that might cause harm or injury. This copyright form must be signed/ratified by all authors. Separate copies of the form (completed in full) may be submitted by authors located at different institutions; however, all signatures must be original and authenticated.				
Makaleyi teslim eden yazarın imzası Signature of the corresponding author				
Makalenin yazarlar ile teması olmayan hakemler: Suggested referees who are not in contact with the authors of the submitted work:				

