



# SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



## HEMŞİRELİK DERGİSİ

*University of Health Sciences Journal of Nursing*



# SBÜHD

## SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK DERGİSİ University of Health Sciences Journal of Nursing

### EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

#### Baş Editor / Editor in Chief

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

#### Yönetici Editörler / Managing Editors

Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Emine İYİĞÜN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

#### Yardımcı Editörler / Assistant Editors

Prof. Dr. Semiha AKIN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Hatice AYHAN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Arzu K. HARMANCI SEREN Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Rabiye GÜNEY Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

#### İstatistik Editörü / Statistical Editor

Prof. Dr. Metin HASDE Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Merve KOLCU Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

#### Dil Editörü / Language Editor

Dr. Meral McDERMOTT

#### Dergi Sekreteryası / Journal Secretariat

Dr. Öğr. Üyesi Elif GEZGİNCİ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Bil. Uzm. İlayda TÜRKOĞLU Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

#### Kapak Tasarımı / Cover Design

Neslihan YAKUPÇEBİOĞLU

#### Yayına Hazırlayan / Prepared by

BRİFF İLETİŞİM HİZMETLERİ • www.briff.com.tr

#### Yazışma Adresi / Correspondence Address

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Haydarpaşa) Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38 34668 Üsküdar, İstanbul Tel: +90 216 418 96 16-2301

E-posta / E-mail: sbu.hemsirelikdergisi@sbu.edu.tr

Link: <http://dergipark.gov.tr/sbuhemsirelik>

#### Sahibi / Owner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adına Sahibi: Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR (İstanbul, Türkiye)

The Journal is owned by Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR (Istanbul, Turkey) on behalf of the University of Health Sciences

Yayıncı Kuruluş / Publisher: Sağlık Bilimleri Üniversitesi / University of Health Sciences

\* Dergide yer alan yazılardan yazarlar sorumludur. Nisan, Ağustos ve Aralık aylarında online olarak yayınlanan bilimsel bir dergidir.

\* Papers in the Journal are the responsibility of the authors. This is a scholarly journal published three times a year in April, August and December.

# SBÜHD

## SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK DERGİSİ

University of Health Sciences Journal of Nursing

### DANIŞMA KURULU / ADVISORY BOARD\*

Prof. Dr. Ayşe ÇİL AKINCI (İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul)  
 Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ (Kafkas Üniversitesi, Kars)  
 Prof. Dr. Asiye AKYOL (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Aygül AKYÜZ (Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul)  
 Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA (Gazi Üniversitesi, Ankara)  
 Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL (Ankara Üniversitesi, Ankara)  
 Prof. Dr. Ergül ASLAN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI (Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun)  
 Prof. Dr. Rukuye AYLAZ (İnönü Üniversitesi, Malatya)  
 Prof. Dr. Ayşe Nefise BAĞÇEKİÇ (İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul)  
 Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER (Erciyes Üniversitesi, Kayseri)  
 Prof. Dr. Ülkü BAYKAL (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Ayşegül BİLGE (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Prof. Dr. Anahit M. COŞKUN (Haliç Üniversitesi, İstanbul)  
 Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Prof. Dr. Leyla DİNÇ (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)  
 Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Emine EFE (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)  
 Prof. Dr. Esra ENGIN (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Nülüfer ERBİL (Ordu Üniversitesi, Ordu)  
 Prof. Dr. Yurdagül ERDEM (Kırkkale Üniversitesi, Kırkkale)  
 Prof. Dr. Özgül EROL (Trakya Üniversitesi, Edirne)  
 Prof. Dr. Gül ERTEM (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)  
 Prof. Dr. Melek Nihal ESİN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GERSBERGEN (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI (Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)  
 Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Prof. Dr. Mevlüde KARADAĞ (Gazi Üniversitesi, Ankara)  
 Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Mağfret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)  
 Prof. Dr. Hatice KAYA (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Hülya KAYA (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)  
 Prof. Dr. Selma ONCEL (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN (Yeditepe Üniversitesi, İstanbul)  
 Prof. Dr. Nevin ŞAHİN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Leman ŞENTURAN (Biruni Üniversitesi, İstanbul)  
 Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)  
 Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN (Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC)  
 Prof. Dr. Havva TEL (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)  
 Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Ayfer TEZEL (Ankara Üniversitesi, Ankara)  
 Prof. Dr. Yasemin TOKEM (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)  
 Prof. Dr. Şenay UZUN (Yeditepe Üniversitesi, İstanbul)

Prof. Dr. Ayla ÜNSAL (Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir)  
 Prof. Dr. Serap ÜNSAR (Trakya Üniversitesi, Edirne)  
 Prof. Dr. Yedile ÜNVER (Acıbadem Üniversitesi, İstanbul)  
 Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR (İnönü Üniversitesi, Malatya)  
 Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Prof. Dr. Ayten ZAYBAK (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Nuray AKYÜZ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Doç. Dr. Melek ARDAHAN (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Elif Ünsal AVDAL (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Gülçin AVŞAR (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)  
 Doç. Dr. Dilek AYGİN (Sakarya Üniversitesi, Sakarya)  
 Doç. Dr. Hatice AYHAN (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Serap BALCI (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Doç. Dr. Tülay BAŞAK (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Murat BEKTAŞ (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA (Gazi Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. İlkay BOZ (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Doç. Dr. Fatma CEBECİ (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Doç. Dr. Selda ÇELİK (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul)  
 Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA (Çukurova Üniversitesi, Adana)  
 Doç. Dr. Şafak DAĞHAN (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Sevil Güler DEMİR (Gazi Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Sergül DUYGULU (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Bema EREN FIDANCI (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul)  
 Doç. Dr. Duygu GÖZEN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Doç. Dr. Nermin GÜRHAN (Gazi Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Nuran GÜLER (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)  
 Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Filiz KANTEK (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)  
 Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Güldam KARADAĞ (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Meral KELLEÇİ (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas)  
 Doç. Dr. Ayla KEÇECİ (Düzce Üniversitesi, Düzce)  
 Doç. Dr. Serap Parlar KILIÇ (İnönü Üniversitesi, Malatya)  
 Doç. Dr. Sevgi KIZILCI (Üsküdar Üniversitesi, İstanbul)  
 Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Medet KORKMAZ (İnönü Üniversitesi, Malatya)  
 Doç. Dr. Esra OKSEL (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Fatma ORGUN (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN (Koç Üniversitesi, İstanbul)  
 Doç. Dr. Serap ÖZER (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Meral ÖZKAN (İnönü Üniversitesi, Malatya)  
 Doç. Dr. Dilek SARI (Ege Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Hatice YILDIRIM SARI (İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir)  
 Doç. Dr. Dilek YILDIZ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Yazile SAYIN (Bezmiâlem Üniversitesi, İstanbul)  
 Doç. Dr. Selda SEÇGİNLİ (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul)  
 Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR (Gazi Üniversitesi, Ankara)  
 Doç. Dr. Selmin ŞENOL (Ege Üniversitesi, İzmir)

### ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD\*

Dr. Lyda C. ARÉVALO-FLECHAS (South Texas Veterans Health Care System - Geriatrics and Extended Care Service, San Antonio, Texas, USA)  
 Dr. Silviya BORISOVA DIMITROVA (Medical University-Varna, The Faculty of Public Health- Department of Nursing Care, Varna, Bulgaria)  
 Dr. Anne FLODEN (University of Gothenburg, Sahlgrenska Academy, Gothenburg, Sweden)  
 Dr. Ehsan KHAN (King's College London, London, United Kingdom)  
 Dr. Katalin PAPP (University of Debrecen, Debrecen, Hungary)  
 Dr. Maryam RASSOULI (Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran)  
 Dr. Julie SANTY-TOMLINSON (The University of Manchester, United Kingdom)

\*Soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır. / Listed alphabetically by last name.



# SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



## HEMŞİRELİK DERGİSİ

*University of Health Sciences Journal of Nursing*



E-ISSN: 2667-8357

İndeklendiği Dizinler / Indexing: Türk Medline, Google Scholar



**EDİTÖRDEN**

Değerli Okurlarımız,

İlk sayısını Nisan ayında yayımladığımız ve hakkında çok olumlu geribildirimler aldığımız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi'nin ikinci sayısında sizlerle buluşuyor olmaktan büyük bir memnuniyet duymaktayım.

İkinci sayımızda beş araştırma makalesine ve dört derleme çalışmasına yer verdik. "Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği Eğitimi Kapsamında Yürütülen Simülasyon Uygulamalarına Yönelik Öğrenci Görüşlerinin Değerlendirilmesi", "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi", "Hemşirelik Öğrencilerinde Ahlaki Olgunluk ve Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi", "Latino Alzheimer's Caregiving: Neither a Burden nor a "Carga"" ve "Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Akran Eğitimi Hakkındaki Görüşleri: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği" başlıklı araştırma makalelerinin yanı sıra, "Müzik Terapi ve Yaşlı Sağlığı", "Hemşirelikte Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme Uygulamalarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi", "Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı" ile "Dr. Besim Ömer Paşa'nın Nevsal-i Afiyet'inde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane" başlıklı birbirinden önemli konulara değinen dört derleme yazısını da siz okurlarımızın ilgisine sunuyoruz.

Yola çıkarken, hemşireliğin her alanında yapılmış nitelikli ulusal ve uluslararası çalışmalarını yayımlamayı hedefleyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi'nin, sadece ülkemizde değil, diğer ülkelerde de yapılmış nitelikli araştırmalar ve çalışmalar için bir çekim merkezi olma iddiası ve vizyonu ile yola çıktığına değinmiştik. Bu sayıda ilk uluslararası makaleyi yayımlayarak bu iddia adına da önemli bir adım atmış bulunmaktayız.

Bu ikinci sayı vesilesiyle de Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi'nin yola çıktığı günden bugüne dergiye emeği geçen tüm öğretim elemanlarımıza, kıymetli çalışmalarını dergimize gönderen sayın yazarlara ve yazıların değerlendirilmesi sürecinde katkılarını esirgemeyen hakemlere teşekkür ediyor, geride bıraktığımız 2019 yılı Kurban Bayramınızı kutluyor, 2019-2020 akademik yılının tüm ülkemiz ve yüksek öğretim camiası için hayırlara vesile olmasını diliyorum.

**Prof. Dr. Cevdet ERDÖL**

**Baş Editör**

## İçindekiler / Contents

### ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

- 1. Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği Eğitimi Kapsamında Yürütülen Simülasyon Uygulamalarına Yönelik Öğrenci Görüşlerinin Değerlendirilmesi**  
*Evaluation of the Students Opinion on Simulation Practices of Surgical and Medical Nursing Courses*  
Hatice Ayhan, Fatma İlknur Çınar, Sibel Yılmaz Şahin, Ayla Demirtaş, Yasemin Özkan, Emel Külekçi, Özgü Bakçek, Rumeysa Özçelik, Gülfaden Akkoç, Serpil Ateş, Emine İyigün ..... 66
- 2. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi**  
*Determination of the Use of Nonpharmacologic Methods by Nurses for Postoperative Pain Management*  
Sema Mert, Sonay Göktaş ..... 76
- 3. Hemşirelik Öğrencilerinde Ahlaki Olgunluk ve Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi**  
*Evaluation of Moral Maturity and Ethical Sensitivity in Nursing Students*  
Emine Bayrak Aykan, Berna Eren Fidancı, Dilek Yıldız ..... 84
- 4. Latino Alzheimer's Caregiving: Neither a Burden nor a "Carga"**  
*Latin Alzheimer Hastasına Bakım Verme: Ne Yük ne de "Carga"*  
Lyda C. Arévalo-Flechas ..... 92
- 5. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Akran Eğitimi Hakkındaki Görüşleri: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği**  
*Views on Peer Education of Nursing Students: An Example of a Foundation University*  
Yağmur Şancı, Özden Kelleci ..... 104

### DERLEME MAKALELERİ / REVIEW ARTICLES

- 1. Müzik Terapi ve Yaşlı Sağlığı**  
*Music Therapy and Elderly Health*  
Didem Kurap Öcebe, Merve Kolcu, Kadriye Uzun ..... 112
- 2. Hemşirelikte Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme Uygulamalarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi**  
*Comparative Evaluation of Structural and Psychological Strengthening Practices in Nursing*  
Emine Kurtluk ..... 116
- 3. Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı**  
*Problems after Cardiovascular Surgery in Intensive Care Unit and Nursing Care*  
Tuğba Çam Yanık, Seher Gürdil Yılmaz..... 122
- 4. Dr. Besim Ömer Paşa'nın Nevsâl-i Âfiyet'inde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane**  
*The School of Medicine in Nevsâl-i Âfiyet Written by Dr. Besim Ömer Pasha*  
Ahmet Zeki İzgöer ..... 128

**Araştırma makalesi / Research article****Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği Eğitimi Kapsamında Yürütülen Simülasyon Uygulamalarına Yönelik Öğrenci Görüşlerinin Değerlendirilmesi****Evaluation of The Students Opinion on Simulation Practices of Medical and Surgical Nursing Courses**

Hatice Ayhan<sup>1</sup> , Fatma İlknur Çınar<sup>2</sup> , Sibel Yılmaz Şahin<sup>3</sup> , Ayla Demirtaş<sup>4</sup> , Yasemin Özkan<sup>5</sup> , Emel Külekçi<sup>6</sup> , Özgü Bakçekç<sup>7</sup> , Rumeysa Özçelik<sup>8</sup> , Gülfaden Akkoç<sup>9</sup> , Serpil Ateş<sup>10</sup> , Emine İyigün<sup>11</sup> 

<sup>1</sup>Doç. Dr. Hatice Ayhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0001-8706-1903>

<sup>2</sup>Doç. Dr. Fatma İlknur Çınar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <http://orcid.org/0000-0001-6394-8331>

<sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi Sibel Yılmaz Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0003-2589-9756>

<sup>4</sup>Dr. Öğr. Üyesi Ayla Demirtaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0001-7952-770X>

<sup>5</sup>Uzm. Hem., Doktora Öğrencisi Yasemin Özkan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-4737-4355>

<sup>6</sup>Uzm. Hem., Doktora Öğrencisi Emel Külekçi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0001-8035-8982>

<sup>7</sup>Uzm. Hem., Doktora Öğrencisi Özgü Bakçekç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-7602-7360>

<sup>8</sup>Hem., Yüksek Lisans Öğrencisi Rumeysa Özçelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0001-5439-6280>

<sup>9</sup>Hem., Yüksek Lisans Öğrencisi Gülfaden Akkoç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-8214-247X>

<sup>10</sup>Hem., Yüksek Lisans Öğrencisi Serpil Ateş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0003-3528-4018>

<sup>11</sup>Prof. Dr. Emine İyigün

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-6452-372X>

**Sorumlu yazar / Corresponding author:** Hatice Ayhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etik/Ankara  
E-posta: [ayhanhatice@yahoo.com](mailto:ayhanhatice@yahoo.com)

**Geliş tarihi / Date of receipt:** 25.04.2019

**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 09.07.2019

**Atf / Citation:** Ayhan H, Çınar Fİ, Yılmaz-Şahin S, Demirtaş A, Özkan Y, Külekçi E, Bakçekç Ö, Özçelik R, Akkoç G, Ateş S, İyigün E. (2019). Cerrahi ve iç hastalıkları hemşireliği eğitimi kapsamında yürütülen simülasyon uygulamalarına yönelik öğrenci görüşlerinin değerlendirilmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 66-75.

**ÖZ**

**Giriş:** Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımının amacı, klinik gerçekliği taklit ederek ve öğrenciyi aktif kılarak öğrenim sürecini kolaylaştırmaktır. Simülasyon, psikomotor becerinin yanı sıra, kognitif becerilerin kullanılmasına ve geliştirilmesine de katkıda bulunmaktadır. Ülkemizde Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği alanında simülasyon kullanımının sonuçlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

**Amaç:** Araştırma, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında yürütülen simülasyon uygulamalarına ilişkin öğrencilerin görüşlerini ve öğrenme sürecine ilişkin memnuniyet/özgüven düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

**Yöntem:** Retrospektif ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Ankara'da bir hemşirelik fakültesinde 2018-2019 Eğitim-Öğretim yılında öğrenim gören, toplam 115 ikinci sınıf öğrencisiyle yürütüldü. Öğrenciler beşer kişilik gruplara ayrıldı ve her grup 10 farklı simülasyon uygulamasına katıldı. Verilerin toplanmasında Simülasyon Tasarım Ölçeği ve Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği kullanıldı.

**Bulgular:** Öğrencilerin uygulanan simülasyonun tasarımı hakkındaki görüşleri incelendiğinde; Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Uygunluğu (4,53 ± 0,47) ve Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi'ne (4,67 ± 0,41) ilişkin toplam puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu bulundu. Öğrencilerin simülasyon uygulamalarına ilişkin öğrenmede memnuniyet ve özgüven puan ortalamalarının da yüksek olduğu değerlendirildi. Simülasyon Tasarım Ölçeği ile Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu (r=0,717, p<0,001; r=0,747, p<0,001) saptandı.

**Sonuç:** Öğrencilerin Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında yürütülen simülasyon uygulamalarından çok memnun olduğu ve uygulamanın bu konuya ilişkin özgüvenlerini artırdığı görüldü. Bu dersler kapsamında, özellikle klinik uygulama öncesi öğrencilerin hem psikomotor becerilerini hem de kognitif becerilerini kullanmalarına ve geliştirmelerine olanak tanıyacak, çeşitli senaryolarla zenginleştirilmiş simülasyon uygulamalarına yer verilmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik eğitimi; memnuniyet; özgüven; simülasyon.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Simulation in nursing education is used to simplify the learning process by imitating clinical reality and making students more active. In addition to psychomotor skills, simulation also contributes developing and using cognitive skills. In Turkey, there are limited studies examining the simulation practices in Medical and Surgical Nursing.

**Aim:** The aim of this course is to examine the views of students about the simulation practices carried out within the scope of Medical and Surgical Nursing course and their satisfaction/ confidence levels about the learning process.

**Methods:** This retrospective and descriptive study was carried out on 2018-2019 academic year with 115 undergraduate nursing students. The students were divided into groups of five people each that participated in 10 different simulation practices. The Simulation Design Scale and the Student Satisfaction and Self Confidence in Learning Scale were used.

**Results:** It was found that the total mean scores of the Suitability of Simulation Design Features (4.53 ± 0.47) and The Importance of Simulation Design Features (4.67 ± 0.41) were quite high. It was also evaluated that student's satisfaction and self-confidence in learning mean scores were high. There was also a positive correlation between the Simulation Design Scale and the Student Satisfaction and Self Confidence in Learning Scale.

**Conclusion:** It was determined that students were very satisfied with the simulation practices and their self-confidence increased. Within the scope of these courses, it will be useful to integrate simulation practices enriched with various scenarios, which will allow students to use and develop both psychomotor and cognitive skills, especially before clinical practice.

**Keywords:** Nursing education; satisfaction; self-confidence; simulation.

## Giriş

Hemşirelik, her yaşta, aileden, gruptan ve topluluktan, hasta veya sağlıklı tüm ortamlardaki bireylerin özerk ve iş birliğine dayalı bakımını kapsamaktadır (ICN, 2002). Bu doğrultuda hemşirelik eğitiminin amacı, sağlıklı ya da hasta bireylerin her ortamda hemşirelik bakımı gereksinimlerini saptayabilen, bu gereksinimlere yönelik planladığı hemşirelik bakımını mesleki standartlar düzeyinde karşılayabilen, sağlık ekibinin etkin bir üyesi olarak rol alabilen, bunları yerine getirirken mesleki etik ilkeleri göz önünde bulundurabilecek ve yaşam boyu öğrenmeyi benimseyebilecek nitelikte profesyonel hemşireler yetiştirmektir (Erdil ve ark., 2014). Bu amaca ulaşmak için sürdürülen hemşirelik lisans eğitim programının bileşenleri arasında, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersleri önemli bir yer tutmaktadır.

İç Hastalıkları Hemşireliği dersinin amacı; öğrencilere, iç hastalıkları hemşireliğinin temel kavramları ile hastalıklara yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hemşirelik uygulamaları konularında bilgi ve beceri kazandırmak ve bu bilgilerini erişkin bireyin/ailenin hemşirelik yönetiminde kullanabilmelerini sağlamaktır. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi ise, öğrencilere cerrahinin temel ilkelerinin yanı sıra, sistemlerin cerrahi girişim gerektiren hastalıklarında, cerrahi öncesi, sırası ve sonrası sürece ilişkin bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sunulmasına yönelik bilgi ve beceri kazandırmayı amaçlamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı son verilere göre 2017 yılında yaklaşık 14 milyon kişi hastanede yatarak tedavi görmüş ve bu hastaların yaklaşık beş milyonu ameliyat edilmiştir. Yıllara göre dağılım incelendiğinde ise bu sayıların giderek artış gösterdiği görülmektedir (Başara ve ark., 2018). Ülkemizin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yapılanması göz önüne alındığında, hastaların yatarak tedavi gördükleri kliniklerin büyük bir çoğunluğunu dâhili ve cerrahi klinikler oluşturmaktadır. Bu sebeple de ülkemizin nüfus özelliklerine göre popülasyonunun sağlık bakım gereksinimleri doğrultusunda, nitelikli hemşireler yetiştirmede, hemşirelik eğitiminin her alanı önemli olduğu gibi Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği eğitimi de oldukça önemlidir.

Günümüzde hızla gelişen bilim ve teknoloji ışığında hemşirelik eğitim programlarının yürütülmesinde dinamik bir yapı ile yeni düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Bu doğrultuda hemşirelik eğitiminde bilgi ve becerilerin geliştirilmesi için birçok eğitim yöntemi ve stratejisi denenmektedir. Modern yöntem ve stratejilerin önemli bir grubunu, bilgisayar destekli eğitim, simülasyon ve uzaktan eğitim yaklaşımları oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, Amerika Birleşik Devletleri Hemşirelik Eyalet Kurulları Ulusal Konseyi gibi önemli kuruluşlar, hemşirelik okullarının programlarında elektronik öğrenme ve simülasyon yöntemlerinin kullanılmasını önermektedir (NCSBN, 2005; WHO, 2009).

Öğrencilerin hasta bakım yönetiminde yeterliliğini geliştirmesi için benimsenen yöntemlerden biri olan simülasyon benzetim olarak da isimlendirilmektedir. Simülasyon, en genel anlamda, gerçek dünyadaki senaryoların kopyalanmasıdır. Nadir veya sık görülen klinik olayların gerektiği kadar gerçekçi bir şekilde çoğaltılması, öğrencilerin aktif olarak öğrenmelerine, becerilerini geliştirmelerine ve aynı zamanda öğrendiklerini değerlendirmelerine olanak sağlamaktadır (Lavoie & Clarke, 2017). Simülasyon temelli eğitim, hemşirelikte lisans eğitiminin temel taşı haline gelmiştir (Aebersold, 2018). Simülasyon hemşirelik eğitiminde temel hemşirelik becerileri, obstetrik ve jinekoloji, pediatri, cerrahi ve iç hastalıkları, psikiyatri ve geriatri gibi pek çok alanda kullanılmaktadır. Japonya'da 1999-2016 yılları arasında yayınlanan, simülasyon kullanımı ile ilgili araştırmaları inceleyen bir çalışmada, simülasyonun çoğunlukla, hemşirelik esasları ve cerrahi hastalıkları hemşireliği alanlarında fizik muayene, temel beceriler, enjeksiyon ve perioperatif bakımı öğretmede kullanıldığı belirtilmiştir (Takahashi & Miura, 2017).

Literatürde simülasyonun etkinliğini değerlendiren sistematik inceleme çalışmalarında simülasyon temelli eğitim ile öğrencilerin bilgi, psikomotor ve iletişim becerilerinin arttığı, öz güven, eleştirel düşünme ve öz etkililik düzeylerinin geliştiği belirtilmektedir (Şendir & Doğan, 2015; Yılmaz & Korhan, 2017). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımına dair öğrenci görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, öğrenciler simülasyona gerek duyulan klinik alanları çoğunlukla psikomotor beceri gerektiren alanlar olarak değerlendirmişlerdir (Uslusoy, 2018). Oysa ki simülasyon eğitimi psikomotor becerinin yanı sıra, kognitif becerilerin (kritik karar verme becerisi, eleştirel düşünme becerisi vb.) kullanılmasına ve geliştirilmesine de katkıda bulunmaktadır (Liaw et al., 2012). Yüksek gerçeklikli simülasyonun etkinliğini inceleyen bir sistematik inceleme çalışmasında, psikomotor becerinin yanı sıra klinik karar verme, klinik muhakeme, memnuniyet ve özgüvenin artırılmasında da simülasyonun etkili olduğu ifade edilmiştir (Ayed & Khalaf, 2018). Bu doğrultuda simülasyon temelli eğitim klinik uygulama öncesinde, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği alanında da oldukça önemli bir yere sahiptir.

Okullarında simülasyon laboratuvarı bulunmayan öğrencilerin, simülasyonla eğitimin hangi alanlarda gerekli olduğuna yönelik görüşlerini inceleyen bir çalışmada (Uslusoy, 2018), öğrencilerin çoğunluğu Cerrahi (%70,5) ve İç Hastalıkları Hemşireliği (%59,6) alanında simülasyon eğitimine gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği alanında simülasyon uygulamalarının sonuçlarını inceleyen çalışmalarda, simülasyonun öğrencilerin bilgi düzeylerini ve performanslarını geliştirdiği, memnuniyet ve özgüvenlerini artırdığı görülmektedir (Smith & Roehrs, 2009; Omer, 2016; Zhu & Wu, 2016; Lee et al., 2017; Silva & Oliveira-Kumakura, 2018). Ülkemizde Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği alanının-



da simülasyonun etkinliğini inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan Çayır ve Özkal'ın (2017) araştırmasında miyokardiyal infarktüs senaryosunun simüle edildiği eğitimde, öğrencilerin konuya ilişkin bilgi puanlarının arttığı ve öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%91,7) eğitimi yararlı buldukları belirtilmiştir. Karadağ, Caliskan & Iseri (2016) çalışmasında spinal kord travmalı simüle hasta kullanımının, öğrencilerin klinik problemleri değerlendirebilmelerine ve hemşirelik bakımını planlayabilmelerine katkı sağladığı bulunmuştur. Durmaz ve ark.'nın (2012) çalışmasında ise ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakım yönetiminde bilgisayar destekli simülasyon kullanımının, hastaya derin solunum ve öksürme egzersizlerinin öğretilmesinde ve ameliyattan gelen hastanın kliniğe kabul aşamasında öğrencilerin beceri puanlarını artırdığı saptanmıştır. Literatürde Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği alanında simülasyon uygulamalarının hem etkinliğini hem de öğrenci memnuniyetini değerlendiren daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

### Amaç

Bu çalışmanın amacı, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersleri kapsamında yürütülen simülasyon uygulamalarına ilişkin öğrencilerin görüşlerini, öğrenmede memnuniyet/özgüven düzeylerini retrospektif olarak incelemek ve eğitim içeriğini paylaşmaktır. Bu çalışmanın sonuçlarının, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında simülasyon kullanımının artırılmasına ve uygulama içeriklerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### Araştırma Soruları

1. Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği eğitimi kapsamında yürütülen simülasyon yöntemlerinin tasarımına yönelik öğrencilerin görüşleri nasıldır?
2. Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği eğitimi kapsamında yürütülen simülasyon uygulamaları ile ilgili olarak öğrencilerin memnuniyeti nasıldır?
3. Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği eğitimi kapsamında yürütülen simülasyon uygulamaları ile ilgili olarak öğrencilerin öğrenmede özgüveni nasıldır?
4. Simülasyon tasarım özellikleri ile öğrenmede öğrenci memnuniyeti/özgüven arasında ilişki var mıdır?

## Yöntem

### Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma retrospektif ve tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

### Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma, Ankara'da bir hemşirelik fakültesinde gerçekleştirildi.

### Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırma, 2018-2019 Eğitim-Öğretim yılında ikinci sınıfta öğrenim gören hemşirelik öğrencileriyle yürütüldü. Araştırma-

nın evrenini 150 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma, değerlendirme formlarını eksiksiz olarak dolduran 115 (%77) öğrenci ile tamamlandı.

### Veri Toplama Araçları

Dersin etkinliğini değerlendirmede kullanılan veri toplama araçları: "Simülasyon Tasarım Ölçeği" ve "Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği" dir.

**Simülasyon Tasarım Ölçeği:** Jeffries ve Rizzolo (2006) tarafından simülasyon tasarımındaki yapıları ölçmek için geliştirilen ölçek toplam 20 maddeden ve 5 alt boyuttan: "Hedefler ve Bilgi" (5 madde), "Destek" (4 madde), "Problem Çözme" (5 madde), "Geribildirim/Rehberli Yansıma" (4 madde) ve "Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)" (2 madde) oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,92 dir (Jeffries & Rizzolo, 2006). Ölçeğin Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünver ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,73-0,86, total Cronbach alpha değeri ise 0,90'dır. Ölçek 2 bölümde değerlendirilmektedir. Birinci bölümde; simülasyon uygulamasında en iyi simülasyon tasarım öğelerinin uygulanıp uygulanmadığı değerlendirilmektedir. İkinci bölümde ise; simülasyon tasarım öğelerinin öğrenciler için ne derecede önemli olduğu değerlendirilmektedir. Yanıtlar, 5 puanlık bir likert ölçeği ile puanlanmaktadır. Birinci bölüm; "1-ifadeye kesinlikle katılmıyorum ile 5-ifadeye kesinlikle katılıyorum" arasında, ikinci bölüm ise; "1-önemli değil ile 5-çok önemli" arasında değerlendirilmektedir. Ölçek puanları; toplam ve alt boyut puanları toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek puanlar 1-5 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar, simülasyon tasarım öğelerinin daha fazla uygulandığını ve simülasyon tasarım öğelerinin öğrenciler için daha önemli olduğunu göstermektedir (Unver et al., 2017). Bu çalışmada ölçeğin total Cronbach alpha değeri ise 0,75'dir.

**Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği:** Jeffries ve Rizzolo (2006) tarafından simülasyonla öğrenmede öğrenci memnuniyetini ve öğrenmede özgüveni ölçmek amacıyla geliştirilmiş 13 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri öğrenmede memnuniyet için 0,94; özgüven için 0,87'dir (Jeffries & Rizzolo, 2006). Ölçeğin Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünver ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonundan 13.madde çıkarılmış ve toplam madde sayısı 12'ye düşmüştür. Ölçek "Şimdiki Öğrenme ile İlgili Memnuniyet" (5 madde) ve "Öğrenmede Özgüven" (7 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach alpha değeri, öğrenmede memnuniyet için 0,85; öğrenmede özgüven için 0,77 dir. Ölçek 5'li likert tipinde olup, yanıtlar, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen değerlerle

puanlanmaktadır. Ölçek puanları; alt boyutların toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça öğrenmede öğrenci memnuniyeti ve özgüven de artmaktadır. Ölçeğin alt boyutları toplamı, toplam puanını vermemektedir (Unver et al., 2017). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri Şimdiki Öğrenme ile ilgili Memnuniyet Ölçeği için 0,93; Öğrenmede Özgüven Ölçeği için 0,87'dir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde araştırmanın yürütüldüğü hemşirelik fakültesi yönetiminden izin, üniversitenin Etik Kurulu'ndan (Karar No: 19/107, Tarih:12.03.2019) araştırma onayı ve araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan sorumlu yazardan yazılı izin alındı. Araştırmanın örneklemi oluşturulan öğrencilere, çalışmanın amacı açıklandı ve bilgilendirilmiş olurları alındı.

### Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler, üç aşamada yürütülen bir eğitim süreci ile elde edildi.

### Eğitim Öncesi Hazırlıklar

Çalışmanın yapıldığı hemşirelik fakültesinde, 2018-2019 eğitim-öğretim yılı güz döneminde ikinci sınıf öğrencilerine her biri 70'er saat olmak üzere toplam 140 saat, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği teorik eğitimi verildi. Bu eğitimler sırasında ders konuları birbirini takip edecek şekilde entegre edildi. Örneğin, İç Hastalıkları Hemşireliği dersinde verilen kalp hastalıkları ve hemşirelik bakımından sonra, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersinde kardiyak cerrahi geçiren hastanın hemşirelik bakımını içeren konular aynı haftada ele alındı. Teorik eğitimlerin tamamlanmasından sonra, laboratuvar uygulaması kapsamında okulun Klinik Simülasyon Eğitim Laboratuvarı'nda toplam 28 saat simülasyon eğitimi verildi. Bu eğitimler için her iki dersin simülasyon uygulamasında görev alacak sorumlu öğretim elemanları bir araya gelerek, uygulama süresi ve öğrenci sayısı da dikkate alınarak uygulamanın yürütüleceği istasyonlar belirlendi. İstasyonlarda yer verilen senaryolar, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği eğitimi ile öğrencilere özellikle kazandırılması planlanan eğitim hedefleri ve klinik uygulamada hemşirelerin en sık karşılaştıkları durumlar dikkate alınarak kurgulandı. Her bir istasyon için senaryoya özgü uygulama hedefleri belirlendi.

### Eğitim Dönemi

Simülasyon eğitimi 10 farklı istasyonda yürütüldü. Her bir istasyondan bir öğretim elemanı sorumlu olmuştur. İstasyonlarda, gerçeklik düzeylerine göre simülasyonun farklı tipleri kullanıldı (bkz. Tablo 1).

Simülasyon eğitimi her bir istasyon için, senaryo ile ilgili ön bilgilendirme ve uygulama hedeflerinin açıklanması (prebriefing-5 dk.), uygulama (10-15 dk.) ve çözümleme (debriefing-15-20 dk.) oturumları olmak üzere üç bölümde yürütüldü. Her istasyon yaklaşık 30-40 dk. sürmüştür. Öğrenciler (n=150) beşer kişilik 30 gruba ayrıldı. Her bir grup 10 istasyonda da uygulama yapacak şekilde rotasyon yapıldı. *Birinci istasyonda* farklı anatomik lokalizasyonlarda, altı evrede (Evre I-IV, evrelendirilemeyen evre ve derin doku hasarı) basınç yaralanmalarını modelleyen basınç yaralanması bakım modeli ve pasif yara kapama ürünleri ile çeşitli tipte dren ve tüpleri (Jackson-Pratt, hemovac, göğüs tüpü vb.) adapte ettiğimiz cerrahi sütür modeli (Surgical Sally, Nasco) kullanıldı. İkinci-altıncı istasyonlarda oyunlaştırma (rol play) yöntemi uygulandı. Bunun için her beş kişilik gruptan bir öğrenci hasta rolünü canlandırdı. Öğrenciye senaryo uygulanmadan hemen önce rolü ile ilgili bilgi verildi, rolün gerektirdiği hazırlığı (pijama/önlük giyilmesi, dren, göğüs tüpü, kateter, cerrahi insizyon pansumanı tatbiki, monitörizasyon vb.) yapıldı. Diğer öğrenciler senaryoda hemşire olarak rol aldı. *Yedi ve sekizinci istasyonda* yüksek gerçeklikli hasta simülatörü (Juno, CAE Healthcare) içerisinde yer alan senaryolardan yararlandı. *Dokuzuncu istasyonda* standart hasta kullanıldı. *Onuncu istasyonda* da bir dizi tescilli fizyolojik algoritma ve yapay zekâ içeren gerçekçi senaryolarla, klinik kararların sonuçlarını deneyimlemeyi sağlayan sanal hasta simülatörü (Body interact) kullanıldı.

*Eğitim Sonrası Dönem*

Her bir istasyonda yürütülen eğitim tamamlandıktan sonra, istasyonun sorumlu öğretim elemanı tarafından istasyonda yer alan öğrencilerle (n=5) çözümleme oturumu yapıldı. Bu oturumlar klinik simülasyon laboratuvarında yer alan dershanelerde yürütüldü. Çözümleme oturumlarında, topla/analiz et/özetle tekniği kullanıldı (Tüzer, Dinç, & Elçin, 2017). Öğrencilerden simülasyon deneyimlerine ilişkin süreci (uygulamaları, kararları ve bunların sonuçları) sıralamaları istendi. Ardından o istasyondaki simülasyon uygulamasının hedefleri doğrultusunda deneyimin olumlu ve geliştirilmesi gereken yönleri tartışıldı. Özetleme aşamasında ise senaryo doğrultusunda süreç özetlenerek, öğrencilerin öğrenmeleri pekiştirildi. Öğrencilerden 10 istasyonda da simülasyon uygulamalarını tamamladıktan sonra, dersin etkinliğini değerlendirmeye yönelik formları doldurmaları istendi.

### Eğitim Sonrası Dönem

*Verilerin Değerlendirilmesi*

Araştırmaya katılan öğrencilerden elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0 (IBM Corp. 2013) paket programında sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma ve korelasyon analizi kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov normallik testi ile değerlendirildi. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacı ile Cronbach alpha değeri hesaplandı. Veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılığın göstergesi olarak  $p < 0,05$  değeri kabul edildi.

**Tablo 1. Simülasyon Eğitiminde Oluşturulan İstasyonlar ve Ele Alınan Konular**

Simülasyonun Gerçeklik Düzeyi	İstasyon	Ele Alınan Konu
Düşük	1. İstasyon	Basınç yaralanmalarının evrelendirilmesi ve cerrahi alanın değerlendirilmesi
	2. İstasyon	Ameliyat öncesi hastanın kliniğe kabulü ve değerlendirmesi
	3. İstasyon	Ameliyat öncesi bilgilendirme ve eğitim
Orta	4. İstasyon	Ameliyat günü klinikten ayrılmadan önce hastanın hazırlığı
	5. İstasyon	Spinal anestezi sonrası erken postoperatif dönem bakımı
	6. İstasyon	Ameliyat sonrası ilk mobilizasyon
Yüksek	7. İstasyon	Yüksek gerçeklikli hasta simülatörü: nefrektomi sonrası hemorajik şokta hemşirelik bakımı
	8. İstasyon	Yüksek gerçeklikli hasta simülatörü: kalp yetmezliğinde hemşirelik bakımı
	9. İstasyon	Standart hasta: insüline bağımlı tip 2 diyabet hastasının eğitimi
	10. İstasyon	Sanal hasta simülatörü – hipogliseminin yönetimi

**Tablo 2. Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (N=115)**

	n	%
<b>Yaş ortalaması ± SS* (yıl)</b>	20,77±1,26	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	87	75,7
Erkek	28	24,3
<b>Öğrencinin mezun olduğu lise</b>		
Düz Lise	3	2,6
Anadolu Lisesi	82	71,3
Fen Lisesi	2	1,7
Sağlık Meslek Lisesi	28	24,4
<b>Öğrencinin birinci sınıfa ait genel akademik ortalaması</b>		
< 2,49	7	6,1
2,5 – 2,99	58	50,4
3,0 – 3,49	41	35,7
3,5 – 4,0	9	7,8
<b>Öğrencinin simülasyonla ilgili bilgi durumu</b>		
Hayır	69	60,0
Evet	46	40,0
<b>Öğrencinin daha önce simülasyon yönteminin kullanıldığı bir uygulamaya katılma durumu</b>		
Hayır	99	86,1
Evet	16	13,9

\*SS: Standart Sapma

Tablo 3. Öğrencilerin Uygulanan Simülasyonun Tasarımına Yönelik Görüşleri ile Öğrenmede Memnuniyet ve Özgüven Düzeyleri (N=115)

	Ölçek/alt ölçek madde sayısı	Ort*±SS**	Çalışmada ölçekten alınan en düşük-en yüksek puan
<b>Simülasyon Tasarım Ölçeği</b>			
<b>Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Uygunluğu</b>			
<b>Alt Ölçekler</b>			
Hedefler ve Bilgi	5	4,49 ± 0,61	1,60-5,00
Destek	4	4,46 ± 0,70	1,25-5,00
Problem Çözme	5	4,52 ± 0,51	3,00-5,00
Geri Bildirim / Rehberli Yansıma	4	4,62 ± 0,47	2,75-5,00
Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)	2	4,66 ± 0,56	2,00-5,00
<b>Toplam Puan</b>	<b>20</b>	<b>4,53 ± 0,47</b>	<b>2,15-5,00</b>
<b>Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi</b>			
<b>Alt Ölçekler</b>			
Hedefler ve Bilgi	5	4,67 ± 0,48	1,60-5,00
Destek	4	4,69 ± 0,55	1,25-5,00
Problem Çözme	5	4,52 ± 0,51	3,00-5,00
Geri Bildirim / Rehberli Yansıma	4	4,62 ± 0,47	2,75-5,00
Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)	2	4,76 ± 0,49	2,00-5,00
<b>Toplam Puan</b>	<b>20</b>	<b>4,67 ± 0,41</b>	<b>2,15-5,00</b>
<b>Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği</b>			
Şimdiki Öğrenme İle İlgili Memnuniyet	5	4,62 ± 0,58	1,00-5,00
Öğrenmede Özgüven	7	4,45 ± 0,55	2,00-5,00

\*Ort: Ortalama \*\*SS: Standart Sapma

Tablo 4. Simülasyon Tasarım Özellikleri ile Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi ve Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti/ Özgüven Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (N=115)

	Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi					
	Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi		Şimdiki Öğrenme ile İlgili Memnuniyet		Öğrenmede Özgüven	
	r*	p	r*	p	r*	p
<b>Simülasyon Tasarım Özellikleri</b>						
<b>Simülasyon Tasarım Ölçeği Uygunluk Boyutu</b>						
<b>Alt Ölçekler</b>						
Hedefler ve Bilgi	0,505	< 0,001**	0,677	< 0,001**	0,674	< 0,001**
Destek	0,621	< 0,001**	0,588	< 0,001**	0,572	< 0,001**
Problem Çözme	0,596	< 0,001**	0,604	< 0,001**	0,689	< 0,001**
Geri Bildirim/Rehberli Yansıma	0,575	< 0,001**	0,576	< 0,001**	0,576	< 0,001**
Aslına Uygunluk Derecesi	0,599	< 0,001**	0,378	< 0,001**	0,392	< 0,001**
<b>Toplam puan</b>	<b>0,696</b>	<b>&lt; 0,001**</b>	<b>0,717</b>	<b>&lt; 0,001**</b>	<b>0,747</b>	<b>&lt; 0,001**</b>

\*r: Spearman korelasyon, \*\*p &lt; 0,001

## Bulgular

Araştırma toplam 115 ikinci sınıf hemşirelik öğrencisi ile yürütülmüştür. Öğrencilerin %75,7'si kadındır ve yaş ortalamaları  $20,77 \pm 1,26$  yıldır. Öğrencilerin %71,3'ü Anadolu Lisesi mezunudur ve %50,4'ünün birinci sınıfa ait genel akademik ortalaması 2,5-2,99 puanları arasındadır. Öğrencilerin %60'ının simülasyon hakkında bilgisi olmadığı, %86,1'inin ise ders öncesinde simülasyon yönteminin kullanıldığı bir uygulamaya katılmadığı saptandı (Tablo 2).

Öğrencilerin uygulanan simülasyonun tasarımı hakkındaki görüşleri incelendiğinde (Tablo 3); Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Uygunluğu bölümünde sırasıyla "Aslına Uygunluk Derecesi" ( $4,66 \pm 0,56$ ), "Geri Bildirim / Rehberli Yansıma" ( $4,62 \pm 0,47$ ) ve "Problem Çözme" ( $4,52 \pm 0,51$ ) alt boyutlarının en yüksek puanı aldığı saptandı. Öğrencilerin, Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Uygunluğu ( $4,53 \pm 0,47$ ) ve Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi'ne ( $4,67 \pm 0,41$ ) ilişkin toplam puan ortalamalarının da yüksek olduğu belirlendi. Öğrencilerin simülasyon uygulamalarına ilişkin memnuniyet ve özgüven durumları değerlendirildiğinde ise; hem "Şimdiki Öğrenme ile İlgili Memnuniyet" hem de "Öğrenmede Özgüven" puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu saptandı.

Simülasyon Tasarım Ölçeği Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Uygunluğu boyutu ile Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi boyutu ve Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti / Özgüven Ölçeği arasındaki ilişki, Tablo 4'te yer almaktadır. Ölçekler arasındaki ilişkinin tamamının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p < 0,001$ ). Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Uygunluğu boyutu ile Simülasyon Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi boyutu toplam puanları arasında pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu saptandı. Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik) alt ölçeği ile Şimdiki Öğrenme ile İlgili Memnuniyet ve Öğrenmede Özgüven boyutları arasında pozitif yönde zayıf derecede bir ilişki bulunurken, diğer alt boyutlar arasındaki ilişkinin pozitif yönde, orta derecede olduğu ( $r=0,572-0,689$ ,  $p < 0,001$ ) bulundu.

## Tartışma

Bu çalışmada, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersleri kapsamında yürütülen simülasyon uygulamalarının tasarım özelliklerine yönelik öğrencilerin görüşleri ile öğrenmede özgüven ve memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Simülasyon uygulamalarında, öğrencilerin öğrenme durumlarının geliştirilmesi için konuya ilişkin olguların klinik ortama uygun hazırlanması önerilmektedir (Edeer & Sarıkaya, 2015). Simülasyon uygulamasının başarılı olabilmesi için iyi bir planlama, uygulama ve değerlendirme yapılması gerekmektedir. Simülasyon senaryo-

larını planlamak, katılımcıları yönlendirmek, klinik parametreleri sağlamak iyi şekilde tasarlanmış bir simülasyon uygulaması ile mümkün olabilmektedir (Martins et al., 2018). Bu çalışmada ölçeğin "Aslına Uygunluk Derecesi" alt boyutunda en yüksek puanın ( $4,66 \pm 0,56$ ) alındığı görülmekle birlikte diğer tüm alt boyutlarda tasarım puanlarının yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç çalışmada, simülasyon tasarım öğelerinin yüksek oranda uygulandığını göstermektedir. Tosterud, Hedelin ve Hall-Lord'un (2013) farklı gerçeklik düzeyindeki simülasyon uygulamalarında, tasarım değerlendirmelerine yer verdikleri bir çalışmada gerçeklik düzeyine göre değişmekle birlikte en yüksek puanın "Geri Bildirim/Rehberli Yansıma" alt boyutunda olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde farklı iki senaryoda gerçekleştirdikleri yüksek gerçeklikli simülasyon uygulamasında hemşirelik öğrencilerinin bilişsel ve psikomotor becerilerini senaryoya entegrasyonunun incelendiği bir çalışmada da "Geri Bildirim/Rehberli Yansıma" boyutu en yüksek puanları alırken bunu "Aslına Uygunluk Derecesi"nin izlediği bildirilmiştir (Ahn & Kim, 2015). Benzer şekilde Sarı ve ark.'nın (2018) hemşirelik öğrencilerinin pediatri alanındaki simülasyon uygulamalarını inceledikleri bir çalışmada simülasyon tasarım ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde simülasyon tasarımının uygunluğu puan ortalamalarının yüksek bulunmasını yanı sıra, "Simülasyon Tasarımının Uygunluğu" ile "Tasarım Özelliklerinin Öğrenciye Göre Önemi" arasındaki ilişki de anlamlı bulundu (Tablo 4). Bu sonuçlar, teorik bilginin simülasyon uygulamasına entegrasyonun yüksek olduğunu ve eğiticiler tarafından uygulamada gerçeğe yakın klinik ortam ve durumların sağlanabildiğini göstermektedir.

Hemşirelik eğitiminde klinik uygulamalar, teori ve beceriyi sentezleyip gerçek yaşam koşullarında öğrencilere eşsiz öğrenme olanakları sunar (Abu Salah, Aljerjawy, & Salama, 2018). Klinik uygulamalar vazgeçilmez olmakla birlikte öğrenciler bu alanda hata yapmaktan korkma, hastaya zarar verme ve yetersiz hissetme gibi sorunlar yaşayabilmektedirler (Sarmasoğlu, Dinç, & Elçin, 2016). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, hemşirelik öğrencilerinin en fazla klinikte uygulama yapma sırasında sorun yaşadığı bildirilmektedir (Chong, 2009; Karaöz, 2013; Oner Altıok, & Ustun, 2013). Karadağ ve ark.'nın (2013) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin klinikte yaşadıkları sorunların sıklıkla; öğretim elemanı eksikliği, klinik uygulama alanı yetersizliği ve teorik bilgilerin klinik uygulamaya aktarılmadığından kaynaklandığı belirtilmiştir. Bununla birlikte eğitim ortamı önceden öngörülemede ve zaman zaman da öğretim elemanının kontrolü dışında kalabilmektedir (Abu Salah, Aljerjawy, & Salama, 2018). Bu da öğrencilerin bazı uygulamaları ilk kez doğrudan hasta üzerinde gerçekleştirmelerine neden olmakta, bu durum hasta güvenliği kapsamında risk oluşturabilmektedir (Sarmasoğlu, Dinç, & Elçin, 2016).

Bu gibi klinik durumların güvenli bir ortamda ve gerçekçi şekilde ortaya konmasını sağlayan simülasyon yöntemi, çok iyi bir eğitim aracı/stratejisi olabilmektedir (Ko, & Kim, 2014; Shin, Park, & Kim, 2015). Bu çalışmada da hemşirelik öğrencileri Cerrahi ve İç hastalıkları klinik uygulamasına çıkmadan, klinik senaryolar aracılığı ile ders hedefleri kapsamında klinik beceri uygulamalarını simülasyon laboratuvarında güvenli şekilde gerçekleştirmişlerdir. Bu sayede öğrencilerin, gerçek klinik durumları simüle ortamda deneyimleyerek, davranışsal bilgi ve becerilerini geliştirdikleri düşünülmektedir.

Simülasyon, gerçek hasta ve klinik özelliklerini ortaya koymada pek çok teknolojik aracı bünyesinde barındırmaktadır (Edeer & Sarıkaya, 2015). Klinik laboratuvar uygulamalarında da bu teknolojileri içeren düşük, orta ve yüksek gerçeklikli simülasyon araçları hemşirelik eğitiminde kullanılmaktadır (Adamson, 2015; La Cerra et al., 2019). Yapılan birçok çalışmada, simülasyon uygulamalarına katılan öğrencilerin özgüven düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (Ahmed & Mohamed, 2016; Omer, 2016; Tamaki et al., 2019). Bunun yanı sıra Cobbet ve Snelgrove-C-larke'ın (2016) farklı gerçeklikteki simülasyon uygulamalarının öğrencilerinin özgüven düzeylerine etkisini karşılaştırdıkları bir çalışmada, simülasyon düzeyleri ile öğrenci özgüven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada da düşük, orta ve yüksek gerçeklik düzeyinde simülasyon yöntemleri bir arada kullanılmış hemşirelik öğrencilerinin özgüven puan ortalamaları literatürle (Ahmed & Mohamed, 2016, Omer, 2016; Tamaki et al., 2019) benzer şekilde yüksek bulundu. Bu durum simülasyon uygulamalarının hemşirelik öğrencilerinin öğrenmede özgüven düzeylerini artırdığını göstermektedir. Bu sonucun, öğrencilerin gerçek hastaya zarar verme durumu olmaksızın, dahili ve cerrahi klinik hasta profiline uygun şekilde oluşturulmuş klinik simülasyon ortamında, becerilerini rahat şekilde uygulayabilmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Simülasyon, hemşirelik öğrencilerinin klinik akıl yürütme, eleştirel düşünme ve iletişim becerilerini geliştirmenin yanı sıra öğrencilerin özgüveniyle birlikte eğitimden memnuniyet düzeyini de arttırmaktadır (Shin, Park, & Kim, 2015; Sarı ve Erdem, 2017; LaCerra et al., 2019). Üniversite düzeyinde eğitimde, öğrencilerin motivasyonlarının sürdürülmesinde, memnuniyet düzeyleri anahtar rol oynamaktadır (Hakim, 2013). Öğrenci memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, simülasyon uygulamalarını değerlendirmede de önemli bir araçtır (Baptista et al., 2016). Omer'in (2016) hemşirelik öğrencilerinin klinik simülasyon uygulamasına yönelik memnuniyet ve özgüven düzeyini incelediği bir çalışmada öğrenci memnuniyet düzeylerinin yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Lee ve ark.'nın (2017) yaptığı bir çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin simülasyon uygulamasına ait memnuniyet puan

ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da yer alan öğrencilerin simülasyon uygulamasına ilişkin memnuniyet düzeylerinin literatürdeki diğer çalışmalarla benzer şekilde (Kang et al., 2015; Lee et al., 2017, Zapko et al., 2018) oldukça yüksek olduğu görüldü. Ayrıca simülasyon tasarım özelliklerinin uygunluğu ile öğrenci memnuniyeti arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4). Bu çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersi alan öğrencilerin aynı anda, dönüşümlü olarak birden fazla uygulama istasyonunda eğitim alma şansı olmuştur. Uygulamanın beş kişilik gruplarla yapılmasına karşın, öğrencilerin memnuniyet düzeylerinin çok yüksek olması dikkat çekicidir. Çalışma sonuçları, mevcut koşullar dikkate alınarak tasarlandığında, öğrenci sayısı fazla olduğunda da simülasyon eğitiminin başarılı bir şekilde uygulanabileceğini göstermesi bakımından değerli bulunmuştur.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Bunlardan biri, çalışma sadece bir hemşirelik fakültesinde ikinci sınıf öğrencilerinin ders kapsamında yürütülen simülasyon uygulamalarına ilişkin görüşlerini yansıtmaktadır, bu nedenle genellemez. Bir diğeri ise, öğrencilerden çalışma kapsamında uygulanan simülasyon yöntemlerinin tamamı için bir değerlendirme yapmaları istenmiştir. Bu nedenle ayrı ayrı istasyonlarda uygulanan yöntemlere özgü, ayrı bir değerlendirme yapılamamıştır. Bir başka sınırlılığı da sınıftaki öğrenci mevcudu ve uygulamaya ayrılan süre nedeni ile öğrencilerin beş kişilik gruplarla simülasyon uygulamalarına alınmasıdır.

### Sonuç

Bu sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında yürütülen simülasyon uygulamalarının tasarımını uygun buldukları, öğrenmede özgüven ve memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersleri, klinik vaka çeşitliliği açısından farklı simülasyon yöntemlerinin uygun tasarımlarla, rahatlıkla uygulanabileceği alanlardır. Klinik uygulama öncesi, bu derslerin laboratuvar saatlerinde, öğrencilerin hem psikomotor hem de kognitif becerilerini geliştirmelerine olanak tanıyacak, uygun senaryo ve modellerle zenginleştirilmiş, farklı tipte simülasyon uygulamalarına yer verilmesi yararlı olacaktır. Bu uygulamaların hem öğrenciyi gerçek yaşam deneyimi için hazırlamaya yardımcı olacağı, hem de öğrenmede memnuniyeti artıracığı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalarda, Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği dersleri kapsamında yürütülen simülasyon eğitiminin öğrencilerin hem bilgi-beceri, hem de klinik yetkinliklerine etkisini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## Kaynaklar

- Abu Salah, A., Aljerjawy, M. & Salama, A. (2018). Gap between Theory and Practice in the Nursing Education: the Role of Clinical Setting. *JOJ Nursing & Health Care*, 7(2), 01-06.
- Adamson, K. (2015). A systematic review of the literature related to the NLN/Jeffries simulation framework. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 281-291.
- Aebersold, M. (2018). Simulation-based learning: No longer a novelty in undergraduate education. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 23(2), 1-1.
- Ahmed, M.A. & Mohamed, S.M. (2016) Sim-Lab versus traditional lab training on maternity nursing students' satisfaction & self-confidence. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 108-115.
- Ahn, H., & Kim, H. Y. (2015). Implementation and outcome evaluation of high-fidelity simulation scenarios to integrate cognitive and psychomotor skills for Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(5), 706-711.
- Ayed, A., & Khalaf, I. (2018). The Outcomes of integrating high fidelity simulation in nursing education: An integrative review. *Open Journal of Nursing*, 8(05), 292.
- Baptista, R. C., Paiva, L. A., Goncalves, R. F., et al. (2016). Satisfaction and gains perceived by nursing students with medium and high-fidelity simulation: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 46, 127-132.
- Başara, B.B., Çağlar, I.S., Aygün, A. ve ark. (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 165-167.
- Chong, M. C. (2009). Is reflective practice a useful task for student nurses?. *Asian Nursing Research*, 3(3), 111-120.
- Cobbett, S., & Snelgrove-Clarke, E. (2016). Virtual versus face-to-face clinical simulation in relation to student knowledge, anxiety, and self-confidence in maternal-newborn nursing: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 45, 179-184.
- Çayır, A., & Özkal, F. (2017). The use of simulation in nursing education: The example of myocardial infarction. *Research on Education and Psychology*, 1(1), 38-46.
- Durmaz, A., Dicle, A., Cakan, E., et al. (2012). Effect of screen-based computer simulation on knowledge and skill in nursing students' learning of preoperative and postoperative care management: A randomized controlled study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 30(4), 196-203.
- Edeer, A. D., & Sarıkaya, A. (2015). The use of simulation in nursing education and simulation types/Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon tipleri. *Journal of Education and Research in Nursing*, 12(2), 121-126.
- Erdil, F., Başer, M., Kaya, N. ve ark. (2014). Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP). Erişim Tarihi: 15.02.2019. <http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf>
- Hakim, A. (2013). Nursing students' satisfaction. *International Journal of Nursing* 2(2), 1-7.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- ICN (2002) Definition of Nursing. Erişim: <https://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
- Jeffries, P. R., & Rizzolo, M. A. (2006). Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: A National, Multi-Site, Multi-Method Study [Summary Report].
- Kang, K. A., Kim, S., Kim, S. J., et al. (2015). Comparison of knowledge, confidence in skill performance (CSP) and satisfaction in problem-based learning (PBL) and simulation with PBL educational modalities in caring for children with bronchiolitis. *Nurse Education Today*, 35(2), 315-321.
- Karadag, M., Caliskan, N., & Iseri, O. (2016). Effects of case studies and simulated patients on students' nursing care plan. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(2), 87-94.
- Karadağ, G., Kılıç, S. P., Owayolu, N., ve ark. (2013). Öğrenci hemşirelerin klinik uygulamada karşılaştıkları güçlükler ve klinik hemşireler hakkındaki görüşleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 665-672.
- Karaöz, S. (2013). Hemşirelik eğitiminde klinik değerlendirmeye genel bakış: Güçlükler ve öneriler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(3), 149-158.
- Ko, E., & Kim, H. Y. (2014). Effects of multi-mode simulation learning on nursing students' critical thinking disposition, problem solving process, and clinical competence. *Korean Journal of Adult Nursing*, 26(1), 107-116.
- La Cerra, C., Dante, A., Caponnetto, V., et al. (2019). Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(2), e025306.
- Lavoie, P., & Clarke, S. P. (2017). Simulation in nursing education. *Nursing Management*, 48(2), 16-17.
- Lee, M. N., Kang, K. A., Park, S. J., et al. (2017). Effects of pre-education combined with a simulation for caring for children with croup on senior nursing students. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 264-272.
- Liaw, S. Y., Scherpier, A., Rethans, J. J. et al. (2012). Assessment for simulation learning outcomes: a comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. *Nurse Education Today*, 32(6), e35-e39.
- Martins, C.J.A., Baptista, R.C.N., Coutinho V.R.D., et al. (2018). Simulation in Nursing and Midwifery education, WHO Regional Office for Europe. Erişim Tarihi: 10.03.2019. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/383807/snme-report-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/383807/snme-report-eng.pdf?ua=1)
- National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) (2005). Clinical instruction in prelicensure nursing programs. Erişim Tarihi: 18.02.2019. [https://www.ncsbn.org/Final\\_Clinical\\_Instr\\_Pre\\_Nsg\\_programs.pdf](https://www.ncsbn.org/Final_Clinical_Instr_Pre_Nsg_programs.pdf)
- Omer, T. (2016). Nursing Students' Perceptions of Satisfaction and Self-Confidence with Clinical Simulation Experience. *Journal of Education and Practice*, 7(5), 131-138.
- Oner Altıok, H., & Ustun, B. (2013). The Stress sources of nursing students. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(2), 760-766.
- Sarı, D., & Erdem, H. (2017). The use of high fidelity simulation in nursing education: A literature review Hemşirelik eğitiminde yüksek

- gerçekli simülasyon kullanımı: Literatür incelemesi. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3690-3707.
- Sarı, H. Y., Öztornacı, B. Ö., Akgül, E. A., et al. (2018). The Results of simulation training in pediatric nursing students' education. *The Journal of Pediatric Research* 5(4), 194-200.
- Sarmasoğlu, Ş., Dinç, L., & Elçin, M. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin klinik beceri eğitimlerinde kullanılan standart hasta ve maketlere ilişkin görüşleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 13(2), 107-115.
- Shin, S., Park, J. H., & Kim, J. H. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35(1), 176-182.
- Silva, J. L. G., & Oliveira-Kumakura, A. R. D. S. (2018). Clinical simulation to teach nursing care for wounded patients. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71, 1785-1790.
- Smith, S. J., & Roehrs, C. J. (2009). High-fidelity simulation: Factors correlated with nursing student satisfaction and self-confidence. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 74-78.
- Şendir, M., & Doğan, P. (2015). Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 49-56.
- Takahashi, K. and Miura, N. (2017). Simulation-Based Learning in Undergraduate Nursing Education in Japan: A review of the literature eTELEMED 2017: The Ninth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine. ISBN: 978-1-61208-540-1
- Tamaki, T., Inumaru, A., Yokoi, Y., et al. (2019). The Effectiveness of end-of-life care simulation in undergraduate nursing education: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 76, 1-7.
- Tosterud, R., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2013). Nursing students' perceptions of high-and low-fidelity simulation used as learning methods. *Nurse Education in Practice*, 13(4), 262-270.
- Tüzer, H., Dinç, L., & Elçin, M. (2017). Hemşirelik lisans eğitimi simülasyon uygulamalarında çözümleme sürecinin önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics*, 3(1), 23-27.
- Unver, V., Basak, T., Watts, P., et al. (2017). The reliability and validity of three questionnaires: the student satisfaction and self-confidence in learning scale, simulation design scale, and educational practices questionnaire. *Contemporary Nurse*, 53(1), 60-74.
- Uslusoy, E. Ç. (2018). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı: Öğrencilerin görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 13-18.
- World Health Organization. (2009). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. World Health Organization. Erişim Tarihi: 17.02.2019. <http://www.who.int/iris/handle/10665/44100>
- Yılmaz, D. U., & Korhan, E. A. (2017). Hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliği: Bir sistematik inceleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 218-226.
- Zapko, K. A., Ferranto, M. L. G., Blasiman, R., et al. (2018). Evaluating best educational practices, student satisfaction, and self-confidence in simulation: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 60, 28-34.
- Zhu, F. F., & Wu, L. R. (2016). The effectiveness of a high-fidelity teaching simulation based on an NLN/Jeffries simulation in the nursing education theoretical framework and its influencing factors. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 129-132.



**Araştırma makalesi / Research article****Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi<sup>1</sup>****Determination of the Use of Nonpharmacologic Methods by Nurses for Postoperative Pain Management**Sema Mert<sup>2</sup> , Sonay Göktaş<sup>3</sup> 

<sup>2</sup>Uzm. Hem. Sema Mert  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-5289-9068>

<sup>3</sup>Doç. Dr. Sonay Göktaş  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi  
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı/Istanbul  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-8168-1287>

**Sorumlu yazar / Corresponding author:** Uzm. Hem. Sema Mert  
E-posta: [sema.mert91@gmail.com](mailto:sema.mert91@gmail.com)

**Tez Çalışması**

<sup>1</sup>Bu makale, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak 2017 yılında sunulmuştur.

**Geliş tarihi / Date of receipt:** 11.06.2019  
**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 18.07.2019

**Atıf / Citation:** Mert S, Göktaş S. (2019). Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 76-83.

**ÖZ**

**Giriş:** Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkan ve doku iyileşmesiyle sona eren akut bir durumdur. Ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve komplikasyonların azalması açısından oldukça önemlidir.

**Amaç:** Araştırmanın amacı, hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarını belirlemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Haziran- Eylül 2017 tarihleri arasında Kocaeli ilindeki üç kamu ve üç özel hastanenin cerrahi kliniklerinde çalışan toplam 538 hemşire ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan "Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı.

**Bulgular:** Hemşirelerin sık sık uyguladıkları nonfarmakolojik yöntemlerin pozisyon verme (%51,3), düşünme (%46,8), rahatlatma (%45,7) ve sıcak-soğuk uygulama (%43,5) olduğu saptandı. Ameliyat sonrası nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenleri arasında ise en sık hemşire sayısının yetersiz olması (%68,0) ve ağır iş yükü (%64,7) olduğu belirlendi. Hemşirelerin eğitim durumu ve çalışma süresine göre kullanılan tüm nonfarmakolojik yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ( $p<0,05$ ) olduğu saptandı.

**Sonuç:** Hemşirelerin yarısına yakınının bazen masaj, yarısının sık sık pozisyon verme ve sıcak-soğuk uygulama, yarısından azının bazen terapötik dokunma yöntemini kullandığı, büyük çoğunluğunun ise transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini hiçbir zaman kullanmadığı sonucu elde edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı yönetimi; cerrahi; hemşire; hemşirelik bakımı.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Postoperative pain is an acute condition that arises from the stimulation of nociceptors as a result of surgical trauma and ends with tissue healing. Pain relief is very important for the relief of the individual, the increase in the quality of life and the reduction of complications.

**Aim:** The aim of the study was to determine the use of nonpharmacological methods of the nurses in the management of postoperative pain.

**Method:** This descriptive study was conducted with 538 nurses working in surgical clinics of three public and three private hospitals in Kocaeli between June and September 2017. The data were collected by using "The Non-Pharmacological Nursing Interventions Form for Pain" prepared by the researchers in accordance with the literature. SPSS 21.0 package program was used for data analysis.

**Results:** The nonpharmacological methods frequently used by nurses were found to be positioning (51.3%), imagination (46.8%), relief (45.7%) and hot-cold application (43.5%). Insufficient number of nurses (68.0%) and heavy workload (64.7%) were found to be the most common reasons for not applying non-pharmacological methods. There was a statistically significant difference between all nonpharmacological methods used according to education level and working time of nurses ( $p<0,05$ ).

**Conclusion:** It was found that approximately half of the nurses sometimes used massage method, half of them frequently used positioning and hot-cold application methods, less than half of the nurses sometimes used the therapeutic touch method, the majority of nurses never used transcutaneous electrical nerve stimulation management.

**Keywords:** Nurse; nursing care; pain management; surgery.

## Giriş

Ağrı bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen karmaşık ve hoş olmayan bir duygu olduğundan, kontrol altına alınması gerekmektedir. Ameliyat sonrası ağrı ise, cerrahi travma sonucu nöreseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkıp, giderek azalan ve doku iyileşmesiyle sona eren iyi lokalize olmuş akut bir ağrı şeklindedir. Ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlaması, yaşam kalitesinin yükselmesi ve komplikasyonların azalması açısından oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası etkin bir ağrı yönetimi birey/hasta merkezli, bütüncül bir yaklaşımla ve multidisipliner ekip anlayışıyla sağlanabilir (Erdine, 2007; Özveren, 2011; Yılmaz, 2011).

Hemşireler ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, ağrının tanımlanması, gerekli farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini planlayıp uygulaması, tedavi sonuçlarını izlemesi ve değerlendirilmesinde etkin olarak rol almalı ve gelişebilecek sorunları önleyebilmelidir (Çöçekli ve ark., 2008; Aygün ve Var, 2012).

Günümüzde ağrı yönetiminde sıklıkla, ağrının ilaçlarla kontrol altına alınmasını içeren farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler hızlı etki etmeleri ve kolay ulaşılabilir olmaları nedeniyle tercih edilmektedir (Özveren ve Uçar, 2009). Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler de uygulanmaktadır. Bu yöntemler farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldıklarında tedavinin etkinliğini artırırken, tek başlarına uygulandıklarında ise vücudun doğal morfin ve endorfin salınımını sağlayarak ağrı yönetimine etkili olmaktadır (Owens & Ehrenreich, 1991; Özbayır, 2003). Hemşire kapsamlı bir ağrı tanımlamasının ardından, hastaya özgü uygun nonfarmakolojik yöntemleri seçmeli, bu yöntemleri birlikte uygulamalı, hastaya öğretmeli ve sonuçları değerlendirmelidir. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma, bilgilendirme, masaj, pozisyon verme, hareketi kısıtlama, transkütan elektriksel sinir uyarımı, terapötik dokunma, sıcak-soğuk uygulama, deriye mentol uygulama ve vibrasyon gibi nonfarmakolojik yöntemleri de uygulamaları önem taşımaktadır (Eti Aslan, 2006; Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006).

Hemşireler hasta ile sürekli etkileşim halinde olduğundan, ağrı kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma konusunda yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip olmaları, mesleki olarak bağımsız fonksiyonlarını ortaya koyabilmeleri açısından önemlidir. Özellikle literatürde ameliyat sonrası ağrıya yönelik çalışmalar yapıldığı gözlenmekte olup, daha çok hemşirelerin ağrıyı tanımlaması, ağrının değerlendirilmesi, hemşirelik girişimlerini belirlemeleri, hastaların hemşirelerden beklentilerine ilişkin çalışmalara rastlanmaktadır (Özer ve Bölükbaş, 2001; Akbaş, 2003). Ancak cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası ağrıya yönelik nonfarmakolojik girişimlerin, bilgilendirme durumunun ve bu yöntemleri uygulamama nedenlerinin birlikte değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda ağrının kontrol altına alınması, hastanın konforunun sağlanması, iyileşmenin hızlandırılması, tedaviye bağlı komplikasyonların azaltılması ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi bakımından hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi önemlidir.

## Amaç

Çalışma hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

## Araştırma Soruları

Çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrılı hastaya yönelik uyguladıkları nonfarmakolojik yöntemler ve kullanım sıklıkları nelerdir?
2. Hemşirelerin nonfarmakolojik yöntem kullanımını engelleyen sorunlar nelerdir?
3. Hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemleri kullanım sıklıkları bireysel özelliklerine göre farklılık gösterir mi?

## Yöntem

### Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Kocaeli il sınırları içerisinde bulunan üç kamu ve üç özel hastanenin 15 Haziran-15 Eylül 2017 tarihleri arasında cerrahi servisler ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ameliyat sonrası hastalara bakım veren hemşireler (967 kişi), örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 538 hemşire oluşturdu. Hemşirelerin araştırmaya katılım oranı %59 olmuştur.

### Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan (Eti Aslan, 2006; Ay ve Alpar, 2010; Erden ve Çelik, 2013), bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma süresi) içeren "Kişisel Bilgi Formu" ile ameliyat sonrası ağrı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri, bu yöntemleri kullanırken karşılaşılan sıkıntıları ve yapılan bilgilendirmeleri içeren "Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu" kullanıldı.

Veriler araştırmacı tarafından 15.06.2017-15.09.2017 tarihleri arasında ilgili hastanelere gidilerek, araştırmaya katılacak hemşireler araştırma öncesi bilgilendirilip özel onamları alınarak, yüz yüze görüşme tekniği ile yaklaşık 10 dakika sürede toplandı.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.04.2017 tarih ve 37387824-302.08.01-26 sayılı karar numarası ile etik onay ve araştırma yapılacak kurumdan gerekli yazılı izin alındı.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Gruplu değişkenler arasındaki farklılıklar ki-kare analizi ile test edildi. Elde edilen bulgular  $p < 0,05$  anlamlılık derecesi ile %95 güven aralığında değerlendirildi.

## Bulgular

Çalışmada hemşirelerin 454'ü kadın (%84,4), 330'u (%61,3) 20-31yaş aralığında, 302'si (%56,1) lisans mezunu ve 178'i (%33,1) 2-5yıl arası çalışan olarak dağılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri (N=538)

Değişkenler	Alt gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	454	84,4
	Erkek	84	15,6
Yaş	20-31	330	61,3
	32 ve üzeri	208	38,7
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	102	19,0
	Ön Lisans	82	15,2
	Lisans	302	56,1
	Lisansüstü	52	9,7
Çalışma Süresi	2 yıldan az	60	11,2
	2-5 yıl	178	33,1
	6-10 yıl	144	26,8
	11-20 yıl	116	21,6
	20 yıl üzeri	40	7,4

Tablo 2. Hemşirelerin Kullandıkları Nonfarmakolojik Yöntemler (N=538)

	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Fiziksel Yöntemler</b>								
Masaj	104	19,3	<b>248</b>	<b>46,1</b>	104	19,3	82	15,2
Pozisyon Verme	4	0,7	56	10,4	<b>276</b>	<b>51,3</b>	202	37,5
Sıcak-Soğuk Uygulama	18	3,3	86	16,0	<b>234</b>	<b>43,5</b>	200	37,2
Terapötik Dokunma	54	10,0	<b>178</b>	<b>33,1</b>	158	29,4	148	27,5
Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı	<b>410</b>	<b>76,2</b>	86	16,0	28	5,2	14	2,6
<b>Bilişsel/Davranışsal Yöntemler</b>								
Solunum Egzersizleri	14	2,6	124	23,0	178	33,1	<b>222</b>	<b>41,3</b>
Dikkatini Başka Yöne Çekme	20	3,7	176	32,7	<b>172</b>	<b>32,0</b>	170	31,6
Düşleme	2	0,4	48	8,9	<b>252</b>	<b>46,8</b>	236	43,9
Rahatlama	4	0,7	50	9,3	<b>246</b>	<b>45,7</b>	238	44,2
Bilgilendirme	0	0,0	42	7,8	122	22,7	<b>374</b>	<b>69,5</b>

Tablo 3. Hemşirelerin Yaptıkları Bilgilendirmeler (N=538)

	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İşlem	14	2,6	118	21,9	150	27,9	256	47,6
İşlemin Amacı	24	4,5	78	14,5	156	29,0	280	52,0
İşlemin Tipi	12	2,2	96	17,8	174	32,3	256	47,6
İşlemin Yeri	8	1,5	52	9,7	176	32,7	302	56,1
İşlemin Süresi	36	6,7	110	20,4	142	26,4	250	46,5
İşlemi Yapacak Kişi	8	1,5	52	9,7	152	28,3	326	60,6
İşlem Öncesi Hazırlık	8	1,5	50	9,3	128	23,8	352	65,4
Anestezinin Tipi	46	8,6	90	16,7	154	28,6	248	46,1
Ameliyat Sonrası Yatma Pozisyonu	8	1,5	30	5,6	122	22,7	378	70,3
Ameliyat Sonrası Gözlem	0	0,0	34	6,3	154	28,6	350	65,1
Ameliyat Sonrası Sınırlılıkları	2	0,4	42	7,8	132	24,5	362	67,3
Ameliyat Sonrası Ağrı Tedavisi	2	0,4	36	6,7	146	27,1	354	65,8
Nonfarmakolojik Ağrı Azaltma Yöntemleri	14	2,6	180	33,5	176	32,7	168	31,2

Tablo 2’de hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya yönelik kullandıkları nonfarmakolojik yöntemler incelenmiştir. Hemşireler hastaların ağrısını gidermede çoğunlukla (%76,2) nonfarmakolojik yöntem olarak transkütan elektriksel sinir uyarımı hiç kullanmadıklarını bildirdi. Hemşireler masaj (46,1) ve terapötik dokunmayı (%33,1) bazen kullandıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin sık sık uyguladıkları nonfarmakolojik yöntemler sırasıyla pozisyon verme (%51,3), düşleme (%46,8), rahatlatma (%45,7), sıcak-soğuk uygulama (%43,5) ve dikkati başka yöne çekmedir (%32,0). Hemşirelerin her zaman kullandıkları nonfarmakolojik yöntemler ise sırasıyla bilgilendirme (%69,5) ve solunum egzersizleridir (%41,3).

Tablo 3’de hemşirelerin bilgi verdikleri konular incelenmiştir. Hemşirelerin çoğunlukla nonfarmakolojik ağrı azaltma yöntemleri hakkında bazen (%33,5) bilgilendirme yaptıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin her zaman yaptıkları bilgilendirmeler ise sırasıyla ameliyat sonrası yatma pozisyonu (%70,3), ameliyat sonrası sınırlılıkları (%67,3), ameliyat sonrası ağrı tedavisi (%65,8), işlem öncesi hazırlık (%65,4), ameliyat sonrası gözlem (%65,1), işlemi yapacak kişi (%60,6), işlemin yeri (%56,1), işlemin amacı (52,0), işlem (47,6), işlemin tipi (%47,6), işlemin süresi (%46,5) ve anestezinin tipidir (%46,1).

Hemşirelerin her zaman kullandıkları nonfarmakolojik yön-

temlerden rahatlatma ve düşleme ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bunun yanı sıra pozisyon verme, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma, transkütan elektriksel sinir uyarımı, düşleme ve bilgilendirme ile yaş arasında da anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Diğer kullanılan nonfarmakolojik yöntemler (masaj, solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme) ile bireysel özellikler arasında fark bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Çalışmada, ameliyat sonrası dönemde nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenlerine hemşirelerin %68’i “hemşire sayısının yetersiz olması”, %64,7’si “ağır iş yükü”, %34,9’u “ağrıyı geçireceğine inanmıyor olması”, %23,8’i “ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliğinin olması”, %12,6’sı “nonfarmakolojik yöntemleri kullanmanın ameliyat sonrası uygulanacak hemşirelik bakımının bir parçası olarak görmemesi” yanıtını verdi (Tablo 5).

## Tartışma

Ameliyat sonrası erken dönemde görülen en yaygın sorunlardan biri olan ağrı, giderek artan ve sıklıkla ilaçlarla tedavi edilen bir sağlık problemidir. Ağrının farmakolojik yöntemlerle tedavisinin hızlı etki etmesi, kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir olması kullanımını artırmaktadır. İlaçların bilinçsizce kullanımı ve buna bağlı olarak gelişen yan etkiler ile birlikte ülke ekono-

Tablo 4. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Her Zaman Kullandıkları Nonfarmakolojik Yöntemler (N=538)

			Masaj	Pozisyon	Sıcak-Soğuk Uygulama	Terapötik Dokunma	Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı	Solumun Egzersizleri	Dikkati Başka Yöne Çekme	Rahatlatma	Düşleme	Bilgilendirme
Cinsiyet	Kadın	n	78	162	156	128	14	176	158	200	198	302
		%	17,2	35,7	34,4	28,2	3,1	38,8	34,8	44,1	43,6	66,5
	Erkek	n	4	40	44	20	0	46	12	38	38	72
		%	4,8	47,6	52,4	23,8	0	54,8	14,3	45,2	45,2	85,7
		X <sup>2</sup>	24,411	9,626	12,789	13,999	9,689	9,357	15,304	3,36	2,556	12,533
		p	<0,001	0,022	0,005	0,003	0,021	0,025	0,002	0,339	0,465	0,002
Yaş	>32	n	56	128	124	86	4	152	110	148	148	236
		%	17	38,8	37,6	26,1	1,2	46,1	33,3	44,8	44,8	71,5
	20-31	n	26	74	76	62	10	70	60	90	88	138
		%	12,5	35,6	36,5	29,8	4,8	33,7	28,8	43,3	42,3	66,3
		X <sup>2</sup>	8,978	3,309	2,193	2,573	7,01	16,693	9,265	9,665	4,085	3,848
		p	0,03	0,346	0,533	0,462	0,072	0,001	0,026	0,022	0,252	0,146
Eğitim Durumu	Lisans Üstü	n	4	20	18	12	0	12	18	28	30	66
		%	3,9	19,6	17,6	11,8	0	11,8	17,6	27,5	29,4	64,7
	Lisans	n	10	32	30	26	8	22	26	42	44	52
		%	12,2	39	36,6	31,7	9,8	26,8	31,7	51,2	53,7	63,4
	Önlisans	n	50	128	130	90	6	146	100	136	140	210
		%	16,6	42,4	43	29,8	2	48,3	33,1	45	46,4	69,5
Sağlık Meslek Lisesi	n	18	22	22	20	0	42	26	32	22	46	
	%	34,6	42,3	42,3	38,5	0	80,8	50	61,5	42,3	88,5	
	X <sup>2</sup>	56,764	40,229	37,756	46,365	41,426	101,977	47,25	27,674	25,252	17,177	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,003	0,009	
Çalışma Süresi	<2 yıl	n	16	22	10	6	0	26	22	12	24	48
		%	26,7	36,7	16,7	10	0	43,3	36,7	20	40	80
	2-5 yıl	n	24	72	76	50	4	98	58	90	78	128
		%	13,5	40,4	42,7	28,1	2,2	55,1	32,6	50,6	43,8	71,9
	6-10 yıl	n	20	44	44	42	0	50	40	64	64	98
		%	13,9	30,6	30,6	29,2	0	34,7	27,8	44,4	44,4	68,1
	11-20 yıl	n	14	46	50	34	6	36	38	52	48	78
		%	12,1	19,7	43,1	29,3	5,2	31	32,8	44,8	41,4	67,2
	>20 yıl	n	8	18	20	16	4	12	12	20	22	22
		%	20	45	50	40	10	30	30	50	55	55
		X <sup>2</sup>	60,664	25,001	48,953	45,379	41,681	44,345	36,189	52,673	36,781	28,819
		p	<0,001	0,015	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

X<sup>2</sup> = Ki-Kare testi, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

**Tablo 5. Hemşirelerin Nonfarmakolojik Yöntemleri Uygulamama Nedenleri\* (N=538)**

	n	%
Ağır iş yükü	348	64,7
Hemşire sayısının yetersiz olması	366	68,0
Ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliğinin olması	128	23,8
Ağrıyı geçireceğine inanmıyor olması	188	34,9
Nonfarmakolojik yöntemleri kullanmanın ameliyat sonrası uygulanacak hemşirelik bakımının bir parçası olarak görmemesi	68	12,6

\*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

misine getirdiği yük gibi olumsuz sonuçlar, nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımını desteklemektedir (İzveren ve Dal, 2001; Tercan, 2015).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşirelerin %46,1'inin "bazen", %15,2'sinin ise her zaman masaj yöntemini uyguladığı belirlendi. Karadağ Arlı (2017)'nin yaptığı çalışmada cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin %13,1'inin ağrıyı azaltmak için masaj uyguladığı saptanmıştır. Midilli, Eşer ve Yücel (2019)'in yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin hastaların ağrısını gidermek için %46,4'ünün bazen, %5,4'ünün her zaman masaj uyguladığı belirtilmiştir. Ay ve Alpar (2010)'ın yaptığı bir başka çalışmada ise hemşirelerin %67,2'sinin ağrıyı azaltmak için masaj uyguladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin sıklıkla bu yöntemi seçmelerinin nedeninin kişilerin evde de bu yöntemi kullanması ve kısa sürede rahatlama sağlaması olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin yarısının sık sık, yarıya yakınının ise her zaman ameliyat sonrası ağrı yönetiminde pozisyon verme yöntemini kullandıkları belirlendi. Yılmaz (2011)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %96,8'inin ağrıyı azaltmak için hastaya uygun pozisyon verdiği, Ayhan (2015)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %78,64'ünün, hastasının ağrısını azaltacak uygun bir pozisyon almasına yardımcı olduğu belirlenmiştir. Akdemir, Akyar ve Görgülü (2008)'nin çalışmasında ise hemşirelerin ağrı tedavisinde kullandıkları nonfarmakolojik ve farmakolojik girişimlerin öncelikleri incelenmiş ve sırasıyla hastanın dinlenmesi için planlamaların yapılması, farmakolojik girişimlerin uygulanması ve hastaya uygun pozisyon verilmesinin ilk kullanılan girişimler olduğu saptanmıştır. Hastalara uygun pozisyon verilmesinin yüksek oranlarda kullanılması hastaların ağrıların azalması ve rahat bir uyku uyuyarak dinlenmelerinin sağlanması bakımından olumlu bir sonuçtur.

Çalışmamızda hemşirelerin yarıya yakınının sık sık ve her zaman ameliyat sonrası ağrı yönetiminde sıcak-soğuk uygulama yöntemini kullandıkları belirlendi. Sıcak-soğuk uygulama yöntemi ağrı yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Midilli, Eşer ve Yücel (2019)'in çalışmasında hemşirelerin hastaların ağrısını gidermek için %61,3'ünün bazen, %7,1'inin her zaman sıcak uygulama, %62,5'inin bazen, %21,4'ünün her zaman soğuk uygulama yaptığı saptanmıştır. Yılmaz (2011)'in çalışmasında ise hemşirelerin %74,6'sının ağrıya yönelik sıcak-soğuk uygulama yaptığı saptanmıştır. Bu bağlamda sıcak-soğuk

uygulama yönteminin özel bir eğitim gerektirmeyen ve kolay uygulanabilen nonfarmakolojik bir yöntem olması sebebiyle tercih edildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %33,1'inin bazen terapötik dokunma yöntemini uyguladığı belirlendi. Midilli, Eşer ve Yücel (2019)'in çalışmasında ise hemşirelerin hastaların ağrısını azaltmak için %42,3'ünün dokunma yöntemini bazen kullandığı belirtilmiştir. Dokunma güçlü bir terapötik uygulama olduğundan solunum, nabız ve kan basıncında değişimlere neden olmakta; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltmakta; hasta hemşire etkileşimini artırmakta ve ameliyat öncesi dönemde hastaların sedatiflere olan gereksinimini azaltmaktadır. Ağrı deneyimleyen hastalarda, terapötik dokunmanın etkili olduğu gösterilmiştir (Green, 1998; Mollaoğlu, 2001).

Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini hiçbir zaman kullanmadığı belirlendi. Midilli, Eşer ve Yücel (2019)'in çalışmalarında hemşirelerin %92,3'ünün hastaların ağrısını azaltmak için transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini hiç kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Güldoğan (2012) tarafından transkütan elektriksel sinir uyarımı yönteminin etkinliğinin araştırıldığı çalışmada ise bu yöntemin torakotomi sonrası ilk 48 saatte morfin tüketimini anlamlı düzeyde azalttığı, 48 saatten sonra ise hastaların ek morfine ihtiyaç duymadıkları saptanmıştır. Akbaş (2003)'in yapmış olduğu çalışmada ise ağrısı olan hastalara hemşirelerin sadece %3,6'sının hemen hemen her zaman transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini uyguladığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar ameliyat sonrası ağrı düzeyini ve dolayısıyla analjezik kullanımını azaltmada transkütan elektriksel sinir uyarımı yönteminin farmakolojik yöntemlere eklenmesi, güvenle kullanılabilir bir yöntem olduğu yönünde olmasına karşın, sıklıkla farmakolojik yöntemlerin kullanıldığı ve transkütan elektriksel sinir uyarımı yönteminin uygulanmadığı görülmektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmanın yöntemin kullanılmasını etkileyebileceği gibi işlemin zaman alması, hemşire iş yükünün fazla olması ve farmakolojik yöntemin hızlı ve etkin sonuçlar vermesi nedeniyle hemşireler tarafından ameliyat sonrası ağrı yönetiminde sıklıkla uygulanmadığı düşünülmektedir (Karakoç, 2009; Erden ve Çelik, 2015).

Hemşirelerin yarıya yakınının hastalara her zaman solunum egzersizleri, dikkatini başka yöne çekme ve düşünme yöntemini

uyguladıkları saptandı. Derin solunum egzersizleri gevşeme için yapılan uygulamalar arasında oldukça önemlidir ve algısal ağrının azaltılmasında etkilidir (Dolgun ve Dönmez, 2010). Akbaş (2003)'ın Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgileri ve hemşirelik girişimlerinin incelendiği çalışmasında hemşirelerin %56,4'ünün hemen hemen her zaman dikkati başka yöne çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Beytut ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin ağrı tedavisinde; dinlenmesini sağlamanın, farmakolojik girişimler ve hastaya uygun pozisyon vermenin ilk kullanılan girişimler olduğunu, ikinci sırada ise hastanın dikkatini başka yöne çekme ve önerilen egzersizleri düzenli olarak yapmasını sağlamanın yer aldığı bildirmişlerdir. Hemşirelerin bu yöntemi bakım verdikleri kişilerde rahatsızlığa sebep olmadığı, fiziksel bir girişim gerektirmediği ve kolaylıkla uygulayabildikleri için seçtikleri düşünülmektedir.

Araştırma grubundaki hemşirelerin büyük bir kısmının işlem, işlemin yeri, işlemi yapacak kişi, işlemin amacı, işlem öncesi hazırlık, ameliyat sonrası yatma pozisyonu, ameliyat sonrası gözlem, ameliyat sonrası sınırlılıkları, ameliyat sonrası ağrı tedavisi hakkında her zaman bilgilendirme yapmasına karşın sadece yarıya yakın bazen nonfarmakolojik ağrıyı azaltma yöntemleri ile ilgili bilgilendirme yaptığı belirlendi. Ayhan (2015)'in yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin cerrahi girişim öncesinde, hastalara cerrahi girişim sonrası bazı aktiviteler sırasında ağrı yaşayabilecekleri konusunda bilgi verme oranları %87,38 ve bu aktiviteler sırasında ne yapabilecekleri hakkında bilgi verme oranı ise %90,29 olarak bulunmuştur. Yılmaz (2011)'in yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %95,2'sinin ameliyat öncesi dönemde hastaya ameliyattan sonra ağrının nasıl kontrol altına alınacağı konusunda bilgi verdiği belirlenmiştir. Hastalara cerrahi girişim öncesinde, cerrahi girişim sonrası yaşayacağı ağrı ve yönetimi konusunda

bilgi vermenin ağrı şiddetini azalttığı bildirilmektedir (Sjöling et al., 2003; Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Bu bilgiler ışığında cerrahi girişim öncesi ağrı tedavisi hakkında hastalara yeterli bilgilendirme yapılmaması hastaların ağrı yönetimini olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Kocaeli il sınırları içerisinde bulunan üç kamu ve üç özel hastanede çalışan ve bu araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle sınırlı olduğundan, tüm hemşirelere genellenemez. Araştırmacı tarafından oluşturulan "Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu"nun maddeleri ile sınırlıdır.

### Sonuç

Bu çalışmada hemşirelerin yarısına yakınının bazen masaj, yarısının sık sık pozisyon verme ve sıcak-soğuk uygulama, yarısından azının terapötik dokunma yöntemini bazen kullandığı, büyük çoğunluğunun ise transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini hiçbir zaman kullanmadığı sonucu elde edildi. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenleri arasında ağırlıklı olarak "hemşire sayısının yetersiz olması" ve "ağrı iş yükü" vardı. Sonuç olarak; hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili güncel bilgilere sahip olmaları için düzenli olarak hizmet içi eğitimler planlanması ve uygulanması, özel eğitim gerektiren nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin kurs ve seminerler gerçekleştirilerek bu konularda yeterli bilgi edinmeleri, nonfarmakolojik ağrı yönetimi konusunda güncel yayınların takibi ve önemi konusunda teşvik edilmesi oldukça önemlidir. Hemşirelerin iş yükünün azaltılması için hemşire sayısının artırılması, kurum içi uygun görevlendirmelerin yapılması ve kontrolü sağlamak için gerekli yasal düzenleme ya da güvence sağlanması gerekmektedir.

### Kaynaklar

- Akbaş M. (2003). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgileri ve hemşirelik girişimlerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, Adana.
- Akdemir, N., Akyar, İ., ve Görgülü, Ü. (2008). Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 54, 157-163.
- Ay, F., ve Alpar, Ş.E. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*, 22, 21-29.
- Aygın, D., ve Var, G. (2012). Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal*, 2, 61-70.
- Ayhan, F. (2015). Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimleri. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Beytut, D., Muslu, G.K., Başbakkal, Z., ve Yılmaz, H.B. (2009). Pediatri hemşirelerinin ağrıya ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 17.

- Çetinkaya, F., ve Karabulut, N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13,2.
- Çöçekli, L.P., Bacaksız, B.R., ve Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.
- Dolgun, E., ve Dönmez, Y.C. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3, 10-15.
- Erden, S., ve Çelik, S.Ş. (2013). Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 11-24.
- Erden, S., ve Çelik, S.Ş. (2015). Bir elektro analjezi yöntemi: transkütan elektriksel sinir stimülasyonu ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 50-60.
- Erdine, S. (2007). Ağrı Mekanizmaları ve Ağrıya Genel Yaklaşım. Ağrı. İstanbul: Nobel Kitapevi.
- Eti Aslan, F. (2006). (Ed). *Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Ağrı: Doğası ve Kontrolü*. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Mart Matbaacılık Sanatları; 135-147.
- Green, C.A. (1998). Reflection of a therapeutic touch experience: case study 2. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 4, 17-21.

- Güldoğuş, F. (2005). Ağrı algılama ve iletimi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 22, 15-18.
- İzveren, A.Ö., ve Dal, Ü. (2001). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18, 36-46.
- Karadağ Arlı, Ş. (2017). Cerrahi bakımda ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik girişimleri. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4, 1013-1020.
- Karakoç, S. (2009). Açık kalp cerrahisi sonrası klasik metodlarla ağrı kontrolünün, alternatif (tens) yöntemle karşılaştırılarak, hemşire takip ve kontrolüne katkısının araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- Kwekkeboom, K.L. & Gretarsdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal Of Nursing Scholarship*, 38, 69-277.
- Midilli, T.S., Eşer, İ., ve Yücel, Ş. (2019). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10, 60-66.
- Mollaoğlu, M. (2001). Yoğun bakım ünitelerinde dokunmanın önemi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5, 34-40.
- Owens, M.K., Ehrenreich, D. (1991). Literature review of nonpharmacologic methods for the treatment of chronic pain. *Holistic Nurse Practice*, 4, 24-31.
- Özbayır, T. (2003). Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. *Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Özer, N., ve Bölükbaş, N. (2001). Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4, 7-17.
- Özveren, H., ve Uçar, H. (2009). Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-72.
- Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Derleme. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51, 169-76.
- Tercan, B. (2015). Hemşirelerin ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumları. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Yılmazer, T. (2011). Ameliyat sonrası hastaların ağrı kontrolüne yönelik hemşirelerden beklentileri ve hemşirelerin ağrılı hastaya yönelik girişimleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.



Araştırma makalesi / Research article

## Hemşirelik Öğrencilerinde Ahlaki Olgunluk ve Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi

### Evaluation of Moral Maturity and Ethical Sensitivity in Nursing Students

Emine Bayrak Aykan<sup>1</sup> , Bema Eren Fidancı<sup>2</sup> , Dilek Yıldız<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Uzm. Hem. Doktora Öğrencisi Emine Bayrak Aykan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi/  
Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-3167-5591>

<sup>2</sup>Doç. Dr. Bema Eren Fidancı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0003-0157-6100>

<sup>3</sup>Doç. Dr. Dilek Yıldız  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0001-8757-4493>

**Sorumlu yazar / Corresponding author:** Emine Bayrak Aykan  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Ankara  
E-mail: [eminebayrak2012@gmail.com](mailto:eminebayrak2012@gmail.com)

**Geliş tarihi / Date of receipt:** 08.02.2019  
**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 23.07.2019

**Atf / Citation:** Bayrak-Aykan E, Eren-Fidancı B, Yıldız D. (2019).  
Hemşirelik öğrencilerinde ahlaki olgunluk ve etik duyarlılığın değerlendirilmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 84-91.

#### ÖZ

**Giriş:** Hızla gelişen sağlık bakımı, bazı etik problemleri beraberinde getirmektedir. İnsanları iyileştirme amacı doğrultusunda çalışan hemşireler, bu problemleri etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk çerçevesinde ele almalıdır. Sağlık hizmetleri, insani değerlerin fazlasıyla ön planda olduğu bir alandır. Bu alanda çalışacak bireylerin ahlaki açıdan olgunluğu ve etik duyarlılığı hastalar, hasta yakınları ve diğer sağlık çalışanları için istenilen bir özellik olup, profesyonel davranışları açısından vazgeçilmezdir.

**Amaç:** Bu çalışma bir hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ahlaki olgunluk, etik duyarlılık düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden ve lisans programında öğrenimine devam eden 386 hemşirelik öğrencisi ile yapılmıştır. Çalışmada veriler, demografik veri formu, ahlaki olgunluk ve etik duyarlılık ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımı, ortalama, Kolmogorov Smirnov, ANOVA, Bonferroni, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve t testleri kullanılmıştır. Araştırmada  $p < 0,05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Öğrencilerin Etik Duyarlılık ve Ahlaki Olgunluk Ölçek puan ortalaması sırasıyla  $145,82 \pm 15,00$  (min:98-maks:190),  $286,73 \pm 29,61$ 'dir (min:180-maks: 330). Öğrencilerin ölçek puanları sınıf, yaş ve etik dersi alma durumundan etkilenmiş olup, birinci sınıftaki, 18-20 yaş aralığındaki ve etik dersi almış öğrencilerin etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışma bulguları doğrultusunda öğrencilerin etik duyarlılıkları ve ahlaki olgunluklarını etik dersi alma durumunun etkilediği görülmekte olup, birinci sınıfta verilen etik dersinin diğer sınıflarda da tekrarlanmasının yararlı olacağı sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ahlaki olgunluk; etik duyarlılık; hemşirelik öğrencisi.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Rapidly developing health care brings along some ethical problems. Nurses working for improving health should address the problems based on ethical sensitivity and moral maturity. Health care is an area where human values are more in the forefront. Moral maturity and ethical sensitivity are desirable characteristics for patients, relatives and other health professionals, and is indispensable for professional behaviors.

**Aim:** This study was carried out as a descriptive study in order to determine the moral maturity, ethical sensitivity levels and factors affecting nursing students.

**Methods:** The study was conducted with 386 undergraduate nursing students who accepted to participate. Data were collected using demographic data collection form, moral maturity and ethical sensitivity scales. Data analyzed using percentage, mean, Kolmogorov Smirnov, ANOVA, Bonferroni, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U and t test were used.  $P < 0,05$  level was considered statistically significant.

**Results:** The mean score of the students' Ethical Sensitivity and Moral Maturity Scale was  $145,82 \pm 15,00$  (min: 98-max: 190) and  $286,73 \pm 29,61$  (min: 180-max: 330), respectively. The scale scores of the students were influenced by the class, age and ethics course, and it was found that the students who took the ethics course in the first year, 18-20 age group had high levels of sensitivity and moral maturity.

**Conclusion:** The study showed that the ethical sensitivity and moral maturity of the students are affected by the ethics course. It is concluded that the repetition of the ethics course in the first year in other classes will be beneficial.

**Keywords:** Moral maturity; ethical sensitivity; nursing student.

## Giriş

Bilim ve teknolojiadaki gelişmelerin etkisiyle gerçekleşen toplumsal değişim bir takım etik sorunlara neden olmaktadır. İnsanları iyileştirme amacı doğrultusunda çalışan hemşireler, bu sorunları etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk çerçevesinde ele almalıdır. Etkin ve onaylanabilir bir bakım için etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk kavramları hemşirelik mesleğinde birlikte düşünülen iki kavramdır (İpek Çoban ve Türer, 2014; Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016; Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık, 2017). Ahlaki olgunluk, duygu ve düşünce gibi ahlaki nitelikler bakımından yetkin olmayı ifade eder. Bu niteliklere sahip birey, kanun ve kuralları tanıyan, empati kurabilen, güvenilir, adil ve oto kontrol sahibi bir bireydir (Çekin, 2013). Etik duyarlılık ise etik bir ikilem veya ahlaki bir sorunun farkındalığı ile başlayan niteliktir. Etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak da tanımlanabilir. Bireylerin saptadıkları durumu yorumlamalarını ve bu sorunu çözmek için gerçek eylem hakkında karar vermelerini içerir (Yılmaz Sahin, Iyigün & Acikel, 2015; Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016). Ahlaki olgunluk ve etik duyarlılık kavramları, mesleki yeterlilik, nitelikli eğitim ve mesleki etik kodlara uygun davranma gibi unsurlardan etkilenmektedir (Baskan, 2001; Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016).

Hemşirelik mesleğinde etik ve ahlaki boyutlar, etik ve değerler eğitimleri ile sağlanabilir (Akbaş, Tuncer ve Kadioğlu, 2014). Hemşirelik programlarında etik eğitimini teşvik etme çabaları, mesleğe yeni başlamış hemşireleri uygulamalarında ve karar verme süreçlerinde etik olarak yetkin olmaya hazırlamak için yoğunlaştırılmıştır. Bu eğitim çeşitliliği yaklaşımlarına rağmen, hemşirelerin etik problemleri çok yönlü inceleme yeteneğine sahip olmaları, aldıkları kararlar için bir kanıt sunmaları, hastaların çıkarlarını bağımsız olarak ele almaları ayrıca profesyonel bir ekip üyesi olarak çalışmaları gerektiği konusunda geniş bir fikir birliği mevcuttur. Etik yargılarda bulunma yeteneği eğitim sırasında gelişir (Gorgulu & Dinc, 2007; Ujvarine, 2008; Park, Kim & Kim, 2009; Park et al., 2012). Bireysel klinik uygulama deneyimleri, bireyin profesyonel davranışında etik duyarlılığı arttırmada büyük öneme sahiptir. Bu nedenle bilişsel düzeyde verilen eğitimin klinik ortama bu şekilde yansıtılabileceği genel bir algıdır (Gocmen Baykara, Guler Demir & Yaman, 2015).

Etik ikilem içinde karşılaşılan bireyin etik ikilemi fark etmesi ve çözümlenmesi için gerekli olan özelliklerden bir tanesi de ahlaki olgunluk düzeyidir. "Ahlaki olgunluk, kişinin ahlaki davranışının ortaya çıkış sürecinde rol oynayan akli, duygusal ve davranışa dönük becerileri bir bütünlük içerisinde geliştirerek, benimsenen ahlak anlayışına en üst düzeyde uygun tavır geliştireceği bir yetkinleşme sürecidir." (Tekin, 2017). Hemşirelik bakımı, ahlaki gelişimle şekillenir ve bu gelişim profesyonel hemşirelerin ahlaki davranış etik muhakeme ve karar verme yeterliliğini geliştirmesi için esastır. Ancak literatürde hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemleri çözümlenmede ahlaki olgunluk düzeyinin nasıl bir etkisi olduğunu gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## Amaç

Bu çalışmanın amacı hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ahlaki olgunluk, etik duyarlılık düzeylerini ve etkileyen faktörleri (sosyodemografik özellikler, etik ve değerler ile ilgili ders/ eğitim alma durumu) belirlemektir.

## Araştırma Soruları

Çalışmanın araştırma soruları şu şekildedir:

1. Hemşirelik öğrencilerinin ahlaki olgunluk ve etik duyarlılık düzeyleri nasıldır?
2. Hemşirelik öğrencilerinin ahlaki olgunluk ve etik duyarlılık düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

## Yöntem

### Araştırmanın Tasarımı

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini bir üniversitenin hemşirelik yüksek okulunda eğitim-öğretim gören 418 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme seçimi yapılmamış olup, 386 öğrenci (%92,34) gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 32 öğrenci örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırmaya alınma kriterleri; hemşirelik yüksek okulunda eğitim öğretim gören öğrenci olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir. Eksik doldurulan anketler analize dahil edilmemiştir.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Demografik Veri Toplama Formu, Ahlaki Olgunluk Ölçeği (Şengun ve Kaya, 2007) ve Etik Duyarlılık Ölçeği (Yılmaz Sahin et al., 2015) kullanılarak toplanmıştır. Demografik veri formu, sosyo-demografik özellik ve eğitime ilişkin özellikleri içeren toplam yedi sorudan oluşmaktadır.

**Etik Duyarlılık Ölçeği** bir psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılığını ölçmek için Lutzen et al. (2010) (Cronbach alfa 0,91) tarafından geliştirilmiş, daha sonra Comrie (2012) (Cronbach alfa 0,64) tarafından modifiye edilerek öğrenci hemşirelerinin etik duyarlılığını ölçmede kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Yılmaz Şahin tarafından 2015 yılında hemşirelik öğrencileri ile yapılmıştır (Cronbach alfa 0,73) (Yılmaz Sahin et al., 2015). Ölçek kullanımı için Yılmaz Şahin'den izin alınmıştır. Ölçek 30 madde ve altı altı boyuttan (kişiler arası oryantasyon, modifiye özerklik, yardımseverlik, etik anlam oluşturma, etik ikilem deneyimlemek ve uzman bilgisi) oluşmaktadır. **Kişiler arası oryantasyon**, güven temelinde hasta ile ilişki kurmak ve hastanın ihtiyaçlarını karşılama yönünde destekleme yolları bulmak; **modifiye özerklik**, hastanın özerklik ilkesini tanımak ve hastanın veya diğerlerinin fiziksel ve psikolojik korunmasını gerektiren durumlarda kendi kararlarını vermesini sağlamak ya da hastanın özerkliğini sınırlandırmak; **yardımseverlik**, hastanın lehine hareket etmek, iyi işler yapmak; **etik anlam oluşturma**, hastanın kendi kararlarını bile sınırlayabilen anlamları yansıtan ve yorumlayan bir süreç; **etik ikilem deneyimlemek**, etik bir ikilem varlığını tanımak, duyguları ve sezgileri tanımlamak, etik sorunun bilişsel algısını tanıyarak gereksinimleri belirlemek ve **uzman bilgisi**, hasta bakım problemlerini çözmek için uzmana danışmaktır (Lutzen et al., 2010; Comrie, 2012; Yılmaz Sahin et al., 2015). Ölçek yedi puanlı likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki ifadeler 1 puan (tamamen katılmıyorum) ve 7 puan (tamamen katılıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 210, en düşük puan 30'dur. Ölçekte puanın yüksek olması etik

açından yüksek duyarlılığı, puanın düşük olması ise etik açıdan düşük duyarlılığı göstermektedir. Ölçek puan ortalaması, 7-5,9 (Toplam: 177-210) çok önemli, 5,8-5 (Toplam: 150-176) önemli, 4,9-3,1 (Toplam:93-149) nötr, 3,1 (Toplam: 93)'in altında ise önemsiz olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,79 olarak hesaplanmıştır.

**Ahlaki Olgunluk Ölçeği;** Şengün ve Kaya (2007) (Cronbach alfa 0,93) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren Şengün’den izin alınmıştır. Ölçeği oluşturan 66 maddenin 52 maddesi *olumlu ifadeleri*, 14 maddesi *olumsuz ifadeleri içermektedir*. Olumlu ifadeleri içeren maddeler “evet, her zaman” seçeneğine 5 puan, “çoğu zaman” seçeneğine 4 puan, “ara sıra” seçeneğine 3 puan, “çok nadir” seçeneğine 2 puan, “hayır, hiçbir zaman” seçeneğine ise 1 puan verilerek puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeleri içeren maddelerde ise ters puanlama yapılmaktadır. Ahlaki Olgunluk Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 66, en yüksek puan ise 330’dur. Yüksek puan yüksek ahlaki olgunluk düzeyinin; düşük puan ise düşük ahlaki olgunluk düzeyinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

#### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için hemşirelik yüksek okulundan ve üniversite etik kurulundan araştırma izni alınmıştır (Karar no: 50687469-1491-101-16/1648-209). Öğrencilere araştırma hakkında açıklama yapılmış, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden söz-

lü onam alınmıştır. Öğrencilere veri toplama formu ve ölçekler dağıtılarak formlar hakkında açıklama yapılmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 21.0 (SPCC Inc., Chicago, IL, USA) kullanıldı. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Çok grup karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan değişkenler için ANOVA, post hoc test olarak Bonferroni testi, normal dağılıma uymayan değişkenler için Kruskal Wallis testi ve post hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. İki grup karşılaştırmalarında t-testi veya Mann Whitney U testi kullanıldı. P<0,05 düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

#### Bulgular

Araştırmaya hemşirelik yüksek okulunda eğitim-öğretim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden 386 hemşirelik öğrencisi alınmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 20,22 ± 1,14 yıl (min:18-maks: 23) olup %97,2’si kadındır. Öğrencilerin %34,4’i birinci sınıf, %30,3’ü ikinci sınıf, %19,2’si üçüncü sınıf, %16,1’i ise dördüncü sınıftadır. Örneklem grubunda etik ile ilgili ders aldığını bildiren öğrenci oranı %69,7, değerler ile ilgili eğitim aldığını bildiren öğrenci oranı %66,3’tür (Tablo 1).

**Tablo 1. Sosyo-Demografik Özellikler (N=386)**

Yaş (ort±ss)	20,22±1,14 (min:18-maks:23)	
Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	375	97,2
Erkek	11	2,8
<b>Sınıf</b>		
1. sınıf	133	34,4
2.sınıf	117	30,3
3.sınıf	74	19,2
4. sınıf	62	16,1
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	346	89,6
Geniş aile	32	8,3
Parçalanmış aile	8	2,1
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden yüksek	63	16,3
Gelir gidere eşit	289	74,9
Gelir giderden düşük	34	8,8
<b>Etik ile ilgili ders alma durumu</b>		
Evet	269	69,7
Hayır	117	30,3
<b>Değerler ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu</b>		
Evet	256	66,3
Hayır	130	33,7

**Tablo 2. Etik Duyarlılık Ölçeği ve Ahlaki Olgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları (N=386)**

Etik Duyarlılık Ölçeği Düzeyi	n	%
Çok önemli	12	3,1
Önemli	145	37,6
Nötr	229	59,3
Önemsiz	-	-
Toplam	386	100
<b>Etik Duyarlılık Ölçeği (ort±ss)</b>	145,82 ± 15,00 (min:98-maks:190)	
<b>Ahlaki Olgunluk Ölçeği (ort±ss)</b>	286,73 ± 29,61 (min:180-maks:330)	

**Tablo 3. Etik Duyarlılık Ölçeği Alt Grupları (N=386)**

Etik Duyarlılık Kategorileri	Ort±SS	Min-Maks
Kişilerarası oryantasyon	5,90 ± 0,65	3,75-7,00
Uzman bilgisine başvurma	5,05 ± 0,93	1,67-7,00
Etik ikilem deneyimlemek	3,53 ± 1,10	1,00-6,67
Yardımseverlik	4,76 ± 0,65	2,50-6,50
Etik anlam oluşturma	4,30 ± 0,68	2,67-6,50
Modifiye özerklik	4,96 ± 0,73	1,60-6,80

Öğrencilerin %59,3'ünde Etik Duyarlılık Ölçeği puan düzeyi nötr olarak saptanmıştır. Ölçeğin ortalama puanı 145,82 ± 15,00 (min: 98-maks: 190) olup nötr puan aralığında yer almaktadır. Katılımcıların Ahlaki Olgunluk Ölçeği puan ortalaması 286,73 ± 29,61'dir (min: 180-maks: 330) (Tablo 2).

Etik Duyarlılık Ölçeği alt boyutlarında öğrencilerin elde ettikleri puanlar kişilerarası oryantasyon açısından çok önemli (5,90 ± 0,65), uzman bilgisine başvurma açısından önemli (5,05 ± 0,93), etik ikilem deneyimlemek (3,53 ± 1,10), etik anlam oluşturma (4,30 ± 0,68), modifiye özerklik ve yardımseverlik açısından nötr bulunmuştur (4,96 ± 0,73) (Tablo 3).

Etik Duyarlılık Ölçeği ve Ahlaki Olgunluk Ölçeği puan ortalamaları arasında yaş gruplarına (sırasıyla t=2,482; p=0,014, z=13055,50; p<0,001) ve sınıflara göre yapılan karşılaştırmalarda (sırasıyla  $\chi^2=15,998$ ; p<0,001,  $\chi^2=23,099$ ; p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Cinsiyet, aile tipi, gelir durumu ve değerler ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu değişkenleri açısından ise Etik Duyarlılık Ölçeği ve Ahlaki Olgunluk Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Birinci sınıf, 18-20 yaş aralığında, etik dersi alan öğrencilerin etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Yaş grupları arasında Etik Duyarlılık Ölçeği alt grupları kişilerarası oryantasyon (z=4,728; p<0,001), etik ikilem deneyimlemek (z=-3,327; p=0,001), modifiye özerklik (z=-3,645; p<0,001) ve uzman bilgiye ulaşma (z=-4,472; p<0,001) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Ölçek alt gruplarından kişilerarası oryantasyon 18-20 yaş grubu katılımcılar için etik açıdan çok önemli, 21-23 yaş arası katılımcılar için etik açıdan önemlidir. Ölçek alt gruplarından etik

ikilem deneyimlemek, yardımseverlik ve etik anlam oluşturma her iki yaş grubu (18-20, 21-23) için etik açıdan nötr olduğu bulunmuştur.

Cinsiyetler arasında Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından Etik Anlam Oluşturma Ölçek alt grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından kişilerarası oryantasyon kadın katılımcılar için etik açıdan çok önemlidir. Ölçek alt gruplarından etik ikilem deneyimlemek erkek katılımcılar için etik açıdan önemsiz bulunmuştur.

Sınıflar arasında Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından kişilerarası oryantasyon (28,038 p<0,001), etik ikilem deneyimlemek (27,350; p<0,001), yardımseverlik modifiye özerklik (18,791; p<0,001) ve uzman bilgiye ulaşma (24,447; p<0,001) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Kişilerarası oryantasyon açısından fark 1-3, 1-4, 2-3 ve 2-4. sınıflar arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklanmakta, etik ikilem deneyimlemek açısından fark 1-3, 2-3 ve 2-4. sınıflar arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklanmakta, yardımseverlik açısından fark 1-2, 2-4, ve 3-4. sınıflar arasında karşılaştırmalardan kaynaklanmakta, modifiye özerklik açısından fark 1-4 ve 2-4. sınıflar arasında karşılaştırmalardan kaynaklanmakta, uzman bilgisine ulaşma açısından fark 1-3 ve 1-4. sınıflar arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklanmaktadır. Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından kişilerarası oryantasyon birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde etik açıdan çok önemli, yardımseverlik dört sınıf için de etik açıdan nötrdür (Tablo 5).

Aile tipleri arasında Etik Duyarlılık Ölçeği alt grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından kişilerarası oryantasyon

Tablo 4. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (N=386)

Özellikler	n	Etik Duyarlılık Ölçeği		Ahlaki Olgunluk Ölçeği	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS
<b>Yaş (yıl)</b>					
18-20 yaş	246	147,36	13,02	292,03	24,83
21-23 yaş	140	143,12	17,68	277,43	34,71
		t=2,482; p=0,014*		z=13055,50; p<0,001**	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	375	145,81	14,99	286,69	29,81
Erkek	11	146,18	15,91	288,27	22,65
		t=-0,080; p=0,937		z=1994,00; p=0,851	
<b>Sınıf</b>					
1.sınıf	133	147,39	12,03	294,14	21,11
2.sınıf	117	147,51	14,10	290,70	27,74
3.sınıf	74	145,45	16,03	283,89	16,03
4.sınıf	62	139,72	19,29	266,77	41,52
		x <sup>2</sup> =15,998; p<0,001 <sup>c,e**</sup>		x <sup>2</sup> =23,099; p<0,001 <sup>b,c,e**</sup>	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	346	145,80	15,11	286,83	29,49
Geniş aile	32	145,25	13,27	287,06	29,06
Parçalanmış aile	8	148,87	18,22	281,25	39,81
		F=0,188; p=0,829		x <sup>2</sup> =0,068; p=0,967	
<b>Gelir durumu</b>					
Gelir gıderden yüksek	63	145,53	13,87	293,68	20,33
Gelir gıdere eşit	289	145,33	15,31	285,90	30,62
Gelir gıderden düşük	34	150,55	13,86	280,94	33,71
		F=1,868; p=0,156		x <sup>2</sup> =3,183; p=0,204	
<b>Etik ile ilgili ders alma durumu</b>					
Evet	269	145,12	15,83	284,33	31,15
Hayır	117	147,43	12,80	292,27	24,97
		t=-1,512; p=0,132		z=13659,50; p=0,039*	
<b>Değerler ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu</b>					
Evet	256	144,99	16,20	284,94	31,09
Hayır	130	147,46	12,17	290,27	26,21
		t=-1,675; p=0,095		z=15263,00; p=0,184	

\*p&lt;0,05, \*\*p&lt;0,001

t = t-testi, z= Mann-Whitney U testi, F= One way Anova testi, X<sup>2</sup> = Kruskal Wallis testi<sup>b</sup>1. ve 3. Sınıf karşılaştırması, <sup>c</sup>1. ve 4. Sınıf karşılaştırması, <sup>e</sup>2. ve 4. Sınıf karşılaştırması.

Tablo 5. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Etik Duyarlılık Ölçek Alt Gruplarının Karşılaştırılması (N=386)

Özellikler	Kişilerarası oryantasyon	Etik ikilem deneyimlemek	Yardımsızlık	Etik anlam oluşturma	Modifiye özelliklik	Uzman bilgisine başvurma
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Yaş</b>						
18-20	6,02±0,58	3,38±1,07	4,79±0,62	4,30±0,63	5,07±0,67	5,22±0,89
21-23	5,70±0,71	3,80±1,10	4,70±0,71	4,29±0,76	4,78±0,80	4,76±0,92
	z=-4,728 <b>p&lt;0,001***</b>	z=-3,327 <b>p=0,001**</b>	t=1,295 p=0,196	z=-0,595 p=0,552	z=-3,645 <b>p&lt;0,001***</b>	z=-4,472 <b>p&lt;0,001***</b>
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	5,90±0,64	3,55±1,10	4,76±0,65	4,28±0,68	4,96±0,73	5,04±0,91
Erkek	5,79±0,78	2,84±1,05	4,61±0,58	4,75±0,38	4,94±0,59	5,36±1,45
	z=-0,398 p=0,691	z=-1,856 p=0,063	t=0,768 p=0,443	z=-2,676 <b>p=0,007**</b>	z=-0,135 p=0,893	z=-1,470 p=0,142
<b>Sınıf</b>						
1.sınıf	6,07±0,50	3,20±1,02	4,36±0,56	4,71±0,59	5,10±0,60	5,32±0,85
2.sınıf	5,98±0,65	3,53±1,10	4,23±0,69	4,91±0,63	5,03±0,73	5,08±0,93
3.sınıf	5,69±0,78	4,04±0,99	4,36±0,73	4,83±0,66	4,86±0,69	4,86±0,88
4.sınıf	5,64±0,63	3,65±1,17	4,21±0,81	4,51±0,73	4,68±0,91	4,65±0,97
	$\chi^2=28,038$ <b>p&lt;0,001<sup>b,c,d,e***</sup></b>	$\chi^2=27,350$ <b>p&lt;0,001<sup>b,d,f***</sup></b>	$\chi^2=18,791$ <b>p&lt;0,001<sup>a,e,f***</sup></b>	$\chi^2=6,710$ p=0,082	$\chi^2=15,742$ <b>p=0,001<sup>c,e***</sup></b>	$\chi^2=24,447$ <b>p&lt;0,001<sup>b,c***</sup></b>
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek aile	5,91±0,64	3,51±1,11	4,76±0,66	4,30±0,69	4,96±0,74	5,06±0,92
Geniş aile	5,80±0,76	3,62±1,07	4,66±0,59	4,34±0,58	4,99±0,62	5,04±1,11
Parçalanmış aile	6,09±0,62	3,95±1,06	5,06±0,67	4,18±0,61	5,00±0,94	4,87±0,64
	$\chi^2=0,625$ p=0,732	$\chi^2=1,201$ p=0,549	$\chi^2=2,975$ p=0,226	$\chi^2=0,648$ p=0,723	$\chi^2=0,053$ p=0,974	$\chi^2=0,510$ p=0,775
<b>Gelir durumu</b>						
Gelir giderden yüksek	5,94±0,61	3,47±1,14	4,78±0,57	4,13±0,65	5,05±0,62	5,13±0,99
Gelir gidere eşit	5,89±0,66	3,50±1,09	4,74±0,67	4,31±0,67	4,92±0,75	5,01±0,93
Gelir giderden düşük	5,95±0,66	3,91±1,07	4,92±0,58	4,50±0,73	5,15±0,72	5,23±0,77
	$\chi^2=0,704$ p=0,703	$\chi^2=4,484$ p=0,106	$\chi^2=2,332$ p=0,312	$\chi^2=6,860$ <b>p=0,032<sup>a*</sup></b>	$\chi^2=3,158$ p=0,206	$\chi^2=2,046$ p=0,360
<b>Etik ile ilgili ders alma durumu</b>						
Evet	5,90±0,66	3,51±1,15	4,74±0,68	4,29±0,72	4,89±0,75	5,00±0,92
Hayır	5,91±0,62	3,57±0,98	4,81±0,59	4,32±0,56	5,13±0,65	5,15±0,94
	z=-0,352 p=0,725	z=-0,565 p=0,572	t=-1,038 p=0,300	z=-0,683 p=0,495	z=-2,803 <b>p=0,005**</b>	z=-1,670 p=0,095
<b>Değerler ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu</b>						
Evet	5,88±0,67	3,53±1,14	4,78±0,69	4,29±0,73	4,91±0,75	4,98±0,96
Hayır	5,95±0,59	3,53±1,02	4,81±0,56	4,31±0,58	5,07±0,68	5,18±0,86
	z=-0,891 p=0,373	z=-0,018 p=0,985	z=-1,258 p=0,209	z=-0,428 p=0,668	z=-1,997 <b>p=0,046*</b>	z=-1,994 <b>p=0,046*</b>

\*p&lt;0,05, \*\*p&lt;0,01, \*\*\*p&lt;0,001

t = t-testi, z = Mann-Whitney U testi,  $\chi^2$  = Kruskal Wallis testi

<sup>a</sup>1. ve 2. Sınıf karşılaştırması, <sup>b</sup>1. ve 3. Sınıf karşılaştırması, <sup>c</sup>1. ve 4. Sınıf karşılaştırması, <sup>d</sup>2. ve 3. Sınıf karşılaştırması, <sup>e</sup>2. ve 4. Sınıf karşılaştırması, <sup>f</sup>3. ve 4. Sınıf karşılaştırması, <sup>g</sup>Gelir durumu giderden yüksek olanlar ve gelir durumu giderden düşük olanların karşılaştırılması

katılımcılar arasında çekirdek aile ve parçalanmış aileye sahip olanlarda etik açıdan çok önemli, etik anlam oluşturma üç aile tipi için de etik açıdan nötrdür (Tablo 5).

Gelir durumları arasında Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından etik anlam oluşturma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $\chi^2=6,860$ ;  $p=0,032$ ). Fark geliri giderden yüksek olan ve geliri giderden düşük olan katılımcılar arasındaki karşılaştırmadan kaynaklanmaktadır. Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından kişilerarası oryantasyon katılımcılar arasında geliri giderinden yüksek olanlar ve geliri giderinden düşük olanlarda etik açıdan çok önemli, etik ikilem deneyimlemek ve etik anlam oluşturma üç gelir durumu için de etik açıdan nötrdür.

Etik dersi alan ve almayan öğrenciler arasında Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından modifiye özerklik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $z=-2,803$ ;  $p=0,005$ ). Etik dersi alan ve almayan her iki grupta da Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından kişilerarası oryantasyon etik açıdan çok önemli, etik ikilem deneyimlemek, yardımseverlik ve etik anlam oluşturma etik açıdan nötrdür.

Değerler ile ilgili herhangi bir eğitim alan ve almayan öğrenciler arasında Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından modifiye özerklik ( $z=-1,997$ ;  $p=0,046$ ) ve uzman bilgisine ulaşma ( $z=-1,994$ ;  $p=0,046$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Değerler ile ilgili herhangi bir eğitim almayan grupta Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarından kişilerarası oryantasyon etik açıdan çok önemli, etik ikilem deneyimlemek, yardımseverlik ve etik anlam oluşturma ise her iki grupta da etik açıdan nötrdür (Tablo 5).

## Tartışma

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin ahlaki olgunluk, etik duyarlılık düzeylerini ve bunlara etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada birinci sınıf öğrencilerinde, 18-20 yaş aralığında olan öğrencilerde ve etik dersi alan öğrencilerde etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin %69,7'sinin etik dersi aldığı saptanmıştır. Bu öğrencilerin ahlaki olgunluk düzeyleri etik dersi almayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Gül ve ark. (2013) etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerini inceledikleri çalışmalarında öğrencilerin %54,1'inin etik dersi aldığını belirtmiştir. Etik dersi alan öğrencilerin ilkesel düşünme puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çoban ve Türer (2014) makalelerinde, ülkemizde hemşirelikte ahlak ve etik eğitiminin genellikle üçüncü sınıfta, haftada iki saat hemşirelik tarihi içinde deontoloji ağırlıklı olarak verildiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin aldıkları bu eğitim ile ahlaki gelişim konusunda istedik düzeyde bilgi sahibi olmalarını ve bu anlamda kendilerini geliştirmelerini beklemenin doğru olmayacağını ifade etmişlerdir. Kaya ve ark. (2012) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin algılarında ahlaki değerler açısından öğretim yılı başı ve sonu arasında farklılık olduğu görülmektedir. Ahlaki değer algılarının öğretim yılı başına göre öğretim yılı sonunda düştüğü görülmektedir. Çalışmamızda da benzer olarak ahlaki olgunluk puan ortalamalarındaki düşüşün sınıf-

lar arasında olduğu görülmektedir. Birinci sınıftaki öğrencilerin ahlaki olgunluklarının dördüncü sınıftaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin dördüncü sınıfta sürekli pratik uygulamada olmaları ve ahlaki olgunluk düzeylerini artıracak etik dersini çoğunlukla birinci sınıfta almaları ile açıklanabilir.

Etik Duyarlılık Ölçeği alt grupları, kişiler arası oryantasyon, modifiye özerklik, yardımseverlik, etik ikilem deneyimlemek ve uzman bilgisidir. Gocmen Baykara ve ark. (2015) hemşirelik öğrencilerinde etik ihlallerin farkına varma ve etik duyarlılığı geliştirme konusunda etik eğitiminin etkisi isimli çalışmalarında kontrol grubundaki öğrencilerde etik açıdan duyarlılığın azaldığını, deney grubundaki öğrencilerde ise duyarlılığın eğitim sonrası arttığını göstermiştir. Deney grubunda yer alan öğrencilerin özerklik, iyilik, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon yönünden etik duyarlılıklarının arttığı belirtilmektedir. Bir çalışmada (Yılmaz Sahin et al., 2015) Etik Duyarlılık Ölçeği alt gruplarında kişilerarası oryantasyon önemli bulunurken çalışmamızda çok önemli, etik anlam oluşturma önemli bulunurken çalışmamızda nötr düzeydedir. Ahn & Yeom (2014)'un Kore'de hemşirelik lisans programı öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin yardımseverlik puan ortalaması  $3,31 \pm 0,66$ , çalışmamızda ise  $4,76 \pm 0,65$  olarak saptanmıştır. Kore'de ve ülkemizdeki sonuçlara göre hemşirelik öğrencilerinin yardımseverlik yönünden nötr oldukları görülmektedir. Lindh, Severinsson & Berg (2008) fakülte son sınıfta olan 14 hemşirelik öğrencisi ile öğrencilerin klinik eğitim esnasında ahlaki sorumluluklarını değerlendirmek amacıyla odak grup görüşmesi gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada ortaya çıkan temalar hasta için var olma, hastayı koruma ve vicdanının sesi ile karşı karşıya kalma olarak saptanmıştır. Benzer şekilde çalışmamızda da son sınıf öğrencilerinin alt sınıflarla karşılaştırıldığında uzman bilgisine başvurma puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir. Son sınıf öğrencilerinin tamamen klinik uygulama odaklı çalışmaları, hasta bakımında daha fazla etik ikilemle karşılaşmalarına ve deneyim kazanmalarına yol açmaktadır. Birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulama deneyimlerinin sınırlı olması nedeniyle uzman görüşüne daha çok başvurmaları olağandır.

Çalışmamızda hemşirelik eğitiminde, öğrencilerin sınıf derecelerinin artması ile etik ikilem deneyimledikleri ortaya çıkmıştır. Bu durum öğrencilerin sınıf derecelerinin artması ile klinik uygulamaya geçiş ve hasta ile daha fazla karşılaşmasının bir sonucu olarak düşünülebilir. Hann & Ahn (2000)'ün lisans eğitimi gören son sınıftaki 100 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin en sık "tedavisi olmayan ya da tedavi edilemeyen hastalar için hastaya doğruyu söylememe" etik ikilemi ile karşılaştıkları belirtilmiştir. Auvien et al. (2004) birinci ve son sınıf hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada etik ikilem çözümlenmek açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve son sınıf öğrencilerin etik ikilemleri çözümlenmek için daha yüksek ahlaki yargıya sahip oldukları belirtilmiştir. Hemşirelik eğitiminin ahlaki yargı üzerinde bir etkiye sahip olacağı sonucuna varılmıştır. Etik, hemşirelik eğitiminde ana konulardan biridir. Öğrenci hemşireler mesleki ve etik rollerini içselleştirir ve deneyimlerine entegre ederlerse etik konusundaki eğitimleri verimli olur. Klinik uygulama çalışması öğrenci hemşireler için etik sorunların görülmesi ve baş etmek

için etkin yöntemlerin uygulanmasına izin vererek gerçek eğitim deneyimleri sağlar (Erdil & Korkmaz, 2009). Hemşirelik eğitiminde bir akademik yıl boyunca verilen birebir hasta bakım eğitimi, öğrenci hemşirelerin etik duyarlılıklarının geliştirilmesi için ayrıca etkili bir zemin oluşturmaktadır (Park et al., 2012). Gerek eğitmen gerek öğrenci açısından düşünüldüğünde öğrencilerde etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk düzeylerinin yükseltilmesi eğitimler ve klinik uygulamalar ile mümkündür.

### Sonuç

Hemşirelerde ahlaki gelişim, hemşirelerin amaç ve hedeflerini yerine getirmeleri ve hemşirelik uygulamalarının en az hata ile olabildiğince düzenli olarak yürütülebilmesi için gerek bireysel gerekse toplumsal gereksinimlerin verimli ve sürdürülebilir karşılanmasında çok önemli bir unsurdur. Özellikle sağlık sektöründeki hizmeti gören ve görülenin insan olması, hemşirelerin

karar verme ve harekete geçmede hastaların sorumluluğunu tek başına almaları, bu sektördeki profesyonel tutumu ve ahlaki olgunlaşmayı daha acil ve önemli kılmaktadır. Çalışmamızda birinci sınıf, 18-20 yaş aralığında, etik dersi alan öğrencilerin etik duyarlılık ve ahlaki olgunluk düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda etik duyarlılığı pozitif anlamda etkileyecek değer içerikli eğitimlerin, öğrencilik sürecinde ve sonrasında da devam ettirilmesi yararlı olacaktır. Ahlaki olgunluk konusunda, hemşirelikte farklı değişkenleri inceleyen kuramsal ve uygulamalı, karşılaştırılmalı araştırmalar yapılmalıdır. Hemşirelik eğitiminde ahlaki gelişime katkıda bulunabilecek derslerin artırılması ve geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca çalışmanın daha geniş örneklerde yapılarak, öğrencilerin etik duyarlılıklarını etkileyen farklı değişkenlerin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

### Kaynaklar

- Ahn, S-H. & Yeom, H-A. (2014). Moral sensitivity and critical thinking disposition of nursing students in Korea. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 482-489. doi:10.1111/ijn.12185.
- Akbaş, M., Tuncer, İ., ve Kadioğlu, S. (2014). Lisans düzeyindeki hemşirelik okullarında etik eğitiminin durumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7, 206-211.
- Auvinen, J., Suominen, T., Leino-Kilpi, H., et al. (2004). The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*, 24, 538-546. doi: 10.1016/j.nedt.2004.07.005.
- Baskan Atanur, G. (2001). Öğretmenlik mesleği ve öğretmen yetiştirmede yeniden yapılanma. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 16-25.
- Comrie, R. (2012). An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics*, 19, 116-127. doi:10.1177/0969733011411399.
- Çekin, A. (2013). Öğretmen adaylarının ahlaki olgunluk düzeyleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 21, 1035-1048.
- Erdil, F., & Korkmaz, F. (2009). Ethical problems observed by student nurses. *Nursing Ethics*, 16, 589-598. doi:10.1177/0969733009106651.
- Han, S-S., & Ahn, S-H. (2000). An analysis and evaluation of student nurses' participation in ethical decision making. *Nursing Ethics*, 7 (2), 113-123.
- Gocmen Baykara, Z., Guler Demir, S. & Yaman, S. (2015). The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics*, 22, 661-675. doi:10.1177/0969733014542673.
- Gorgulu, RS., & Dinc, L. (2007). Ethics in Turkish nursing education programs. *Nursing Ethics*, 14, 741-752.
- Gül, S., Duru-Aşiret, G., Bayrak-Kahraman, B., ve ark. (2013). Etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 23-31.
- İpek Çoban, G., ve Türer, S. (2014). Ahlaki gelişim ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 948-958.
- Kahriman, İ., ve Yeşilçiçek Çalık, K. (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 111-121.
- Karadağ, G., ve Uçan, Ö. (2006). Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1, 42-51.
- Kaya, H., Işık, B., Şenyuva, E., ve ark. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 18-26.
- Köktürk Dalcalı, B., ve Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24, 1-9.
- Kulaksızoğlu, A., ve Kocabıyık, O. (2014). Genç yetişkinlerin ahlaki kimliklerinin incelenmesine yönelik nitel bir araştırma. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14, 835-858. doi: 10.12738/estp.2014.3.1961.
- Lindh, I-B., Severinsson, E., & Berg, A. (2008). Exploring student nurses' reflections on moral responsibility in practice. *Reflective Practice*, 9 (4), 437-448. doi:10.1080/14623940802431713.
- Lutzen, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., et al. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17, 213-224. doi:10.1177/0969733009351951.
- Park JH., Kim YS., & Kim, WO. (2009). The present status and future directions of nursing ethics education. *Korean Journal of Medical Ethics Education*, 12, 251-260.
- Park, M., Kjørvi, D., Crandell, J., et al. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing Ethics*, 19, 568-580. doi:10.1177/0969733011433922.
- Şengün, M., ve Kaya, M. (2007). Ahlaki olgunluk ölççeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 24-25, 51-64.
- Tekin, İ. (2017). Ahlaki olgunluk kavramı üzerine kuramsal bir çözümleme. *İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 6(5), 2275-2298.
- Tuvsesson, H., & Lützen, K. (2016). Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nursing Ethics*, 1-9. doi:10.1177/0969733015626602.
- Ujvarine, AS. (2008). Ethics in Hungarian nursing education programs. *Nursing Ethics*, 15, 696-697.
- Yılmaz Sahin, S., İyigün, E., & Acikel, C. (2015). Validity and reliability of a Turkish version of the modified moral sensitivity questionnaire for student nurses. *Ethics & Behaviour*, 25, 351-359. doi: 10.1080/10508422.2014.948955.



Araştırma makalesi / Research article

## Latino Alzheimer's Caregiving: Neither a Burden nor a Carga<sup>1</sup> Latin Alzheimer Hastasına Bakım Verme: Ne Yük ne de "Carga"

Lyda C. Arévalo-Flechas<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Lyda C. Arévalo-Flechas  
South Texas Veterans Health Care System - Geriatrics and Extended  
Care Service  
E-mail: Lyda.Arevalo-Flechas@va.gov  
ORCID No. <https://orcid.org/0000-0002-1580-3805>

<sup>1</sup>The John A. Hartford Foundation – Building Academic Geriatric  
Nursing Capacity Program and the National Institute of Nursing  
Research, Project 121730 – NIH Diversity in Health-Related Research  
Supplement, supported this research.

**Teşekkür / Acknowledgements:** This article is based on Dr. Lyda  
C. Arevalo-Flechas' dissertation study entitled: "Factors influencing  
Latino/Hispanic caregivers' perception of the experience of caring  
for a relative with Alzheimer's disease". The author thanks Dr. Sharon  
L. Lewis for her guidance in the acquisition of funding and for her  
expertise and insight throughout this research. Drs. Carrie Jo Braden,  
Gayle Acton, Martha Medrano, and Sara Gill provided methodological  
guidance and their expertise in theory, dementia caregiving, Hispanic  
culture, and qualitative methods respectively. A heartfelt thank you to  
all the caregivers who shared their stories.

**Editöre not / Note to Editor:** This manuscript reports only on the  
experience of bilingual caregivers. The data analysis on monolingual  
Spanish speakers was excluded for this manuscript.

**Geliş tarihi / Date of receipt:** 15.01.2019

**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 29.07.2019

**Atf / Citation:** Arévalo-Flechas L.C. (2019). Latino Alzheimer's  
Caregiving: Neither a Burden nor a "Carga". *SBÜ Hemşirelik Dergisi*  
1(2), 92-103.

### ABSTRACT

**Introduction:** Caregivers provide care for relatives with Alzheimer's disease at an emotional and physical cost to themselves. Language and cultural factors influence how caregivers are impacted by their role, yet the role that culture and language play on a person's perception of caregiving has not been adequately explored. Not having a Spanish equivalent for the expression "caregiver burden," raises concern when this concept is translated to the word *carga* and used to describe Latino caregiving.

**Aim:** To describe the perceptions of the caregiving experience of bilingual Latino/Hispanic family caregivers of relatives living with Alzheimer's disease, and explore the language used in their narratives.  
**Method:** Data collection and analyses followed a modified Spradley ethnographic methodology. Semi-structured interviews were conducted, and prolonged participant observation and artifacts provided rich data.

**Results:** All caregivers described their experience as difficult, but not as a burden or *carga*. Caregiving was described as an honorable opportunity to accomplish two culturally prescribed goals: caregiver satisfaction, and caregiver duty fulfillment. Three overarching themes were elucidated: caregiving has consequences, caregiving fulfills a duty, and caregiving is satisfying. The main consequences were: caregiving is physically challenging, caregiving is emotionally draining, and caregiving is financially detrimental. Caregiving fulfills a duty had two main components: Caregiving is my duty, and caregiving is learned. Caregiving is satisfying had three components: Caregiving is my opportunity to give back, knowing that I am doing my best, and a sacrifice.

**Conclusion:** Data support the formulation of a conceptual orientation of the Latino caregiving experience.

**Keywords:** Alzheimer's; caregiving; dementia; ethnomethodology.

### ÖZ

**Giriş:** Alzheimer hastalığı olan akrabalarına bakım verenlerin verdikleri bu bakım, kendileri için duygusal ve fiziksel bir maliyet doğurur. Bakım verenlerin rollerinden nasıl etkilendiklerini belirlemede dil ve kültürel faktörler önemlidir, ancak kültür ve dilin bir kişinin bakım algısı üzerinde oynadığı rol yeterince araştırılmamıştır. "Bakım/Bakım veren yükü" ifadesinin İspanyolca birebir karşılığı bulunmamaktadır. Bununla birlikte Latin toplumu için bu kavramı tanımlamada giderek daha fazla *carga* kelimesinin kullanılması endişe uyandırmaktadır.

**Amaç:** Alzheimer hastalığı olan yakınlarına bakım veren Latino/Hispanic aile bakıcılarının bakıcılık deneyimine ilişkin algılarını tanımlamak ve anlatılarında kullanılan dili araştırmak.

**Yöntem:** Kalitatif bir araştırmadır. Veri toplama ve analizinde değiştirilmiş bir Spradley etnografik metodolojisi takip edilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş ve katılımcılar uzun süreli gözlenerek zengin veriler sağlanmıştır.

**Bulgular:** Tüm bakım verenler deneyimlerinin zor olduğunu ifade etmiş, ancak yük ya da *carga* olarak tanımlanmamışlardır. Bakım verme, kültürel olarak bakıcı memnuniyeti ve bakıcı görevinin yerine getirilmesi şeklinde belirlenmiş iki hedefe ulaşmada onurlu bir fırsat olarak tanımlanmıştır. Bakımın sonuçları vardır, bakım verme ile bir görev yerine getirilir ve bakım verme tatmin edicidir şeklinde üç ana tema ortaya çıkmıştır. Bakımın sonuçları temasında bakım, fiziksel olarak zordur, bakım, duygusal olarak tüketir ve bakım, maddi olarak külfettir; bakım verme ile bir görev yerine getirilir temasında, bakım verme benim görevimdir ve bakım verme öğrenilir ve son olarak bakım verme tatmin edicidir ana temasında, elimden gelenin en iyisini yaptığımı bilerek geri verme fırsatım ve bir fedakarlıktır ifadeleri vurgulanmıştır.

**Sonuç:** Bulgular, Latino kültüründe bakım deneyiminin kavramsal yöneliminin formülasyonunu desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Alzheimer; bakım verme; demans; etnometodoloji.

## Introduction

Worldwide, 50 million people are living with dementia in 2018, and this number will more than triple to 152 million by 2050 (Alzheimer's Disease International, 2018a). Every three seconds someone in the world develops dementia, costing the global economy over US\$ 1 trillion in 2018, straining health systems worldwide (Alzheimer's Disease International, 2018b). The Alzheimer's Association (2018) estimates that there are now 5.7 million people of all ages living with Alzheimer's disease (AD) in the United States, including approximately 5.5 million people age 65 and older, and 200,000 persons who have younger-onset (below 65) Alzheimer's. One out of 10 people (10%) age 65 and older has Alzheimer's and nearly half of people 85 and older have it (Alzheimer's Association, 2018).

In 2010, Latinos/Hispanics<sup>1</sup> were the largest ethnic minority in the United States (United States Census Bureau, 2010) and proportionally more likely than older whites to have AD (Alzheimer's Association, 2004). The number of Latino elders affected by AD could increase more than six-fold, from fewer than 200,000 in 2004 to more than 1.3 million by 2050 (Alzheimer's Association, 2004). Regardless of race or ethnicity, the opportunity for a person living with AD to live at home depends on the availability of support provided by family caregivers. Therefore, understanding cultural values and norms that influence the caregiving experience of Latinos is of paramount importance to design programs aimed at improving the quality of life of the caregiver and patient.

## Review of the Literature

### Latino Alzheimer's Caregivers

The number of studies on Latino AD caregivers is relatively small. The paucity of information is primarily due to the historical lack of Latino and Latino subgroups identifiers in major data sets including the census (National Alliance for Hispanic Health, 2001). Currently in the United States, family members provide some type of care to at least 70% of persons with dementia who live at home (National Alliance for Caregiving and American Association of Retired Persons, 2004). More than 27% of Latino households provide informal caregiving to an impaired friend or family member (Talamantes et al., 2006). Caregivers are mainly women around 40 years of age in the sandwich generation providing care for their children under 18, while also caring for older relatives in the caregiver's home (Ayalon & Huyck, 2002; Connel & Gibson, 1997; National Alliance for Caregiving and Evercare, 2008; Talamantes & Aranda, 2004).

Numerous studies pertinent to caregiving and caregiver burden found in the literature do not report specific data relevant to Latino. For instance, in a review and analysis of racial, ethnic, and cultural differences in dementia caregiving (Connell & Gibson, 1997), only two studies, Cox and Monk (1990) and Mintzer et al. (1992), included Latino subjects. Few studies have attempted to capture cultural differences in caregivers.

Mintzer et al. (1992) attempted to explore whether ethnicity made a difference among daughters' caregiving for Latino and non-Latino patients with AD. The comparison was made between 13 Cuban-American Latino and 15 white daughter primary caregivers. Cox and Monk (1990) compared 31 Black and 19 Latino caregivers. Two-thirds were dementia caregivers. The two groups were similar in burden scores and the acknowledgment of strong feelings of family obligation. These findings were corroborated by Cox and Monk (1996) in a comparison of 76 African-American caregivers and 86 Latino caregivers of AD elders in New York and Baltimore. Latino caregivers reported significantly higher personal strain and role strain than African-Americans. Later, Aranda and Knight (1997) found that Latino caregivers reported a level of emotional burden or depression similar to or higher than that of white caregivers. Aranda and Knight also concluded that Latinos were more likely than whites to feel bothered or upset by specific caregiving tasks such as instrumental support with activities of daily living and by care recipients' problem behaviors.

Studies about Latino caregivers have increased in recent years (Baker, 2006). Most current research, however, has used nonprobability-sampling methods and a large number of measures of psychological well-being that often cannot be compared (Aranda & Knight, 1997; Dilworth-Anderson et al., 2002; Talamantes & Aranda, 2004). Generalizability was lacking in the studies conducted with Latino caregivers prior to findings from the Resources for Enhancing Alzheimer's Caregivers Health (REACH) project. This project initiated a new standard in studying dementia caregiving because it achieved probability sampling of separate Latino subgroups such as Cuban Americans in Florida, Mexican-Americans in California, and others. In their recent review of interventions for Latino caregivers of patients with dementia, Llanque and Enriquez (2012) conclude that intervention studies focused on the needs of Latino caregivers of people living dementia are scant, and that values endorsed by Latino caregivers as well as language and communication, should be considered when presenting information, developing interventions, and conducting future research.

### Caregiver Burden

Providing primary care for a relative with AD can become overly demanding, especially as the disease progresses. Caregiving stress can have many causes, particularly the need to provide constant supervision and dealing with communication and behavior problems. Lee and Cameron (2005) reported that the primary sources of strain to caregivers of people with dementia are behavioral problems and incontinence. The stress of caregiving can increase because of a perceived lack of family and friends' support, lack of supportive responses from local health and social services, and perceived criticism from family, among other factors (Shaji, Smitha, Lal, & Prince, 2003). Ory et al. (2000) reported that caregivers of dementia patients experience more role stress, psychologi-

cal distress, emotional strain, family conflict, and interference with other activities, than caregivers of frail elder relatives without dementia.

Burden – the emotion resulting from the perceived inability to deal with the stresses of caregiving – was developed as a construct by Zarit, Reever, and Bach-Peterson (1987) with Black and white dementia caregivers. Burden has been studied in diverse settings and samples and defined in different ways. There is a consensus that burden entails subjective and objective components (Chou et al., 2002; Rymer et al., 2002; Teri et al., 1992; Vitaliano, Young, & Russo, 1991; Zarit & Zarit, 1982).

Acton and Kang (2001) suggested that burden might be an outcome too global to be affected consistently by intervention, and that better and more precise measurements are

needed to evaluate the outcomes of interventions for caregivers. The recognition that burden may not be the best outcome to evaluate the effectiveness of the interventions implies that other types of measurements are needed. Focusing on the degree to which caregivers experience positive aspects of caregiving might be a better way to evaluate interventions. Murphy (2005) found strong evidence that caregivers of patients with AD were able to describe positive motives, rewards, and coping strategies to deal with the stresses of caregiving. The presence or absence of positive aspects of caregiving could provide a better indication of the effectiveness of interventions designed to reduce stress in the caregivers.

For Latino caregivers the use of burden scales to measure the outcomes of interventions is questionable. Considering that the English word *burden* does not accurately translate to

**Table 1. Spradley's Developmental Research Sequence**

The 12 Steps	Sample Tasks
1. Locating an informant	Identify the best possible informants
2. Interviewing an informant	Practice interviewing skills
3. Making an ethnographic record	Set up a field notes book, begin making entries, arrange the first interview
4. Asking descriptive questions	Ask grand tour and mini tour questions, ask native language questions
5. Analyzing ethnographic interviews	Make a preliminary domain analysis, list tentative cover terms
6. Making a domain analysis	Conduct a thorough domain analysis, make a list of hypothesized domains
7. Asking structural questions	Conduct interviews using structural questions for each type of domain
8. Making a taxonomic analysis	Analyze the internal structure of domains, identify subsets within the domain
9. Asking contrast questions	Ask different types of contrast questions to understand cultural meaning
10. Making a component analysis	Identify the components of meaning for folk terms
11. Discovering cultural themes	Discover conceptual themes used to connect the domains
12. Writing an ethnography	Generate cross-cultural statements, write the ethnography

a word in Spanish with the same contextual meaning and that cultural differences have not been taken into consideration, the use of the word and burden scales appears inappropriate with this population (Arévalo-Flechas & Lewis, 2006).

## Methods Design

The investigation followed ethnographic methodology using an adapted developmental research sequence (Table 1) as proposed by Spradley (1979). After obtaining Institutional Review Board (IRB) approval from The University of Texas Health Science Center at San Antonio, informants were recruited from a geriatric medicine clinic, and from the pool of caregivers taking part in a National Institutes of Health (NIH) funded program for AD caregivers in South Texas. The caregivers were recruited personally over a period of 22 months. Once informed consent was obtained, the caregivers were interviewed at a mutually agreed time in their home or in a soundproof room located in the facilities used by the NIH caregiver's program study staff.

### Sample

The purposive sample yielded 14 self-reported Latino bilingual family caregivers of a relative (care-receiver) living with AD who had been providing care for at least one year. Eight participants were Mexican-American, 3 Mexican, 2 Puerto Rican, and 1 Peruvian. 5 caregivers were daughters, 6 were wives, 2 were husbands, and 1 was an ex-daughter in law. The caregivers' ages ranged between 33 and 75 years with a mean age of 54. Educational level ranged from some grade school to college graduate. Only one of the caregivers was able to work full-time, all others had retired, taken early retirement or become unemployed to assume caregiving duties. The care-receivers' ages ranged from 55 to 89 years with a mean age of 72. They were 9 men and 5 women who had been living with a diagnosis of AD for an average of 7 years.

The author conducted all semi-structured interviews in the language of choice of participants (Spanish, English or both). The author was born and raised in Colombia where Spanish is the official language. The author immigrated to the United States at the age of 20 and received her professional education in English. The author is proficient in reading, writing, and speaking both languages. At the time of the study, the author had lived in South Texas for 19 years and a total of 23 years in the United States.

### Data Collection

The data included participant observations, artifacts, demographic data, and audio tape-recorded semi-structured ethnographic interviews that included descriptive, structural, and contrast questions. Artifacts included personal letters, diaries and journal materials volunteered by the caregivers and the draft of a book written by one of the caregivers on the experience of caring for her mother. Data saturation was achieved with 14 face-to-face interviews. The first eight provided an opportunity to test questions derived from the literature and observation of participants during support programs, and the

remaining six were in-depth. Member checking was ongoing during the interviews as the author asked for clarification, meaning, and verification of the participants' answers.

The interviews were recorded in either English or Spanish, or both, as requested by the participants. The participants were not asked to refrain from code switching (the practice of changing languages or borrowing words from the other language). After removing identifying information, the interviews were transcribed verbatim in the source language and double-checked for accuracy. The verbatim transcripts of the interviews in their source language were used for analysis.

### Data Analysis

The author used Spradley's (1979) sequence of ethnographic data analysis (Table 1). A domain search was conducted after the first five interviews were completed. For each of the identified domains, structural questions were generated. A list of hypothesized domains was formulated to isolate the fundamental units of cultural knowledge (domains) into which the participants organized what they knew. Then structural questions were generated to verify the domains and elicit folk terminology included in the domains. For instance, verification was needed that the impact of caregiving as described by the caregivers was organized by three domains: physical, emotional, and financial. Taxonomic analysis followed to find the relationship among all the folk terms in a domain (Spradley, 1979), looking at the internal structure of each identified cultural domain. The substitution frame had the format "\_\_\_\_\_ (is a kind of) \_\_\_\_\_." Once the substitution frame was identified, the author searched for possible subsets among the terms in the taxonomy and formulated more structural questions to verify the taxonomic relationships that had been identified. For instance, stress, isolation, sadness, and loneliness were identified as kinds of emotional consequences.

Then contrast questions were created to facilitate the discovery of meaning. An example of a contrast question was: Are there positive or negative aspects of caregiving? This question sought to clarify under what theme the domains *sacrifice*, *duty*, and *satisfaction* needed to be assigned. A componential analysis of the interviews was then completed using contrast sets. This analysis searched for the attributes that signaled differences among symbols in a cultural domain (Spradley, 1979). More contrast questions such as: "Are duty and obligation the same?" were created to fill any gaps that appeared in the data.

Cultural themes were then identified. It was anticipated that emic descriptions of the caregiving experience for Latinos would be identified from this thematic analysis. Peer debriefing was accomplished with three experienced researchers, a bilingual psychologist (Spanish native speaker born in El Salvador), a white non-Hispanic nurse whose area of expertise was dementia caregiving, and a white non-Hispanic nurse who had lived most of her life in South Texas and had expertise in qualitative analysis. These researchers and the author reached agreement for each of the themes and subthemes identified.

## Results

Caregiving has consequences, caregiving fulfills a duty, and caregiving is satisfying are the three major themes identified from the description of emotional, physical, and financial aspects of caregiving.

### Caregiving has consequences

Every participant described the emotional, physical, and financial aspects of caregiving as having detrimental effects on their lives and how these three components affected each other. With one exception, the caregivers cried during the interviews as they described how the physical and financial demands worsened the feeling of emotional inability to balance all the demands of caregiving. Caregivers illustrated how the physical demands of caregiving tasks felt more strenuous as time went on and how they were drained financially and emotionally. Trying to balance the demands of caregiving appeared to render the caregivers emotionally unable to nurture themselves or others. Caregivers found it very difficult to achieve a balance in these three areas. Those who were able to manage the financial impact of caring for a relative described themselves as physically exhausted and emotionally unsatisfied. Caregivers who felt they were handling the physical demands of their duties described feelings of isolation and sadness and worried about their finances constantly. Several caregivers, who had come to terms with a new lifestyle limited by their finances and who were physically able to continue their caregiving duties, shared how emotionally starved they felt. For the majority of the caregivers, the physical impact of their duties was experienced before the financial or emotional consequences.

**Caregiving is physically challenging.** The caregivers without exception described a feeling of being constantly tired or having no energy. A feeling of exhaustion, fatigue, being worn out, and about to fall apart were some of the descriptors used by caregivers to illustrate how they felt physically. Caregivers attributed feelings of exhaustion to the actual physical effort required to care for the care-receiver.

**Caregiving is emotionally draining.** Caregivers reported feeling emotionally drained or empty, a feeling of being unable to or having difficulty giving or nurturing others. Caregivers described how assuming responsibility for major life decisions for the care-receiver and, in several instances for the entire family, was often one of the most emotionally charged duties they were experiencing. Caregivers who had been designated by the care-receivers or other family members as the caregivers and who had power of attorney for either health care or financial decisions explained that a great deal of their emotional energy was invested in “keeping peace” with their relatives. They shared they received ongoing criticism, rather than support, and in some cases had to deal with the resentment of other family members who were not designated as the decision makers. A major cause of the emotional stress was dealing with change in roles and in their ability to socialize. Four

domains emerged related to change: loss of companionship, relinquishing social activities, and feeling isolated, and always thinking about the care-receiver.

**Loss of companionship.** Regardless of the quality of the relationship between the caregiver and the care-receiver prior to the AD diagnosis, the loss of a companion, a partner, a spouse, a parent, or a grandparent was emphasized by each of the caregivers. The loss of the person was described as the most drastic change and the most emotionally painful part of the caregiving experience. The inability to have a logical conversation with the family member with AD was described as sad (*triste*) and painful (*dolorosa*). The caregivers also described how the loss of the person affected the entire family, not only the primary caregiver.

**Relinquishing social activities.** The inability to leave home to socialize with friends and acquaintances, work, attend church, engage in volunteering, or interact with other people was referred to by the caregivers as a major emotionally draining change. As the disease progressed and the caregivers came to the realization that public places were no longer an option for their relative, the caregivers relinquished engaging in socialization.

**Feeling isolated.** This feeling of isolation appeared to be the result of the loss of companionship and the loss of opportunities to socialize. The lack of social contact outside the home and the inability to maintain a coherent, logical conversation with their relative lead the caregivers to live in what a caregiver described as “the world of Alzheimer’s.”

**Always on my mind.** All caregivers mentioned that their relative was always on their mind. The caregivers related how this was different from the time before the AD diagnosis. The ability to engage in other activities without worrying about their relative appeared to have been lost. Regardless of the reassurance offered by formal caregivers, family members, or friends, the caregivers were in a constant state of worry about the care-receiver’s welfare.

**Caregiving is financially detrimental.** Regardless of socioeconomic status, caregivers faced long-term detrimental consequences, including loss of income, loss of time required in the work force for pension or retirement, loss of health insurance benefits, and depletion of family leave time. All caregivers who were no longer employed or had retired stated that their financial security had been compromised.

**Caregivers must reduce number of work hours.** Caregivers who were employed at the time their relative was diagnosed with AD tried to stay employed as long as possible. Gradually they were forced to reduce the number of work hours causing a decrease in income, and a loss of benefits. These benefits included health care insurance, prescription medication coverage, paid time off, and, in every case, less income set aside for retirement.

**Giving up work altogether.** Remaining employed was impossible. Caregivers who had worked invariably took leaves of

absence, worked only part-time, and eventually quit working. Caregiving duties and work became overwhelming and impossible to juggle.

**Being hired as a caregiver by family members.** Two of the caregivers received a fixed amount of income for their caregiving duties. They were children caring for one of their parents. This arrangement appeared to be feasible because in their families there were 4 or more children working. The financial arrangement was proposed by the other siblings or by the caregiver.

### Caregiving Fulfills a Duty

This overarching theme was identified in every interview. Caregivers voiced a strong sense of duty to family members, especially to elders. Caregivers emphasized the difference between having to do something and wanting to do something.

**Caregiving is my duty.** Caregivers described a strong sense of duty to their care-receiver and expressed that the responsibility for the well-being of their relative with AD was theirs and no one else's. Wives caring for their husbands described a sense of duty to their spouses, regardless of the quality of their marital relationship prior to the diagnosis of AD. Several of the care-receivers were described as loving, caring, and devoted husbands. These attributes, in the words of their caregiver wives, strengthened their sense of duty, and they had the conviction that what they were doing was the right thing to do. Having received love and nurturing from their husbands made caregiving for them a natural decision. The two husbands caring for their wives also described this strong sense of duty. With almost identical words, they stated that caregiving was a duty of love, and they were sure that their wives would have done the same for them. Daughters described the feeling of duty to their parents and stated it was a privilege and an honor to have the opportunity to care for their parents.

**Duty to family.** Most caregivers described a sense of pride in belonging to a strong family unit. Caregivers emphasized their descriptions of close-knit family units in which family obligations were clearly acknowledged and met. The family was honored through hard work and by placing family members and the needs of the family before any other wants or needs, especially if they were individual needs. Every caregiver mentioned expressions such as "mom had to be first," and "family comes first." These expressions were the caregivers' way to explain why they had become caregivers to their relative with AD. A daughter who stated that as a child she had been neglected by her mother now living with AD stated: "Family comes first." Crying, she elaborated: "Regardless of what she has done to me in the past, she is my mother, she is my blood, and she is my family. I would never abandon her." Several caregivers engaged in descriptions that denoted pride in how crises were handled by the family.

Caregivers living with their adult children said they were very proud of the manner in which their children and their families had chosen to remain close, take the caregiver and care-receiver in, and provide financial and emotional support. Care-

givers brought up the topic of nursing homes, or homes specialized in the care of patients with AD when they were asked why they had become caregivers. Caregivers were emphatic in their comments about placement. Nursing homes were simply the last option, regardless of the financial abilities of the family. Caring for their relatives at home was a family duty to be fulfilled. None of the caregivers spoke positively about nursing home placement. Caregivers described institutionalization as a failure to meet a family duty.

**Respeto.** Central to the caregiver narratives was the value of respect (*respeto*). Respect was one of the reasons listed to become caregivers. Children caregivers spoke about the treatment they owed their parents, not only because they were their parents because they were older. The elderly deserved to be treated with the utmost respect and not taking care of them was the equivalent to being disrespectful. Older people according to caregivers were to be loved, respected, and cared for. Institutionalizing a loved one was seen as a valid reason to lose the respect of family members and other people. The daughter who described her relationship to her mother as not close, or not ideal, placed special emphasis on caregiving, more as a sign of respect than a sign of love.

**Distribution of responsibilities among siblings.** Children caregivers who had siblings and were caring for a parent described the dynamics of decision-making as complicated, especially if they had a large family. The greater the number of siblings, the more intricate the dynamics. Caregivers talked openly about intrafamilial conflict.

**Caregiving is learned.** Caregivers emphasized that their families had instilled in children the importance of family and respect for authority and the elderly. The vast majority had recollections of parents taking care of grandparents and placing the needs of the older person before their own needs. Childhood was the time during which they believed they had learned about caring for family. A daughter eloquently summarized: "No one taught us what caregiving was, no one told us how to do it. We lived it! Every day, that is why it is part of who we are."

### Caregiving is Satisfying

This third overarching theme was described as a deep sense of satisfaction in being able to fulfill a duty to a relative. Regardless of the difficulties they faced, caregivers described this sense of satisfaction as something positive and enriching in their lives. A daughter stated that although caregiving was very difficult and she resented a few things from her siblings, she felt privileged and honored to be able to care for her father.

**Caregiving is my opportunity to give back.** Caregivers mentioned giving back to the care-receiver for all the positive things done in the past or given to the caregiver or the entire family. Caregivers elaborated on the things they had received from the caregiver prior to the diagnosis of AD – both tangibles and intangibles.

**Caregiving is knowing that I am doing my best.** In gener-

al, caregivers recognized their limitations and found satisfying trying to make the best of their situations. Each caregiver faced a unique situation, but each took pride in doing what was humanly possible to do for a relative. Several caregivers described caregiving as an opportunity to bring out the best in them as human beings. Caregivers also talked about not knowing what they were capable of doing and enduring until they became caregivers.

*No sé de dónde es que de pronto saco alientos para hacer las cosas. Cuando ya pienso que llegue al final y no puedo más. Y de pronto algo le pasa a papá o se necesita algo y es como una reserva de energía que yo no sabía que existía o que yo tenía y termino haciendo algo que yo misma habría dicho que era imposible de hacer.* [I do not know where I get the energy to do things all of a sudden. When I think that I am at the end and I cannot do more, all of a sudden, something happens to father, or something is needed. It is like a reserve of energy that I did not know existed or I had, and I end up doing things that I would have said to myself were impossible to do.]

**Caregiving is a sacrifice.** The idea of sacrificing self, time, career, money, and socializing to care for their relatives with AD was described as necessary in order to fulfill a duty to family. The majority of caregivers spoke about this sacrifice positively. Caregiving was described as something done with resignation that became an offering to God. Several caregivers described caregiving as a challenge sent by God.

*Es un sacrificio, lo primero es la fe de nuestra religión que no estamos solos que aunque las cosas se miren oscuras y tristes a... tiene que uno pensar en los sacrificios que nuestro Dios hizo por nosotros, entonces lo que uno hace es simplemente cumplir con una obligación.* [It is a sacrifice, first it is part of our religion that we are not alone even though things look dark and sad eh... one has to think in the sacrifices that our Lord made for us, and then what one is doing is simply to fulfill an obligation.]

Caregivers also described the sacrifices made for their care-receivers as their ultimate way to demonstrate love. Caregivers talked about their duties as an opportunity to sacrifice for their loved ones in the same way that the loved ones had sacrificed in the past or would have sacrificed for the caregiver if the roles had been reversed. A wife said:

I do it because he's my best friend. And it's not necessarily in that order, I do love him, and he is my best friend. He would have done the same thing for me, I'm almost positive, if he was in good health and I wasn't.

Caregivers also described sacrificing for their care-receivers as a value important to maintain the family structure and to have self-respect and the respect of others. Caregivers described not sacrificing for their care-receivers as a sign of lack of love for their families.

### The Language of Caregiving

Caregivers did not use the words *burden* or *carga* to describe their experience. The caregivers qualified their experience as difficult (*difícil*), hard (*dura*), challenging (*un reto*), frustrating

(*frustrante*), sad (*triste*), lonely (*solitaria*), and stressful (*tenionante* or *estresante*). Different terminology and expressions were used when caregivers were asked to elaborate on the emotional and financial impact of caregiving.

The descriptions of the emotional impact caused by caregiving included mental stress (*estrés mental*, *tensión mental*), worrisome (*preocupante*), lonely (*solitaria*), and frustrating (*frustrante*). In addition, caregivers described feeling isolated (*aislados*), a sensation of having "too much to do" (*demasiados pendientes*, *demasiado por hacer*), and feeling emotionally drained (*emocionalmete drenados*, or *vacios*). All these expressions and terminology had equivalent words in Spanish and vice versa.

Caregivers described the financial impact of caregiving as negative (*negativo*), worrisome (*preocupante*), and difficult (*difícil*). The financial situation (*situación financiera*, or, *situación económica*) was described as difficult. It was only in this context that one caregiver spontaneously used the word *burden*: "Taking care of my mother has created a tremendous financial burden."

None of the caregivers spontaneously used the words *burden* or *carga* except in the aforementioned example. When caregivers were asked what the word *burden* meant to them, they offered the following expressions: "Burden is something that you do because you have to, but not because you want to"; "Burden is having too much on your plate and you not being able to handle it anymore"; "[Burden] is something very difficult that a person has to do and that the person does not enjoy at all. It is something, eh perhaps...painful? Maybe a struggle? I really don't know how to tell you what it means"; and "Burden is something hard that you can't do."

When the caregivers were asked to translate the word *burden* to Spanish, they hesitated and could not offer a single word to convey the meaning. Rather the caregivers engaged in explanations and used code switching to illustrate the idea. Caregivers offered the following statements:

*Burden es como que uno no puede hacer algo, uno quiere pero no puede hacerlo porque es demasiado difícil.* [Burden is as if one cannot do something; one wants to but cannot because it is too difficult.]

*Burden es having too much in your plate, pero si digo eso en español, no tiene sentido alguno.* [Burden is having too much in your plate, but if I say that in Spanish, it does not make any sense.]

*Burden, eh, burden? no, no sé, stressed, como que uno no puede manage las cosas. Como que es too much.* [Burden, eh burden? No, I don't know, stressed, like you cannot manage things. Like it is too much.]

*Burden ... no, no encuentro una palabra en español. No sé cómo se dice en español.* [Burden... no, I do not find a word in Spanish. I do not know how to say it in Spanish.]

Even though all caregivers had described the idea that they had an excess of responsibilities that were affecting them negatively, the caregivers denied experiencing *burden*.

*Neither a burden nor a carga.* With the exception of a caregiver who felt neglected as child by her mother now living with AD, none of the caregivers said they had experienced burden or a feeling that their relative was a carga. Caregivers emphatically denied feeling burdened or that their care-receiver was a burden.

A wife shared: "No, he is my husband and I love him. He would have done the same for me. He is not a burden for me. This is hard, but he is not a burden." Two daughters did not understand the meaning of the word *carga* and thought it meant to be *encargado (a)* (to be in charge of) or *al pendiente* (to be paying attention). They both denied that caring for their fathers was a burden and reinforced that it was their duty. One of them stated "I don't see it as a burden, I am glad I can help, and I know my mother was preparing us for this in the way she raised us." A different daughter stated, "Doing what I do is not a burden; of course, there are days when it is frustrating, and I have to juggle a lot, but he is my father and I know I am doing what is right." In contrast, a wife understood the word *carga*, but asked the meaning of *burden*. She did not understand the meaning of the word *coping* either. She stated:

*Nunca he pensado que él es una carga, me molesta mucho que sigue llegando a la casa con cosas que no hemos comprado, se las echa a la bolsa y no me doy cuenta cuando; y los errores que hizo con la aseguranza fueron terribles, pero nosotros hemos sido muy felices, y por alguna razón Dios permitió que fuera él y no yo la que tuviera la enfermedad. Tal vez otras personas lo vean como una carga, y si es así, entonces le digo que yo la llevo con mucho amor.*

[I have never thought that he is a carga, it bothers me much that he continues getting home with things that we have not bought, he puts them in his pockets and I don't realize when; and the mistakes he made with the insurance were terrible, but we have been very happy, and for some reason God allowed that it was him and not I who would have the disease. Perhaps other people see it as a carga, and if it is that way, then I tell you that I carry it with much love.]

Despite the tremendous difficulties that caregivers faced they accepted caregiving as a family duty that had positive and negative aspects. Caregivers did not admit to experiencing burden and expressed dislike and anger for the idea that their care-receiver would be considered a burden or a carga.

## Discussion

The experience of Latino family caregivers of a relative with AD and the language used to narrate their experience have been described. Three overarching themes were identified and supported by the narrative and found in the artifacts included in this study. These themes were caregiving has consequences, caregiving fulfills a duty, and caregiving is satisfying. The exploration of the themes and their components is shown in Table 2. The physical, emotional, and financial consequences of caregiving have been widely reported in the literature.

Of particular interest and not found in the literature on Latino caregivers, was the consistent manner in which financial responsibility was assumed by siblings and extended family

**Table 2. Themes and Their Components**

Theme	Components
<b>Caregiving has consequences</b>	Caregiving is physically challenging Caregiving is emotionally draining: Loss of companionship Relinquishing social activities Feeling isolated Always on my mind Caregiving is financially detrimental: Caregivers must reduce the number of work hours Giving up work altogether Being hired as a caregiver by family members
<b>Caregiving fulfills a duty</b>	Caregiving is my duty: Duty to family (Deber con la familia) Respect (Respeto) Distribution of responsibilities among siblings Caregiving is learned
<b>Caregiving is satisfying</b>	Caregiving is my opportunity to give back: Caregiving is knowing that I am doing my best Caregiving is a sacrifice



members (two granddaughters) to compensate the relative assuming primary responsibility for the care-receiver or to cover the care-receiver's expenses. It appeared that financial support for the care-receiver or for the sibling in the caregiver role was a top priority. This may be explained by the cultural value of *familismo*. The caregivers reported sibling involvement. Those siblings not living close to the care-receiver contributed with occasional respite time, emotional support for the caregiver, and money.

The second overarching theme was caregiving fulfills a duty. In the caregivers' descriptions about fulfilling their caregiving duties to their families, three domains emerged, duty to family, respect, and sharing responsibilities among siblings. The values of *familismo* and *respeto* permeated every interview. It has long been recognized in the literature that although Mexican-American families stress the importance of extended family support, nuclear family households are the norm for this Latino subgroup (Keefe & Padilla, 1987). Mexican-Americans have also been reported as tending to discourage disruptive behavior among family members (Hampson, Beavers, & Hulgus, 1990). Caregivers of Mexican descent in the study, born or not in the United States described the importance of family support. Consistent with findings reported by Sabogal et al., (1987), attitudes consistent with *familismo* appeared to have endured across levels of acculturation among US Latinos of four different nationalities.

Caregivers elaborated on duty to family, respect, and helping each other as values that had been acquired while growing up in their homes. Social learning theory proposes that people learn new expectations and behaviors by observing the behavior of others and the consequences of that behavior; they then perform that behavior with the expectation of similar consequences (Bandura, 1977). Bandura (1986) also noted the effectiveness of observational role modeling to learn behaviors. Role modeling enables persons to learn from role models that are presented to them, leading them to pattern-observed behavior, resultant rewards, and consequences into their own set of behaviors. Piercy and Chapman (2004) reported that role modeling was often more powerful than the actual relationship with the care-receiver in assuming caregiving activities.

Placing more importance on the well-being of the family than on a single individual and sharing the responsibility of caring for a family member can be explained by a sense of collectivism related to family interactions. *Familismo* and collectivism play a central role in how Latinos interact and perceive themselves (Chong & Baez, 2005). The harmony embodied in a sense of collectivism is essential to Latino caregivers' sense of belonging and self-worth. In a Latino's life, it is extremely important to achieve a balance between work and family with equal emphasis placed on meeting the expectations of both employer and family (Chong & Baez). This may explain in part the tendency of family members to hire the caregiver, and the reluctance that the caregivers may have had to take or ask for time off.

The third overarching theme was caregiving is satisfying. Three major components emerged as caregivers talked about the satisfaction, they derived from being able to provide care to their relatives: caregiving is my opportunity to give back, caregiving is knowing that I am doing my best, and caregiving is a sacrifice. Caregivers talked about a profound sense of satisfaction from having the chance to repay the care-receiver for affection, care, support, and teachings from the care-receiver. Sacrificing for their care-receiver was something positive. For several caregivers sacrificing had become an inspiring life-changing experience. Sacrificing for their relative was a moral obligation and a source of pride. Jolicoeur and Madden (2002) have reported this sense of pride among females in their description of the "good daughters" role in Mexican-American daughter caregivers living in the U.S. Even though role expectations were more traditional among Spanish-speaking daughter caregivers than English-speaking daughters, "caregiving was considered by both groups to be an integral part of being a good daughter" (p. 116). Caregivers in South Texas provided descriptions consistent with Jolicoeur and Madden's report.

### Linguistic Exploration Results

The second aim of this study was to explore the language used by bilingual LatinoAD family caregivers to describe their experience. It was confirmed that the words *burden* and *carga* lack cultural congruency with Latino values and role fulfillment expectations.

Caregivers did not spontaneously use the word *burden* to describe their experience. Only one caregiver used the word *burden* by code switching during the interview conducted in Spanish. This caregiver understood the meaning of the word *carga* as "a thing" that you carry and stated her mother was "not an object or a *carga*." The other caregivers denied experiencing *burden*. Only two understood the meaning of *carga* as a physical attribute and did not see their care-receivers as such. Caregivers of Mexican descent stated that *carga* meant *estar al pendiente* (to be attentive to) or *estar encargado de* (to be in charge of). The youngest of the Mexican-American caregivers stated she had never heard the word *carga*. These findings confirm that for English-speaking Latino caregivers the word *burden* is not culturally appropriate (Calderon-Rosado & Tennstedt, 1998; Gallagher-Thompson, Solano et al., 2003; John & McMillian, 1998; Roth et al., 2003). In addition, findings support the assertion that just as *burden* is not acceptable to English-speaking Latino caregivers, the word *carga* is just as culturally incongruent for bilingual Latino caregivers. These findings apply to all Latino subgroups included in this study.

The caregiving literature from Spain reflects the use of the word *malestar* to describe the difficulties faced by dementia caregivers (Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson, & Knight, 2007). *Malestar* can be translated to English as *discomfort* and in some cases as *malaise*. This

Spanish word appears to be much more culturally sensitive for labeling the emotional as well as the physical consequences of caregiving without conflicting with the sense of duty and role fulfillment expectations described by Latino caregivers. All caregivers in this study agreed that there was no Spanish word to translate what they understood as burden.

### Limitations

A possible limitation of the study was that a Latino bicultural/bilingual researcher conducted all interviews. It is possible that caregivers may have felt judged by someone of their own culture and may not have disclosed negative feelings toward caregiving or the care-receiver. However, review of the audiotapes and transcripts of the interviews give the impression that the caregivers described their experience richly, showed great emotion, and expressed gratitude for the opportunity to be heard. On the other hand, a researcher from the same culture, able to navigate during interactions without violating culturally prescribed rules and values may have created an environment of trust. Replication of the study with a bilingual non-Latino interviewer would provide valuable comparison data.

Another limitation of the study was the inability to obtain an understanding of how collectivistic views and the premorbid relationship between the caregiver and the care-receiver may have affected the perception of the caregiving experience. Inclusion of Latino caregivers born in Mexico, Puerto Rico, Peru, and the U.S. limit the findings to these subgroups. In terms of perception and terminology used to describe the caregiving experience, these findings should be applied with caution to other Latino subgroups until they are studied.

### Contribution to Knowledge and Future Research

Delivery of culturally competent healthcare services to Latinos is a priority if we are to continue attempting to close the existing gap and disparities in the delivery of care as documented by the Institute of Medicine (2003). Speaking Spanish improves the ability of healthcare providers to communicate during clinical encounters, however, knowledge of Latino culture and the values that motivate patients' decisions and behaviors can allow healthcare providers to be more effective and provide personal and respectful care. Implying that a caregiver is experiencing burden or that a care-receiver is a burden or a *carga* without explicit validation from the caregiver may not be the best way to promote communication with caregivers and their families.

Latinos value the sincere interest that a person shows in

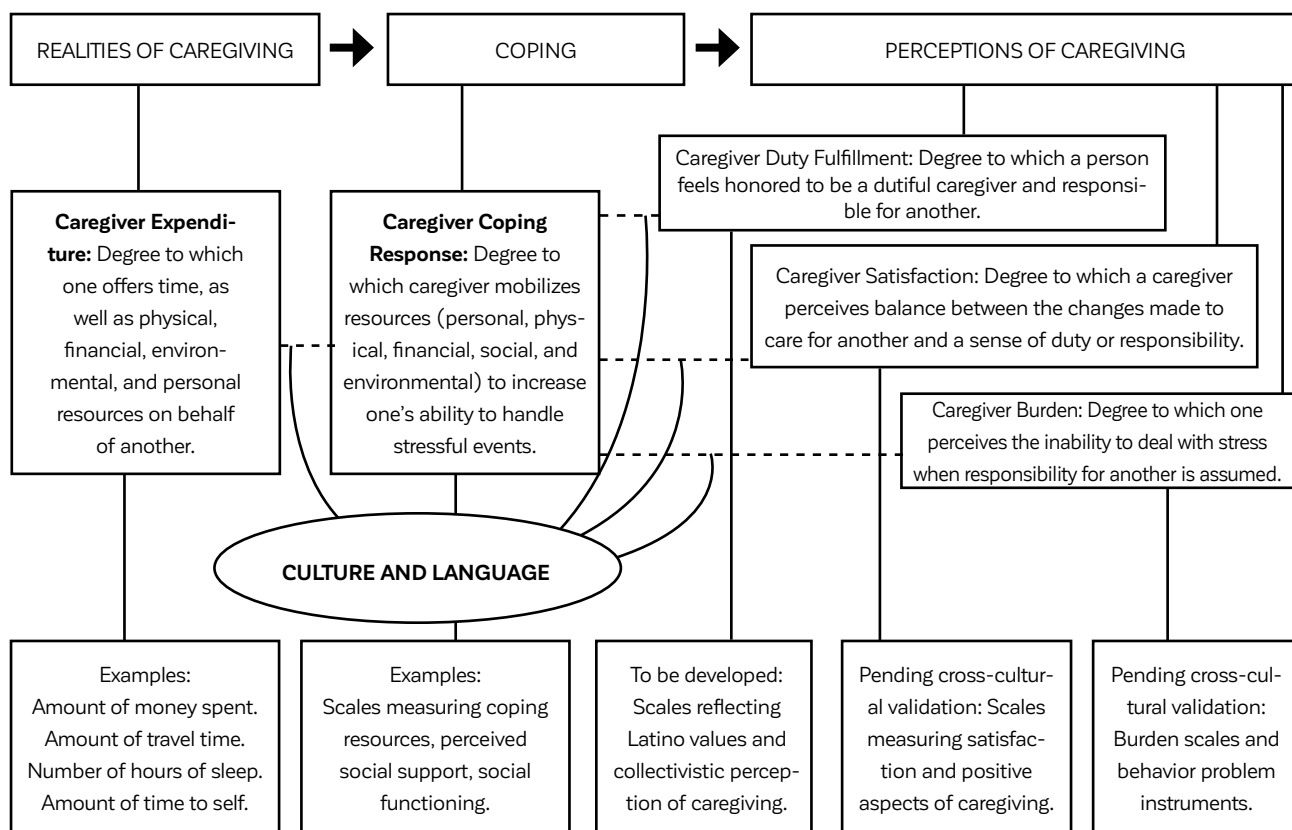
them. Healthcare providers can use this knowledge to initiate and maintain productive and therapeutic relationships with Latino caregivers. Contrary to the individualistic view that a healthcare provider must remain professional, not share personal information, or intrude in the personal situations of patients, Latinos trust and engage those who ask, "How are you?" and who are willing to make the time to listen to the answer. Healthcare providers must be prepared to engage in active listening and not assume that an encounter with a Latino caregiver will be limited to a specific health concern about the caregiver or the care-receiver. Disregarding this type of interaction with a Latino caregiver would be going directly against the values of *personalismo* and *respeto*.

Further qualitative research is needed to explore the influence of collectivism in Latino AD caregiving. Caregiving theory informed by an understanding of the Latino culture is needed. This theory should specify the basic nature of the concepts of burden and *carga* in this culture and the manner in which these concepts relate to constructs and other concepts.

Although reliable caregiver burden instruments are available, these instruments have been normed with non-Latino populations. Further scale-level analyses need to be conducted to confirm that the scores obtained with the instrument relate well to other scores obtained using instruments that measure other constructs and concepts in the manner dictated by the culturally informed theory. Qualitative research could also be used to explore the degree of measurement equivalency of the existing burden instruments. Both qualitative and quantitative research are needed in the Latino caregiving area to provide reasons why burden instruments may not be equivalent across cultures, to dictate the direction in which modifications need to be made to achieve equivalence, or to develop new instruments for Latino caregivers.

The addition of the concepts of caregiver satisfaction and caregiver duty fulfillment are proposed as concepts central to the Latino caregiving experience. Figure 1 depicts a culturally informed conceptual orientation of caregiving, in which culture and language play a moderating role in the relationship between caregiver expenditure and caregiver coping, and between caregiver coping and the caregiver perceptions of the experience.

**Notes 1.** For ease of reading, the abbreviated term *Latino* is used throughout most of the article, though it is intended to represent and be understood as *Latino/Hispanic*.



**Figure 1. Culturally informed conceptual orientation of caregiving**

Copyright by Arevalo-Flechas. (2008) Adapted with permission.

**References**

Acton, G. J., & Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 349-360.

Alzheimer's Association. (2004). *Hispanics/Latinos and Alzheimer's disease*. Author.

Alzheimer's Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's and Dementia* 2018; 14(3):367-429. Retrieved from <https://www.alz.org/media/HomeOffice/Facts%20and%20Figures/facts-and-figures.pdf>

Alzheimer's Disease International. (2018a). World Alzheimer Report 2018 - The state of the art of dementia research: New frontiers. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>

Alzheimer's Disease International. (2018b). From Plan to Impact: Progress towards targets of the Global action plan on dementia. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/from-plan-to-impact-2018.pdf>

Aranda, M. P., & Knight, B. G. (1997). The influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis. *The Gerontologist*, 37(2), 342-354.

Arévalo-Flechas, L.C. (2008). Factors influencing Latino/Hispanic caregivers' perception of the experience of caring for a relative with Alzheimer's disease. *Dissertation Abstracts International*(UMI 3311328). Retrieved from <http://gradworks.umi.com/3311328.pdf>

Arévalo, L. C., & Lewis, S. (2006). Lost in translation: What does burden mean to Latino Alzheimer's caregivers? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), S177.

Ayalon, L., Huyck, M.H., (2002), Latino caregivers of relatives with Alzheimer's disease. *Clinical Gerontologist*, 24(3-4), 93-106.

Baker, F. M. (2006). Ethnic elders and caregiving. In S. M. LoboPrabhu, V. A. Molinari, & J. W. Lomax (Eds.), *Caregiver in dementia: A guide for healthcare professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Calderon-Rosado, V., & Tennstedt, S. (1998). Ethnic differences in the expression of caregiver burden: Results of a qualitative study. *Journal of Gerontological Social Work*, 30, 159-178.

Chong, N., & Baez, F. (2005). *Latino culture: A dynamic force in the changing American workplace*. Yarmouth, ME: Intercultural Press.

Chou, K.-R., Jiann-Chyun, L., & Chu, H. (2002). The reliability and validity of the Chinese version of the Caregiver Burden Inventory. *Nursing Research*, 51(5), 324-331.

Connell, C. M., & Gibson, G. D. (1997). Racial, ethnic, and cultural differences in dementia caregiving: Review and analysis. *The Gerontologist*, 37(3), 355-364.

Cox, C., & Monk, A. (1990). Minority caregivers of dementia victims: A comparison of Black and Hispanic Families. *Journal of Applied Gerontology*, 9(3), 340-354.

- Cox, C., & Monk, A. (1996). Strain among caregivers: Comparing the experiences of African-American and Hispanic caregivers of Alzheimer's relatives. *International Journal Aging and Human Development*, 43(2), 93-105.
- Dilworth-Anderson, P., Williams, I. C., & Gibson, B. (2002). Issues of race, ethnicity, and culture in caregiving research: A 20-year review (1980-2000). *The Gerontologist*, 42(2), 237-272.
- Gallagher-Thompson, D., Solano, N., Coon, D., & Areal, P. (2003). Recruitment and retention of Latino dementia caregivers in intervention research: Issues to face, lessons to learn. *The Gerontologist*, 43(1), 45-51.
- Hampson, R., Beavers, W. R., & Hulgus, Y. (1990). Cross-ethnic family differences: Interactional Assessment of White, Black, and Mexican-American families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 307-319.
- John, R., & McMillian, B. (1998). Exploring caregiver burden among Mexican-Americans: Cultural prescriptions, family dilemmas. *Journal of Aging and Ethnicity*, 1, 93-111.
- Jolicoeur, P. M., & Madden, T. (2002). The good daughters: Acculturation and caregiving among Mexican-American women. *Journal of Aging Studies*, 16, 107-120.
- Keefe, S. E., & Padilla, A. (1987). *Chicano ethnicity*. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Lee, H., & Cameron, M. (2005). Respite care for people with dementia and their carers [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 3.
- Losada, A., Marquez-Gonzalez, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D., & Knight, B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia: propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15(1), 57-75.
- Mintzer, J. E., Rubert, M. P., Loewenstein, D., Gamez, E., Millor, A., Quinteros, R., et al. (1992). Daughters caregiving for Hispanic and non-Hispanic Alzheimer patients: Does ethnicity make a difference? *Community Mental Health Journal*, 28(4), 293-303.
- Murphy, M. R. (2005). *Positive aspects of family caregiving of patients with Alzheimer's disease: A qualitative study*. Unpublished doctoral dissertation. Our Lady of the Lake University.
- National Alliance for Hispanic Health. (2001). *Quality health services for Hispanics: The cultural competency component*. DHHS Publication No. 99-21.
- National Alliance for Caregiving & American Association of Retired Persons. (2004). *Caregiving in the U.S.* Authors.
- National Alliance for Caregiving & Evercare. (2008). *Evercare study of Hispanic family caregiving in the U.S. Findings from a national study*. Retrieved from [http://www.caregiving.org/data/Hispanic\\_Caregiver\\_Study\\_web\\_ENG\\_FINAL\\_11\\_04\\_08.pdf](http://www.caregiving.org/data/Hispanic_Caregiver_Study_web_ENG_FINAL_11_04_08.pdf)
- Llanque, S.M., & Enríquez, M. (2012). Interventions for Hispanic Caregivers of Patients with Dementia : A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* (27)1, 23-32. DOI: 10.1177/1533317512439794.
- Ory, M., Yee, J., Tennstedt, S., & Schulz, R. (2000). The extend and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers. In R. Schulz (Ed.) *Handbook on dementia caregiving* (pp.1-32). New York: Springer.
- Piercy, K.W., & Chapman, J.G. (2004). Adopting the caregiver role: A family legacy. *Interdisciplinary Journal of Applied Family Science* (50), 386-393.
- Roth, D., Burgio, L., Gitlin, L., Gallagher-Thompson, D., Coon, D., Belle, S. H., et al. (2003). Psychometric analysis of the Revised Memory and Behavior Problems Checklist: A factor structure of occurrence and reaction ratings. *Psychology & Aging*, 18(4), 906-915.
- Rymer, S., Salloway, S., Norton, L., Malloy, P., Correia, S., & Monast, D. (2002). Impaired awareness, behavior disturbance, and caregiver burden in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(4):248-253.
- Sabogal, F., Marin, G., Otero-Sabogal, R., Marin, B., & Perez-Stable, E. (1987). Hispanic familismo and acculturation: What changes and what doesn't. *Hispanic Journal Behavioral Sciences*, 9, 397-412.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Talamantes, M. A., & Aranda, M. P. (2004). *Cultural competency in working with family caregivers*. San Francisco: Family Caregiving Alliance.
- Talamantes, M. A., Trejo, L., Jiménez, D., & Gallagher-Thompson, D. (2006). Working with Mexican-American families. In G. Yeo & D. Gallagher-Thompson (Eds.), *Ethnicity and the dementias* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 327-340). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology & Aging*, 7, 622-631.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Russo, J. (1991). Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*, 31(1), 67-75.
- Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1987). A comparison of Black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychology and Aging*, 10, 540-552.
- Zarit, S., & Zarit, J. (1982). Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(4), 461-471.

**Araştırma makalesi / Research article****Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Akran Eğitimi Hakkındaki Görüşleri: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği****Views on Peer Education of Nursing Students: An Example of a Foundation University**Yağmur Şancı<sup>1</sup> , Özden Kelleci<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Ars. Gör. Doktora Öğrencisi Yağmur Şancı  
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü/İstanbul  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-7272-1005>

<sup>2</sup>Özden Kelleci  
Hemşirelik Bölümü Öğrencisi Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/İstanbul  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-0549-6717>

**Sorumlu yazar / Corresponding author:** Yağmur Şancı  
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü/İstanbul  
E-mail: [yagmursanc@gmail.com](mailto:yagmursanc@gmail.com)

**Geliş tarihi / Date of receipt:** 26.10.2018  
**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 18.07.2019

**Atrf / Citation:** Şancı Y, Kelleci Ö. (2019). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin akran eğitimi hakkındaki görüşleri: Bir vakıf üniversitesi örneği. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 104-111.

**ÖZ**

**Giriş:** Eğitim bilimleri alanında akran eğitimi ile ilgili farklı uygulamalar olmakla birlikte, özellikle hemşirelik eğitiminde bu konuda yeterli çalışmanın olmadığı gözlenmektedir.

**Amaç:** Araştırma hemşirelik öğrencilerinin akran eğitimine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümünde yapılmıştır. Araştırma örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü 211 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplamada, araştırmacı tarafından literatür göz önüne alınarak hazırlanan 14 soruluk veri toplama formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelik bölümü öğrencilerinin çoğunluğu akran eğitimi ile kliniğe ve uygulamalara ilişkin anksiyetenin azalacağını, akran grubunda eğitim konularının daha rahat konuşulup öğrenileceğini, aldığı eğitimin kişiyi cesaretlendireceğini, işbirlikçi öğrenme ilişkisi kurulacağını ve sonucunda hemşirelik bakım ve uygulamalarının öğrenilmesinde kolaylık sağlanacağını ifade etmiştir. Öğrencilerin %68,7'si seçilen akranların iyi birer öğretmen olmaması ihtimali bulunduğunu, %55'i öğrenen ve öğreten akran arasında eşit bir ilişki kurulamama riski olacağını ifade etmişlerdir.

**Sonuç:** Yapılan araştırmada akran eğitimi ile ilgili hemşirelik öğrencilerinin görüşleri incelenmiş olup bu eğitim ile hemşirelik mesleğine; özgüveni, akademik başarıyı yüksek, liderlik yönü, takım ruhu gelişmiş, mesleki beceri ve uygulamalara hakim meslek üyeleri kazandırılacağı düşünülmektedir. Yapılandırılmış akran eğitimi öncesi hemşirelik bölümü öğrencilerinin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akran grubu; eğitim; hemşirelik; öğrenciler.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Together with there are different practices related to peer education in the field of educational sciences, it is observed that there are not enough studies in this field especially in nursing education.

**Aim:** The research was conducted to determine the views of nursing students on peer education.

**Methods:** This descriptive study was conducted in a nursing department of a private university. The sample of the study consisted of 211 students who volunteered to participate in the study. The data collection form was prepared by the researcher using a 14-item data collection form.

**Results:** The majority of the nursing students stated that with the help of peer education, anxiety about the clinic and its applications would be reduced, the subjects of education in the peer group would be more easily spoken, encouraged, a collaborative learning relationship would be established and as a result, it would be easier to learn nursing care and practices. The vast majority of students (68.7%) stated that the selected peers might not be a good instructor, and 55% stated that there would be a risk of not having an equal relationship between the teaching and learning peer.

**Conclusion:** In this study, the opinions of nursing students about peer education were examined and it was thought that this education will gain proficiency in nursing profession, high academic success, leadership direction, team spirit, and professional members who have skills and applications. It is recommended to determine the training needs of the nursing students before a structured peer education.

**Keywords:** Education; nursing; peer group; students.

## Giriş

Akran yaş, cinsiyet, eğitim, statü vb. açılardan aynı sosyal gruba dahil insanları anlatmak için kullanılmaktadır (TDK, 2017). Akran eğitimi; sosyal etkileşimi olan ve birbirleriyle yaş, cinsiyet, eğitim, statü vb. açılardan eşit durumdaki, benzer dil, tutum ve davranışlara sahip gruplarda bilgi, davranış ve tutum değiştirmek amacıyla kullanılan planlı bir eğitim modelidir (Gazula, McKenna, Cooper, ve Paliadelis, 2016). Akran eğitimi çalışmaları literatürde akran danışmanlığı (Peer Counseling), akran destekli öğrenme (Peer Assisted Learning), akran öğretimi (Peer Tutoring) gibi isimlerle ifade edilmektedir (Gazula ve ark., 2016; Shenderovich, Thurston, ve Miller, 2016; Pålsson ve ark., 2017). Akran eğitim yöntemi, ilk olarak 1960'larda Amerika'daki okullarda öğrencilerin suç işleme, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi konular hakkında eğitilmesi amacıyla kullanılmıştır (Korkmaz ve Kıran Esen, 2012). Günümüzde ise ilk ve orta öğretim, lise, üniversite, hastane ve iş yerleri gibi birçok alanda kullanılmaktadır (Yelpaze ve Özkamalı, 2015).

Klasik eğitim yöntemleri akran eğitiminin aksine hiyerarşik bir ilişki içermekte ve güç dengesizliği açısından bir potansiyel oluşturmaktadır. Akran eğitiminde, eğitimciler kendi konularına yakın katılımcılara eğitim verdiği için ödül ve ceza kavramları devre dışı kalmakta, bunun sonucunda katılımcıların anksiyete düzeyleri azalmaktadır. Ayrıca, katılımcıların kendilerini daha rahat ve güvende hissetmesi nedeniyle ifade özgürlükleri artmaktadır (Mete ve ark., 2011; Korkmaz ve Kıran Esen, 2012). Akran eğitimi ile motivasyon artmakta, devam durumu olumlu etkilenmekte, bilgiler akılda tutulabilmekte ve iş birliği becerileri geliştirilebilmektedir (Yelpaze ve Özkamalı, 2015; Aşçı, Gökdemir, ve Çiçekoğlu, 2016).

Akran grubunda iyi yetiştirilmiş akran eğitimcileri, arkadaşlarıyla daha uzun vakit geçirdikleri için bilgileri daha etkili aktarabilmekte ve bir uzmanın ulaşabileceğinden daha fazla kişiye ulaşabilmektedir. Akran grubunda eşit statüye sahip olduğunu hissetme ile işbirlikçi öğrenme ilişkisi kurulabilmektedir. İşbirlikçi ortamda akranlar arasında daha fazla öğretme, özendirme ve kolaylaştırma gözlenmektedir. İşbirlikçi öğrenme etkinlikleri, akranların olumlu tutum geliştirmesini kolaylaştırdığı için öğrenme üzerinde olumlu etkisi kanıtlanmıştır (Blanch ve ark., 2012; Ayaz ve Açıl, 2015; Alp, 2016; Breithaupt ve ark., 2017).

Akran eğitimi; dünyada ve ülkemizde çeşitli sivil toplum kuruluşları, gençlik organizasyonları ve eğitim enstitüleri tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Gençlik ve Spor Bakanlığı ile Yeşilay tarafından düzenlenen Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Akran Eğitimi Projesi'nde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile UNICEF tarafından Türkiye'de yaşayan Suriye'li çocuklar için düzenlenen Sosyal Uyum ve Adaptasyon Eğitici Eğitimi'nde ve çeşitli illerde Çocuk Hakları İl Çocuk Komiteleri tarafından düzenlenen Çocuk Hakları Eğitimleri'nde akran eğitiminden yararlanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özellikle AIDS, diyabet ve zihinsel engeli olan bireyler gibi destek gereken özel grup-

lardaki bireylerin uyumlarını arttırmada akran eğitimi başarıyla kullanılmaktadır (MacPherson, Joseph ve Sullivan, 2004; Steginga ve ark., 2005; Dickinson, 2006; Çövenner ve Ocakçı, 2013). Tıp ve hemşirelik mesleklerinde ise mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası öğretim becerilerini geliştirmek amacıyla alternatif yöntem olarak tercih edilmektedir (Blowers ve ark., 2003; Bryer, 2011; Abaan, Duygulu ve Uğur, 2012; Gazula ve ark., 2016; Yava ve Çiçek, 2016; Pålsson ve ark., 2017).

Şanlıurfa Gençlik Evi, Halk Eğitim Merkezi ve Çıraklık Eğitim Merkezi'nde kayıtlı gençler ile yapılan çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi incelenmiştir. Araştırmada gençlerin güvenli cinsel yaşam konularında bilgilendirilmelerinde ve gençlerde olumlu davranış değişimi yaratılmasında akran eğitimi modelinin yararlı olacağı sonucuna varılmıştır (Kırmızıtoprak ve Şimşek, 2011). Yaslı, Horasan ve Bati'nin (2012) sigaradan korunma konusunda lise öğrencileri üzerinde akran eğitimi uyguladıkları araştırma sonucunda, akran eğitimi programının gençlerin sigara içme davranışı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Mevsimlik tarım işçisi gençlere uygulanan tiyatro tabanlı akran eğitimi sonucunda, mevsimlik bu gençlerin sağlıklı yaşam davranışı kazanmalarında akran eğitimi modelinin kullanılmasının yararlı olacağı bildirilmiştir (Şimşek ve Kırmızıtoprak, 2013).

Yelpaze ve Özkamalı'nın (2015) akran aracılı sosyal beceri eğitimi programının 6-7-8. sınıf öğrencilerinin saldırganlık düzeylerine etkisi konulu çalışmada, verilen sosyal beceri eğitimi programının öğrencilerin saldırganlık düzeylerini azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir.

Birinci ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimde akran eğitimine karşı görüşlerinin odak gruplar oluşturularak incelendiği bir çalışmada, akran eğitimi sonucunda birinci sınıf öğrencilerinde anksiyete düzeyinin azaldığı ve hem eğitim alan hem de veren öğrenciler açısından olumlu katkı sağlandığı belirtilmiştir (Mete ve ark., 2011). Hemşirelik öğrencileri ile akran eğitimi yöntemini destekleyen Sosyal Öğrenme Kuramı'na dayandırılarak yürütülen sosyal projelerin, hemşirelik öğrencilerinde liderlik, problem çözme ve atılganlık becerilerinin gelişimi üzerine etkisini incelemek amacıyla çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda, öğrencilerin akran eğitimi ile atılganlık, liderlik ve problem çözme becerilerinin geliştiği belirlenmiştir (Zincir, Erten, Seviğ, ve Özkan, 2014). Hemşirelik öğrencilerine akran eğitimciler ile verilen üreme sağlığı eğitimi, aile planlaması yöntemlerini öğretmede sınırlı etki gösterirken üreme sağlığı tanımını, gelişigüzel cinsel yaşamın risklerini, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon isimlerini, belirtilerini ve bulaşma yollarını öğretmede ve üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede etkili olduğu belirtilmiştir (Aşçı ve ark., 2016).

Araştırmalar sonucunda iyi yapılandırılmış akran eğitiminin, temellendirdiği işbirlikçi öğrenme tekniği ile öğrencilerin eğitimine olumlu yönde katkı sağladığı kanıtlanmıştır. Literatürde ortaokul ve lise öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen araştırma-

**Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri (N=211)**

Değişkenler	Alt Gruplar	n	%
<b>Sınıf düzeyi</b>	1. Sınıf	58	27,5
	2. Sınıf	52	24,6
	3. Sınıf	53	25,1
	4. Sınıf	48	22,7
<b>Daha önce akran eğitimi alma durumu</b>	Evet	11	5,2
	Hayır	200	94,8

lar bulunmakla birlikte (Kırmızıtoprak ve Şimşek, 2011; Yaslı, Horasan, ve Bati, 2012; Şimşek ve Kırmızıtoprak, 2013; Yelpeze ve Özkamalı, 2015) konu ile ilgili hemşirelik öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen araştırma sınırlıdır (Mete ve ark., 2011; Zincir ve ark., 2014; Aşçı ve ark., 2016). Bu nedenle hemşirelik öğrencileri için yapılandırılmış bir akran eğitimi planlanmasına temel hazırlayacak olan öğrencilerin akran eğitiminde talep ettikleri konuların belirlenmesi önemlidir.

#### **Amaç**

Araştırmada bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik bölümü öğrencilerinin akran eğitimine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

#### **Araştırma Soruları**

1. Öğrenciler hangi konularda akran eğitimi talep etmektedir?
2. Öğrencilerin akran eğitimi konusunda olumlu görüşleri nelerdir?
3. Öğrencilerin akran eğitimi konusunda olumsuz görüşleri nelerdir?

#### **Yöntem**

##### **Araştırmanın Tasarımı ve Yapıldığı Yer**

Araştırma 2017-2018 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Döneminde, İstanbul ilinde bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümündeki öğrenciler ile tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

##### **Araştırma Evreni ve Örneklemi**

Araştırma evrenini, üniversitede öğrenim gören 282 hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem sayısının belirlenmesinde herhangi bir örneklem hesaplamasına gidilmemiş olup, evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Örneklemi; araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve evrenin %75'ini oluşturan 211 öğrenci oluşturmuştur.

##### **Veri Toplama Araçları**

Veri toplama araştırmacılar tarafından ilgili literatür tara-

narak ve uzman görüşü alınarak oluşturulan 14 soruluk "Hemşirelik Eğitimi Alan Öğrencilerin Akran Eğitimi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi Veri Toplama Formu" kullanılmıştır. Bu form hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik verilerini (cinsiyet, eğitim yılı) ve akran eğitimi ile ilgili görüşlerini (akranın kelime anlamı, hangi konularda akran eğitimi istendiği, eğitimin hangi yılında başlanması gerektiği, daha önce akran eğitimi alma durumu, akran eğitiminin düşünülen avantajları, akran eğitiminin düşünülen dezavantajları, öğrenmede kalıcılık sağlama düşüncesi, hemşirelik bakım ve uygulamalarını kolaylaştırma düşüncesi) değerlendiren sorulardan oluşmaktadır.

##### **Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma izni üniversitenin etik kurulundan 15.02.2018 tarihinde 2018-2/59 nolu karar ile alınmış olup; 27.02.2018 tarihinde de kurum izni alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

##### **Verilerin Toplanması**

Hazırlanan anket formunun değerlendirilebilmesi için uygulama öncesi on öğrenci ile ön çalışma yapılmış olup, bu öğrenciler araştırmaya dahil edilmemiştir. 2017-2018 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Dönemi içerisinde öğrencilere çalışma ile ilgili bilgilendirilme yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere veri toplama anketi ve bilgilendirilmiş yazılı onam formu dağıtılarak veriler toplanmıştır.

##### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler istatistik programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma dağılımından yararlanılmıştır. Nominal veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ki kare ( $\chi^2$ ) testi yapılmıştır.

#### **Bulgular**

Çalışmaya katılanların 188 (%89,1)'ini kadınlar, 23 (%10,9)'ünü erkekler oluşturmaktadır. Sınıflar arası çalış-

Tablo 2. Öğrencilerin Akran Eğitimi ile İlgili Görüşleri (N=211)

Değişkenler	Alt Gruplar	n	%
<b>Akran eğitiminin kelime anlamı*</b>	Yaşıt destekli öğretim	161	76,3
	Akran danışmanlığı	63	29,9
	İşbirlikçi öğretim	50	23,7
	Akran özdeşimi ile sosyal öğretim	78	37,0
	Akran mentorlüğü	34	16,1
<b>Akran eğitimi talep edilen genel konular*</b>	Diyabete uyum	92	43,6
	Sigaradan korunma	144	68,2
	Kilo kontrolü	133	63,0
	Cinsel sağlık	122	57,8
	Akademik başarı	151	71,6
	Simülasyon eğitimi	92	43,6
<b>Hemşirelik eğitiminde talep edilen akran eğitimi konuları*</b>	Oryantasyon süreci	106	50,2
	İlaç doz hesaplamaları	120	56,9
	İngilizce eğitimi	97	46,0
	Kariyer planlama	146	69,2
	Simülasyon beceri uygulamaları	109	51,7
<b>Akran eğitiminin uygulanmaya başlanması talep edilen sınıf düzeyi*</b>	1. Sınıf	130	61,6
	2. Sınıf	58	27,5
	3. Sınıf	17	8,1
	4. Sınıf	15	7,1
<b>Akran eğitiminin öğrenimde kalıcılık sağlama düşüncesi</b>	Evet	195	93,3
	Hayır	14	6,7
<b>Akran eğitiminin hemşirelik bakım ve uygulamalarını kolaylaştırma düşüncesi</b>	Evet	192	91,9
	Hayır	17	8,1

\* Her katılımcı birden fazla şık işaretlemiştir.



maya katılım oranları birbirine yakın olup, öğrencilerin yalnız %5,2'sinin daha önce akran eğitimi aldığı ve aldığı eğitimden beklentilerinin karşılandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin büyük bir kısmı (%76,3) akran eğitiminin kelime anlamını yaşıt destekli öğretim olarak ifade etmiştir. Akran eğitiminde en çok talep edilen konular akademik başarı (%71,6), sigaradan korunma (%68,2), kilo kontrolü (%63,0) ve cinsel sağlıktır (%57,8). Hemşirelik eğitimi ile ilgili konularda ise kariyer planlama (%69,2) ve ilaç doz hesaplamalarıdır (%56,9). Tablo 2'de öğrencilerin akran eğitimi ile ilgili görüşlerine yer verilmiştir.

Hemşirelik eğitiminde akran eğitimi almaya yönelik öğrencilerin olumlu görüşleri incelendiğinde öğrencilerin kliniğe ve uygulamalara ilişkin anksiyetesini azaltacağı ( $p=0,001$ ), akran grubunda eğitim konularını daha rahat konuşulup öğrenileceği ( $p=0,001$ ), kişiyi cesaretlendirip, programa katılımını arttıracacağı ( $p=0,001$ ) düşünceleri gözlenmiştir. Ayrıca iş birliği ve takım ruhunun gelişeceğini ( $p=0,001$ ), eşit statüye sahip olduğunu hissetme ile işbirlikçi öğrenme ilişkisi kurulacağını ( $p=0,001$ ) bireyin otoriteden uzakta daha rahat konuşup rahat hareket edeceğini ( $p=0,006$ ) ve liderlik yeteneği olan gençlere liderlik deneyimi sağlayacağını ifade edenlerin oranları ile bu görüşü onaylamayanların oranı arasında anlamlı olarak fark saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelik eğitiminde akran eğitimi almaya yönelik öğrencilerin olumsuz görüşleri incelendiğinde, seçilen akranların iyi birer öğretene olamama ihtimali olmasını ( $p=0,001$ ), kişilerin kendi akran mentorlerini seçmemesi durumunu ( $p=0,001$ ), yeni bir öğretim yöntemi olmasına bağlı anksiyete yaşanabileceğini ( $p=0,001$ ) ifade edenlerin oranları ile bu görüşü onaylamayanların oranı arasında anlamlı olarak fark saptanmıştır (Tablo 3).

Öğrencilerin %92,4'ü akran eğitimi sonrası öğrenmede kalıcılık olacağını ifade ederken %91'i ise akran eğitiminin hemşirelik bakım ve uygulamalarını kolaylaştıracağını ifade etmiştir.

## Tartışma

Akran eğitiminin öğrencilerin becerilerini olumlu yönde etkilediği ve öğrenmeyi kolaylaştırdığı birçok çalışmada belirtilmiştir (Yeniçeri ve ark., 2003; Gill ve ark., 2006; Zincir ve ark., 2014; Pålsson ve ark., 2017). Öğrencilerin liderlik rollerinin geliştirilmesi ve kaliteli öğrenme ortamlarının yaratılması adına geleneksel eğitimlerin yanı sıra akran destekli öğrenme tekniklerinin de kullanılması verimli bir eğitim için önem taşımaktadır.

Araştırmamıza dahil olan öğrencilerin yalnız %5,2'sinin daha önce akran eğitimi aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğunun hiç akran eğitimi almamış olmasına karşın, akran eğitimi konusunda olumlu görüşlerinin fazla olması dikkat çekmektedir. Buna klinik alanlarda ve sınıf ortamında öğrencilerin birbirlerine verdikleri yapılandırılmamış akran desteğine duydukları memnuniyetin neden olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin genel olarak akran eğitiminde en çok talep ettikleri konular sırasıyla akademik başarı planlaması, sigaradan korunma, kilo kontrolü ve cinsel sağlığı olduğu dikkat çekmektedir. Hemşirelik eğitimlerinde ise öğrenciler akranlarından sırasıyla kariyer planlama, ilaç doz hesaplamaları, simülasyon beceri uygulamaları, oryantasyon süreci ve İngilizce eğitimi gibi konuları talep etmişlerdir. Literatürde iyi yapılandırılmış akran eğitim modelinin öğrencilerin okul başarısı üzerinde olumlu yönde etkisinin olduğu belirtilmiştir (Leung, 2015; Marotta, 2017). Çalışmalarla benzer olarak öğrencilerimizin %71,6'sı akademik başarıyı arttıracığını düşündükleri için akran eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir. Akran eğitiminin hemşirelik eğitiminde olumlu etkilerinin gözlenebilmesi için öğrencilerin eğitim ihtiyaçlarının belirlenerek eğitim yapılandırılması önemlidir.

Hamrin ve ark. (2006) akran destek gruplarının eğitimdeki etkinliğini değerlendirmek üzere yaptıkları bir çalışmada, akran desteği alan hemşire öğrencilerin kendilerine olan güvenlerinin olumlu yönde arttığı ve bu öğrencilerin liderlik özellikleri gösterdiği belirtilmiştir. Araştırma sonucumuzda benzer şekilde öğrencilerin %65,4'ü akran grubunda iş birliği ve takım ruhunun gelişeceğini ifade etmekle birlikte, eşit statüye sahip olduğunu hissetme ile işbirlikçi öğrenme ilişkisi kurulacağını savunmuştur. Öğrencilerin %40,8'i de akran grubunun liderlik yeteneği olan gençlere liderlik deneyimi sağlayacağını ifade etmiştir. Aşçı ve arkadaşlarının (2016) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada akran eğitim modeli kullanımının akran eğitimcilerin ve öğrenenlerin özgüvenlerini artırdığı, öğretme ve öğrenmeye yönelik motivasyonu yükselttiği belirtilmiştir. Araştırmamızda bu çalışmayla benzer olacak şekilde öğrencilerin %59,2'si akran eğitiminin kendilerine olan güveni arttıracığını ifade ederken, akran grubunda eğitim konularını daha rahat konuşulup öğrenileceğini ifade edenlerin oranları anlamlı olarak farklı çıkmıştır. Öğrencilerin %72,5'i akran eğitiminin kişiyi cesaretlendireceğini ve geleneksel yöntemlerle eğitim alan öğrencilere göre öz-yeterlik düzeyini arttıracığını ifade etmiştir. Çalışmalarla benzer şekilde bu çalışmada öğrencilerin tamamına yakını akran eğitimi sonrası öğrenmede kalıcılık olacağını, akran eğitiminin hemşirelik bakım ve uygulamalarını kolaylaştıracağını savunmuştur.

Akran eğitiminde, akranların birbirleri arasında pozisyon farklılığının olmaması, uygulama ve öğrenme açısından uygun bir ortamın oluşmasına neden olmakta ve anksiyeteyi azaltmaktadır. Avriam ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılan bir çalışmada; ilk kez kliniğe çıkan öğrencilerin yaşadıkları korkuyu, anksiyeteyi azaltmak ve klinik öğrenme becerilerini artırmak amacıyla dördüncü sınıf intörn hemşireler ile çalışmışlardır. Başka bir çalışmada ilk kez klinik uygulamaya çıkan birinci sınıf hemşirelik öğrencileri ile akran eğitimi yapacak olan dördüncü sınıf öğrencilerinin akran eğitimi yöntemine yönelik görüşleri sorgulanmış ve birinci sınıf öğrencilerinde anksiyetenin azaldığı belirtilmiştir (Mete ve ark., 2011). Çalışmamızda da

Tablo 3. Öğrencilerin Hemşirelik Eğitiminde Akran Eğitimi İle İlgili Görüşleri (N=211)

Hemşirelik eğitiminde akran eğitimi almaya yönelik öğrencilerin görüşleri	Evet		Hayır		x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Olumlu Görüşler</b>						
Kliniğe ve uygulamalara ilişkin anksiyetenin azalmasını sağlar.	164	77,7	46	21,8	66,305	<b>0,001*</b>
Akran grubunda eğitim konuları daha rahat konuşulur ve öğrenilir.	154	73,0	56	26,5	45,733	<b>0,001*</b>
Akran eğitimi kişiyi cesaretlendirir ve programa katılımını artırır.	153	72,5	57	27,0	43,886	<b>0,001*</b>
Akran grubunda işbirliği ve takım ruhunu öğrenim gelişir.	138	65,4	72	34,1	20,743	<b>0,001*</b>
Akran grubunda eşit statüye sahip olduğunu hissetme ile işbirlikçi öğrenme ilişkisi kurulur.	132	62,6	78	37,0	13,886	<b>0,001*</b>
Akran grubunda birey otoriteden uzakta daha rahat konuşur, rahat hareket eder.	125	59,2	85	40,3	7,619	<b>0,006*</b>
Akran eğitimcileri, arkadaşlarıyla daha uzun vakit geçirdikleri için bilgileri daha etkili bir şekilde aktarabilir.	115	54,5	95	45,0	1,905	0,168
Akran eğitimi sürecinde düzeltmeler anında olup, yanlışlar hızlı bir şekilde düzeltilebilir.	91	43,1	119	56,4	3,733	0,053
Akran grubu liderlik yeteneği olan gençlere liderlik deneyimi sağlar.	86	40,8	124	58,8	6,876	<b>0,009*</b>
<b>Olumsuz Görüşler</b>						
Seçilen akranların iyi birer öğretene olamama ihtimali vardır.	145	68,7	65	30,8	30,746	<b>0,001*</b>
Öğreten ve öğrenen akran arasında eşit bir ilişki kurulamama riski vardır.	116	55,0	94	44,5	2,305	0,129
Kişilerin kendi akran mentorlerini seçememesi durumu vardır.	76	36,0	134	63,5	16,019	<b>0,001*</b>
Yeni bir öğretim yöntemi olmasına bağlı anksiyete yaşar.	48	22,7	162	76,8	61,886	<b>0,001*</b>

\*p<0,05 X<sup>2</sup>= Ki-kare testi

öğrencilerin büyük çoğunluğu, akran eğitiminin kliniğe ve uygulamalara ilişkin anksiyeteyi azaltacağını bildirmiştir. Ancak aynı çalışmada anksiyeteyi azaltacağını savunan öğrenciler gibi yeni bir öğretim yöntemi olmasına bağlı anksiyete yaşayabileceğini düşünen öğrencilerin de olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle akran eğitimi uygulaması öncesinde eğitimin planı, amacı, içeriği ve süresi gibi bilgilendirmelerin hem akran öğreticilerine hem de akran öğrenenler ile paylaşılması önem taşımaktadır.

Akran eğitimi üzerine yapılan çalışmalarda, eğitim ancak iyi yapılandırılırsa olumlu sonuçlar vereceği gösterilmiştir (Shenderovich ve ark., 2016). Yaslı ve ark. (2012) lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada akran eğitimi programının gençlerin sigara içme davranışı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni büyük örneklem grubunun ve uzun izlem döneminin (1 yıl) olmaması, akran eğitimcilerinin popüler olmaması ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda ise öğrencilerin %68,7'si seçilen akranların iyi birer öğretmen olamama ihtimali olabileceği için ve %36'sı da kişiler kendi akran mentorlerini seçemediği için çalışmanın planlayıcılar tarafından iyi yapılandırılması gerektiğini savunmuştur.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezli bir çalışma olarak gerçekleştirildiğinden, araştırmadan elde edilen sonuçlar genellenemez. Çalış-

madan elde edilen sonuçlar, bu çalışmadaki hemşire öğrencilerin öz bildirimlerini yansıtmaktadır.

#### Sonuç

Akran eğitiminde işbirlikçi öğrenme ile öğrencilerin davranışlar üzerinde akran etkisini olumlu yönde kullanması amaçlanmaktadır. Bu eğitimde akran grubunun olumlu özelliklerinden, akranların sosyal etkileşiminden ortaya çıkan sosyal öğrenmeden yararlanılmaktadır. Bu araştırmada akran eğitimi ile ilgili hemşirelik öğrencilerinin görüşleri incelenmiş olup bu eğitim yöntemi ile hemşirelik mesleğine; özgüveni, akademik başarısı yüksek, liderlik yönü, takım ruhu gelişmiş, beceri ve uygulamalarına hakim meslek üyeleri kazandırılacağı düşünülmektedir. Çalışma sonucunda öğrencilerin akran eğitimi konusunda görüşlerinin olumlu olduğu ancak çoğunluğunun bu eğitimi almadığı belirlenmiştir. Bu nedenle akran eğitiminin kullanımının yaygınlaştırılması; akran eğitimi öncesinde, eğitim amacına yönelik olarak akran öğreticilerinin yeterliliklerinin gözden geçirilmesi, rollerini iyice kavramaları için akran eğitimi sırasında yaşayabileceği sorunların belirlenmesi ve bu sorunların çözümü için teşvik edilmesi önerilmektedir. Ayrıca yapılandırılmış bir akran eğitimi öncesi hemşirelik bölümü öğrencilerinin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekmektedir.

#### Kaynaklar

- Abaan, S., Duygulu, S., & Uğur, E. (2012). Peer mentoring: A way of developing internal locus of control to empower new nursing students. *Sağlık Bilimleri Hemşirelik Dergisi*, 24-35.
- Alp, H. (2016). Okul öncesi dönemdeki çocukların saldırgan davranışları ve sosyalleşme süreçlerine akran eğitimi ve oyun etkinliklerinin etkisi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2, 636-658. doi: 10.24289/ijsser.279073
- Aşçı, Ö., Gökdemir, F., & Çiçekoğlu, E. (2016). Hemşirelik öğrencilerine akran eğitimciler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3, 173-183. doi: 10.17681/hsp.56193
- Ayaz, S., & Açıllı, D. (2015). Comparison of peer education and the classic training method for school aged children regarding smoking and its dangers. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, e3-e12. doi: 10.1016/j.pedn.2014.11.009
- Blanch, S., Duran, D., Flores, M., & Valdebenito, V. (2012). The effects of a peer tutoring programme to improve the reading comprehension competence involving primary students at school and their families at home. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 1684-1688. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.05.361
- Blowers, S., Ramsey, P., Merriman, C., & Grooms, J. (2003). Patterns of peer tutoring in nursing. *Journal of Nursing Education*, 42, 204-211.
- Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2017). Enhancing empowerment in eating disorder prevention: Another examination of the rebel peer education model. *Eating Behaviors*, 25, 38-41. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.05.003

- Bryer, J. (2011). Peer tutoring program for academic success of returning nursing students. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 43, 20-22.
- Çövener, Ç., & Ocakçı, A. F. (2013). Tip 1 diyabet yönetimi: Bir hemşirelik modeli örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10, 30-7.
- Dickinson, D. (2006). Fighting for life: South African HIV/AIDS peer educators as a new industrial relations actor?. *British Journal of Industrial Relations*, 44, 697-717. doi: 10.1111/j.1467-8543.2006.00520.x
- Gazula, S., McKenna, L., Cooper, S., & Paliadelis, P. (2016). A systematic review of reciprocal peer tutoring within tertiary health professional educational programs. *Health Professions Education*, 3, 64-78. doi: 10.1016/j.hpe.2016.12.001
- Gill, D., Parker, C., Spooner, M., Thomas, M., Ambrose, K., & Richardson, J. (2006). Tomorrow's doctors and nurses: peer assisted learning. *The Clinical Teacher*, 3, 13-18. doi: 10.1111/j.1743-498X.2006.00087.x
- Hamrin, V., Weycer, A., Pachler, M., & Fournier, D. (2006). Evaluation of peer-led support groups for graduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 45, 39-43.
- Kırmızıtoprak, E., & Şimşek, Z. (2011). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 10, 463-472.
- Korkmaz, M., & Kiran Esen, B. (2012). The effects of peer-training about secure internet use on adolescents. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 4, 180-187.
- Leung, K. C. (2015). Preliminary empirical model of crucial determinants of best practice for peer tutoring on academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 107, 558-579.

MacPherson, S. L., Joseph, D., & Sullivan, E. (2004). The benefits of peer support with diabetes. *Blackwell Publishing Ltd, in Nursing Forum*, 39, 5-12. doi: 10.1111/j.1744-6198.2004.tb00009.x

Marotta, L. (2017). Peer effects in early schooling: Evidence from Brazilian primary schools. *International Journal of Educational Research*, 82, 110-123. doi: 10.1016/j.ijer.2017.01.008

Mete, S., İsbir, G. G., Tokat, M. A., & Vural, F. (2011). An investigation of the views of nursing students about peer education in clinical education. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8, 16-25. Doi:

Pålsson, Y., Mårtensson, G., Swenne, C. L., Ådel, E., & Engström, M. (2017). A peer learning intervention for nursing students in clinical practice education: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 51, 81-87. doi: 10.1016/j.nedt.2017.01.011

Shenderovich, Y., Thurston, A., & Miller, S. (2016). Cross-age tutoring in kindergarten and elementary school settings: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Educational Research*, 76, 190-210. doi: 10.1016/j.ijer.2015.03.007

Steginga, S. K., Pinnock, C., Gardner, M., & Dunn, J. (2005). Evaluating peer support for prostate cancer: the Prostate Cancer Peer Support Inventory. *BJU International*, 95, 46-50. doi: 10.1111/j.1464-410X.2005.05247.x

Şimşek, Z., & Kırmızıtoprak, E. (2013). Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *Turkish Journal of Public Health*, 11, 1-10. doi: 10.20518/tjph.173072

Türk Dil Kurumu (2006). Akran kelime anlamı. Erişim tarihi 18.03.2017, [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.58cd5269e46156.88873476](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.58cd5269e46156.88873476)

Yaslı, G., Horasan, G. D., & Bati, H. (2012). Gençlerde sigaradan korunma konusunda akran eğitimi programının etkinliği. *Turkish Journal of Public Health*, 10, 59-67. doi: 10.20518/tjph.173065

Yava, A., & Çiçek, H. S. (2016). Hemşirelik eğitiminde yeni bir yaklaşım: akran koçluğu a new approach in nursing education: Peer Coaching. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3, 65-71.

Yelpaze, İ., & Özkamalı, E. (2015). Akran aracılı sosyal beceri eğitimi programının 6-7-8. sınıf öğrencilerinin saldırganlık düzeylerine etkisi. *University of Gaziantep Journal of Social Sciences*, 14, 499-511.

Yeniçeri, N., Özçakar, N., Mevsim, V., & Güldal, D. (2003). Kliniğe giriş uygulamalarında yeni bir yöntem: akran eğitimi [A new method in clinical practice introduction: peer education]. *Tıp Eğitimi Dünyası [Medical Education World]*, 12, 6-11.

Zincir, H., Erten, Z. K., Seviğ, E. Ü., & Özkan, F. (2014). Akran eğitimi yöntemi kullanılarak yürütülen sosyal projelerin liderlik, problem çözme ve atılganlık becerilerinin gelişimine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7, 19-25.

Derleme Makale / Review

## Müzik Terapi ve Yaşlı Sağlığı<sup>1</sup>

### Music Therapy and Elderly Health

Didem Kurap Öcebe<sup>2</sup> , Merve Kolcu<sup>3</sup> , Kadriye Uzun<sup>4</sup> 

<sup>2</sup>Yüksek Lisans Öğrencisi Didem Kurap Öcebe  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Bilimleri/Istanbul  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-1362-9372>

<sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi Merve Kolcu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı/Istanbul  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-8187-4767>

<sup>4</sup>Yüksek Lisans Öğrencisi Kadriye Uzun  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Bilimleri/Istanbul  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-2832-2429>

**Sorumlu yazar / Corresponding author:** Didem Kurap Öcebe  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Bilimleri/Istanbul  
E-posta: ddm\_krp@hotmail.com

#### Bildiri

<sup>1</sup>Bu makale 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (23-26.04.2018, Ankara).

**Geliş tarihi / Date of receipt:** 10.01.2019

**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 18.07.2019

**Atrf / Citation:** Kurap-Öcebe D, Kolcu M, Uzun K. (2019). Müzik terapi ve yaşlı sağlığı. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 112-115.

#### ÖZ

Müzik, insanın zihinsel ve ruhsal gelişimi için önem taşımaktadır. Müziğin hastaların tedavisinde eski çağlardan günümüze kadar kullanıldığı bilinmektedir. Müzik terapi; insan davranışında olumlu değişimler yaratarak yaşamın değerini artıran müzik uygulamasıdır. Müzik terapinin tıbbi, kurumsal ve eğitimsel çerçevede çocuk, genç ve yetişkinler ile kullanılan birçok fonksiyonlarının yanı sıra yaşlılar üzerindeki faydaları da daha fazla dikkate alınmaktadır. Yaşlılarda müzik terapinin etkinliğinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, çaresizlik ve depresyon duygularının azaldığı belirlenmiştir. Müzik terapi uygulaması yapılan yaşlıların uyumlu davranışlar sergiledikleri özellikle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha bağımsız oldukları saptanmıştır. Kronik hastalıkların daha sık görüldüğü yaşlılık döneminde yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunacak müzik terapi uygulamaları hemşireler tarafından bağımsız olarak uygulanabilir niteliktedir. Hemşire liderliğinde yaşlı bireyin ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştirilecek etkin müzik terapi programları yaşlı bireylerin iyilik halinin artırılmasına katkı sağlayacaktır. Türkiye'de müzik terapi sertifikalı eğitim programı ile sertifika alabilen hemşireler, yaşlı bireylerde müzik terapiyi bağımsız olarak uygulayabilmektedirler. Bu makalede, müzik terapinin yaşlı sağlığı üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik; müzik; müzik terapi; yaşlı.

#### ABSTRACT

Music is important for spiritual development of a person. There is a historical background of the use of music in the treatment of patients, which has been extended from the ancient ages to the present day. Music therapy is a musical practice that increases the value of personal life by creating positive changes in people. Furthermore, various functions of music therapy used with children, young people, and adults in the medical, institutional and educational context, the benefits for the elderly are also increasingly taken into account. Studies of the effectiveness of music therapy in the elderly have shown that feelings of helplessness and depression are diminishing. It has been observed that the elderly who are practicing music therapy are more independent than those who perform harmonious behaviors, especially performing daily life activities. The music therapy applications which contribute to the increase of the quality of life in the old age period in which the number of chronic diseases is increased can be applied independently by the nurses. Effective music therapy programs to be carried out in line with the needs of the elderly person under the leadership of the nurse will contribute to increasing the well being of elderly individuals. Certified nurses can receive certificates with music therapy training program in Turkey may apply music therapy independently in elderly people. In this article, it is aimed to examine the effect of music therapy on elderly health.

**Keywords:** Elderly; nursing; music; music therapy.

## Giriş

Günümüz dünyasında tıpta ve teknolojide yaşanan gelişmeler sonucunda, hastalıklar ortaya çıkmadan önlenilmekte ya da başarılı bir biçimde tedavi edilebilmektedir. Buna bağlı olarak dünyadaki yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Aynı zamanda kentleşmenin artması, ataerkil aile yapısından çekirdek aile yapısına geçişin hızlanması, çocuklar ile yaşanan sorunlar ve eşlerden birinin ölümü gibi durumlar nedeniyle zorlaşan bakım sonucunda huzurevlerinde yaşayan yaşlıların sayısı giderek artmaktadır. İnsan yaşamının her döneminde önemli bir yere sahip olan müziğin, kronik hastalıkların arttığı yaşlılık döneminde de nörolojik, mental ve psikolojik yönden pek çok olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir (Brotons & Koger, 2000; Ak, 2016; Altan Sarıkaya ve Oğuz, 2016).

Yaşlı hastaların duygu ve düşüncelerinde anlamlı tepkilerin ortaya çıkmasını sağlayan müzik terapinin yaşlı sağlığı üzerine etkisini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Chang ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada demans tanısı konan yaşlılarda müzik terapinin anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır. Cohen ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada da müzik terapi uygulanan yaşlılarda ilaç tüketiminin azaldığı belirlenmiştir. Bu makalede, müzik terapinin yaşlı sağlığı üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## Müzik Terapi

“Müzik terapi” sanat anlamında kullanılan “müzik” kelimesi ile hastaların bakım ve tedavileri için gerekli önlemlerin alınması anlamını taşıyan “terapi” kelimelerinin birlikte kullanılmasıyla oluşmuştur (Birkan, 2014). Dünya Müzik Terapisi Federasyonu’na göre müzik terapi; “Bir kişi veya grubun fiziksel, duygusal, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerksinim duyduğu iletişim, ilişki, öğrenme, ifade, mobilizasyon, organizasyon ve diğer ilgili terapötik etkenleri geliştirmek ve artırmak için müziğin ve/veya müzikal elemanların (ses, ritim, melodi ve harmoni) eğitim almış bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması” olarak tanımlanmıştır (World Federation of Music Therapy, 2011).

Yaklaşık 2500 yıldır kullanılan bir yöntem olan müzik terapi; dinleme özelliğinin yanı sıra iletişim kurma ve psikolojik tedavi için de kullanılmıştır. Müzik; son yıllarda “müzik terapi” adı altında özel bir tedavi aracı olarak ele alınmış olup, bilimsel ve metodolojik olarak kullanılmaya başlanmıştır (Karamızrak, 2014; Ak, 2016).

Amerika Birleşik Devletleri Müzik Terapi Birliği’ne göre müzik terapi; “müzik terapisi programını tamamlamış olan sertifikalı profesyonel tarafından müzik müdahalelerinin klinik ve kanıt dayalı kullanımını” şeklinde tanımlanmıştır. (American Music Therapy Association, 2014). Bu tanım; müzik terapinin alternatif tedavi yöntemi olmadığını, geleneksel tıbbi uygun, kendine özel kuralları olan, bilimsel tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri’nde yaklaşık 200’ü hastane personeli olmak üzere 5000’in üzerinde müzik terapisti bu yöntemi hastanelerde, kliniklerde,

gündüz bakımevlerinde, okullarda, madde bağımlılık merkezlerinde ve benzeri birçok yerde uygulamaktadır (Wall & Duffy, 2015; Werner et al., 2015).

Türkiye’de Müzikterapi Sertifikalı Eğitim Programı 04 Şubat 2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş ve Bakanlık Makamının 13/07/2016 tarihli ve 469 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir. Müzikterapi Sertifikalı Eğitim Programı Standartları’na göre sağlık meslek ve müzik alanı mensupları bu eğitim programına katılabilmekte olup, bu madde gereği hemşirelerin de müzik terapi eğitim sertifikası alması mümkündür (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016).

## Müzik Terapinin Sağlık Üzerine Etkisi

Müzik terapinin geçmişi çok eskidir. Tarihte ilk olarak Homera ameliyatlarda, Aesculape sağlığı tedavi etmek amacıyla müzikten yararlanmıştır. Sokrates’in öğrencisi Eflatun da M.Ö. 400 yıllarında müziğin, ruhun derinliklerini etkileyerek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiştir (Karamızrak, 2014; Ray & Mittelman, 2015). Yapılan araştırmaların artmasıyla birlikte makamların şifaları ve hangi vakitlerde uygulanması gerekliliği belirlenmiştir (Birkan, 2014; Ray & Mittelman, 2015). Farabi müziğin makamlarını ruha olan etkilerini şu şekilde sınıflandırmıştır (Kaçar Yahya, 2008).

*Rast*: Seher vaktinde dinlenmesi daha etkindir ve mutluluk verir.

*Rehavi*: Seher vaktinde dinlenmesi daha etkindir ve sonsuzluk hissi verir.

*Köçek*: Hassasiyet ve duyarlılık hissi verir.

*Büzürk*: Çekingenlik duygusu verir.

*İsfahan*: Güven hissi verir.

*Neva*: Ferahlık hissi verir.

*Uşak*: Mutluluk verir.

*Zirgüle*: Uyku hali verir.

*Saba*: Cesaret, kuvvet ve azim verir.

*Buselik*: Kuvvet verir.

*Hüseyni*: Huzur ve rahatlık verir.

*Hicaz*: Alçakgönüllülük duygusu verir.

*Nihavend*: Sakinlik ve huzur verir (Kaçar Yahya, 2008; Erer ve Atıcı, 2010; Gökalp, 2015).

Yapılan çalışmalarda müzik terapinin sağlık üzerine olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur. Amaral ve arkadaşlarının (2016) yaptığı meta analiz çalışmasında müziğin kan basıncını düşürdüğü belirlenmiştir. Bekiroğlu’nun (2011) Türk müziğinin yaşlı hipertansiflerde kan basıncı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hastalara 28 gün müzik terapi uygulaması yapıldıktan sonra sistolik kan basıncında önemli azalma olduğu bulunmuştur.

Chan ve arkadaşlarının (2010) yaşlı hastalarda müzik terapinin uyku kalitesi ve depresyon üzerine etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada, müzik terapinin hastaların uyku kalitesinde artış ve depresyon puanlarında ise önemli ölçüde düşüş

olduğu saptanmıştır. Altan Sarıkaya ve Oğuz (2016)'un bellek sorunu ve iştme problemi olan 31 yaşlı birey ile gerçekleştirdiği çalışmada, müzik terapi uygulamasının uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Werner ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada depresyon tanısı olan 117 kişiye uygulanan iki haftalık müzik terapi sonucunda depresyon semptomlarının azaldığı saptanmıştır. Gökalp (2015) tarafından yapılan çalışmada; müzik terapinin strese karşı nöro-endokrin yanıtın etkisini azalttığı bulunmuştur.

### Yaşlılarda Müzik Terapi ve Hemşirelik

Müzik terapinin önemi ve tedavi ile ilişkisi 1800'lü yılların başlarında Florence Nightingale tarafından vurgulanmıştır. Nightingale; müziği konforu korumak ve geliştirmek için terapötik bir uygulama olarak kullanmış, hastaların iyileşmesinde uygun müzik kullanımının gücünü kabul etmiş ve müzik terapiyi iyileşme sürecinin bir parçası olarak tanımlamıştır (Akın, 2007; Pittman & Kridli, 2011). Çevrenin insan üzerindeki etkisini inceleyen Nightingale, nefesli çalgıların hastalarda olumlu etkisi olduğunu ifade etmiş ve Hemşirelik Üzerine Notlar isimli kitabında özellikle insan sesiyle beraber kullanılan üflemeli ve yaylı çalgılarla yapılan müziğin olumlu etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Nightingale; ışık, temiz hava, beslenme gibi temel gereksinimlerle resim, çiçek, müzik gibi çevresel etmenleri, beden ile ruhun bağlantısını geliştirmek için kullanmıştır (Ingersoll & Schaper, 2013).

Hemşire Isa Maud Ilsen ise 1926 yılında hastanelerde müziğin kullanılması için Ulusal bir dernek (The National Music Company for Hospitals) kurmuştur. Ilsen, müziğin fiziksel rahatsızlık ve ağrıyı gidermede kullanılabileceğine inanmış, ritmin müzikte tedavi edici bir bileşen olduğunu belirtmiştir (Groen, 2007; Kneafsey, 2007; Ingersoll & Schaper, 2013).

Amerikan Holistik Hemşirelik rehberi içindeki son uygulamalar ve standartlarda, terapilerin hemşirelik uygulamaları içinde kullanılması önerilmiştir. Holistik hemşirelik uygulamaları kapsamında en sık kullanılan tamamlayıcı ve alternatif terapiler içinde kognitif tedavi, refleksoloji, beslenme, egzersiz ve hareket, mizah ve oyun, aktif pasif gevşeme, meditasyon, yoga, müzik terapi, aroma terapi ve yazı yazma yer almaktadır (Bekiroğlu,

2011; Lök ve Bademli, 2016). Ayrıca Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflandırılması (NIC) kapsamında müzik terapi bir hemşirelik uygulaması olarak kabul görmüş ve müziğin duygu, davranış ve insan fizyolojisi üzerindeki olumlu değişimlere ulaşmada yardımcı olduğu ifade edilmiştir (Johnson et al., 2012).

Müzik terapi ile ilgili yapılan çalışmalarda, müziğin bireylerin gevşemesini, iyileşmesini ve konforunu sağlayan, ağrı, endişe, depresyon, yorgunluk, bulantı ve kusmayı azaltan, yaşam kalitesini ve konforu arttıran bir girişim olduğu belirtilmektedir (Akın, 2007; Cooper & Foster, 2008; Olofsson & Fossum, 2009; Çiftçi, 2011; Kelleci ve Ata, 2011). Yaşlılarda müzik terapinin etkisini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmaktadır. Thomas ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, hemşirelik girişimlerinde müzik terapi uygulamalarına yer verilmesi ile anksiyete ve depresyon belirtileri, anormal motor aktivite ve uyku bozukluklarında azalma olduğu, pozitif duyguların arttığı ve ajitasyonun azaldığı, demansa bağlı davranışlarda olumlu yönde değişimlerin olduğu belirlenmiştir.

Günümüzde müzik terapinin hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabileceği bir yöntem olduğu ve hemşirelik hizmetlerinde önem teşkil ettiği vurgulanmaktadır (Chang & Chen, 2005; Birkan, 2014). Türkiye'de müzik terapi sertifikalı eğitim programı ile sertifika alabilen hemşireler, yaşlı bireylerde müzik terapiyi bağımsız olarak uygulayabilmektedirler (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016).

### Sonuç

Kronik hastalıkların arttığı yaşlılık döneminde fiziksel ve bilişsel yeteneklerde ortaya çıkan kayıp gibi nedenler, yaşlılarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Geçmişten günümüze yapılan çalışmalarda müzik terapinin yaşlılar üzerinde pek çok olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Ancak konu ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Huzurevi gibi kurumlarda çalışan hemşirelerin mevcut sertifika eğitimleri sonrasında, yaşlı bireyin ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştireceği müzik terapi programlarında aktif olarak yer almaları önerilmektedir.

### Kaynaklar

- Ak, M. (2016). Yaşlılık olgusu üzerine uygulamalı bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9, 1019-1028.
- Akın, E. (2007). Mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik belirtilerine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Altan Sarıkaya, N. ve Oğuz, S. (2016). Huzurevinde kalan yaşlılarda pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7, 55-60.
- Amaral, M., Neto, M., Querioz, J., et al. (2016). Effect of music therapy on blood pressure of individuals with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 16, 1-18.
- American Music Therapy Association. (2014). What is music therapy? Erişim tarihi 20.02.2019, <https://www.musictherapy.org>.

- Araç, B. (2012). Müzik terapinin cerrahi yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Bekiroğlu, T. (2011). Klasik Türk müziğinin hipertansiyon hastalarının kan basınçlarına ve anksiyete düzeylerine etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Birkan, I. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 37-49.
- Brotons, M. & Koger, S.M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 183-195.
- Chan, M.F., Chan, E.A., Mok, E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 150-159.

- Chang, S. & Chen, H. (2005). Effects of musictherapy on women's physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery *Research in Nursing and Health*, 28,453.
- Chang,S., Chu, H., Yang,Y., et al. (2015). The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3425-3440.
- Cohen, G., Perlstein, S., Chapline, J., et al. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 6, 726-734.
- Cooper, L. & Foster, I. (2008). The use of music to aid patients' relaxation in a radiotherapy waiting room. *Radiography*, 14, 184-188.
- Çiftçi, H. (2011). Müziğin yoğun bakım ünitesinde serebro vasküler olay tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrıya etkisinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Erer, S., ve Atıcı, E. (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36, 29-32. Erişim tarihi:17.12.2018, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/420904>.
- Gökçalp, K. (2015). Müzik terapisinin yaşlı kanser hastalarının anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
- Groen, K. (2007). Pain assessment and management in end of life care: a survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing professionals. *Journal of Music Therapy*, 44(2), 90-112.
- Ingersoll, S.S. & Schaper, A. (2013). Music: A Caring, Healing Modality. B.M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic Nursing A Handbook For Practice*. 6. Edition. Burlington, Jones & Bartlett Learning; 397-415.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., et al. (2012). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions Supporting Critical Reasoning and Quality Care*. USA: Elsevier Mosby.
- Karamızrak, N. (2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Heart Journal*, 17(1), 54-57. doi: 10.4274/khj.4775.
- Kaçar Yahya, G. (2008). Türk musikisinde makam. *İslam, San'at, Tarih, Edebiyat ve Musikisi Dergisi*, 6(11), 145-158.
- Kelleci, M. ve Ata, E. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2, 105-110.
- Kneafsey, R. (2007). The therapeutic use of music in a care of the elderly setting: A Literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 341-346.
- Kor, G. ve Adar, Ç. (2016). Mim Kemal Öke ve müzik terapi üzerine düşünceleri. *Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 1-11. doi:10.5578/amrj.27738.
- Lök, N. ve Bademli, K. (2016). Alzheimer hastalarında müzik terapinin etkinliği: sistematik derleme psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 8, 266-274.
- Olofsson, A. & Fossum, B. (2009). Perspectives on music therapy in adult cancer care: a hermeneutic study. *Oncology Nursing Forum*, 36, 223-231.
- Pittman, S. & Kridli, S. (2011). Music intervention and preoperative anxiety: an integrative review. *International Nursing Review*, 58, 157-163.
- Ray, K. & Mittelman, M. (2015). Music therapy: a non pharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Journal of Dementia*, 16,689-710.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2016). Müzikterapi sağlık alanı sertifikalı eğitim standartları. Erişim tarihi 13.06.2019, [http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/duyurular/belge/muzik\\_terapi\\_28112016.pdf](http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/duyurular/belge/muzik_terapi_28112016.pdf).
- Thomas, K., Baier, R., Kosar, S., et al. (2017). Individualized music program is associated with improved outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 931-938.
- Wall, M. & Duffy, A. (2015). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 108-113.
- Werner J., Wosch T., & Gold C. (2015). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: Pragmatic trial. *Journal of Aging & Mental Health*, 21, 147-155.
- World Federation of Music Therapy. (2011). What is music therapy?. Erişim tarihi 13.06.2019, <https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>.



Derleme Makale / Review

## Hemşirelikte Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme Uygulamalarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

### Comparative Evaluation of Structural and Psychological Strengthening Practices in Nursing

Emine Kurtluk<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Bil. Uzm. Emine Kurtluk  
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Emrah Mahallesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Külliyesi Keçiören/Ankara  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-3008-3332>  
E-Posta: e.kurtluk@yahoo.com.tr

Geliş tarihi / Date of receipt: 23.03.2019  
Kabul tarihi / Date of acceptance: 19.07.2019

Atrf / Citation: Kurtluk E. (2019). Hemşirelikte yapısal ve psikolojik güçlendirme uygulamalarının karşılaştırmalı değerlendirilmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 116-121.

#### ÖZ

Sağlık hizmeti insan hayatının vazgeçilmezi ve sağlık hizmetinin sunucusu da bizzat insanın kendisidir. Sektördeki işgücünün en önemli unsurunu oluşturan hemşirelerin etkili ve verimli çalışmasına yönelik olarak güçlendirilmesi çalışana olan faydalarının yanı sıra hastalar, sağlık kurumları ve toplum için de gereklidir. Bu araştırmanın metodolojisi literatür incelemesi ile birlikte hemşirelik alanında yapılan güçlendirme çalışmalarının değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Hemşirelikte yapısal ve psikolojik güçlendirme uygulamalarının ülkemizde ve yurt dışındaki çalışmaları değerlendirildiğinde; güçlendirmenin başlıca iş tatminini artırdığı, güvenli sağlık hizmeti verilmesini desteklediği, işten ayrılma ve tükenmişlik gibi olumsuz duyu ve davranışları azalttığı belirlenmiştir. Güçlendirmenin olumlu etkileri farklı ülkeler arasında benzer sonuçlar göstermiş olup, ayrıca hemşirelerin genellikle orta seviyede güçlendirilmiş olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sonuç olarak, ülkemizdeki hemşirelikte güçlendirme uygulamalarının dünyadaki uygulamalardan farklı bir şekilde, genellikle psikolojik açıdan ele alındığı belirlenmiştir. Bu çalışmada yapısal ve psikolojik güçlendirmenin önemi, birbirleri ile ilişkisi, farklı kurumlarda ve farklı hizmet basamaklarında çalışan hemşireler açısından değeri vurgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Etki; güçlendirme; hemşirelik.

#### ABSTRACT

Health care is the indispensable part of human life and the provider of health services is the person himself. Strengthening the nurses who form the most important part of the workforce in the sector to work effectively and efficiently is necessary for the employees as well as for the patients, health institutions and society. The methodology of this research is to provide a comprehensive review of the reinforcement studies conducted in the field of nursing through literature review. When evaluating the structural and psychological empowerment practices of nursing in Turkey and abroad, it is observed that empowerment primarily increases job satisfaction, supports the provision of safe health services, and decreases negative feelings and behaviors such as quitting and burnout. The positive effects of empowerment have produced similar results between different countries, and it has been found that nurses are usually moderately strengthened. As a result, it can be said that nursing empowerment practices in our country are generally dealt with psychologically in a different way than the practices in the world; In this study, the importance of structural and psychological empowerment, the relationship between each other, the value of nurses working in different institutions and different service levels are revealed.

**Keywords:** Effect; empowerment; nursing.

## Giriş

Güçlendirme ve personel güçlendirme kavramları henüz geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinden itibaren literatürde yer almaya başlamıştır. Bununla birlikte güçlendirme günümüzde insan kaynakları ve yönetim uygulamalarında önemli bir yer edinmiş olup hem bireysel, hem de örgütsel iş başarısında gittikçe daha fazla değer görmeye ve araştırmaya konu olmaya başlamıştır. Sağlık sektörü, sunulan hizmetin insan için vazgeçilmez olması nedeniyle hayati öneme sahiptir. Dolayısıyla sağlık hizmetinde hemşirelerin günümüz yaklaşımlarına uygun ve etkili bir şekilde yönetilmesi hastalar başta olmak üzere, çalışanlar, sağlık işletmeleri ve nihayetinde toplumun refahına katkı sağlayacaktır. Sağlık hizmetinin kendine özgü özellikleri ve riskleri dikkate alındığında, güçlendirilecek kademenin gereken eğitimi ve tecrübe gereksinimi karşılanmadan güç ve yetki devrinin uygulamaya geçilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Uğrak, Erigüç, & Uzuntarla, 2016).

Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetleri yönetiminde, hemşirelikte güçlendirme ve personel güçlendirme konularında pek çok çalışma yapıldığı görülmekte, ancak hala en iyi uygulamaya ulaşma yolundaki arayışlar devam etmektedir. Bu derlemenin amacı ülkemizde hemşirelikte güçlendirme kavramı hakkında yapılan çalışmalara destek olarak pekiştirmek, özellikle yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme ile ilgili çalışanlar, yöneticiler ve akademisyenler arasında farkındalık sağlamak, yapısal ve psikolojik güçlendirmenin sağlık profesyonellerine benimsenilerek uygulanabilirliğini arttırmaktır. Bu amaç kapsamında dünyada ve ülkemizde hemşirelik alanında yapılan güçlendirme çalışmalarının ve sonuçlarının incelenmesi, bu alandaki fırsatların değerlendirilmesi ve hemşirelik alanında iyi uygulama sonuçlarına ulaşılması hedeflenmiştir.

### Güçlendirme Kavramına Genel Bakış

Geçtiğimiz yüzyılın sonlarında kaynaklar, güçlendirmeyi organizasyonlar için bir ihtiyaç olarak görmekteydi. Geleneksel örgüt yapısı sadece açıkça tanımlanmış işleri yapan ve soru sormayan çalışanlara gereksinim var iken, günümüzde ise karar verebilen, sorunlara çözüm üretebilen, inisiyatif alabilen ve sonuçlardan sorumlu olan çalışanlara gereksinim olduğu belirtilmiştir (Jaffe, Scott, & Hicks, 1991). Güçlendirme uygulaması bazı kaynaklarda yetki devrinin güncel bir ifadesi olarak yer alırken, görece uzmanlaşmanın olmadığı ve yetkinin devredildiği iş tasarımı içerdiği vurgulanmıştır (Tuncer, Ayhan ve Varoğlu, 2018). Güçlendirme bireysel ustalığın rahatça sergilenebileceği bir süreç olarak görülmüş olup, güçlendirmenin birey, örgüt ve toplum açısından ayrı ayrı değerlendirilebileceği belirtilmiştir (Şimşek ve Çelik, 2018).

### Yapısal Güçlendirme ve Psikolojik Güçlendirme Kavramı

Örgütsel ortamdaki güçlendirmeye yönelik ilk yaklaşım, bireysel güçlendirme olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda çalışanın kendisini güçlü hissetme algısına vurgu yapılarak ilk kez "psikolojik perspektif" olarak tanımlanmış, literatürde bir çalışanın; (a) görevini anlamlı bulması, (b) yetenek ve kapasitesini hissetmesi, (c) istenen sonucu elde etmek için kararlılığı, (d) istenen sonuçlar üzerinde kontrol sahibi olması durumunda psikolojik olarak güçlendirildiğine yer verilmiştir (Potterfield,

1999). Dolayısıyla "psikolojik-motivasyonel güçlendirme" gücün alt düzey personele aktarımından ziyade personelin çalışma ortamındaki gücü nasıl değerlendirdiğiyle ilgilenmekte, psikolojik güçlendirme yoluyla personelin organizasyon hakkındaki inanç ve algıları etkilenmeye çalışılır (Çavuş, 2006).

Güçlendirmeye yönelik ikinci yaklaşım, örgüt içindeki güç paylaşımının örgütün yapısı ve kültüründen nasıl etkilendiğine odaklanmaktadır. Bu yaklaşımda "güçlendirme" terimi, gücün bir yönetici tarafından astları ile paylaşıldığı süreç anlamında "ilişkisel" olarak adlandırılmakta olup, çalışanların güçlendirilmesi için en önemli faktörlerden birinin kuruluşun temel organizasyon yapısından kaynaklandığı aktarılmaktadır (Potterfield, 1999). Böylece "sosyo-yapısal güçlendirme yaklaşımı" örgüt içinde karar alma gücünün üst ve alt düzey çalışanlar arasında paylaşılmasıyla daha demokratik organizasyonların oluşması ve örgütsel hiyerarşinin yeniden düzenlenmesine vurgu yapmakta; kısaca sorumluluğunun artması yoluyla örgütün yönetim zinciri içerisinde alt düzey personelin yönetime katılması olarak tanımlanmaktadır (Çavuş, 2006).

Özetle resmi yetkilendirme olarak da ifade edilen yapısal güçlendirme örgütün iş tanımlarındaki değişiklikler yoluyla yönetimin otorite transferini kabul etmesidir. Psikolojik güçlendirme ise personelin çalışmalarıyla ilgili anlam, yeterlilik, özerklik ve etki olmak üzere bireysel algılarını ölçmeyi hedefleyen gayri resmi yetkilendirme olarak da bilinmektedir. Yapısal güçlendirme iş tasarımının ve iş tanımının bir parçası iken psikolojik güçlendirme çalışan tarafından hissedilmekte ve bireysel davranışları dönüştürmek için kullanılabilir (Metcalf, 2014).

1995 yılından itibaren, psikolojik güçlendirme ile yapısal güçlendirmenin, farklı ölçüm yöntemleri kullanılarak, araştırıldığı belirtilmektedir. Bu ölçümlerde psikolojik etkiler (algılanan bilgi ve beceri gelişimi, algılanan yeterlilik, gelecekteki bireysel katkılar için beklentiler, algılanan grup veya organizasyon başarıları ve gelecekteki grup veya organizasyon başarıları için beklentiler) ile çalışanın kuruluş politikaları, prosedürleri ve kaynakları üzerindeki etkisine ilişkin ölçümlerin (a) bireysel psikolojik güçlendirme ile (b) yapısal yetkilendirme olmak üzere iki ayrı türden güçlendirmeye işaret ettiği bildirilmiştir (Alsop, Mette, & Holland, 2005).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda yapısal güçlendirmenin ölçümünde "Yapısal Güçlendirme Ölçeği" ne ve bu yaklaşımın temel aldığı Kanter'in yapısal güçlendirme teorisine yer verilmiş, psikolojik güçlendirme yaklaşımı ise Spreitzer'in geliştirdiği psikolojik güçlendirme ölçeği kapsamında incelenmiştir (Sürgevil, Tolay, & Topoyan, 2013). Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin ölçümüne ilişkin yurt dışında yapılan çalışmalarda da yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlenmenin boyutları arasındaki ilişki incelendiği görülmektedir. Bu çalışmalarda hem yapısal hem de psikolojik güçlenmenin unsurları ile ilgili ek çalışmalar yapılması gerektiği bildirilmektedir (Metcalf, 2014).

### Yapısal Güçlendirmenin Ülkemiz Dışındaki Etkileri

Yurt dışında özellikle yapısal güçlendirme kavramının yoğun bir şekilde hemşireler üzerinde çalışıldığı, 1993'ten itibaren ağırlıklı Kanter'in Yapısal Güçlendirme Teorisinin 'kuramsal çerçeve' olarak hemşirelere yönelik 60'tan fazla çalışmada in-

celendiği ve bu alanda yurt dışında zengin bir veri kaynağının oluşturulduğu bildirilmektedir. Sonuçların yapısal güçlendirme algısı yüksek olan hemşirelerin özellikle duygusal nedenlerle örgütlerinde kalma ihtimalinin daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (Tolay ve ark., 2012). Bu amaçla Çin'de klinik hemşireleri tarafından algılanan, işyerinde yapısal güçlendirme düzeyini incelemek ve iş doyumunu ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkiyi tanımlamak için araştırmada, hemşirelerin işyerinde güçlendirmeyi orta seviyede algıladıklarını göstermiş, yapısal güçlendirme ve iş tatmini ile işten ayrılma niyeti arasında negatif ilişki saptanmıştır (Cai & Zhou, 2009).

Amerika'da yoğun bakım hemşireleri arasında yapılan ve yapısal güçlendirmenin beklenen işten ayrılma oranı ile ilişkisini gösteren bir araştırmada, işyerinde uygulanan yapısal güçlendirmenin beklenen işten ayrılmalar ile ters orantılı olduğu bulunmuştur. Araştırılan beş yoğun bakım ünitesindeki hemşireler, kendilerini kısmen güçlendirilmiş olarak algılamış, daha güçlü yapısal güçlendirmenin beklenen işten ayrılma oranını düşüreceği ve kendini güçlenmiş olarak gören hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu özellikleri destekleyen ve gerçekleştiren kuruluşların çalışanları elde tutmada daha başarılı olabileceği belirtilmiştir (Hauck, Griffin, & Fitzpatrick, 2011).

Klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere yönelik yukarıda açıklanan sonuçlarla uyumlu bir şekilde, davranış sağlığı hemşireleri üzerinde yapısal güçlendirmenin işten ayrılma oranı ile arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmada hemşireler kendilerini orta derecede güçlenmiş olarak algılamış ve yapısal güçlendirme ile beklenen işten ayrılma oranı arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulunmuştur (Kaynak eklenmeli). Pilot çalışma sonuçlarının diğer klinik alanlarda çalışan hemşirelere yönelik çalışmaların sonuçlarına benzerlik gösterdiği vurgulanmıştır (Smith ve ark., 2012).

Erişkin yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerde yapısal güçlendirme ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada, yapısal güçlendirme ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir korelasyon olduğu ve yapısal güçlenme arttıkça hemşirelerin hasta güvenliği algısının arttığı belirlenmiştir. Hasta güvenliği kültürünü desteklemek için hemşire liderlerinin yapısal olarak güçlendirici çalışma ortamları oluşturmaları önerilmiştir (Armellino, Griffin, & Fitzpatrick, 2010).

İsrail'de hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, yapısal güçlendirme uygulamaları ile ahlaki çöküş ve sıkıntı arasındaki ilişki incelenmiş ahlaki sıkıntı sıklığı ile yapısal güçlendirme arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur (Ganz ve ark., 2013). Yapısal güçlendirmenin hemşirelerin refahı üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmada ise birimlerindeki lider üye etkileşim kalitesi konusunda paylaşılan algıların yapısal güçlenmeyi etkileyerek bireysel hemşire iş doyumunu düzeyinin belirgin şekilde yükselmesine neden olduğu bulunmuştur. Ayrıca daha yüksek yapısal güçlendirmenin düşük duygusal tükenme ile ilişkilendirildiği belirlenmiştir (Laschinger, Finegan, & Wilk, 2011).

Yöneticiler bazında otantik liderliğin hemşirelerin yapısal güçlendirme, performans ve iş tatmini algılarıyla bağdaştıran bir modeli test etmek için yapılan çalışmada şu sonuçlar elde

edilmiştir. Daha fazla yöneticinin şeffaflık, dengelilik, öz-farkındalık ve yüksek etik standartları vurguladığı otantik liderlik, hemşirelerinin yapısal güçlenmesini önemli derecede ve olumlu yönde etkilemiş, bunun da iş tatmini ve performansını arttırdığı rapor edilmiştir (Wong & Laschinger, 2012).

Yöneticilerin liderlik tarzlarını, hemşirelerin yapısal güçlenmelerini ve işe katılımlarını değerlendirmek için İspanya'da sağlık kuruluşları üzerinde yapılan çalışmaya göre dönüşümcü liderlik özelliği hemşirelerin yapısal güçlenmesini doğrudan ve pozitif olarak etkilemekte, hemşirelerin yapısal güçlendirilmesi ise katılımı doğrudan ve olumlu yönde etkilemektedir. Dolayısıyla yöneticilerin dönüşümcü liderliği, yapısal güçlendirmenin aracılık etkisiyle hemşirenin işe katılımını etkilemektedir (García-Sierra & Fernández-Castro, 2018).

Yapısal güçlendirmenin hemşirelerin hem Magnet hem de Magnet olmayan örgütlerde çalışma ortamlarını orta düzeyde güçlendirilmiş olarak algıladıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte Magnet hastane hemşireleri çalışma ortamlarını tatmin edici bulduklarını, ilaç hatası yaşamadıklarını ve mükemmel bakım sağladıklarını bildirmiştir. Magnet olmayan örgütlerde hemşireler, çalışma ortamlarının tatmin edici bulmamakta birlikte ilaç hatası yaşamadıklarını ve mükemmel bir bakım sağladıklarını ifade etmiştir (Callicutt, 2015).

#### **Psikolojik Güçlendirmenin Ülkemiz Dışındaki Etkileri**

Hemşirelikte yapısal güçlendirmenin yanı sıra psikolojik güçlendirmenin etkileri çeşitli çalışmalarda farklı şekilde incelenmiştir. Örneğin, Çinli hemşirelerde psikolojik güçlendirme ve örgütsel bağlılığın hemşirelerin iş tatmini üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, iş tatmini ile psikolojik güçlendirme ve örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşire iş doyumunu için psikolojik güçlendirme, örgütsel bağlılık ve medeni durum önemli belirleyici faktörler olarak bulunmuştur (Ouyang, Zhoub, & Qu, 2015).

Profesyonel hemşirelik uygulama ortamının ve psikolojik güçlenmenin etkisini araştıran bir araştırmada, uygulama ortamları ve işe katılım arasında psikolojik güçlendirmenin önemli bir faktör olduğu saptanmıştır. Yöneticilere işe katılım oranını artırmak için çalışanları psikolojik olarak güçlendirmesi önerilmiştir (Wang & Liu, 2015).

Psikolojik güçlendirmenin hemşireler arasında kuşaklar arası (nesile göre) farklılık gösterdiği ve Baby Boomer hemşirelerinin Generation X hemşirelerinden daha yüksek ortalama toplam psikolojik güçlenme skorlarına sahip olduğu bulunmuştur. Hemşirelik yönetimi için X nesil hemşireleri motive etmek ve Baby Boomers kuşağı hemşireleri işe tutmak için psikolojik güçlendirmeyi desteklemeleri önerilmiştir (Sparks, 2012).

Üniversitelerin hemşirelik programlarında çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada psikolojik güçlendirmenin hemşirelik iş tatminini etkilediği sonucuna varılmıştır. Güçlendirme ve iş tatmini arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Smith-King, 2012). İran'daki hemşirelerin psikolojik güçlenmesini araştıran bir araştırmada ise, psikolojik güçlendirme orta düzeyde bulunmuştur. Hemşirelik yöneticilerine, planlama yaparken psikolojik güçlendirme bütünü desteklemeleri önerilmiştir (Royan ve ark. 2017).

Avustralya sağlık hizmetinde çalışan hemşirelerin psikolojik güçlendirilmesi ve iş tatmininin, yüksek performanslı çalışma sistemleri ile hasta bakım kalite algısı üzerindeki etkilerini araştırılan bir çalışmada, psikolojik güçlendirmenin yüksek performanslı çalışma sistemlerine ve hemşirelerin hasta bakım kalite algısı arasındaki ilişkiye tamamen aracılık ettiği belirlenmiştir (Leggat ve ark., 2010).

### **Dünyada Yapısal ve Psikolojik Güçlendirmenin Değerlendirilmesi**

Yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme kavramı dünya genelinde yapılan çeşitli araştırmalarda birlikte ele alınıp incelenmiştir. Araştırmalarda genellikle iki farklı bakış açısı kullanılmış, bazı çalışmalarda iki faktörün bir arada çalışma hayatına etkileri incelenmiş iken diğer bazı çalışmalarda ise birbirlerine olan aracılık (dolaylı) etkileri de araştırılmıştır (Laschinger, Purdy, & Almost, 2007; Vacharakiat, 2008; Knol & Linge, 2009; Connolly, Jacobs, & Scott, 2018).

Hollanda'da 2007 yılında yapılan çalışmada, yapısal güçlendirme çalışanın organizasyondaki pozisyonuna dayanan gücünü ifade ederken, psikolojik güçlendirmenin çalışanların organizasyondaki rolleri hakkında sahip oldukları temel kişisel inançlardan oluştuğu belirtilmiştir. Araştırma sonucunda psikolojik güçlendirmenin yapısal güçlendirme ve yenilikçi davranış arasında bir aracı olarak işlev gördüğü ifade edilmiştir (Knol & Linge, 2009).

Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin birlikte ele alındığı farklı çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Laschinger ve arkadaşlarının yönetici hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada, üst düzey yöneticileriyle daha yüksek kalitede ilişkinin hemşirelerin daha fazla yapısal ve psikolojik güçlenmesi ve daha fazla iş tatmini ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Laschinger, Purdy, & Almost, 2007). Vacharakiat'ın (2008) araştırması yukarıdaki çıktılara benzer şekilde sonuçlanmıştır. İlgili araştırmada Amerika Birleşik Devletleri'nde kayıtlı çalışan Filipinli ve Amerikan hemşireler arasındaki güçlendirme, iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiler incelenmiş, genel olarak çalışma ortamlarındaki yapısal ve psikolojik güçlenmenin, hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel bağlılığının artmasıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Filipinli ve Amerikan hemşireler arasında yapısal ve psikolojik güçlendirme konusunda farklılık olmakla birlikte, iş tatmini için önemli belirleyicilerin Filipinli hemşireler için yapısal güçlendirme, Amerikan hemşireler için ise yapısal ve psikolojik güçlendirme olduğu bulunmuştur. Örgütsel bağlılıkla ilgili olarak ise Filipinli hemşirelerin belirleyicileri yapısal güçlendirme ve yoğun bakım ünitesinde çalışıp çalışmadığı olmuş, Amerikan hemşireler için sadece yapısal güçlendirme olmuştur (Vacharakiat, 2008). Acil serviste çalışan hemşireler üzerinde yapılan araştırmada yapısal ve psikolojik güçlenmedeki gelişmelerin hemşirelerin klinik lider olarak davranma yeteneklerini geliştireceği vurgulanmıştır (Connolly, Jacobs, & Scott, 2018).

Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin birbirlerine olan etkisi yani aracılık ilişkileri de çeşitli şekillerde incelenmiştir. Bu kapsamda, psikolojik güçlendirmenin yapısal güçlendirme ile iş doyumunu arasındaki aracılık rolünü ispatlayan ilk çalışmanın Laschinger ve arkadaşları tarafından gerçekleştirildiği belirtil-

miştir. Bulgularda hemşirelerin çalışma ortamlarındaki yapısal güçlendirmenin yüksek düzeyde psikolojik güçlendirme ile ilişkili olduğu, yüksek psikolojik güçlendirmenin ise iş gerginliğini ve iş doyumunu anlamlı ve güçlü bir şekilde etkilediği bildirilmiştir (Tolay ve ark.,2012).

Lider-üye etkileşim kalitesinin ve yapısal güçlendirmenin hemşirelerin psikolojik güçlenmesi ve örgütsel bağlılıkları üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmada, olumlu süpervizör ilişkilerinin psikolojik güçlendirmeyi ve hemşirelerin örgütsel bağlılıklarını arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca kararlı bir hemşirelik işgücü yaratmada liderliğin önemi vurgulanmıştır (Laschinger, Finegan, & Wilk, 2009). Benzer olarak birim (ünite) düzeyinde yapısal güçlendirmenin profesyonel hemşirelik uygulamalarına ve birimin etkinliğine; bireysel düzeyde psikolojik güçlendirmenin ise hemşire iş doyumuna etkisinin modellendiği zaman esaslı çalışmada daha yüksek seviyede yapısal güçlendirmenin profesyonel uygulamalara destek olduğu ve nihayetinde daha yüksek birim etkinlik oranı ile ilişkili bulunmuştur. Bulgular önceki kesitsel araştırma sonuçlarını desteklemiştir. Aynı zamanda yapısal güçlendirme ile sağlanan destekleyici uygulama ortamları, bir yıldan sonra hemşirelerin memnuniyetlerini doğrudan etkilememekte; algılanan birim etkinliği sayesinde memnuniyeti dolaylı olarak artırmaktadır. Psikolojik güçlendirmenin ise bir yıllık zaman zarfında hemşirelerin iş memnuniyetlerini artırdığı belirtilmiştir. Çalışanların anlamlı olduğunu hissettiğinde çalışmalarını üzerinde özerklik veya kontrol sahibi oldukları, yetenekli ve etkili olduklarını hissettiklerinde ise daha memnun oldukları saptanmıştır (Laschinger ve ark., 2014).

Hemşirelik çalışma ortamındaki güçlendirmenin iş tatmini ile ilişkisini inceleyen derlemede, çalışma ortamındaki iş memnuniyetsizliği hemşirelikte iş değişiminin temel nedenidir, hemşirelerde iş tatmini yüksek düzeyde bir güçlendirme ile ilişkilendirilmiştir. Yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirmenin iş doyumunu farklı şekilde etkilediği belirtilmiştir. Sonuç olarak hemşireler için tatmin edici bir çalışma ortamı, işyerinde yapısal ve psikolojik güçlendirme ile ilgili olup yapısal güçlendirme, psikolojik güçlenmenin öncüsüdür. Bu ilişki, psikolojik güçlendirme yolu ile iş tatminini ve dolayısıyla işyerinde kalma kararını olumlu şekilde etkilemektedir (Cicolini, Comparcini, & Simonetti, 2014).

Güçlendirmenin gerçekleşmesi sürecinde üç temel unsur arasındaki uyum önemli olup bu unsurlar yönetici, güçlendirilecek personel ve organizasyonun kendisi olarak belirlenmiştir (Bartın Üniversitesi MYO, 2019). Yönetimdeki otantik liderlik ve değişim liderliği gibi özellikler ile lider-üye etkileşimi güçlendirmeyi olumlu yönde etkileyerek organizasyonlarda iş tatmini ile verimi arttıracak ve bağlılığı güçlendirecektir. Ayrıca organizasyonların yapısı da yapısal güçlendirmenin hayata geçirilmesini etkileyebilir. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada öğrenen organizasyon özelliklerinin psikolojik güçlendirme üzerinde etkisinin olduğu sonucuna varılmış, öğrenen organizasyon haline gelmiş işletmelerde psikolojik güçlendirmenin de yüksek olacağı belirtilmiştir (Toplu & Akça, 2013).

### **Türkiye'de Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme Çalışmaları**

Güçlendirme konusunda uluslararası literatürde yapısal güç-

lendirme ve psikolojik güçlendirme iki ayrı kavram olarak incelenmektedir. Ülkemizde ise güçlendirme konusunun daha çok personeli güçlendirme veya güçlendirme başlığı ile araştırmalara konu olduğu ve son yıllarda psikolojik güçlendirme bakış açısından ele alınmaya başlandığı vurgulanmıştır (Tolay ve ark., 2012). Sağlık alanında personel güçlendirme uygulamalarını bütüncül bir yaklaşımla ele alan araştırmada personel güçlendirme konusunun en fazla hemşireler üzerinde çalışıldığı belirtilmektedir. Söz konusu çalışma bu eğilimin hemşirenin hasta ile en çok temas eden sağlık personeli olmasına dayandığını vurgulamaktadır (Uğrak ve ark., 2016).

Ülkemizde hemşirelikte personel güçlendirmenin olumlu etkilerine rağmen dünyada ve ülkemizde hemşirelerin çeşitli engeller nedeniyle güçlendirilme düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı, ancak özellikle ülkemizde hemşirelerin güçlenebilmeleri için değerlendirilebilecekleri bazı fırsatların bulunduğu ifade edilmiştir. Bu amaçla 2007 yılında çıkarılan Hemşirelik Kanunu ve 2010 yılında çıkarılan Hemşirelik Yönetmeliğinin hemşirelerin güçlenmesinin önündeki engelleri kaldıracak ve güçlendirmeyi arttıracak bir fırsat olarak görüldüğü bildirilmiştir (Er ve Altuntaş, 2014).

Hemşirelere yönelik gerçekleştirilen psikolojik ve yapısal güçlendirme araştırmalarında literatüre çeşitli katkılar yapılmıştır. Örneğin psikolojik güçlendirme ile işyeri güçlendirmesi ve hemşirelerin örgütsel bağlılığı arasında güçlü bir ilişki belirlenmiştir (Mortaş, 2005). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin psikolojik güçlendirme algısının tükenmişlik düzeyi ile ilişkisi değerlendirilmiş, elde edilen veriler psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Çavuş ve Demir, 2010). Hemşirelerin psikolojik güçlenmesi ile tükenmişliğin azalacağı belirtilmektedir. Bu amaçla Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi onkoloji hemşireleri üzerinde güçlendirme algısı ve tükenmişlik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada "psikodrama dayalı psikolojik güçlendirme programının" onkoloji hemşirelerinde tükenmişlik düzeylerini azaltırken işyerinde güçlenme algısını arttırdığı bulunmuştur (Özbaşı ve Tel, 2016).

Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısının iş motivasyonları üzerine etkisi belirlemeyi amaçlayan çalışmada ülkemizde hemşirelerin yüksek iş motivasyonuna ve orta düzeyde yapısal güçlenme algısına sahip olduğu belirlenmiş, yapısal güçlen-

dirme algısı yükseldikçe iş motivasyonunun arttığı belirlenmiştir (Kurt, Uğurlu ve Acavut, 2018). Hemşirelerin yapısal güçlendirme algıları attığı sürece işe bağlı gerginlik düzeylerinin de azaldığı belirlenmiştir (Balçık, 2013). Ayrıca hemşirelikte yapısal güçlendirme ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur (Dirik, 2014).

Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin birlikte ele alındığı örneklerde İstanbul ilinde Joint Commission International (JCI) akreditasyonuna sahip özel hastanelerde çalışan hemşirelerde psikolojik ve yapısal güçlendirme ile liderlik davranışı algısı arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki bulunmuştur (Şalgam, 2017). Bir başka örnekte yapısal güçlendirme ile örgütsel adalet algısı arasında orta düzeyde, psikolojik güçlendirme ile örgütsel adalet algısı arasında ise zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur (Özalp ve Şahin, 2018).

Uygulamada güçlendirmenin başarısını etkileyecek bazı hususlar Hacettepe Üniversitesi'nde gerçekleştirilen çalışmada ele alınmış, yönetici olarak görev yapan hemşirelerin örgüte güveni arttırmak için komuta kontrol yaklaşımını yerine, sorumluluğu ve inisiyatifini birim hemşirelerine bırakarak; koçluk ve rehberlik rolleriyle, örgütsel güçlendirme düzeylerini yükseltmeleri gerektiği vurgulanmıştır (Durukan, Akyürek ve Coşkun, 2010).

Son olarak Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik demografik açıdan farklılıkların araştırıldığı çalışmada, sağlık çalışanlarının görev veya unvanı (yönetici, büro personeli sağlık teknikeri, hemşire, ebe ve doktor) ile personel güçlendirme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Aslan ve Sünbül, 2018).

## Sonuç

Yapısal ve psikolojik güçlendirme ile ilgili ulusal ve uluslararası çalışma sonuçlarından elde edilen bilgiler ışığında hemşirelerin güçlenme düzeyinin artırılması gereklidir. Bu amaçla yapılan çalışmalara destek olunması önemlidir. Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin farklı yönlerinin ve birbiri ile etkilerinin, kamu, özel ve üniversite hastaneleri başta olmak üzere her basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi hemşirelik hizmet sunumunun ve hemşirelik yönetiminin etkinliğini arttıracaktır. Ayrıca uygulamaların dünyada örneği olmayan şehir hastaneleri ve evde sağlık hizmetleri gibi Türkiye'ye özgü hizmetlerde geliştirilmesi ve araştırılmasının literatüre eşsiz bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Kaynaklar

- Alsop, R., Mette, B., & Holland, J. (2005). *Empowerment in practice: From analysis to implementation*. USA: World Bank Publications.
- Armellino, D., Griffin, M. T., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management*, 18, 796–803.
- Aslan, Ş. ve Sünbül, F. (2018). Sağlık çalışanlarında personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderliğin demografik açıdan farklılıkları. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1, 13-26.

- Balçık, E. (2013). Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bartın Üniversitesi MYO. (2019, Mayıs 7). *Personel Güçlendirme*, 1-33. Erişim tarihi 07.05.2019, [http://myo.bartın.edu.tr/gsener/dosyalar/2016\\_IO\\_Yon\\_Org\\_II/Personel\\_Guclendirme.pdf](http://myo.bartın.edu.tr/gsener/dosyalar/2016_IO_Yon_Org_II/Personel_Guclendirme.pdf).
- Cai, C., & Zhou, Z. (2009). Structural empowerment, job satisfaction, and turnover intention of chinese clinical nurses. *Nursing and Health Sciences*, 11, 397-403.
- Callicutt, J. D. (2015). *Structural Empowerment's Influence On Nursing Outcomes In Magnet™ And Non-Magnet™ Healthcare Organizations*.

- North Carolina: The University of North Carolina at Greensboro.
- Cicolini, G., Comparcini, D., & Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22, 855-871.
- Connolly, M., Jacobs, S., & Scott, K. (2018). Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *Journal of Nursing Management*, 26, 881-887.
- Çavuş, M. F. (2006). İşletmelerde personel güçlendirme uygulamalarının örgütsel yaratıcılık ve yenilikçiliğe etkileri üzerine imalat sanayiinde bir uygulama. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya.
- Çavuş, M. F. ve Demir, Y. (2010). Personel Güçlendirme Ve Tükenmişlik: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt 2 (s. Sağlıkta Performans ve Kalite). Ankara: 216-222.
- Dirik, H. F. (2014). Çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Durukan, S., Akyürek, Ç., ve Coşkun, E. (2010). Hacettepe Üniversitesi erişkin hastanesi'nde çalışan hemşirelerin örgütsel güven, güçlendirme ve bağlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15, 411-434.
- Er, F., ve Altuntaş, S. (2014). Hemşirelikte personel güçlendirme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 155-160.
- Ganz, F. D., Raanan, O., Khalaila, R., et al. (2013). Moral Distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 415-424.
- García-Sierra, R., & Fernández-Castro, J. (2018). Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 2809-2819.
- Hauck, A., Griffin, M. T., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 19, 269-276.
- Jaffe, D. T., Scott, C. D., & Hicks, T. (1991). *Empowerment : A practice guide for success*. USA: Course Technology Crisp.
- Knol, J., & Linge, R. V. (2009). Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 359-370.
- Kurt, G., Uğurlu, M. ve Acavut, G. (2018). Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve iş motivasyonları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi Bildiri Özeti Kitabı. Sakarya:232-233.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., & Wilk, P. (2009). Context matters: the impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*, 39, 228-235.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., & Wilk, P. (2011). Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being: the role of empowering unit leadership. *Nursing Research*, 60, 124-131.
- Laschinger, H. K., Nosko, A., Wilk, P. et al. (2014). Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: A time-lagged study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1615-1623.
- Laschinger, H. K., Purdy, N., & Almost, J. (2007). The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 37, 221-229.
- Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G. et al. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364.
- Metcalfe, A. Y. (2014). *Structural and Psychological Empowerment in Healthcare: A Study of Assess and Treat*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Mortaş, K. (2005). Örgütsel güven ve iş yeri güçlendirmesinin hemşirelerin örgütsel bağlılığına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Ouyang, Y.-Q., Zhou, W.-B., & Qu, H. (2015). The impact of psychological empowerment and organisational commitment on chinese nurses' job satisfaction. *Contemporary Nurse*, 50, 80-91.
- Özalp, Ş. Ş. ve Şahin, A. O. (2018). Hemşirelerin Örgütsel Adalet Algıları İle Yapısal Ve Psikolojik Güçlendirme Algılarının İncelenmesi. 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi Bildiri Özeti Kitabı. Sakarya: 334-335.
- Özbaş, A. A. ve Tel, H. (2016). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: psychological empowerment in oncology nurses. *Palliative & Supportive Care*, 14, 393-401.
- Potterfield, T. A. (1999). *The Business of Employee Empowerment: Democracy and Ideology in the Workplace*. USA: Greenwood Publishing Group.
- Royan, S., Alikhani, M., Mohseni, M. et al. (2017). Nurses' Psychological Empowerment in Iran: A Systematic Review. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10, 1558-1562.
- Smith, T., Capitulo, K. L., Griffin, M. T. et al. (2012). Structural empowerment and anticipated turnover among behavioural health nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 679-684.
- Smith-King, E. J. (2012). *Psychological Empowerment and its Influence on Nurse Faculty Job Satisfaction*. Greensboro, North Carolina: North Carolina Agricultural and Technical State University.
- Sparks, A. M. (2012). Psychological empowerment and job satisfaction between baby boomer and generation x nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 451-460.
- Sürgevil, O., Tolay, E. ve Topoyan, M. (2013). Yapısal Güçlendirme ve psikolojik güçlendirme ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri. *Journal of Yasar University*, 8, 5371-5391.
- Şalgam, H. M. (2017). Akreditasyon belgesine sahip özel hastanelerdeki hemşirelerin, güçlendirme algıları ve yöneticilerinin liderlik davranışını algılamaları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Şimşek, M. Ş., ve Çelik, A. (2018). *Yönetim ve Organizasyon*. 20. Baskı. Konya: Eğitim yayınevi.
- Tolay, E., Sürgevil, O. ve Topoyan, M. (2012). Akademik çalışma ortamında yapısal ve psikolojik güçlendirmenin duygusal bağlılık ve iş doyumu üzerindeki etkileri. *Ege Akademik Bakış*, 12, 449-465.
- Toplu, D., ve Akça, M. (2013). Öğrenen organizasyonun psikolojik güçlendirme üzerindeki etkisi: Kamu sektöründe bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 12(23), 221-235.
- Tuncer, D., Ayhan, D. Y., ve Varoğlu, D. (2018). *Genel İşletmecilik Bilgileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Uğrak, U., Erigüç, G. ve Uzuntarla, Y. (2016). Personel güçlendirme ve sağlık sektörü. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7, 69-84.
- Vacharakiat, M. (2008). *The Relationships of Empowerment, Job Satisfaction and Organization Commitment Between Filipino and American Registered Nurses Working in the USA*. United States -- Virginia: George Mason University, ProQuest Dissertations Publishing.
- Wang, S., & Liu, Y. (2015). Impact of Professional Nursing Practice Environment And Psychological Empowerment on Nurses' Work Engagement: Test of Structural Equation Modelling. *Journal of Nursing Management*, 23, 287-296.
- Wong, C. A., & Laschinger, H. K. (2012). Authentic Leadership, Performance, and Job Satisfaction: The Mediating Role of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (4), 947-959.

Derleme Makale / Review

## Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı<sup>1</sup>

### Problems after Cardiovascular Surgery in Intensive Care Unit and Nursing Care

Tuğba Çam Yanık<sup>2</sup> , Seher Gürdil Yılmaz<sup>3</sup> 

<sup>2</sup>Uzm. Hem. Tuğba Çam Yanık  
Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/Mersin  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-9053-9397>

<sup>3</sup>Uzm. Hem. Seher Gürdil Yılmaz  
Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/Mersin  
ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0001-6528-9448>

**Sorumlu yazar / Corresponding author:** Seher Gürdil Yılmaz  
Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/Mersin  
E-posta: [shrgddl@hotmail.com](mailto:shrgddl@hotmail.com)

**Bildirir**

<sup>1</sup>Bu makale 2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi'nde poster bildirir olarak sunulmuştur.

**Geliş tarihi / Date of receipt:** 01.02.2019

**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 16.07.2019

**Atf / Citation:** Çam-Yanık T, Gürdil-Yılmaz S. (2019). Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakımda yaşanan sorunlar ve hemşirelik bakımı. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 122-127.

**ÖZ**

Dünya'da ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sırada olan kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde cerrahi yöntemler önemli yer tutmaktadır. Kardiyovasküler cerrahi sonrası tedavi/bakım ve izlemi yoğun bakım ünitesinde sürdürülen hastalarda; atrial fibrilasyon, pulmoner sorunlar, ağrı, kanama, inme, akut böbrek yetmezliği, enfeksiyon, gastrointestinal sorunlar, anksiyete, depresyon, deliryum ve uyku bozuklukları gibi ciddi sağlık sorunları görülebilmektedir. Cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesinde hastalarda yaşanabilecek sorunlara yönelik, bireye özgü bakımın planlanması ve uygulanması durumunda bu sorunlar önemli düzeyde önlenebilmektedir. Hemşire kalp damar cerrahisi sonrası yaşanabilecek sorunların farkında olmalıdır. Bu derlemin amacı, kardiyovasküler cerrahi sonrası hastaların yoğun bakım ünitesinde yaşadığı sorunları ve bu sorunlara yönelik uygulanan hemşirelik bakımını irdelemektir.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi; hemşirelik bakımı; yoğun bakım.

**ABSTRACT**

Surgical methods play an important role in the treatment of cardiovascular diseases, which are the leading causes of death in the world and in our country. Serious health problems such as atrial fibrillation, pulmonary problems, pain, bleeding, stroke, acute renal failure, infection, gastrointestinal problems, anxiety, depression, delirium and sleep disorders can occur in cardiovascular surgery patients undergoing treatment / care and follow-up in intensive care unit. These problems can be prevented by planning and implementing individual-specific care for the problems that may occur in the intensive care unit after surgery. The nurse should be aware of the problems that may occur after cardiovascular surgery. The aim of this review is to examine the problems of patients in the intensive care unit after cardiovascular surgery and the nursing care for these problems.

**Keywords:** Intensive care; nursing care; surgery.

## Giriş

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 yılı verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (TÜİK, 2016). Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ve tıbbi tedavinin yanında cerrahi yöntemler de önemli bir yer tutmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklarda uygulanan cerrahi yöntemler koroner arter bypass grefti (KABG), perkütan translüminal koroner anjiyoplasti, kapak onarımı, kapak replasmanı, kalpteki tümörlerin çıkarılması ve kalp transplantasyonu olarak sıralanabilir (Erdil ve Özhan Elbaş, 2012; Karahan, 2016; Kupper & De Ann, 2017). Kardiyovasküler cerrahi sonrası hastalar birçok komplikasyon açısından risk altındadırlar. Komplikasyonların önlenmesinde ve yaşanan sorunların azaltılmasında bireye özel hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması önemlidir (Dal, Bulut ve Demir, 2012). Dal ve ark.'nın (2012) yaptığı bir çalışmada cerrahi kliniklerde uygulanan cerrahi girişim sonrası hastaların daha çok ağrı, ödem, egzersiz ve öz bakıma ilişkin sorunlar yanında ayrıca dolaşım, beslenme, boşaltım, iştahsızlık, konstipasyon ve enfeksiyon gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Direk & Çelik'in (2012) KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası problemler ve taburculuk sonrası öz bakım yeteneklerini karşıladıkları bir çalışmada, KABG ameliyatı geçiren hastaların yorgunluk, nefes darlığı, yara yerinde ağrı, halsizlik, uykusuzluk, iştahsızlık, korku, karamsarlık, bacaklarda ödem, çarpıntı ve konstipasyon şikayetleri yaşadıkları belirtilmiştir. Akbari & Çelik'in (2015) çalışmasında koroner arter bypass cerrahisi sonrası hastalarda büyük oranda (>%50) solunum problemleri, iştahsızlık, yorgunluk, halsizlik, içe kapanma, uykuya dalmada zorluk, uykusuzluk, göğüs ağrısı, sırt ağrısı ve omuz ağrısı görüldüğü belirtilmiştir. Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakım sürecinde yaşanabilecek sorunların azaltılmasında, hemşirelik bakımının ve hasta eğitiminin önemli bir rolü vardır. Bu derlemenin amacı, kardiyovasküler cerrahi sonrası hastaların yoğun bakım döneminde yaşadığı sorunları ve bu sorunlara yönelik uygulanan hemşirelik bakım girişimlerini irdelemektir.

**Anksiyete ve depresyon:** Anksiyete, kaynağı sıklıkla birey tarafından belirlenemeyen ya da bilinmeyen nedenlere bağlı gelişen belirsizlik, rahatsızlık ve korku hissi olarak tanımlanmaktadır (Öz, 2014; Sarıkoç ve Demiroğlu, 2014). Kalp cerrahisi geçiren bireylerde anksiyete ve depresyon görülebilmektedir. Kalp ile ilgili cerrahi işlem geçiren hastaların yaklaşık %20 kadarının işlem sonrası depresyon yaşadığı bildirilmiştir (Tully, Baker, & Knight, 2008). Nguyen ve ark. (2017) KABG ve kapak cerrahisi sonrası 6 ile 9. haftalar arasında hastalarda anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Budak'ın (2015) çalışmasında da hastalarda özellikle bilgi eksikliği ve aileden uzak kalmaya bağlı anksiyete görüldüğü ifade edilmiştir. Kalp cerrahisi geçiren bireylerde sıklıkla görülen anksiyete hemşirelik tanısının yanı sıra bilgi eksikliği, aile sürecinde kesintiye uğrama, akut ağrı ve korku gibi tanılar da ele alınabilir (Wilkinson & Barcus, 2018; Özdemir Köken & Sezer 2019).

**Anksiyete ve depresyonda hemşirelik bakımı:** Cerrahi girişim sonrası, çevresel stresörler (yoğun bakım ünitesi içerisindeki gürültü, ışıklandırma, gece lambası kullanımı vb.) en aza indirgenmeli, hastanın anksiyete ile başa çıkabilmesi için yoğun bakım ortamındaki strese neden olan faktörler tanımlanmalı, yapılacak hemşirelik bakımı konusunda hastaya özellikle ameliyat öncesi bilgi verilmelidir. Psikolojik destek olarak terapötik dokunma kullanılmalı, hasta mahremiyetine dikkat edilmeli, hasta ve ailesine verilecek fiziksel, sosyal ve psikolojik reha-

bilitasyonda ekip ile iş birliği içerisinde olunmalıdır (Aktaş ve ark., 2015; Kanan, 2018). Ameliyat sonrası dönemde hastanın anksiyetesinin farkında olmasına yardımcı olunmalı ve kendini ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. Anksiyetenin azaltılması için başlanan ilaçların yan etkileri takip edilmelidir (Üstündağ, 2009). Nilsson'un (2009) çalışmasında KABG ve aort kapak replasmanı ameliyatı sonrası 1.gün 50-60 desibel aralığında, yumuşak ve rahatlatıcı müzik türünün 30 dakika boyunca dinletilmesinin, hastaların anksiyete seviyelerinin azaltılmasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Budak'ın (2015) çalışmasında da ameliyat öncesi hastalara verilen eğitimin hastaların anksiyetesinin giderilmesinde etkili olduğu belirtilmiştir.

**Deliryum:** Deliryum, mental durum değişiklikleriyle görülen beyin işlevlerinin geri dönüşümlü olarak değişmesi durumudur (Akyolcu, 2017). Bir başka tanıma göre deliryum dikkatsizlik, dağınık düşünce ve sıklıkla dalgalanan bilinç seviyeleri ile karakterize akut bir durumdur. Kalp hastalıklarına ilişkin cerrahi girişim sürelerinin uzun olması, cerrahi girişim sırasında fazla kan ve sıvı replasmanı yapılması, cerrahi girişim öncesi hastaların inotropik ilaçlar alması nedeniyle deliryum, kalp cerrahisi sonrası en sık görülen nörolojik sorunlardan biri olarak bildirilmektedir (Aslankurt ve ark., 2016). Ayrıca, yaşlanma ile birlikte ameliyat sonrası deliryum gelişme riski artmaktadır (Ogawa ve ark., 2017). Deliryumun bağımsızlığın kaybedilmesi, artan morbidite ve kısa veya uzun vadeli mortalitenin artması gibi hasta üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Nguyen ve ark., 2017; Fraser ve ark., 2018). Nguyen ve ark.'nın (2017) yaptıkları çalışmada, kalp cerrahisi geçiren hastalarda deliryumun genel bir nörolojik komplikasyon olduğu bulunmuştur. Bagienski ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada ise transkateter aortik kapak yerleştirilmesi (TAVI) cerrahisi geçiren 141 hastanın 29'unda deliryum geliştiği belirlenmiştir. Deliryum gelişen hastada sıklıkla belirlenen hemşirelik tanıları; akut konfüzyon, akut konfüzyon riski, kendine zarar verme, kendine zarar verme riski ve yaralanma riski olarak sıralanabilir (Wilkinson & Barcus, 2018).

**Deliryumda hemşirelik bakımı:** Cerrahi girişim sonrası hastalar deliryum gelişimi açısından izlenmeli, yoğun bakım tarafından kullanılan skorlama sistemleri ile (Richmon Ajitasyon Sedasyon Skalası-RASS) hasta sürekli değerlendirilmeli, yüksek riskli hastalar daha yakından izlenmeli, letarjik hastalarda deliryum gelişme durumu dikkate alınmalıdır (Yaşayacak ve Eker, 2012). Norkienė ve ark.'nın (2013) kalp cerrahisi sonrası erken deliryumda risk faktörlerini değerlendirdikleri çalışmada, cerrahi girişim sonrası yoğun bakımda kalmanın ve uzun süre mekanik ventilasyonda olmanın etkili olduğu sonucuna ulaşılmış ve hastalarda deliryum görülme insidansı %13,3 olarak bulunmuştur. Deliryum gelişme riski açısından hastaların yaşı, yatış süresi ve mekanik ventilasyona bağlı olup olmama durumları da değerlendirilmelidir. Ortam sessiz ve sakin tutulmalı, gece lambası kullanılmalı, yoğun bakım ortamı hakkında hastaya bilgi verilmeli, hastanın yoğun bakımdaki günlük rutinleri değiştirilmemeli, hastanın yatağı hemşireye yakın bir yerde olmalıdır. Ayrıca, deliryum riski yüksek ya da deliryum tablosunda olan bir hastanın etrafında, zarar verebileceği düşünülen araç-gereçler bulundurulmamalıdır (Küçük ve Kaya, 2011).

**Ağrı:** Kalp cerrahisi sonrası hastaların karşılaştıkları sorunlardan birisi de ağrıdır. Ağrı, vücudun belli bir yerinde ortaya çıkan, kişilerin acıyı yaşamasına neden olan ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratan hoş olmayan karmaşık bir deneyim olarak tanımlanabilir (Duman, 2016; Çavdar ve Akyüz, 2017). Kalp cerrahisi sonrası ağrı prevalansı, %18 ile %61 arasında



değişmektedir (Gjeilo ve ark., 2010; Guimarães Pereira ve ark., 2016). Kalp cerrahisi sonrası kronik ağrı, yaşam kalitesini etkiler ve günlük yaşam aktivitelerini bozabilir (Gjeilo ve ark., 2010; Guimarães Pereira ve ark., 2016). Kalp cerrahisi sonrası görülen şiddetli ağrıların tedavisi yetersiz kalabilmekte ve hastada ağrının giderilememesi sonucu kardiyak ve gastrointestinal sorunlar, kas-iskelet ve endokrin sistem sorunları, atelektazi, pnömoni, taşikardi, kas zayıflığı, hiperglisemi ve depresyon görülebilmektedir (Cogan, 2010). Eti Aslan ve ark.'nın (2010) yapmış olduğu 300 kalp cerrahisi geçiren hastanın değerlendirildiği çalışmada, cerrahi girişim sonrası hastaların %71'inde ağrı geliştiği belirtilmiştir. Gjeilo ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada kalp cerrahisi sonrası hastaların %15'inde 3 ay veya daha uzun süren kronik ağrı görüldüğü ifade edilmiştir. Kalp cerrahisi geçiren hastada ağrı hemşirelik tanısının yanı sıra uykusuzluk, uyku örüntüsünde bozulma, aktivite intoleransı ve etkisiz solunum örüntüsü de gözlenebilir (Wilkinson & Barcus, 2018; Özdemir Köken ve Sezer 2019).

**Ağrıda hemşirelik bakımı:** Yoğun bakımda, tedavi ve bakım girişimlerinin önemli bir kısmını oluşturan ağrının yönetiminde, hastaya ağrı kontrolünün/ ağrının ifade edilmesinin gerekliliği anlatılmalı, hastanın ağrısı sorgulanmalı ve ağrının kaynağı belirlenmelidir (Erden, 2015). İletişim kurabilen hastalarda, hastanın kendi ifadesi ile ağrının değerlendirilmesi yapılmalı, ağrının şiddeti değerlendirirken sayısal ya da sözel ağrı ölçekleri ile birlikte davranışsal ağrı ölçekleri kullanılmalıdır. İletişim kuramayan hastalarda ise davranışsal ağrı ölçekleri ile birlikte fizyolojik semptomlar değerlendirilmelidir (Erden, 2015; Çelik, 2016; Şapulu Alakan ve Ünal, 2017; Taşdemir, 2018). Ağrı yönetiminde farmakolojik olarak asetaminofen, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar gibi opioid olmayan analjezikler ve intravenöz opioidler kullanılabileceği gibi nöropatik ağrıların giderilmesinde gabapentin ya da karbamazepin tercih edilebilmektedir (Erden, 2015; Çelik, 2016; Şapulu Alakan ve Ünal, 2017). Hastaların ağrısı olmasa da hekimin önerdiği analjezik ilaçları düzenli olarak almaları konusunda hekimler ile iş birliği yapılmalıdır (Aktaş ve ark., 2015; Duman, 2016). Bilişsel ve davranışsal yöntemler, müzik terapi, masaj, konforlu çevre yaratılması ve soğuk uygulamalar arasında yer almaktadır (Çelik, 2016). Bayındır ve Koçyigit'in (2017) çalışmasında müzik terapinin yoğun bakımdaki hastaların ağrıların giderilmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Karaaslan'ın (2014) müziğin ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisini incelediği çalışmasında ağrı yönetiminde müziğin etkili olduğu rapor edilmiştir.

**Kanama:** Kalp cerrahisi sonrası kanama gelişimi, morbidite ve mortalitenin artmasına ve tıbbi maliyetlerin artışına yol açabilmektedir (Cappabianca ve ark., 2016). Ameliyat sonrası kanama, kardiyopulmoner bypass geçiren hastaların %3-5'inde görülebilir (Silvestry ve ark., 2018). Colson ve ark.'nın (2016) ileriye dönük gözlemsel çok merkezli olarak, kalp cerrahisi sonrası aktif kanama gelişim durumunu değerlendirdikleri çalışmanın sonucunda, bütün hastalarda toplamda görülen kanama insidansı %2,63, Selçuk Sert ve ark.'nın (2018) açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmada bu oran %6,4 olarak bildirilmiştir. Aşırı kanama genellikle yetersiz hemostaz, rezidüel heparin etkisi, pıhtılaşma faktörünün tükenmesi, hipotermi ve ameliyat sonrası hipotansiyondan kaynaklanır (Silvestry ve ark., 2018). Kanama ile ilişkili olarak, kanama riski, şok riski ve doku perfüzyonunda bozulma riski gibi hemşirelik tanıları da ele alınabilir (Wilkinson & Barcus, 2018; Özdemir Köken ve Sezer, 2019).

**Kanamada hemşirelik bakımı:** Ameliyat öncesi dönemde hastanın kanamaya ilişkin risk faktörleri değerlendirilmelidir. Bu amaçla koagülasyon testleri içerisinde yer alan hemogram, protrombin zamanı ve aktive parsiyel tromboplastin zamanına ilişkin hasta sonuçları izlenmeli ve geçmiş cerrahi öyküsünde kanama gelişimi sorgulanmalıdır. Ameliyat öncesi kullandığı ilaçlar, bitkisel ürünler hakkında bilgi alınmalıdır. Kalp cerrahisi geçiren hastalarda nabız ve kan basıncı kontrolü, kanama izleminde önemli yere sahiptir. Bu nedenle hasta monitörize edilmeli ve hemodinamik izlemi sık yapılmalıdır. Kardiyak cerrahi girişim sonrası aktif kanama; ameliyat sonrası ilk 24 saatte, özellikle de ilk 6 saatte aralıksız olarak 1,5 mL/kg/saat olacak şekilde drenaj gelmesi olarak tanımlanır. Bu nedenle hastanın drenajlarından ve göğüs tüpünden gelen drenaj miktarı izlenmelidir (Martin & Turkelson, 2006; Çetiner, 2013; Demir Korkmaz, 2017; Kanan, 2018; Kankaya ve Bilik, 2018).

**İnme:** İnme, kalp cerrahisinin en yıkıcı komplikasyonlarından biridir ve kalp cerrahisi sonrası görülme oranı, cerrahi tipine göre %3 ile %9 arasında değişmektedir (Anyanwu ve ark., 2007; Baufreton, 2010). Kalp cerrahisi geçiren bireylerde çoğunlukla iskemik inme ortaya çıkmaktadır (Şahan ve ark., 2010). Mitral darlık, protez kapak, endokardit, ameliyat sırasındaki serebral hipoperfüzyon zamanının uzaması, ameliyat sonrası profilaksi amacıyla antikoagülanların kullanılmaması kalp cerrahisine bağlı inme gelişme sebepleri arasında sayılabilir (Şahan ve ark., 2010). Kalp cerrahisi sonrası meydana gelen inme ile ilişkili olarak hastada meydana gelen kayba göre, aktivite intoleransı, etkisiz hava yolu temizliği, aspirasyon riski, beden imajında bozulma, sözel iletişimde bozulma ve öz bakım yetersizliği gibi hemşirelik tanıları ele alınabilir (Wilkinson & Barcus, 2018).

**İnmede hemşirelik bakımı:** Hastaların nörolojik açıdan değerlendirilmesi, pupil muayenesi, bireyin kişi, yer ve zaman oryantasyonunun değerlendirilmesi önemle dikkate alınmalıdır. Hasta bireylerin iyi değerlendirilmesi, yapılan izlem ve girişimlerin kayıt edilmesi, küçük değişikliklerin dahi rapor edilmesi erken tanılama ve önlem açısından önem taşımaktadır (Martin & Turkelson, 2006; Türk ve ark., 2010; Terzi ve Kaya, 2011; Kanan, 2018). İnme geçiren hastalarda, hastanın tek başına yapamadığı öz bakım ihtiyaçları giderilmeli, yatak içinde pasif egzersizler yaptırılmalı, hastanın sık aralıklarla pozisyon değişikliği sağlanmalı ve sözel iletişim kuramayan hastalarda alternatif iletişim yolları denenmelidir (Koç, 2012).

**Akut böbrek yetmezliği:** Kalp cerrahisinin oldukça yaygın ve önemli bir komplikasyonu olan akut böbrek yetmezliğinin görülme oranı yaklaşık %30 olarak bildirilmektedir. Akut böbrek yetmezliği, uzun süreli yoğun bakım ve hastanede yatış, diyalize bağımlı olma, yaşam kalitesinde düşme ve mortalitede artış olmak üzere daha birçok olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Ayrıca akut böbrek yetmezliği, enfeksiyon gelişimi açısından da risk oluşturmaktadır (Petaja ve ark., 2017; Silvestry ve ark., 2018). Oezkur ve ark.'nın (2018) kalp cerrahisi geçiren 150 hasta üzerinde yaptığı bir prospektif kohort çalışmasında, hastaların %23,5'inde; Petaja ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada ise kalp cerrahisi geçiren hastaların %28,7'sinde akut böbrek yetmezliği geliştiği belirtilmiştir. Kalp cerrahisi geçiren hastada sıvı elektrolit dengesizliği, sıvı volüm fazlalığı, sıvı volüm eksikliği, oral mukoz membranda bozulma ve deri bütünlüğünde bozulma gibi hemşirelik tanıları akut böbrek yetmezliği ile ilişkili olarak ele alınabilir (Özdemir Köken ve Sezer, 2019).

**Akut böbrek yetmezliğinde hemşirelik bakımı:** Cerrahi girişim sonrası erken dönemde saatlik idrar izlemi yapılmalı, idrar renk

ve diğer özellikleri açısından kontrol edilmelidir. Hastanın ilk 24 saat içerisinde en az her dört ile altı saatte bir serum potasyum düzeyleri kontrol edilmeli, normal olmayan bulgular derhal hekime rapor edilmeli ve hasta kardiyak disritmi yönünden değerlendirilmelidir. Akut böbrek yetmezliği açısından yüksek riskli hastalar (risk faktörleri ve skorlama sistemi ile) belirlenmeli ve sık yaşam bulguları takibi yapılmalıdır (Martin & Turkelson, 2006; Kanan, 2018).

**Enfeksiyon:** Kalp cerrahisinde enfeksiyon (cerrahi yara enfeksiyonu, sternotomi yara enfeksiyonu, bakteriyel enfeksiyonlar) morbidite, mortalite ve maliyeti arttıran ciddi bir komplikasyondur (Banbury ve ark., 2006; Lemaiguen ve ark., 2015). Risk faktörlerine bağlı olarak enfeksiyon görülme sıklığı %1 ile %3 arasında değişmektedir (Lemaiguen ve ark., 2015). Banbury ve ark.'nın (2006) yaptığı bir çalışmada kalp cerrahisi sonrası hastalarda bakteremi/septisemi, yüzeysel göğüs yara enfeksiyonu ve derin göğüs yara enfeksiyonu geliştiği ifade edilmiştir. Enfeksiyon riski sık görülen hemşirelik tanıları arasındadır (Özdemir Köken ve Sezer, 2019).

**Enfeksiyonda hemşirelik bakımı:** Enfeksiyon gelişimi açısından hastanın genel durumu değerlendirilmeli, istemi yapılan antibiyotikler zamanında uygulanmalıdır. Yara yeri, enfeksiyon belirtileri olan kızarıklık, ödem, sıcaklık artışı açısından değerlendirilmelidir. Yara yerine konulan drenler alanda, aşırı sıvı birikiminin engellenmesine dolayısıyla enfeksiyonun önlenmesine yardımcı olur. Enfeksiyonun önlenmesi için drenlerin işlevlerinin sürdürülmesi sağlanmalı, drenlerden gelen drenajın miktarı, rengi ve kokusu izlenmelidir. Pansumanların değişimi sırasında aseptik tekniğe dikkat edilmesi, hasta uyanık ve oryante ise enfeksiyona ilişkin yapılan girişimler hakkında bilgilendirilmesi, ayrıca ağız içindeki bakterilerin azaltılmasında ağız bakımının yapılması enfeksiyonun önlenmesinde önemli hemşirelik girişimleridir (Martin & Turkelson, 2006; Le Grande ve ark., 2016; Demir Korkmaz, 2017).

**Pulmoner sorunlar:** Pulmoner sorunlar, kalp cerrahisi sonrası önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup hastanede kalış süresini uzatabilir. Kalp cerrahisi sonrası hastalarda %8-79 arasında solunum komplikasyonları gelişebilmektedir. Bu sorunlar plevral efüzyon, pnömoni, hipoksemi, ateletazi, azalmış torasik kompliyans, diyafragmatik disfonksiyon, pulmoner emboli ve pulmoner ödem olarak sayılabilir (Çelik, 2007; Silvestry ve ark., 2018). Direk ve Çelik'in (2012) çalışmasında KABG cerrahisi yapılan hastaların %43,4'ünde solunum problemi geliştiği belirlenmiştir. Pulmoner sorunlarla ilişkili olarak etkisiz solunum örüntüsü, gaz değişiminde bozulma ve enfeksiyon riski gibi hemşirelik tanıları bulgulanabilir (Özdemir Köken ve Sezer, 2019).

**Pulmoner sorunlarda hemşirelik bakımı:** Cerrahi girişim sonrası pulmoner sorunların erken tanılanmasında hastanın yakın izlemi gereklidir. Arteriyel kan gazları izlenmeli, entübe hastalarda gerektiğinde aspirasyon yapılmalı, ekstübasyon için hazır olma durumu (solunum, kalp atım hızı, yorgunluk, cilt rengi değişikliği) değerlendirilmeli, sık ağız bakımı yapılmalı ventilatör devreleri gözlenmelidir (Martin & Turkelson, 2006; Demir Korkmaz, 2017; Kanan, 2018; Kankaya ve Bilik, 2018). Ekstübasyon sonrası hastaya derin solunum-öksürme egzersizi öğretilmeli, yardımcı solunum cihazlarının kullanımı (spirometre) gösterilmeli, erken mobilizasyon yaptırılmalı ve göğüs filmi çektilmelidir (Martin & Turkelson, 2006; Demir Korkmaz, 2017; Kanan, 2018; Kankaya ve Bilik, 2018). Cordeiro ve ark.'nın (2016) kardiyak cerrahi geçiren hastalarda inspiratuvar kas eğitiminin

akciğer kapasitesi üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, inspiratuvar kas eğitiminin akciğer kapasitesini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Santos ve ark.'nın (2017) yaptığı bir sistematik derlemede ise kalp cerrahisi geçirmiş hastalarda erken mobilizasyonun komplikasyonların azalmasında etkili olduğu ifade edilmiştir.

**Kalp ritmi ilgili sorunlar ve atrial fibrilasyon:** Kalp ritim sorunları olup cerrahi sonrası aritmi insidansı %85'e kadar çıkabilmektedir (Gajulapalli & Rader, 2012). Kalp ameliyatları sonrası atriyal fibrilasyon ise hastaların %20'si ile %50'sinde görülebilmektedir. Ameliyat sonrası atriyal fibrilasyon, hastalar ve sağlık kurumları için uzun süre yoğun bakımda tedavi görüyor olma, mortalitede yükselme ve hastanede kalış süresinin artması gibi klinik ve ekonomik açıdan ciddi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Mariscalco ve ark., 2014; Gillinov ve ark., 2016). Gillinov ve ark.'nın (2016) yaptığı bir çalışmada hastaların %33'ünde atriyal fibrilasyon geliştiği belirlenmiştir.

**Kalp ritmi ilgili sorunlar ve atrial fibrilasyon gelişen hastalarda hemşirelik bakımı:** Hastalar hemodinamik parametreler, EKG, kalp ritim ve hızı, kan basıncı değerleri açısından izlenmelidir. Hastada hipotermi gelişmesi, ventriküler disritmiye neden olabileceği için cerrahi girişim sonrası beden sıcaklığı 37°C olana kadar hasta ısıtılmalıdır (Martin & Turkelson, 2006; Demir Korkmaz, 2017; Kanan, 2018). Anestezi, elektrolit bozuklukları (hipokalsemi, hiperkalsemi, hipomagnezyum ve hipokalemi) ve metabolik sorunlar (asidoz) gibi durumlar cerrahi girişim sonrası dönemde disritmi gelişiminde rol oynayabildiği için hastanın tedavisi ve sürekli izlemi yapılmalıdır (Martin & Turkelson, 2006).

**Gastrointestinal komplikasyonlar:** Kalp cerrahisi sonrası gastrointestinal komplikasyonların görülme sıklığı nadir olmakla birlikte, bu sorun ile ilişkili ciddi morbidite ve mortalite oranı yüksektir (Yapıcı & Ince, 2010; Allen, 2014). Kalp cerrahisi sonrası gastrointestinal komplikasyonların insidansı %0,3 ile %5,5 arasında değişmektedir (Allen, 2014). Yılmaz ve Çifçi'nin (2010) açık kalp ameliyatı geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada, hastaların %77,8'nin taburculuktan sonraki birinci hafta içerisinde boşaltım ile ilgili sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Kalp cerrahisi sonrası görülen gastrointestinal komplikasyonlar; konstipasyon ve ileus en sık olmakla birlikte gastrointestinal kanama, bağırsak iskemisi, pankreatit ve kolesistit olarak sayılabilir (Yapıcı & Ince, 2010). Direk ve Çelik'in (2012) KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası yaşadığı sorunlar ve taburculuk sonrası öz bakım yeteneklerini karşıladıkları çalışmada hastaların %9,4'ünde konstipasyon görüldüğü ifade edilmiştir. Kalp cerrahisi sonrası gastrointestinal komplikasyonlarla ilgili sıklıkla görülen hemşirelik tanıları arasında bulantı, konstipasyon ve konstipasyon riski sıralanabilir (Wilkinson & Barcus, 2018; Özdemir Köken ve Sezer, 2019).

**Gastrointestinal komplikasyonlarda hemşirelik bakımı:** Yoğun bakımda ilk aşamada entübe olan hastanın bağırsak sesleri değerlendirilmeli, bulantı ve kusma açısından izlenmelidir. Hastanın endotrakeal tüpü çıkartıldıktan sonra bulantı ve kusması yok ise açık berrak sıvı ile beslenmesi sağlanmalıdır. Ekstübasyon sonrası sıvı gıda başlanılan hastada abdominal distansiyon ve paralitik ileus gelişmemesi için de bağırsak seslerinin dinlenmesi ve kusma takibi önemlidir. İhtiyaç dahilinde nazogastrik tüp yerleştirilen hastanın drenaj miktarı ve rengi değerlendirilmeli, hekim istemi doğrultusunda antiemetik uygulanmalı ve nazogastrik tüp çıkarılmadan önce bağırsak sesleri dinlenmelidir. Hastaların konstipasyonunu önlemek için, lifli besinler

tüketmeleri, mobilize olmaları önerilebilir (Martin & Turkelson, 2006; Erdil ve Özhan Elbaş, 2012; Kanan, 2018).

**Uyku sorunları:** Temel gereksinimlerden biri olan uykuya ilişkin sorunlar, kalp cerrahisi sonrası çok fazla yaşanmakta, yanı sıra hastaların uyku kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir (Liao ve ark., 2011; Duman, 2016; Le Grande ve ark., 2016). Duman'ın yaptığı çalışmada açık kalp cerrahisi geçiren hastaların %93,7'sinde uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastaların rahat nefes alıp verememe, öksürük/horlama ve ağrı şikayetleri nedeniyle uyku sorunları yaşadıkları ifade edilmiştir (Duman, 2016). Le Grande ve ark.'nın (2016) yaptıkları bir çalışmada, cerrahi girişim sonrası hastaların %69'unda ilk haftada uyku bozukluğu (uzun veya kısa uyku) geliştiği belirlenmiştir. Direk ve Çelik'in (2012) KABG cerrahisi yapılan hastalarda taburculuk sonrası yaşadıkları sorunları inceledikleri çalışmada, cerrahi girişim sonrası hastaların tamamında uyku problemi görüldüğü ifade edilmiştir. Geçirilen cerrahi girişim, yoğun bakım ünitesinde yatış, çevresel faktörler, bakım uygulamaları, tanı uygulamaları ve kullanılan sedatifler hastalarda uykuya ilişkin sorunların gelişmesine neden olmaktadır (Yalın, 2016). Uyku örüntüsünde bozulma, uykusuzluk ve yorgunluk bu bağlamda ele alınabilecek hemşirelik tanılarınıdır.

**Uyku problemlerinde hemşirelik bakımı:** Cerrahi girişim sonrası dönemde hastadaki uyku problemini en aza indirmek için ekip ile iş birliği içerisinde hastanın daha rahat uyumasını sağlayabilecek tedavi planı düzenlenmeli, uyku vaktinde yalnızca zorunlu bakım girişimleri uygulanmalı, yoğun bakım

ünitesi ortamı sessiz tutulmalı, hastanın normal uyku ve uyaklık düzeni sağlanmalıdır (Küçük ve Kaya, 2011; Aktaş ve ark., 2015; Duman, 2016; Yalın, 2016). Ekstübasyon sonrası ilk saatlerde uyutulmayan hastalarda uyku ile ilgili sorunlar gelişebileceği için yoğun bakım ortamındaki gürültü seviyesinin azaltılmasına yönelik kulak tıkacı kullanılabilir (Yalın, 2016). Nerbass ve ark.'nın (2010) KABG cerrahisi sonrası masaj terapisinin uyku üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, masaj terapisi uygulanan hastaların diğer gruptaki hastalara göre üç gün boyunca daha kaliteli bir şekilde uyudukları ifade edilmiştir. Hastaların uyku problemlerini azaltmak amacıyla, masaj terapisi hemşirelik bakım girişimleri içerisinde uygulanabilir (Nerbass ve ark., 2010).

## Sonuç

Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakım sürecindeki sorunların yaşanmaması veya sıklığının azaltılmasında hemşirenin verdiği bakımın önemi yadsınmaz. Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakım döneminde hastalar anksiyete, depresyon, deliryum, kanama, inme, akut böbrek yetmezliği, enfeksiyon, kalp ritim problemleri ve atrial fibrilasyon, ağrı, gastrointestinal sorunlar, uyku problemleri gibi birçok morbidite ve mortalite riski yüksek sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bundan dolayı kardiyovasküler cerrahi gibi büyük ve komplike bir cerrahi girişim geçiren hastanın yoğun bakım sürecinde, yaşadığı her bir soruna yönelik bireye özel hemşirelik bakım girişimi uygulanması önemlidir.

## Kaynaklar

- Akbari, M., & Celik, S. S. (2015). The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 442.
- Aktaş, Y. Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., ve ark. (2015). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, (3), 81-86.
- Akyolcu, N. (2017). Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. N. Akyolcu., N. Kanan. ve G. Aksoy (Eds.). *Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul*, Nobel Tıp Kitapevi; 365.
- Allen, S. J. (2014). Gastrointestinal complications and cardiac surgery. *The Journal of Extra-Corporeal Technology*, 46(2), 142.
- Anyanwu, A. C., Filsoufi, F., Salzberg, S. P., et al. (2007). Epidemiology of stroke after cardiac surgery in the current era. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 134(5), 1121-1127.
- Aslankurt, S., Yapıcı, N., Kudsioğlu, T., ve ark. (2016). Açık kalp cerrahisi sonrası deliryum sıklığı ve deksmedetomidin'in etkinliği. *GKDA Dergisi*, 22(4), 152-160.
- Bagienski, M., Kleczynski, P., Dziewierz, A., et al. (2017). Incidence of postoperative delirium and its impact on outcomes after transcatheter aortic valve implantation. *The American Journal of Cardiology*, 120(7), 1187-1192.
- Banbury, M. K., Brizzio, M. E., Rajeswaran, J., et al. (2006). Transfusion increases the risk of postoperative infection after cardiovascular surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(1), 131-138.
- Baufreton, C. (2010). Role of surgical factors in strokes after cardiac surgery. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 103(5), 326-332.
- Bayındır, S., Koçyiğit, F. (2017). Yoğun bakım ünitesinde ağrı ve anksiyete yönetiminde nonfarmakolojik adjuvan tedavi: müzik terapi. *Maltepe Tıp Dergisi*, 9(1), 14-17.
- Budak, E. (2015). Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Cappabianca, G., Mariscalco, G., Biancari, F., et al. (2016). Safety and efficacy of prothrombin complex concentrate as first-line treatment in bleeding after cardiac surgery. *Critical Care*, 20(1), 1-9.
- Cogan, J. (2010). Pain management after cardiac surgery. In *Seminars in cardiothoracic and vascular anesthesia* Sage CA. Los Angeles, CA: SAGE Publications, 14(3): 201-204.
- Colson, P. H., Gaudard, P., Fellahi, J. L., et al. (2016). Active bleeding after cardiac surgery: A prospective observational multicenter study. *PLoS One*, 11(9), 1-14.
- Cordeiro, A. L. L., Melo, T. A. D., Neves, D., et al. (2016). Inspiratory muscle training and functional capacity in patients undergoing cardiac surgery. *Brazilian Journal Of Cardiovascular Surgery*, 31(2), 140-144.
- Çavdar, İ., ve Akyüz, N. (2017). Ameliyat Sonrası Ağrı ve Yönetimi. N. Akyolcu., N. Kanan ve G. Aksoy (Eds.). *Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul*, Nobel Tıp Kitapevi; 367.
- Çelik, S. (2007). Kardiyak Cerrahi Girişim Sonrası Solunum Komplikasyonları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 67-73.
- Çelik, S. (2016). Yoğun bakım hastalarında ağrı yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 1-8.
- Çetiner, M. (2013). Cerrahi girişim sonrası kanamalarda ayırıcı tanı. *XXXIX. Ulusal Hematoloji Kongresi*, Antalya, 30-34.
- Dal, Ü., Bulut, H., Demir, S. G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
- Demir Korkmaz, F. (2017). Kalp Damar Sistemi Cerrahisinde Bakım. F. Eti Aslan (Ed.). *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte*. 2. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi; 729-806.
- Direk, F., & Çelik, S. S. (2012). Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*, 20(3), 530-5.
- Duman, E. A. (2016). Açık kalp cerrahisi öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve uyku kalitesine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Erden, S. (2015). Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri. *Van Tıp Dergisi*, 22(4), 332-336.

- Ertil, F., ve Özhan Elbaş, N. (2012). Kalp Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, 297-334.
- Eti Aslan, F., Badir, A., Karadağ Arlı, S., et al. (2010). Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary Nurse*, 34(1), 48-54.
- Fraser, V., Cossette, S., Mailhot, T., et al. (2018). Evaluation of an intervention with nurses for delirium detection after cardiac surgery. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 38-44.
- Gajulapalli, R. D., & Rader, F. (2012). Post-operative arrhythmias. In Special Topics in Cardiac Surgery. Erişim tarihi: 10.05. 2019, file:///C:/Users/Pc/Desktop/30191.pdf.
- Gjeilo, K. H., Klepstad, P., Wahba, A., et al. (2010). Chronic pain after cardiac surgery: A prospective study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(1), 70-78.
- Gillinov, A. M., Bagiella, E., Moskowitz, A. J., et al. (2016). Rate control versus rhythm control for atrial fibrillation after cardiac surgery. *New England Journal of Medicine*, 374(20), 1911-1921.
- Guimarães Pereira, L., Farinha, F., Azevedo, L., et al. (2016). Persistent postoperative pain after cardiac surgery: incidence, characterization, associated factors and its impact in quality of life. *European Journal of Pain*, 20(9), 1433-1442.
- Kanan, N. (2018). Kalp ve Damar Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. N. Akyolcu., N. Kanan ve G. Aksoy (Eds.). *Cerrahi Hemşireliği II*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi; 104-114.
- Kankaya, E. A. ve Bilik, Ö. (2018). Kalp kapak ameliyatı sonrası güncel hemşirelik yaklaşımları: Bakım neden önemli? *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1-7.
- Karahan, A. (2016). Kalp Damar Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. N. Özhan Elbaş (Ed.). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 41-80.
- Karaaslan, Ş. (2014). Müziğin ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Koç A. (2012). İnme'de günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 254-260. doi:10.5455/gulhane.25410
- Kupper, N. & De Ann, F. (2017). Inflammatory and structural heart disorders. In Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong Roberts (Eds). *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, Elsevier; 793-795.
- Küçük, L., ve Kaya, H. (2011). Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: Deliryum ne kadar tanıyoruz. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 161-166.
- Le Grande, M. R., Jackson, A. C., Murphy, B. M., et al. (2016). Relationship between sleep disturbance, depression and anxiety in the 12 months following a cardiac event. *Psychology, Health & Medicine*, 21(1), 52-59.
- Lemaiguen, A., Birgand, G., Ghodhbane, W., et al. (2015). Sternal wound infection after cardiac surgery: Incidence and risk factors according to clinical presentation. *Clinical Microbiology and Infection*, 21(7), 674.
- Liao, W. C., Huang, C. Y., Huang, T. Y., et al. (2011). A systematic review of sleep patterns and factors that disturb sleep after heart surgery. *Journal of Nursing Research*, 19(4), 275-288.
- Mariscalco, G., Biancari, F., Zanobini, M., et al. (2014). Bedside tool for predicting the risk of postoperative atrial fibrillation after cardiac surgery: The POAF score. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 3(2), 1-9.
- Martin, C. G., & Turkelson, S. L. (2006). Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2), 109-117.
- Nerbass, F. B., Feltrim, M. I. Z., Souza, S. A. D., et al. (2010). Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery. *Clinics*, 65 (11), 1105-1110.
- Nguyen, Q., Uminski, K., Hiebert, B. M., et al. (2017). Midterm outcomes after postoperative delirium on cognition and mood in patients after cardiac surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 155 (2), 1-8.
- Nilsson, U. (2009). The effect of music intervention in stress response to cardiac surgery in a randomized clinical trial. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 201-205.
- Norkienė, I., Ringaitienė, D., Kuzminskaitė, V., et al. (2013). Incidence and risk factors of early delirium after cardiac surgery. *BioMed Research International*, 1-5. Erişim tarihi: 04.15. 2019. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/323491>.
- Oezkur, M., Magyar, A., Thomas, P., et al. (2018). The COMT-polymorphism is not associated with the incidence of acute kidney injury after cardiac surgery—a prospective cohort study. *BMC Nephrology*, 19(1), 34.
- Ogawa, M., Izawa, K. P., Satomi-Kobayashi, S., et al. (2017). Impact of delirium on postoperative frailty and long-term cardiovascular events after cardiac surgery. *PLoS One*, 12(12), 1-14.
- Öz F. (2014). Anksiyete Problemleri. Öz F., Demiralp M. (Eds.). *Psikososyal Hemşirelik*. 3. Baskı. Ankara: Akademi Tıp Kitapevi; 57-72.
- Özdemir Köken, Z. ve Sezer, R.E. (2019). Kardiyovasküler Sistemle İlişkin Bakım Planı, Kalp Kapak Hastalıkları ve Cerrahi. S. Çelik, A. Karadağ (Eds.) *Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler Ve Sonuçlar*. 1. Baskı. İstanbul, Akademi Yayınevi; 279-296.
- Petaja, L., Vaara, S., Liuhanen, S., et al. (2017). Acute kidney injury after cardiac surgery by complete KDIGO criteria predicts increased mortality. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 31(3), 827-836.
- Santos, P. M. R., Ricci, N. A., Suster, É. A., et al. (2017). Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery: a systematic review. *Physiotherapy*, 103(1), 1-12.
- Sarıkoç, G., ve Demirola, M. (2014). Hastalığa Psikososyal Yanıt. Öz F, Demiralp M. (Ed.). *Psikososyal Hemşirelik*. 3. Baskı. Ankara, Akademi Tıp Kitapevi; 714.
- Selçuk Sert, G., Dede, Ş., Demir, Z.A., et al. (2018). Açık kalp cerrahisi sonrasında kanama nedenli reoperasyonlar: Cerrahi kanama mı? Koagülopati mi? *GKDA Dergisi*, 24(4), 160-164.
- Silvestry, F. E., Manaker, S., King, T. E., et al. (2018). Postoperative complications among patients undergoing cardiac surgery. *Up to Date*. Erişim tarihi 04.03.19, <https://www.uptodate.com/contents/postoperative-complications-among-patients-undergoing-cardiac-surgery>.
- Şahan, M., Satar, S., Koç, A. F., et al. (2010). İskemik inme ve akut faz reaktanları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 19(2), 85-140.
- Şapulu Alakan, Y., Ünal, E. (2017). Yoğun bakım hemşireliğinde ağrı değerlendirmesi ve ağrı yönetimi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 12-29.
- Taşdemir, N. (2018). Ağrı ve Hasta Bakımı. S., Çelik ve N., Taşdemir (Eds.). *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana, Nobel Tıp Kitapevi; 191-192.
- Terzi, B., ve Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.
- Tully, P. J., Baker, R. A., Knight, J. L. (2008). Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(3), 285-290.
- Türk, G., Hakverdioğlu, G., Eşer, İ., ve ark. (2010). Paralizili hastaların hemşire kayıtlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(4), 171-174.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2016). Ölüm Nedeni İstatistikleri, Erişim tarihi 04.01.2019, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>.
- Üstündağ, H. (2009). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Wilkinson J.M., & Barcus L. (Eds). (2018). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. S., Kapucu, İ., Akyar, F., Korkmaz (Çev.). 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi.
- Yalın, H. (2016). Yoğun bakımda uykusuzluk. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20 (1), 9-15.
- Yapıcı, N. & Ince, C. (2010). Gastrointestinal complications and its predictors after cardiac surgery. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 21(1), 3-6.
- Yaşayacak, A., ve Eker, F. (2012). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(2), 265-274.
- Yılmaz, M. ve Çifçi, E. S. (2010). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri, *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 18(3), 183-189.

**Derleme Makale / Review****Dr. Besim Ömer Paşa'nın Nevsâl-i Âfiyet'inde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane<sup>1</sup>****The School of Medicine in Nevsâl-i Âfiyet Written by Dr. Besim Ömer Pasha**Ahmet Zeki İzgöer<sup>2</sup> <sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Zeki İzgöer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü/İstanbul

ORCID Numarası: <https://orcid.org/0000-0002-9943-0574>

E-posta: azeki.izgoer@sbu.edu.tr

**Bildiri**<sup>1</sup>Bu makale, Tıp Tarihi, Tıp Hukuku ve Tıp Tarihi Derneği öncülüğünde Afyon'da Polis Eğitim Merkezi'nde 25-29 Ekim 2018 tarihlerinde düzenlenen 2. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde sunulan bildirinin yayınlanmamış ve genişletilmiş şeklidir.**Geliş tarihi / Date of receipt:** 11.07.2019**Kabul tarihi / Date of acceptance:** 29.07.2019**Atrf / Citation:** İzgöer A.Z. (2019). Dr Besim Ömer Paşa'nın Nevsâl-i Âfiyet'inde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 128-146.**Öz**

Dr. Besim Ömer [Akalın] Paşa tarafından İstanbul'da 1315-1322 tarihlerinde müstakil dört cilt halinde toplam 2.400 sayfa olarak yayınlanan Nevsâl-i Âfiyet isimli sağlık yıllıklarında 1903'te açılan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ile ilgili birinci elden kaynak bilgileri verilmektedir. Paşa'nın aktardığı bu bilgilerin orijinalliği, inceleme ve gözleme dayanması ve mektebin ilk kurulduğu yıllara ait malumat ihtiva etmesi sebebiyledir. Sultan II. Abdülhamid (1876-1909) döneminde inşa edilen darülaceze, bakteriyolojihane, cüzamhâne, acezehane, doğumhane, telkihane, teşrihhane, karantinahane, hastane, tıp ve baytar mektepleri gibi pek çok sağlık kurumunun yanı sıra, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ayrı bir önem arz eder. Paşa'nın ifadesiyle Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane "Avrupa üniversitelerindeki tabiplere üstünlük sağlayacak" bir müessese ve "tıbbımızın tekâmül devri"ne ulaştığı bir kurumdur. Besim Ömer Paşa, Nevsâl-i Âfiyet'inde mektebin tarihçesi, nâzırların kısa biyografisi, mimarî yapısı, idarî birimler, sağlık üniteleri ve pavyonlar, müfredat, doktorlar, ders veren yerli ve yabancı hocalar gibi pek çok konuya detaylı ve zaman zaman fotoğraflarla beraber yer vermiştir. Nevsâl-i Âfiyet ciltlerinin taranarak içerisinden Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ile ilgili kısımların tespit edildiği bu makaleyle söz konusu kurum üzerinde çalışacaklara kaynak erişimi sağlanmasının yanında halen restorasi devam eden mektebin bakım, onarım ve yenilenme çalışmalarına da katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Makale, bir hekim gözüyle Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'yi tasvir edecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Besim Ömer Paşa; Haydarpaşa; Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane; Nevsâl-i Âfiyet; II. Abdülhamid.**ABSTRACT**

Nevsâl-i Âfiyet is first-hand source information about the School of Medicine which was opened in 1903. Nevsâl-i Âfiyet was published in four volumes, 2,400 pages, in 1315-1322 in Istanbul by Dr. Besim Omer [Akalın] Pasha. The originality of this information is based on the observations and investigations, and it is a special resource because it contains information about the years when the school was first established. Many medical institutions such as almshouse, bacteriology laboratories, treatment units for leprosy, places for caring poor people, maternity rooms, vaccination units, dissection units, quarantine units, hospitals, medical and veterinary schools, were all built in the period of Sultan II. Abdülhamid (1876-1909). The School of Medicine has special importance among all those medical institutions. In the words of Pasha, "Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane is an institution that may gain superiority in terms of medical examinations compared to European universities and it is an institution to symbolize of "a period of reaching the perfection in medicine". Besim Omer Pasha has included in Nevsâl-i Âfiyet many subjects with details and occasional photographs of the history of the school, a short biography of people in charge, architectural structure, administrative units, health units and pavilions, curricula, doctors, lecturers, including domestic and foreign teachers, including detailed and occasional photographs. This article, in which the volumes of Nevsâl-i Âfiyet are investigated and the parts of Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane are discussed, aims to provide access to resources to those who work on this institution. This article aims to provide knowledge for ongoing maintenance, repair and renovation works of the school building. The article will describe Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane from the perspective of a physician.

**Keywords:** Besim Ömer Pasha; Haydarpasha; Nevsâl-i Afiyet; School of Medicine; Abdulhamid II.

## Giriş

Besim Ömer Paşa'nın *Nevsâl-i Âfiyet* adlı eseri dört ciltten meydana gelmektedir. Eserin toplam sayfa tutarı 2.400 civarındadır. Birinci cilt 1899 (1315), ikinci cilt 1900 (1316), üçüncü cilt 1304 (1320) ve dördüncü cilt 1906 (1322) yıllarında basılmıştır. Böylece eser 1899-1906 yılları arasındaki dönemi ihtiva etmektedir. Bu yıllarla birlikte ayrıca eserde, geçmiş tarihlere ait bilgilere de zaman zaman değinilmektedir.

Makaleye konu olan mekân, bugün halen İstanbul Haydarpaşa'da bulunan ve Hamidiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi olarak hizmet veren Mek-teb-i Tibbiye-i Şahane binasıdır.

Bu bölümde, ana konuya geçmeden önce *Nevsâl-i Âfiyet*'in yazılma gayesi ve Mek-teb-i Tibbiye-i Şahane'nin inşasına kadarki tarihçesi üzerinde durulacaktır.

### **Nevsâl-i Âfiyet'in Yazılma Gayesi**

Besim Ömer Paşa kitabını, dünyada ortaya çıkan ilmî gelişmeleri ve hayırlı müesseselerin önemini halka anlatmak ve Osmanlı toplumuna hizmet amacıyla yayınlamıştır. Paşa, eserini Fransa'da her yılbaşında yayınlanan *Almanach Hacette* adlı esere benzetir. Eser yıllık özelliği taşımakta ve her sene içinde meydana gelen tıbbî buluşları, ilmî olarak tespit edilen ilaçları, hıfzıssıhha bakımından uygun görülecek makaleleri ve ilanları içinde barındırmaktadır.

Muhteva olarak baktığımızda ise, Osmanlı'nın yetiştirdiği tabiplerin hayat hikâyeleri, mütehasıs oldukları tıp alanları, kaleme aldıkları makale ve eserler, Avrupa üniversiteleri hekimlerine üstün gelecek şekilde yeniden bir Mek-teb-i Tibbiye, Telkikhane, Bakteriyolojihane, Acezehane, Doğumhane vb. birçok müessesenin kurulması çalışmaları, mevcut hastanelerin mükemmel bir şekle dönüştürülmesi, Hamidiye Etfal Hastanesi gibi sağlık binalarının inşası, halk sağlığının temini ve korunması için belediye dairelerinde sıhhiye meclisleri kurulması, çeşitli hastalıklar ve bunlarla mücadele yolları gibi dönemin sağlıkla ilgili pek çok konusunu işlemektedir (Besim Ömer, *Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, Dersaadet 1315, a-b sayfaları).

### **Mek-teb-i Tibbiye-i Şahane'nin Tarihçesi**

Besim Ömer Paşa, Mek-teb-i Tibbiye-i Şahane'nin ilk kuruluş yıllarını Kanuni Sultan Süleyman dönemine kadar götürür. "Mek-teb-i Tibbiye-i Askeriye-i Şahane" başlığı altındaki yazısına, 1550 (Hicrî 957) yılında Kanuni Sultan Süleyman'ın Süleymaniye Camii'ne yakın Tiryaki Çarşısı'nda (sonradan Darülhadis olan mahal) bir tıp medresesi kurduğunu söylemekle başlar. Sonra sözü Sultan II. Mahmud zamanına getirerek Başhekim Behçet Efendi'in üçüncü kez hekimbaşılığı sırasında Şehzadebaşı civarında Acemoğlukolluğu adlı yerde Tulumbacıbaşı Konağı'nda Mart 1827'de (Şaban 1242) Tıbhane-i Âmire adıyla bir mekân açıldığını, başka bir yerde ise Cerrahhane'nin tesis edilip her iki binada da Avrupa'da tıp ve cerrahî tahsili gören tabip ve muallimler vasıtasıyla eğitim ve öğretime başlandığını ifade eder. Yetiştirilen tabiplerin bir bölümü askerî hizmete ayrılmıştır. Tıbhane-i Âmire bilahare Galata Sarayı'na nakledilmiştir. Bir yangın sonucu o zamana ait kayıtlar ve evrak kısmen yanmıştır. Bu yangın sonucu 1838 (H. 1254) senesi sonuna kadar ne kadar tabip yetiştiği bilinmemektedir (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 51). Söz konusu yangının gerek tıp tarihimiz ve gerekse arşivcilik tarihimiz açısından kaybı son derece manidardır. Osmanlı belgelerinden büyük bir

bölümünün birçok suistimal, yangın, yurtdışına kaçırılması ve hurda kâğıt fiyatına satılmasına rağmen halen arşiv ve kütüphanelerimizde varlıklarını sürdürebilmeleri ve bunların korunması çabaları, çok az sayıda bilim ve devlet adamının gayret ve fedakârlıklarıyla gerçekleşmiştir.

Besim Ömer Paşa, Galata Sarayı Hümayûnu'nun 1838 senesinde bazı ilâvelerle tamir edilip Avrupa'dan hocalar ve aletler getirildiğini söyler. Ardından da Tıbhane ve Cerrahhane'nin birleştirilip kurucusu olan II. Mahmud'un adına nispetle "Darü'l-Ulûmi'l-Hikemiye-i Osmaniye ve Mek-teb-i Tibbiye-i Adliye-i Şahane" unvanı verildiğini belirtir.

Sultan Abdülmecid zamanında binanın gelişmesi ve intizamı hususunda bir nizamname kaleme alındıktan sonra yeni tıp aletlerinin yanı sıra her türlü ihtiyacı karşılanan ve mükemmel bir şekilde eğitime başlayan binanın yeniden kurulduğu düşünülerek 1838 yılında açılışının yapıldığına işaret eden Besim Ömer Paşa, binanın kitabesinin mektep nâzirliğini yapan Ziver Paşa tarafından yazıldığını söyler (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 51-52).

Paşa, mektebin kuruluşu ve gelişimi hakkında şu bilgileri verir: "Kuruluşunun başlangıcında eğitim ve öğretimin Avrupa tıp mektepleri düzeyine ulaşması için Viyana'dan "Emrâz-ı Dâhiliye ve Seririyat-ı Dâhiliye ve Hariciye Nâzir ve Muallimi" unvanıyla Dr. Bernard getirilmiştir.

Alınan tedbirlerle eğitim-öğretimde düzen ve mükemmellik sağlanmıştır. 1843 (1259) yılında tarihinde ilk defa padişah, vekiller ve vezirlerin huzurunda imtihan yapılarak tıp bilimlerinde "doktorluk" ve eczacılıkta "üstatlık" unvanlarıyla diplomalar verilmiştir.

Mektebin kısa bir süre içerisindeki başarısı Sultan Abdülmecid'i memnun etmiş ve Osmanlı ordularının ihtiyacını temin edecek ve tıbbın her alanında mütehasıs tabip yetiştirmek düşüncesiyle 1846 (1262) yılında Viyana'dan Dr. Spitzer getirilerek "Mek-teb-i Tibbiye-i Adliye-i Şahane Başmuallimi" sıfatıyla istihdam edilmiştir. Ardından Viyanalı Rigler ve daha pek çok muallim gelerek Mek-teb-i Tibbiye'de muallimliklerde bulunmuşlardır.

Bir süre sonra mektep Sütlüce'deki Humbarahane'ye taşınmıştır. İstanbul'da 1864 (1281) tarihinde çıkan kolera sırasında Humbarahane tahliye edilerek kolera hastanesi haline getirilmiştir. Mek-teb-i Tibbiye-i Şahane İdadisi Gülhane'deki kırmızı kışlaya ve harbiye sınıfı da Hasköy'deki Gergeroğlu Konağı'na nakledilmiştir. Koleranın ortadan kalkmasından sonra idadi sınıfları kırmızı kışlada kalırken, harbiye sınıfları da Mek-teb-i Tibbiye-i Şahane'nin bulunduğu Demirkapı'daki kışlaya nakledilmiştir" (*Nevsâl-i Âfiyet*, I, s. 53-55).

Besim Ömer Paşa, Sultan II. Mahmud'un:

"-Gerek askerlerimiz ve gerekse ülkemiz için tabip yetiştirmeye acilen ihtiyacımız olduğundan şimdi bir taraftan muhtaç olduğumuz tabipleri yetiştirip gerekli yerlerde istihdam etmek ve diğer taraftan da tıp ilmini tamamen kontrolümüze alıp Türkçeleştirmeye gayret etmeliyiz" düşüncesini olumlu karşılamakta ve bu uygulamayı teoriden pratiğe geçirmek üzere 1861 (1278) yılında yayınlanan bir irade ile Mek-teb-i Tibbiye-i Şahane'de okutulan tıp bilimlerinin tamamen Türkçe okunup yazılmasıyla birlikte tercüme ve hocalıkta istihdam edilmek üzere her yıl mezun olan yetenekli doktorlardan ve Türkçeyi iyi

bilenlerinden ikişer kişinin iki yıl süreyle Avrupa'ya gönderilmesine karar verildiğini söylemektedir.

Paşa'nın bir başka gözlemi de 1872 (1289) yılına kadar eğitim ve öğretime Demirkapı'daki kışlada devam edildiği, bilâhare mektebin Galata Sarayı'na nakledilerek iki yıl orada kaldıktan sonra 1874'de (1291) tekrar harbiye sınıflarının Demirkapı'daki kışlaya taşındığı ve idadi sınıflarının birleştirilerek Kuleli'deki kışlaya gönderildiğidir (*Nevsâl-i Âfiyet*, I, s. 55-56).

Besim Ömer Paşa, eserinin birçok yerinde Sultan II. Abdülhamid'den övgüyle söz eder. Paşa, Sultan Hamid devrinde tabiplik mesleğine olağanüstü önem verildiğini, orduların ihtiyacını karşılayacak şekilde tıbbın birçok şubesinde ihtisas yapan tabiplerin yetiştirildiğini ve Mekteb-i Tibbiye-i Şahanece birçok islahat ve ilerlemeler gerçekleştirildiğini belirtir. Mekteb-i Tibbiye için amaç, Avrupa tıp mektepleri seviyesine ulaşmaktır. Bunun için de muallimlikte istihdam edilmek üzere zeki ve yetenekli birçok tabip eğitim-öğretim, ameliyat ve özel beceriler kazanmak için Avrupa'ya gönderilmişlerdir (*Nevsâl-i Âfiyet*, I, s. 57).

1885 (1302) yılında Seririyat-ı Dâhiliye Muallimi Tuğgeneral Zoeros Paşa'nın başkanlığında bir heyetin Paris'e gönderildiğinden bahseden Besim Ömer Paşa, bunların Osmanlı ülkesine dönüşlerinde İstanbul'da Daülkelb Ameliyathanesi'ni kurduklarından bahseder. Bilâhare bir de Kimyahane tesis edilmiştir (*Nevsâl-i Âfiyet*, I, s. 57-58).

Paşa'ya göre Sultan II. Abdülhamid döneminde Mekteb-i Tibbiye'de önemli gelişmeler yaşanmaktadır:

“-1891'de (1308) mektep civarında Seririyat-ı Hariciye, Seririyat-ı Dâhiliye, Seririyat-ı Ayniye ve Seririyat-ı Vilâdiye tesis edilmiştir.

Cerrah Korgeneral Cemil Paşa'nın sorumluluğuna verilen Seririyat-ı Hariciye'de şimdiye kadar ismi bile işitilmeyen ameliyatlarda bulunulmuştur. Bu usulle birçok operatörler yetişmiş, ayrıca göz ve doğum ameliyatlarında da ilerlemeler kaydedilmiştir.

1892 (1310) yılına kadar telkih-i cederî ameliyatı için Avrupa'dan aşı tüpleri getirilirken, bu tarihten sonra buzağı aşısı (Buzağı aşısı: Her yönüyle ve ilmen makbul olduğundan Osmanlı ülkesinde buna benzer bir aşı üretilerek kuduz hastalığını tedavi etmek üzere Paris'te Pasteur Darülameliyatı'na gönderilip dönen Mekteb-i Tibbiye-i Şahane muallimlerinden Albay Hüseyin Remzi Bey bu amaçla görevlendirilmiştir. Ağustos 1892'de de Telkihane-i Şahane tesis edilmiştir Bkz. *Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 111-112) üretilmek üzere bir Telkihane kurulmuştur. Böylece Osmanlı halkı çiçek hastalığından büyük ölçüde korunmuştur. (Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de kurulan Telkihane-i Şahane'de Pasteur'ün Darülkeşfiyat'ında tahsilini tamamlayan Binbaşı Dr. Rifat Bey'in müdürlüğünde ilmî şartlarla hazırlanan cederî-i bakarî aşısı kullanılmış ve mevcut hastalıklar sona ermiştir. Bkz. *Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 81).

Kuşpalazına karşı keşfedilen serumun Osmanlı ülkesinde hazırlanması için Paris'ten Dr. Nicolle getirilmiş ve onun nezaretinde Bakteriyolojihane tesis edilerek serum üretilmiştir. Ayrıca bu alanda birçok mütehassıs yetiştirilmiştir (Dr. Nicolle 1892 sonlarında / 1310 yılı başları Paris'ten getirilerek Mekteb-i Tibbiye-i Şahane yakınında inşa edilen Ameliyathane'nin müdürlüğüne tayin edilmiştir. Nicolle iki yıl kadar görev yaptıktan sonra kuşpalazı serumunu burada üretmeyi başarmıştır. Mekteb-i Tibbiye yakınında tesis edilen yer yeterli gelmeyince Nişantaşı civarında kiralanmış büyük bir evde laboratuvarlar yapılarak kuşpalazı ameliyathanesi açılmıştır. Bkz. Bkz. *Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 99-100).

Mekteb-i Tibbiye-i Şahane Kimyahanesi'nde çalışmak üzere kimya tahsili için İngiltere, Fransa, Almanya ve Avusturya'ya yetenekli öğrenciler gönderilmiştir.

Halen Mekteb-i Tibbiye-i Şahane olarak kullanılmakta olan kışlanın yetersizliği sebebiyle Haydarpaşa'da gayet mükemmel, metin ve diğer ülkelerde bile benzeri ender bir mektep inşasına başlanmıştır (*Nevsâl-i Âfiyet*, I, s. 58-60).

Kuduz hastalığına karşı Pasteur'ün keşfettiği kuduz devasının hazırlanması ve uygulaması için Mekteb-i Tibbiye-i Şahane muallimlerinden Tuğgeneral Dr. Zoeros Paşa'nın başkanlığındaki bir heyet Paris'e gönderilmiştir. Burada tedavi usullerini ve eğitimlerini tamamlayan heyet, bir süre sonra yurda dönmüştür. Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de bütün malzemeleriyle bir Darütedavi açılarak kuduzla yakalananlara yapılan aşılarla şifa bulan hastalar memleketlerine dönmüşlerdir” (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 81).

Paşa, *Nevsâl-i Âfiyet*'inde Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'deki eğitim ve öğretimin islah ve ikmal çalışmaları hakkında da bilgiler verir. Bu çerçevede Almanya'dan muallim olarak Robert Rieder ve muavin olarak Dr. Deycke'in getirildiğini ifade ederek bunların görev ve sorumlulukları hususunda açıklamalarda bulunur (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 61-62).

Besim Ömer Paşa, Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de nâzırlıkta bulunan Abdülhak Efendi, İsmail Efendi, Salih Efendi, Ziver Efendi, İsmail Paşa, Cemaleddin Efendi, Hayrullah Efendi, Arif Efendi, Marko Paşa, Sâib Paşa, Ahmed Hilmi Paşa, Ahmed Şükrü Paşa, Mehmed Avni Paşa'nın *Nevsâl-i Âfiyet*'in ilk cildinde kısa, ikinci cildinde ise biraz daha uzun biyografilerine yer vermiş, bu zatlara ve kaleme aldıkları eserleri tanıtmıştır (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 63-65).

Paşa, diğer taraftan Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de okutulan derslere, derslerin muallim ve muavinlerine de tablolar halinde eserinde yer verir. Aşağıdaki örnek tabloda (Tablo 1) sadece birinci yıla ait bilgiler bulunmaktadır:

**Tablo 1. Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de Birinci Sene Okutulan Dersler, Derslerin Muallim ve Muavinleri**

	Ders	Muallim	Muavin
Birinci Sene	Kimyâ-yı Gayr-ı Uzvî	Binbaşı Vasil Efendi, Kaymakam Şükrü Bey	Kolağası Hulusi Raif Efendi
	Hikmet-i Tabiiye	Kolağası İsmail Ali Efendi	Yüzbaşı Esad Feyzi Efendi
	İlmü'l-Arz ve'l-Maâdin	Tuğgeneral İbrahim Lütfi Paşa	Binbaşı Ali Efendi
	Akaid-i Diniye	Hüsnü Efendi	-
	Fransızca	Hüsnü Bey	-

(*Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, s. 66)

**Tablo 2. Mekteb-i Tibbiye-i Şahane’de Pazartesi Günü Ders Veren Muallim ve Muavinler**

Pazartesi	Cemal Beyefendi During Paşa	Celâl Muhtar Beyefendi Besim Ömer Beyefendi	Nureddin Bey, Mustafa Efendi İsmail Derviş Efendi
(Nevsâl-i Âfiyet, c. I, s. 69)			

**Tablo 3. Mekteb-i Tibbiye-i Şahane’de Cumartesi Günleri Okutulan Dersler, Derslerin Muallim ve Muavinleri**

Cumartesi	Tımarcı Rıfat Efendi	Aşıcı Âlim Efendi, Sadberk Hanım	Ebe Hacı Azime Hanım, Madam Mari, Haydarlı Zeliha Hanım, Emine Hanım
(Nevsâl-i Âfiyet, c. I, s. 70)			

Paşa'nın tablo olarak verdiği bir başka malumat, Mekteb-i Tibbiye-i Şahane Muayenehanesi'ne devam eden muallim ve tabiplerin listeleridir. Bunlar haftanın günleri itibarıyla sunulmuştur. Yukarıda sadece pazartesi gününe ait bir örnek (Tablo 2) bulunmaktadır.

Aynı şekilde bir diğer tablo da muayenehaneye devam eden tımarcı, aşıcı ve ebeler için söz konusudur. Bunlara ait örnek ise sadece cumartesi günü (Tablo 3) içindir.

Besim Ömer Paşa, Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'nin aynı zamanda İstanbul ve taşra belediyelerine tabip, eczacı, aşıcı, ebe gibi sağlık memurlarının seçimi, tayini, becayışı, taltifi, yabancı ülkelerde tahsili ve imtihanları gibi pek çok hususta önemli vazifeler icra edecek olan ve 1286'da kurulan Cemiyet-i Tibbiye gibi kuruluşlara da bünyesinde yer verdiğini belirtir (Nevsâl-i Âfiyet, I, s. 117-118).

Nevsâl'deki bir başka önemli özellik, Mekteb-i Tibbiye-i Şahane hocalarının müstakil olarak makalelerinin bulunuşudur. Mektepte Seririyat-ı Hariciye Muallimi Korgeneral Cemil Paşa'nın "Makâlât-ı Sıhhiye ve Etibbâ-yı Mütehasşisa: Kırık ve Çıkıçıklarımız" adlı makalesi bu türdendir (Nevsâl-i Âfiyet, I, s. 136-149).

Mekteb-i Tibbiye'de gerçekleştirilen tıbbî müdahalelerden de bahseden Paşa: "Mektepte vücudun herhangi bir noktasına batan ve kırılıp kısmen deri altında kalan iğne, tıg, cam parçası gibi cisimler, röntgen ışınlarıyla görülüp çıkarılır. Mekteb-i Tibbiye-i Şahane Seririyat-ı Hariciyesi'ne başvuran dört şahıs üzerinde bu usul tatbik edilerek doku içinde bulunan iğneler kolaylıkla çıkarılmıştır" demektedir (Nevsâl-i Âfiyet, I, s. 230).

Paşa'nın konuyla ilgili verdiği bir başka örnek Operatör Cemil Paşa'nın yaptığı ameliyat olup konuyla ilgili olarak şunları söylemektedir.

"Üç yaşında bir çocuğun mide borusunda bir metelik kalmış ve mütehasşis tabipler tarafından çıkarılamadığından anne ve babası Mekteb-i Tibbiye-i Şahane Seririyat-ı Hariciyesi'ne başvurmuştu. Muayeneden sonra Cemil Paşa beş dakikalık bir ameliyatla parayı çıkarmıştı" (Nevsâl-i Âfiyet, I, s. 231).

Paşa, kitabının bir başka yerinde Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'ye iki sene devam eden hanımların ebelik diploması aldıklarını söylemektedir (Nevsâl-i Âfiyet, I, s. 276).

Besim Ömer Paşa'nın *Nevsâl-i Âfiyet*'in 2. cildinde birbirinden farklı konularda verdiği bilgiler kronolojik olarak şu şekildedir:

"Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de halkın sıhhatini korumak amacıyla 1846 (1262) yılında İstanbul'da kaza sonucu yaralanarak veya başka bir sebeple ölen kimselerin mahkemece kovuşturması yapılırken diğer taraftan da ölenin ölüm sebebinin ne olduğunun tabip muayenesiyle anlaşılması için de tabip ve cerrahlar tayin edilmeye başlanmıştır" (Besim Ömer, *Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, Dersaadet 1316, s. 98).

"1846 (1262) senesinde İstanbul'da ebelik yapan müslüman ve gayrimüslim ebelerin Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'ye devam ederek ebelik hakkında eğitim görüp imtihan sonucu diploma almaksızın ebelik yapmalarına kesinlikle ruhsat verilmesi kararlaştırılmıştır" (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 99).

"1846 senesinde Beyoğlu'nda çıkan yangında Mekteb-i Tibbiye-i Şahane kısmen yandığından Humbarahâne-i Âmire Kışla-i Hümâyûnu bazı tamirler sonucu geçici olarak Mekteb-i Tibbiye'ye tahsis edilmiştir.

1850 (1266) senesinde Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'nin tertibi, düzeni ve okutulan derslerin tahsili ve halkın sıhhatiyle ilgili bazı hususların görüşülmesi icrası konusunda bir meclis kurulmuştur" (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 100).

Besim Ömer Paşa, zaman zaman Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de görev yapan tabiplerin aldıkları maaş, erzak ve tayinatları hakkında da bilgiler vermektedir. Bu çerçevede 1852 (1268) tarihinden beri mektepte maaşsız olarak dâhiliye hastalıkları ilmini öğreten Dr. Fuvel'e 1854 (1271) senesinde 3.000 kuruş maaş, un, erzak, yem ve arpa tayinatı yapıldığından bahseder (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 101).

Paşa, Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'yi bitiren yetenekli öğrencilerin tahsil düzeyleri ve liyakatlerini ispatlamaları için Avrupa'ya gönderildiğini, bu çerçevede Viyana'ya gönderilen 5 tabibin 1846 yılında Viyana Tıp Darülfünunu'nda düzenlenen imtihanda başarılı olduklarını söyler (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 102). Yine Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'nin Avrupa tıp mektepleri seviyesine ulaşması amacıyla muavinlik ve muallimlikte yetiştirilip istihdam edilmek üzere yetenekli tabiplerden Avrupa'ya gönderilenlerin isimlerini verir:

Cemil Paşa, Şefik Paşa, Hamdi Paşa, Besim Ömer Paşa (kendisi), Nureddin Bey, Celâl İsmail Bey, Fahri Bey, Salih Bey,



Celâl Muhtar Bey, Rifat Hüsameddin Bey, Esad Bey, Ahmed Fehim Bey, Ali Rıza Bey, Raşid Tahsin Bey, İsmail Derviş Bey (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 106).

Yabancı ülkelerin her tarafından gümrüklere gelen eşya ve maddelerin inceden inceye araştırılıp kontrolü için gerek önce tesis edilen Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Kimyahanesi'nde çalışmak gerekse gümrüklerde basit ve tahlillerde bulunmak üzere kimya tahsili için İngiltere, Fransa, Almanya ve Avusturya'ya bazı yetenekli tabipler gönderilmiştir (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 108).

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de tahsil ve diploma alarak altı-yedi yıl önce Berlin'e gönderilen ve oradaki tıp mektebinden diploma alan tabiplerden Ziya Nuri Bey, Süleyman Numan Bey, Âsaf Derviş Bey, Kerim Sebati Bey, Eşref Ruşen Bey gibi ihtisas sahipleri Rieder Efendi'nin maiyetine verilerek Gülhane Hastanesi'nde görevlendirilmişlerdir (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 110).

Paşa, Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane'de tıp dilinin Türkçe öğretilmesine karar verildiğinden 1869 (1286) senesinde Salih Efendi'nin ikinci defaki başhekimliğinde Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye'de eğitim ve öğretim dilinin padişahın iradesi gereği Türkçe yapıldığını belirtir (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 103).

Paşa, Rieder Efendi'nin Haydarpaşa'da inşa edilmekte olan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ve Seririyat inşaatına nezaret ettiğini diğer taraftan da mektebin tamamıyla bitip açılmasından itibaren uygulamaya konmak üzere bir ders programı düzenlediğini söyler. Buna göre, tıp idadisi beş sınıftan meydana geliyor, ilk üç sınıfta haftada 24, son iki sınıfta haftada 30 saat ders bulunuyordu. Dersler 45 dakika idi. Her sınıfta Fransızca ve Almanca öğretiliyordu. Paşa, eserinde mektepte okutulan derslere de değinmekte ve bunların tek tek listeler halinde isimlerini vermektedir (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 110-111).

Paşa'nın listelediği hususlar arasında Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane nâzırlığını yapanların biyografileri (terceme-i hâlleri) de vardır. Her yılki *Nevsâller*de bunları aktualize eder ve daha ayrıntılı bilgiler sunar (Bkz. *Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 113-122). Yine, mektepte görülen derslerin, muallimlerin ve muallim yardımcılarının isimlerine ait listelere her yılki *Nevsâl-i Âfiyet*'te yer verir (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 123-125). Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Muayenehanesi'ne devam eden muallim ve tabiplerin gün gün listeleri eserde bulunmaktadır. Bunlar da her seneki *Nevsâl-i Âfiyet*'te yenilenerek verilir (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 126). Bu arada muayenehaneye devam eden tımarcı, aşıcı ve ebelerin listeleri de vardır (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 127).

Besim Ömer Paşa, Osmanlı ülkesinde meydana gelen tıbbî gelişmeler ve sıhhi müesseseleri anlatırken frengiye değinir. Osmanlı halkının sağlığını korumak için Anadolu'nun birçok yerinde nüfusun eksilmesine, ülke servetinin yok olmasına yol açan ve gündün güne artan frenginin ortadan kaldırılması amacıyla Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Frengi ve Cilt Hastalıkları Muallimi Dering Paşa'nın nezaretinde bir komisyon Kastamonu'ya gönderilmiştir. Ayrıca Sinop, Bolu, İnebolu, Kastamonu hastaneleri genişletilerek islah edilmiş ve Çankırı, Ereğli, Bartın, Düzce, Cide'de yeniden frengiye mahsus hastaneler yapılması kararlaştırılmıştır (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 144-145).

Paşa, dönemin sultanı II. Abdülhamid'in sağlık alanındaki tedbir, teşvik, teşebbüs ve iyi niyetlerini öve öve bitiremez. Batı tıbbının ulaştığı seviyeden Osmanlı ülkesinin de hissedar olmasını, hatta Osmanlı tıbbının Batı tıbbı kadar ileride olmasını arzuladığını, bu amaçla da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane kabul edilen kışlanın yetersizliğinden dolayı Haydarpaşa sirtları üzerinde çağdaş gelişmelere uygun bir mektep yapılması hakkındaki padişah iradesinden övgüyle söz eder. Ediplerin bir "cennette bir havuz" diye isimlendirdiği Marmara'ya nâzır olan bu büyük binanın inşaatının gündün güne büyüdüğünün ve Sultan II. Abdülhamid'in tahta çıkış yıldönümünde tamamlanacağını müjdesini verir.

Paşa, o gün için anlattıkları günümüz tıp tarihi ve sosyal hizmet incelemeleri için orijinal nitelikli kayıtlardır. Çünkü paşa bunları bizzat görmüş ve yaşamıştır. Konuyla ilgili olarak *Nevsâl-i Âfiyet*'in bu bölümünde geçen satırlar şöyledir:

"Teferruatıyla birlikte 50 bin mimarî zirâi terbiinde bir arazi üzerinde 300 bin liraya yakın bir masrafla inşa edilen bu binanın büyüklük ve genişliği yanında sağlam olmasına ve Batı mimarî tarzının en zarif şekillerini gösterecek bir güzellikte yapılmasına olağanüstü çaba harcanmaktadır. Mektebin kara tarafına tesadüf eden cephesi Bilecik ve Hereke'den özel olarak getirilen kırmızı ve mavi somaki taşlarla süslenmektedir. Birçok dershaneleri, çeşit çeşit laboratuvarları, mükemmel bir teşrihanesi, hamamı ve her bakımdan muhteşemliğiyle kara tarafında muhtelif şubelere ait 30 pavyonu yani seririyat hastaneleri vardır. Bunların 13'ü ortada ve 17'si iki tarafında bulunacak ve toplamı 73'e yükseltilecektir. Sahilde mükemmel bir rıhtım inşa edilmiş ve mektebin önündeki geniş meydan muntazam bir botanik bahçesi olmak üzere hazırlanmıştır.

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin islah ve eğitim-öğretimin üst seviyeye çıkarılması için Almanya'da Bonn Tıp Üniversitesi'nden getirilen Prof. Rieder Gülhane Seririyat Hastanesi'ne muallim ve müdür olarak tayin edilmiş, ayrıca Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane müfettişi olarak görevlendirilmiştir" (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, s. 147-148).

Mekteb-i Tıbbiye, Haydarpaşa'ya taşınmadan önce halk sağlığına yönelik olarak memba ve maden sularının analiz raporlarını hazırlama hizmeti veriyordu. (Osmanlı arşiv belgelerinde yer alan bu hususlar hakkında birkaç örnek belgenin özet, tarih ve künyesi şöyledir: 1) Çeşme Çiftlik-i Hümayûnu'nda keşfedilen kükürtlü maden sularının tahlil edilmek üzere İstanbul'da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'ye getirilmesi için gerekli ecza, alet, şişe ve sandığın hamal, navul ve nakil ücretlerinin karşılanması. 12 Haziran 1895 (BOA, DH-MKT, 380/74); 2) Kayseri kasabasına üç saat uzaklıkta Hasanarpa köyü civarında çıkan ve sindirimi kolaylaştırdığı tecrübe edilmiş olan maden suyundan altı şişenin ve bu sudan tortulanıp egzama hastalığına faydalı olduğu söylenen çamurdan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de analizinin yapılmak üzere bir miktarının gönderildiği. 21 Nisan 1900 (BOA, DH-MKT, 2334/94); 3) Eskişehir'in Kuyucak köyü halkından Hacı Beyzade Bekir Bey'in Laçın köyünde bulunduğu Soğuksu adındaki maden suyundan gönderilen üç şişenin Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de tahlil edilip sonucun bil-

dirilmesi. 22 Temmuz 1902 (BOA, BEO, 1853/138964).

Besim Ömer Paşa'ya göre bu gelenek, Haydarpaşa Mekteb-i Tıbbiyesi'yle de devam etmektedir:

“-Osmanlı ülkesinde en çok tanınan memba sularından Taşdelen, Kayışdıği, Göztepe, Karakulak, Hünkâr, Büyükdere Kır-yazi, Kanlıkavak, Ayazma, Keçe, Kirazlı ve Çamlıca sularının Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Kimyahanesi'nde analizleri yapılmış, özellikleri ve saflık dereceleri ölçülmüştür (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 162-163).

Yine bu çalışmalar doğrultusunda Paşa, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane hocalarının kaplıcalarla ilgili raporlar yazdıklarından bahsetmektedir. Bunlardan biri meşhur Yalova kaplıcalarıdır. Pek çok hastalık için şifa kaynağı olan Yalova kaplıcalarının faydalı tesirleri ancak analizi yapıldıktan sonra anlaşılmıştır. Bu hususta Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane hocalarından Seririyat-ı Dâhiliye Muallimi Tuğgeneral Zoeros Paşa ile Dr. Stekolis'in görüşleri ve verdikleri raporlarda Yalova sularının içilebildiği gibi banyo için de kullanılabileceği belirtilmiştir (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 394-395).

Diğer taraftan, İstanbul ve civarının en meşhur memba suları hakkında Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Kimya-yı Tahlilî ve Hayatî Muallimi Kimyager Ali Rıza Bey de analizlerde bulunmuştur. Ali Rıza Bey'in elde ettiği sonuçlar, Besim Ömer Paşa'nın kitabının “Su İhtiyacı” başlıklı bölümünde tablolar halinde verilmiştir (Bkz. Besim Ömer, *Nevsâl-i Âfiyet*, c. III, Dersaadet 1320, s. 12-14).

Eserinin bir başka yerinde yaralıların hızlı ve vakit geçirilmeksizin tedavi edildiklerini söyleyen Paşa, iki sene önce Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Seririyat-ı Hariciyesine gönderilen ve karınlarından yaralanmış iki kimsenin tedavilerinin lâıyıkıyla yapıldığından bahseder (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 175).

Paşa, yer yer Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de tecrübe ettikleri uygulamalardan da söz eder. Bunlardan biri şöyledir:

“-Yedi-sekiz yıl önce Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Fizyoloji Muallimi Dr. Şakir Beyefendi ile boğulmuş altı-yedi köpek üstünde icra ettiğimiz muamelede, boğulanların dillerini düzenli bir şekilde iyice çekip bırakmak ve bu hareketi dakikada on altı defa tekrar etmek suretiyle dört-beşinin kurtarılması mümkün olmuştur (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 315).

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane hocaları kendi görevlerinin dışında aynı zamanda ortaya çıkan hastalıkların giderilmesi için seyahatlere çıkıp Osmanlı ülkesini dolaşmaktadırlar. Paşa, bu gerçeğe şu satırlarla dikkati çeker:

“-İzmir'de veba zuhur eder etmez Meclis-i Umur-ı Sıhhiye tarafından görevlendirilen heyette Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane muallimlerinden Korgeneral Feyzi Paşa ve Tuğgeneral Hamdi Paşa da yer almıştır. Çalışmalar sonucu hastalık tamamen yok edilmiştir (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 343).

Paşa, mektepte görev alan hocaların 1300 yılında Dâhiliye Nezareti'ne başkanlığı altında Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de kurulan Meclis-i Sıhhiye-i Umumiye'de de görev aldıklarını söyler. (Nevsâl-i Âfiyet, c. I, s. 79-80) Meclisin başkan yardımcılığını Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Nâzırı Korgeneral Rıza Paşa

yapmakta ve üye olarak da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'den birçok hekim bulunmaktadır (Nevsâl-i Âfiyet, c. II, s. 496).

### Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane

Besim Ömer Paşa, kitabının 3. cildinde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'ye oldukça geniş bir yer ayırmıştır. Haydarpaşa'daki bu binanın Sultan II. Abdülhamid'in doğum gününe rastlayan günde törenlerle açıldığını ifade eden Paşa mektebi “bina-yı cedid-i muhteşem”, “zevk-i selim ve mimar-ı âlînin bir enmû-zec-i bâlâsı” (Nevsâl-i Âfiyet, c. III, s. 47), “tıbb-ı Osmanî'nin edvâr-ı tekâmülü” (Nevsâl-i Âfiyet, c. III, s. 57), timsâl-i mual-lâ-yı tabâbet ve karârgâh-ı âlî-i fenn ü sanat” (Nevsâl-i Âfiyet, c. III, s. 60) ifadeleriyle tanımlar.

Paşa, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ile ilgili şu bilgileri verir:

“-Eğitim ve öğretime önem veren sultanımız II. Abdülhamid'in bilimin ilerlemesi hususunda dünyanın gözleri önünde yardım ve ihsanlarını esirgemediklerini gösteren ve ispat eden ebedî bir eser olan muhteşem Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane binasının orta yeri 94 zirâ genişliğinde ve 188 zirâ uzunluğunda bir bahçeden meydana gelmektedir. Bir cephesi Marmara'ya, ikinci ve üçüncü cepheleri Selimiye Kışlası ile Haydarpaşa Hastanesi'ne, dördüncü cephesi de Çamlıca taraflarına bakmakta olup geniş ve yüksek bir zemin üzerindedir.

Bu büyük binanın Marmara'ya bakan cephesiyle diğer taraflarının uzunluğu 430 mimarî zirâdır. Bu cephe merkez ve iki taraf pavyonları olmak üzere üç binadan meydana gelmektedir. Beş kat üzerine inşa edilmiştir. Birinci kat teneffüşhane, ikinci kat yemekhane, üçüncü kat dershane, dördüncü ve beşinci katlar yatakhanedir. Her bir katın yüksekliği, iç bölümleri haliyle diğerlerinden farklı ve tahsis edildikleri cihetler itibarıyla birbirleriyle uyumludur. Bunun için birinci katın yüksekliği 6,5, ikinci katın 9, üçüncü katın 10,5, dördüncü ve beşinci katların 8,5 ve 6,5 mimar zirâdır. Buna göre merkez ve iki taraf pavyonları üzerindeki kuleler dâhil hesap olmadığı deniz cephesi 340 zirâ uzunluğunda ve 41 zirâ yüksekliğinde muazzam bir bina teşkil etmektedir.

Katların her yerinde teneffüşhane, yemekhane, dershane veya yatakhane olarak kullanılmak üzere 10 büyük ve 2 küçük salon vardır. Büyük salonların her biri 26 zirâ uzunluğunda ve 16 zirâ genişliğindedir. Küçük salonların uzunluğu 16, genişliği 8 zirâdır. Buna göre deniz cephesinde talebenin teneffüs, yemek, okuma ve yatıp uyuması için 50 büyük, on küçük salon yapılmıştır.

Deniz cephesinin ortası ile cenahlarında inşa edilen ve üstlerinde kuleler bulunan pavyonlar yukarıdaki hesabın dışındadır. Ortadaki büyük pavyon 50 zirâ uzunluğunda, 34,5 zirâ genişliğinde ve dört kat üzerine inşa edilmiştir. Birinci katı giriştir. Dışarıdan büyük ve süslü mermer merdivenle girilen ikinci katı büyük bir kabul salonu, üçüncü katı cami, dördüncü katı her bakımdan kullanmaya elverişli ve iki tarafı taraçalı büyük bir salondur. Bu pavyonun yüksekliği 48 zirâdır.

Cami 400 metre<sup>2</sup>, ortası açık, tavanları basık kubbe tarzındadır. Pencerelemi 12 metre genişliğindedir. Arap mimarisi şeklinde inşa edilmiştir. Duvar ve tavanları kalemkâr ustalarımız

tarafından Arap nakış ve hatlarıyla süslenmiştir.

Ortadaki büyük pavyonun iki tarafında biri alaturka, diğeri alafranga saatlerden meydana gelen süslü iki kule vardır” (Nevsâl-i Âfiyet, c. III, s. 47-49).

Paşa'nın binanın fizikî ve mimarî yapısına dair gözlemleri şöyle devam etmektedir:

“-Cenahlarda bulunan pavyonların yüksekliği 48, genişlik ve uzunlukları 25,5 zirâdır. Ortadaki pavyon gibi dört katlıdır. Bu pavyonlardaki salonlar Tabii İlimler Müzesi ile Kimyahane'ye ayrılmıştır. Dıştan yapılan mermer merdivenlerden iki taraf pavyonlarının ikinci katlarına girilir. Orta ve iki taraf pavyonlarının her birinde iki kule bulunduğundan deniz cephesinin yukarısı 6 kule ile süslenmiştir.

Orta pavyonunun yukarısında binanın tamamına azamet ve heybet veren süslü padişah arması olup altında tarihî bir ibare yazılıdır. İbarenin transkripsiyonu şöyledir:

*Zînet-efzâ-yı makâm-ı kudsiyet-ittisâm-ı Hilâfet-i İslâmîye ve revnak-bahşâ-yı erîke-i Saltanat-ı Uzmâ-yı Osmaniye es-Sultân ibnû's-Sultân es-Sultân el-Gâzî Abdülhamid Hân-ı Sâni efendimiz hazretlerinin asr-ı kemâlât-hasr-ı Hilâfet-penâhîlerinde hayyiz-ârâ-yı husûl olan meâsir-i fâhire-i celîle cümlesinden bulunan işbu Mekteb-i Fünûn-ı Tıbbiye-i Askeriye zât-ı hikmet-âyât-ı hümâyûnlarının mesadet-bahş-ı dîhîm-i şevket ve saltanat-ı uzma olduklarının yirmi beşinci sene-i mukaddese ve mübeccelesinde mükemmelen ve müceddeden te sîs ü inşâ buyurulmuşdur. Cenâb-ı hayât-bahşâ-yı kâinât zât-ı ma âlîsifât-ı hazret-i Hilâfet-penâhîlerini kemâl-i satvet ve mezîd-i âfiyetle taht-ı mu allâ-yı hilâfet-i kübrâda dâim ü mekîn ve nice nice mebânî-i cesîme ve âsâr-ı celîle-i hayriye inşâsına muvafak buyursun, âmîn.*

*Fî 8 Cemâziyelevvel sene [1] 318 [6 Temmuz 1900]*

Orta ve iki taraf pavyonlarının iç ve dışlarında 8'er metre yükseklik ve 12'şer metre genişliğinde Arap mimarîsi tarzında 6 sivri kemer binanın iç ve dış manzarasını fevkalâde latif göstermektedir.

Binanın deniz tarafı, sadece bu üç pavyondan ibaret değildir. İki taraf pavyonları hizasında inşa edilen ve üstü kapalı birer koridor ile mektep binasına bağlı bulunan iki bina daha vardır. Bu iki binadan Selimiye Kışlası tarafında bulunan mutfak, kiler, aşçı odalarından meydana gelmektedir. Uzunluğu 53,5, genişliği 3 zirâ olduğuna göre 1.950 zirâ karedir. Diğeri bunun karşısında ve Haydarpaşa Hastanesi tarafında olup aynı ebat üzerine inşa edilmiş ve çamaşırhane yapılmıştır. Çamaşırhanenin üstü teşrihanedir. Gerek mutfak ve gerek çamaşırhanenin çatısı asıl bina gibi demirdendir. Mutfakta alaturka ve alafranga ocaklar, çamaşırhanede son sistem çamaşır makineleri vardır.

Çamaşırhanenin arka tarafında 890 zirâ karede 7 kubbeli 31 kornalı mükemmel bir hamam inşa edilmiştir.

Haydarpaşa'dan Üsküdar'a giden cadde üzerinde bulunan ve Çamlıca'ya nâzır olan cephe deniz cihetindeki cepheye benzemeyip 320 zirâ uzunluğunda ve 5 pavyonu içine almaktadır.

Deniz ve kara cephelerinin iki tarafından uzanıp giden ve bu cepheleri birleştirmek suretiyle binanın hepsini kare şekline koyan diğer iki kenardan biri Selimiye Kışlası, diğeri Haydarpaşa Hastanesi taraflarındadır.

Bu iki cenah kenarlarının uzunlukları 167,5 mimar zirâdır. Biri 4, diğeri 5 katlıdır.

Kara cephesinin olduğu 5 pavyondan merkezde bulunan diğerlerinden daha büyük olup 45 zirâ uzunluk ve 40 zirâ genişliğindedir. Dört kat üzerine inşa edilmiştir.

Bu pavyonun cephesi özel olarak Hereke ve Bilecik'ten getirilen renkli somaki ve Hereke taşlarından sütun ve başlıkları ihtiva eden Arap ve Osmanlı mimarî tarzıyla uyumlu gayet zarif bir şekilde inşa edilmiş ve üstü Sultan II. Abdülhamid'in arması ile süslenmiştir. Üzeri yine aynı mimarî tarz üzere küçük büyük kubbelerle örtülmüştür.

Merkez pavyonun cephesini süsleyen rengârenk sütunların sayısı yirmiye ulaşmıştır. Gayet süslü ve cevizden yapılan büyük kapıdan birinci kata girildiği zaman geniş bir kabul salonu ile iki tarafında altı odaya tesadüf ediliyor. Bu odalar Meclis-i Umûr-ı Tıbbiye'ye ayrılmıştır.

Yukarıda ifade edildiği üzere salonun ortasında ve kapının karşısında özellikle Avrupa'dan getirilerek Avrupalı sanatkarlar tarafından yerli yerine konan büyük ve süslü bir demir merdiven vardır. Bu merdiven 26 basamak çıkıldıktan sonra sağa ve sola yirmi üçer basamaktan oluşan iki merdivene ayrılıyor.

İşte bu merdivenden çıkıldığı zaman rastlanan büyük bir salon ile altı odadan meydana gelen daire, Daire-i Mahsusa'dır. Salonun duvarları dıştaki somaki başlıkları taklit suretiyle inşa edilmiş, tavanı gönle hoş gelen döşemelerle güçlendirilmiş ve Arap mimarî tarzı üzere süslü nakışlarla süslenmiştir.

Merkez pavyonun iki tarafında bulunan iki pavyondan sağdaki alt katı mektebin eczanesiyle ecza deposu, laboratuvar, üst katı mektep nezareti, müşirlik, müfettişlik, mektep müdürlüğü, ders nezareti, kitabet odalarını içine alır. Üçüncü katı yazı, muhasebe, sicil, diploma kitabeti ve vezne odalarından meydana gelir.

Sol taraftaki pavyonun alt katı dâhiliye zabıtlarına, üst katı da İdadi Mektebi bürolarına ayrılmıştır.

İki baştaki pavyonlardan Haydarpaşa Hastanesi tarafında bulunan Tıbbî İdadi Mektebi muallimlerine, Selimiye Kışlası yönündekinin alt katı mektebin yüksek sınıf muallimlerine, üst katı ise dâhiliye müdürlüğüne ve binbaşlılarıyla askerî muhasebeye tahsis edilmiştir.

Kara cephesinin karşısında ve 75 metre kadar uzağında seririyat hastaneleri olmak üzere üç pavyon ile merkez tabipler dairesi bulunmaktadır. Bunlar 4,579 mimarî zirâ terbiindedir. Pavyonların ikisi, ortalarında tabipler dairesi olmak üzere birbirine bitişiktir. Üçüncüsü bunların arka tarafındadır. Muayeneyi de içine alan tabipler dairesinin sağ tarafındaki pavyonun alt katı Zoeros Paşa'nın idaresindeki seririyat-ı dâhiliyeye, üst katı Esad Bey'in idaresindeki seririyat-ı ayniyeye, sol tarafındaki pavyonun alt katı Celâleddin Muhtar Bey'in idaresindeki se-

ririyat-ı cildiye ve efrenciyeye, üst katı Besim Ömer Paşa'nın idaresindeki seririyat-ı vilâdiyeye tahsis edildiği gibi bunların arka tarafında bulunan üçüncü pavyon da Cemil Paşa'nın idaresindeki seririyat-ı hariciyeye aittir.

Buraya kadar çok özet olarak verdiğimiz detaylardan da anlaşıldığı üzere Haydarpaşa'daki Mekteb-i Tibbiye-i Şahane, Sultan II. Abdülhamid devrinin büyük eserlerinden biridir. Tıbbın bütün uygulamalarına ait olan ve ancak üçünün inşaatı biten pavyonların sayısının, genel plana uygun olarak yirmi dokuza çıkarılması kararlaştırılmıştır. Padişah hazretlerinin sayesinde Mekteb-i Tibbiye ile külliyesinin Avrupa'da bile benzerine rastlanılamayacak mükemmel bir düzeyde olacağı hemen anlaşılır. Şimdi inşaatı biten üç pavyonun iç düzenlemeleri hakkında bir nebze bilgi verelim:

4,579 zirâ karede olan bu üç pavyonun her birinde dört hasta koğuşu vardır. Koğuşlar 32 metre uzunluğunda, 8,5 metre genişlikte olduğundan ve her biri 40 hasta alabileceğinden bir pavyonda 160 hasta tedavi edilebilecektir. Bu koğuşlardan başka her bir pavyonda ağır hastalara ait odalar, dinlenme salonları, hamam bulunmaktadır. Koridorların üzerinde hastalar için taraçalar bulunduğu gibi bir de büyük bahçe yapılacaktır.

Mekteb-i Tibbiye ve külliyesinin büyüklüğünü belirlemek ve tespit etmek için şimdiye kadar 24,447 zirâ terbiinde mektep binası ile 4,579 zirâ terbiinde üç pavyon ve tabipler dairesi, ayrıca deniz sahilinde 2,777 zirâ terbiinde mezbaha ve 1936 zirâ terbiinde de baytarhâne olmak üzere toplam 33,739 arşın terbiinde bir yapı meydana getirildiğini ifade ederiz. Bu büyük inşaatın planları Mösyö Vallaury, Mösyö d'Aranco gibi meşhur mimarlar tarafından çizilip hazırlanmış ve inşaatı hepsi Mühendishane-i Berrî-i Hümayûn'dan bulunan mütehassis su-baylar nezaret etmişlerdir.

Ancak mektep binasının tamamı 800 bin arşın kareye yaklaşan inşaatının sağlamlık derecesini takdir etmek için biraz daha ayrıntılı bilgi vermek gerekir.

Mektep binasının çatısı tamamen demirden olup Belçika'nın Cockerill Fabrikası'ndan getirilmiştir. Kireç Marsilya'nın en iyi su kirecidir. Taşlar Hereke ve Bilecik'teki ocaklardan özel olarak çıkarılmıştır. Binanın döşemesi, demir putrellerle bunların arasındaki tuğla kemerlerden, döşeme tahtaları lambalı tahtalardan meydana gelmektedir. Pencereler renkli, duvarlar mozaik tarzında taşlarla döşenmiştir.

Viyana'dan getirilen demir çerçevelerde 40'tan 70 ve 80 parçaya kadar cam mevcuttur. Ana binayı çepeçevre kuşatan koridorlar ile yemekhane katı 5 cm. altında beton ve bunun üzerine çimento, teneffüşhane asfalt, dershanelerle yatakhaneler döşeme tahta ile kaplıdır. Üçüncü katın tavanları 25 santimlik putreller ile bunları takviye eden göğüsleme putrellerden oluşmaktadır. Helâlâ ana binaya birer koridorla bağlı bulunmak üzere dışarıdan inşa edildikten başka yukarılarında hava sirkülasyonu için küçük kuleler de vardır.

Mektebin orta yerinde öğrenciyeye ait olan bahçeden başka bir botanik bahçesi bulunacaktır. Bu bahçe, deniz cephesinden sahile kadar uzanan araziye içine alacağından burada mevcut

olan bazı emlak istimlak edilmiştir. Sahildeki Kavak İskelesi'nden binaya doğru 35 arşın genişliğinde etrafı ağaçlıklı bir yol açılmış, öğrencilerle muallim ve diğer müstahdemlerin bu iskeleye çıkmaları temin edilmiştir" (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. III, s. 50-57).

Paşa, Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'nin kuruluşundan önceki geçmişiyle ilgili şu notları nakletmektedir:

"-Muhterem kurucu ve hocalarının değerli yardımlarıyla ülkenin bilim ve diline büyük hizmetleri görülmüş ve bizde çağdaş tıbbî ilerlemelerin bütün sonuçlarına ulaşmış ve gerçekten mükemmel bir tıp ilmi meydana getiren Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'nin ve daha geniş anlamıyla Osmanlı tıbbının olgunlaşma devirlerini bu güzel vesile ve şükranla size sunmak isteriz.

Öncelikle şurası kesindir ki, bizde Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'nin kuruluşundan önce de düzenli ve çağına göre ileri bir Osmanlı tıbbı vardı. Çünkü bundan yüzyıllarca evvel Avrupa siyasî hayatında çok güçlü bir devlet olan, düzenli orduları ve ileri askerî teknolojiyle bütün Avrupa'yı kuvvet ve şevketine hayran bırakan Osmanlıların dünya tarih sayfalarına mührünü vurmak gibi kuvvet ve gücünü süslediği birçok savaşlarında ve yeryüzünün üç büyük kıtasına yayılan şehirlerinde ne kadar tabibe muhtaç olacakları düşünülürse, Osmanlı tıbbının da metin ve emin bir başlangıcının ve oldukça gelişmeye mazhar olmuş ilk devirlerinin bulunduğu şüpheden uzaktır. Yalnız şurası dikkat çekicidir ki, o zaman çokça ilerleyen cerrahlık olup ordu komutanlarından birçokları hem cerrahlık hem de askerlik vazifesiyle uğraşmakta idiler. Bu yüzden tıbbî hadiseler, askerî olaylara karışmış ve tarih sayfalarına bu hususta çok az bilgi kaydedilmiştir. Meşhur Cerrah Kasım Paşa, İstanbul'da koskoca bir mahallenin adına nispetle hâlâ ayakta olan Cerrah Paşa vb. pek çok mütehassis tabip hep o devirde yetişmiş ve deha sahibi askerî tabiplerin hemen hepsi de Osmanlı tıp medreselerinde eğitim almışlardır.

İlk kez resmen 1550'de (957) Kanuni Sultan Süleyman, adına nispetle şöhret olan camiinin civarında bir tıp medresesi ve yanında bir eczahane (darü'l-akâkîr) yapılmasını emrederek medreseyi bir seririyat mektebi haline getirmişlerdir. Bu medresede 1720 (1132) senesinde meşhur Hekimbaşı Ömer Efendi'nin ders verdiği tarih kitaplarında kayıtlıdır. Daha önce İstanbul'da bu medreseden başka ayrıca birkaç tıp medresesi daha vardı. Hekimbaşı olan zat, bu medresenin de müderrisi, baş hocası olurlardı. Gerçi Osmanlı tıbbı bu medreselerin kuruluşundan önce de vardı. Fatih Sultan Mehmed zamanından kalma bazı tıp ve tarih eserleri de bunu doğrulamaktadır.

Devletin ulema sınıfından sayılan tabiplerin reisleri, hem tıbbî çalışmalara nezaret ederler hem de padişahın tabipliğini yaparlardı. Elde bulunan tıbbî eserlerden bu değerli zatların çok büyük ve müstesna mevkilerde buldukları ve ülkenin sağlığının yanı sıra ilmi ve teknik ilerlemelere olağanüstü hizmet ettikleri ve bu yararlıklarından dolayı her zaman büyük sultanların lütf ve takdirlerine mazhar oldukları anlaşılmaktadır.

Osmanlı tıbbının bu devirlerinde birçok tabip ve yazar yetişmiştir. Bursalı Ömer Şifaî, İbn Sina'nın meşhur *el-Kanun*'unu üstadı Reisületibbâ Kâtipzade Mehmed Refi Efendi'nin teşvi-

kiyle eksiksiz Türkçeye çeviren Tokatlı Mustafa bin Ahmed, tıptan *Düstur* adıyla birkaç bin sayfalık büyük bir eser yazan Hacı Abbas Vesim ve daha birçok meşhur tabip hep o medreselerde yetişmişlerdir” (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. III, s. 57-59).

Besim Ömer Paşa, kitabında yer yer Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin dermansız hastalara derman olduğuna dair örnekler de verir. Bunlardan biri şöyledir:

“-Çıplak boynunda garip bir halka taşıyan Konyalı Ali isminde bir çiftçi, üç yıl önce Medine'de askerlik hizmetini yaptığı sırada kronik bir göz hastalığına tutulur. Doktorlar tarafından yapılan tedavi sonucunda hastalığı hafiflemişse de tezkere alıp memleketine döndükten sonra göz ağrısı yeniden nüksetmiştir. Bu sırada biçare adam kırilangıç adıyla bilinen ve bütün Anadolu'da sürekli dolaşıp duran cahil ve muzır doktor taslaklarının eline düşer. Herifler uzun pazarlıklardan sonra dört mecdiye karşılığında Ali'nin gözünü iyileştirmeye söz verirler.

Şöyle bir tedaviye başlarlar: Önce adamcağızı yüz üstü yere yatırıp başına, omuzlarına, ayaklarına birer adam oturturlar. Hazırladıkları ucu sivri bir soba telinin diğer ucuna bir parmak kalınlığında atkuyruğu kıllarından meydana gelen bir fitil geçirerek boynunun bir tarafından derince batırıp öte tarafından çıkarırlar. Bu kıl demetinin iki ucunu çene altından getirip bağlayarak bir halka yaparlar. Gözleri iyi oluncaya kadar bu halkayı çıkarmamasını tavsiye ederler. Bu enteresan ve cahilce tedavi tabii güzel sonuç vermez. Güzel sonuç şöyle dursun, hastaya zarar verir ve kronik bir hastalık halinde devam eder. Zavallı Ali, bu cehalet halkasını dokuz ay kadar taşır. Fakat halkanın boynunda meydana getirdiği şiddetli iltihaba dayanamayıp tedavi için İstanbul'a gelir. Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin Göz Hastalıkları servisine başvurarak meşhur Göz Hekimi Esad Bey tarafından tedavi edilir. Nihayet iki ay içinde tamamen iyileşerek memleketine döner” (*Nevsâl-i Âfiyet*, c. III, s. 381-383).

Besim Ömer Paşa, kitabının son cildinde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'ye bağlı Hıfzıssıhha müfettişlerinin isimlerini, kaçınıcı daireye memur olduklarına dair bilgiler verir (Besim Ömer, *Nevsâl-i Âfiyet*, c. IV, Dersaadet 1322, s. 712).

Paşa, eserinin pek çok yerinde ve dağınık bir halde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de hocalık yapanlara da değinir, onları tanıtır ve onların biyografilerine yer verir. *Nevsâl-i Âfiyet*'te ayrıca Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de görev alan hekimlerin az da olsa fotoğrafları bulunmaktadır. Bu fotoğrafların altında kimi zaman hekimlerin yazdıkları veya yabancı dilden çevirdikleri eserlerin ve müelliflerin isimleri de yer almaktadır.

## Sonuç

Dr. Besim Ömer Paşa'nın *Nevsâl-i Âfiyet* adlı kitabından Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'ye ait bölümlerin seçilip günümüz harflerine kazandırılmak suretiyle ortaya çıkan bu makalenin, “mektepe” üzerinde çalışacak araştırmacılara pek çok yönden faydalar sağlayacağı ümit edilmektedir. 1900'lü yılların başında Haydarpaşa'da kurulan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin tarihçesi, programı, hocaları, mimarîsi, halka yaptığı hizmetler gibi birçok konu, Besim Ömer Paşa'nın kaleminden anlatılmaktadır. Kurumları, şahısları, olayları yakından tanıyabilmeyin yolu, o döneme ait belge, bilgi ve dokümanların anlaşılabilir bir şekilde dönüştürülüp bilim insanlarına hazır malzemeler haline getirilmesinden geçmektedir. Bu makalede büyük ölçüde bu gaye hedeflenmiştir.

Bir diğer amaç ise, her yönüyle zengin olan Osmanlı tarih kaynaklarını tespit, günümüz yazısına güvenli bir şekilde nakil, sıhhatli bir değerlendirme ve yorumlama düşüncesidir. Geçmiş ile günümüz arasındaki kurulacak sağlam köprüler, bizi yarınlara daha güvenle taşıyacaktır.

Son olarak sevindirici bir gelişme, Osmanlı tıp kaynaklarının neşrine büyük önem veren Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin Besim Ömer Paşa'nın dört ciltlik bu külliyyatını yayınlama hazırlıklarını sürdürdüğüdür. Eserin bir an önce yayınlanıp bilim dünyasına kazandırılması en büyük temennimizdir.

## Kaynaklar

### Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, Başkanlık Osmanlı Arşivi (BOA) Belgeleri

BEO, 1853/138964.

DH-MKT, 2334/94.

DH-MKT, 380/74.

### Diğer Kaynaklar

Besim Ömer, (1315). *Nevsâl-i Âfiyet*, c. I, Dersaadet.

Besim Ömer, (1316). *Nevsâl-i Âfiyet*, c. II, Dersaadet.

Besim Ömer, (1320). *Nevsâl-i Âfiyet*, c. III, Dersaadet.

Besim Ömer, (1322). *Nevsâl-i Âfiyet*, c. IV, Dersaadet.

## FOTOĞRAFLAR

### Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Görev Yapan Hekimlerden Bir Bölümü



Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Dâhiliye Hastalıkları Muallimi Korgeneral Feyzullah Paşa  
(Besim Ömer, 1315, 140)



Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Patoloji Muallimi Korgeneral Nafiz Paşa  
(Besim Ömer, 1315, 141)



*Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Dâhiliye Kliniği Muallim Muavini Celâl İsmail Bey  
(Besim Ömer, 1315, 143)*



*Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Seririyât-ı Hariciye Muallimi Operatör Korgeneral Cemil Paşa  
(Besim Ömer, 1315, 150)*



*Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de Hariciye Hastalıkları Muallimi Tuğgeneral Hayreddin Paşa  
(Besim Ömer, 1315, 151)*



*Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de Hariciye Hastalıkları İkinci Muallimi Binbaşı Ahmed Fehim Bey  
(Besim Ömer, 1315, 153)*





*Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Doğum Kliniği Muallim Muavini Kolağası İsmail Derviş Bey  
(Besim Ömer, 1315, 169)*



*Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de Teşrih Muallim Muavini Binbaşı İsmail Besim Bey  
(Besim Ömer, 1315, 186)*



Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de Çocuk Hastalıkları Muallimi Kaymakam Salih Bey  
(Besim Ömer, 1315, 230)



Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'de Diş Hastalıkları Mütahassısı Tabip Kolağası Halid Şazi Bey  
(Besim Ömer, 1315, 259)

## Kurumlar ve Mekteb-i Tibbiye-i Şahane Fotoğrafları



*Demirkapı'daki Mekteb-i Tibbiye-i Askeriye-i Şahane  
(Besim Ömer, 1315, 55)*



*Hariciye ve Cerrahiye Kliniği  
(Besim Ömer, 1315, 57)*



*Dâhiliye Kliniği*  
(Besim Ömer, 1315, 58)



*Göz Hastalıkları Kliniği*  
(Besim Ömer, 1315, 59)



*Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane civarında Doğumhane olarak kullanılan bina  
(Besim Ömer, 1315, 61)*



*Ameliyat Mektebi olarak kullanılan Gülhane Hastanesi  
(Besim Ömer, 1315, 62)*



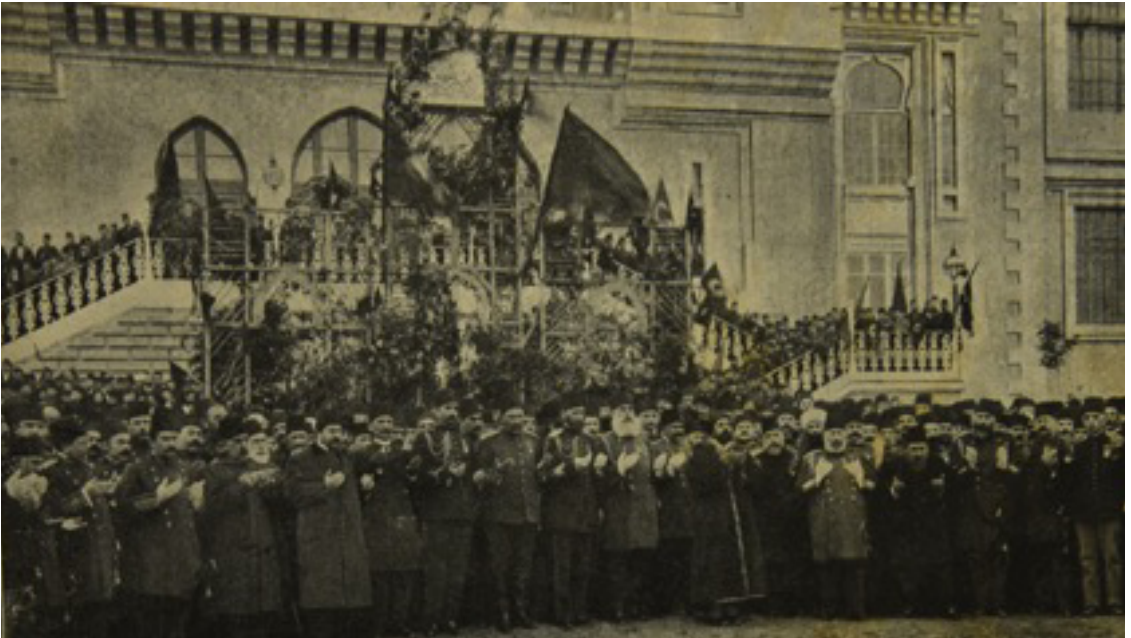
Nişantaşı'nda bulunan Bakteriyolojihane-i Şahane  
(Besim Ömer, 1315, 99)



Kuşpalazı serumu elde etme çalışmaları  
(Besim Ömer, 1315, 102)



Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane  
(Besim Ömer, 1315, 49)



Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin açılışı  
(Besim Ömer, 1315, 52)



## İçindekiler / Contents

### ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

- 1. Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği Eğitimi Kapsamında Yürütülen Simülasyon Uygulamalarına Yönelik Öğrenci Görüşlerinin Değerlendirilmesi**  
*Evaluation of the Students Opinion on Simulation Practices of Surgical and Medical Nursing Courses*  
Hatice Ayhan, Fatma İlknur Çınar, Sibel Yılmaz Şahin, Ayla Demirtaş, Yasemin Özkan, Emel Külekçi, Özgü Bakçek, Rumeysa Özçelik, Gülfaden Akkoç, Serpil Ateş, Emine İyigün ..... 66
- 2. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi**  
*Determination of the Use of Nonpharmacologic Methods by Nurses for Postoperative Pain Management*  
Sema Mert, Sonay Gökteş ..... 76
- 3. Hemşirelik Öğrencilerinde Ahlaki Olgunluk ve Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi**  
*Evaluation of Moral Maturity and Ethical Sensitivity in Nursing Students*  
Emine Bayrak Aykan, Berna Eren Fidancı, Dilek Yıldız ..... 84
- 4. Latino Alzheimer's Caregiving: Neither a Burden nor a "Carga"**  
*Latin Alzheimer Hastasına Bakım Verme: Ne Yük ne de "Carga"*  
Lyda C. Arévalo-Flechas ..... 92
- 5. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Akran Eğitimi Hakkındaki Görüşleri: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği**  
*Views on Peer Education of Nursing Students: An Example of a Foundation University*  
Yağmur Şancı, Özden Kelleci ..... 104

### DERLEME MAKALELERİ / REVIEW ARTICLES

- 1. Müzik Terapi ve Yaşlı Sağlığı**  
*Music Therapy and Elderly Health*  
Didem Kurap Öcebe, Merve Kolcu, Kadriye Uzun ..... 112
- 2. Hemşirelikte Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme Uygulamalarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi**  
*Comparative Evaluation of Structural and Psychological Strengthening Practices in Nursing*  
Emine Kurtluk ..... 116
- 3. Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı**  
*Problems after Cardiovascular Surgery in Intensive Care Unit and Nursing Care*  
Tuğba Çam Yanık, Seher Gürdil Yılmaz..... 122
- 4. Dr. Besim Ömer Paşa'nın Nevsâl-i Âfiyet'inde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane**  
*The School of Medicine in Nevsâl-i Âfiyet Written by Dr. Besim Ömer Pasha*  
Ahmet Zeki İzgöer ..... 128