

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 1 • Sayı/No 1 • Ocak-Nisan/January-April 2014

Sahibi Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Fatma ÖZ

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü **Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR**

Yayın Kurulu

Başkan **Prof. Dr. Nurhan Bayraktar**
Başkan Yardımcıları **Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik**
Doç. Dr. Sergül Duygulu
Sekreterler: **Arş. Gör. Seher Başaran**
Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman
Arş. Gör. Nilay Ercan Şahin
İngilizce Düzeltme: **Yard. Doç. Duygu Hiçdurmaz**
Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Doç. Dr. Sevgisun Kapucu**
Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar
Arş. Gör. Funda Aslan
Arş. Gör. Sevil Çınar
Arş. Gör. Rabia Akın
Arş. Gör. Hatice Pars

Yayın Türü: **Yerel Süreli Yayın**
Yayın Dili: **Türkçe, İngilizce**
Yayınlanma Biçimi: **Dört ayda bir yayımlanır**
Basım Tarihi: **02 Temmuz 2014**
Yönetim Yeri: **H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği**
06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye
Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85
E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr
Web Adresi: <http://www.hacettepehemsirelikdersisi.org>

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

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

Hacettepe Üniversitesi Senatosu'nun 12.06.2002 tarih ve 2002-81 sayılı kararı uyarınca Hemşirelik Fakültesi dergisinin hakemli olarak sayılması ve Üniversite İmkanları ile bastırılması kabul edilmiştir.

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

ISSN: **0099013**

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

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

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. Gülümser Kublay

Hemşirelik Esasları
Prof. Dr. Leyla Dinç

Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim
Doç. Dr. Süheyla Abaan

İç Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Leyla Özdemir

Psikiyatri Hemşireliği
Prof. Dr. Fatma Öz

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Nalan Akbayrak	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Doç.Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Neriman Akyolcu	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Nesrin Aştı	İstanbul Arel Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Nihal Ata	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel Badır	Koç Üniversitesi
Prof. Dr. Zuhâl Bahar	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Susan Beck	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Tülin Bedük	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Hicran Bektaş	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Hatice Çiçek	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Prof. Dr. Anahit Coşkun	Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Demirkıran	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Doğan	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Mary E. Duffy	Utah Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu	Koç Üniversitesi
Prof. Dr. İsmet Eşer	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan	Acıbadem Üniversitesi
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu	Emekli
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu	Gazi Üniversitesi
Doç.Dr. Zehra Gölbaşı	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. R. Selma Görgülü	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu	Emekli
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Figen İnci	Niğde Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kanan	Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Sevgisun Kapucu	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	Ege Üniversitesi
Dr. Sevilay Karahan	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Karataş	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Sultan Kav	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Kelleci	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Gülseren Kocaman	İzmir Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Deniz Koçoğlu	Selçuk Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz	Hacettepe Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran Kömürcü	Marmara Üniversitesi
Doç. Dr. Kenan Köse	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Küçükgülü	Dokuz Eylül Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Mary Jane Madden	Allina Sağlık
Doç. Dr. Thom Mansen	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Oflaz	Yeditepe Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Okumuş	İzmir Üniversitesi
Prof. Dr. Nermin Olgun	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Nimet Ovayolu	Gaziantep Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Levent Özbek	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Emekli
Prof. Dr. Zeynep Özer	Akdeniz Üniversitesi

Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş
Prof. Dr. Süheyla Özsoy
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu
Prof. Dr. Rukiye Pınar
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc
Doç. Dr. Tülay Saraçbaşı
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa
Prof. Dr. Deniz Şelimen
Doç. Dr. Ayten Şentürk Erenel
Prof. Dr. Ahsen Şirin
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural
Prof. Dr. Lale Taşkın
Prof. Dr. Gülsün Taşocak
Doç. Dr. Havva Tel
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın
Prof. Dr. Füsun Terzioğlu
Yard. Doç. Dr. Emine Türkmen
Prof. Dr. Hülya Uçar
Prof. Dr. Besti Üstün
Prof. Dr. Suzan Yıldız

Başkent Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Atatürk Üniversitesi
Yeditepe Üniversitesi
British Columbia Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Maltepe Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
İstanbul Bilim Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Emekli
Cumhuriyet Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Doğu Akdeniz Üniversitesi
Haliç Üniversitesi

İsimler soyadına göre alfabetik sırayla dizilmiştir.

Değerli Okurlarımıza

2003 yılından beri çok değerli hocam Prof. Dr. Fethiye Erdil tarafından yürütülmekte olan Sorumlu Yazı İşleri Müdürlüğü görevini kendisinin emeklilik süreci nedeniyle devralmış bulunuyorum. Sayın Prof. Dr. Fethiye Erdil'e dergimize, yönetici ve eğitici olarak okulumuza verdiği büyük emekler için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

1994 yılından beri düzenli olarak yayınlanmakta olan dergimiz, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ismiyle yayın hayatına başlamıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin yapılanmasından sonra dergimizin adı Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi olarak değiştirilmiştir. Okulumuzun Hemşirelik Fakültesi olarak yeniden yapılanmasından sonra ise dergimiz Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi adını almıştır.

Dergimizin editörlüğü 1994-1997 yılları arasında sayın Prof. Dr. Nuran Akdemir, 1996-1997 yılları arasında sayın Prof. Dr. Lale Taşkın ve sayın Prof. Dr. Nuran Akdemir, 1998-2003 yılları arasında da sayın Prof. Dr. Filiz Ulusoy tarafından yürütülmüştür. Günümüze kadar dergimizin yayın süreci, okulumuzun öğretim elemanlarından oluşan yayın kurulunun gerçekleştirdiği etkin ekip çalışması ile sürdürülmüştür. Editör, yayın kurulu üyesi, hakem ve yazar olarak dergimize emek verenlere teşekkürlerimi sunuyorum. Yeni yayın kurulu olarak, başarılı bir ekip çalışması ile günümüze kadar gelen dergimizin yayınlanma sürecini nitelikli olarak sürdürmeyi hedefliyoruz.

Dergimizin bu sayısında altı araştırma ve üç derleme olmak üzere toplam dokuz makale yer almaktadır. Makaleler hemşirelikte yönetim, kadın hastalıkları ve doğum, toplum ruh sağlığı, tıbbi hatalar, yaşam kalitesi, hemşirelikte öğretim ve yoğun bakım konularına ilişkindir.

Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak 27-29 Ekim 2014 tarihleri arasında Bodrum'da gerçekleştirmeyi planladığımız 6. Uluslararası Hemşirelik Yönetim Kongresi'ni de siz değerli okuyucularımızla paylaşmak isterim. Ana teması "Geleceği Yaratma: Güvenli Ortam Oluşturmada Lider Hemşireler" olan, ulusal ve uluslararası düzeyde etkileşim ve işbirliği imkanları sağlayacak olan kongremizde sizlerle birlikte olmayı ümit ediyoruz.

Dergimizin gelişiminde nitelikli makaleleri ile yazarlarımızın, makaleleri değerlendirerek emek veren hakemlerimizin ve değerli okurlarımızın katkısı büyük önem taşımaktadır. Bugüne kadar olduğu gibi gelecekte de dergimize vereceğinize inandığım katkılar için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura	V
Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR <i>Sorumlu Yazı İşleri Müdürü</i>	
Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları	1
Hanife ŞEN TİRYAKI, Nefise BAHÇECİK	
Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler	16
Aslı SİS ÇELİK, Türkan PASİNLİOĞLU	
Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği	30
Saliha HALLAÇ, Ayşe MEYDANLIOĞLU, Dudu KARAKAYA, Gülşah GÖRAL ACAR	
Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi	44
Yurdanur DEMİR DİKMEN, Songül YORGUN, Nesibe YEŞİLÇAM	
Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	57
Nilay ERCAN ŞAHİN, Oya Nuran EMİROĞLU	
Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi	67
Sebahat ATEŞ, Nermin OLGUN	
Hemşirelik Öğretiminde Bir Strateji: Kavram Haritasının Kullanımı	81
Satı DİL, Fatma ÖZ	
Yoğun Bakım Hastasında Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Sorumlulukları	90
Leyla ÖZDEMİR	
Ventilatör İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı	99
Sevgisun KAPUCU, Gülten ÖZDEN	
Yayın Kabulü ile İlgili İlkeler	111
Information for Authors	117
Yayın İzni (Taahhüname)	122

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları

Perceptions of Organizational Climate in Their Institution by Nurse Managers and Nurses Working in an University Hospital

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 1–15

Hanife ŞEN TİRYAKİ*, **Nefise BAHÇECİK****

* İstanbul Sağlık Müdürlüğü Personel Eğitim İşleri Birimi

** Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Geliş Tarihi: 10 Aralık 2012

Kabul Tarihi: 19 Temmuz 2013

ÖZET

Amaç: Çalışma, yönetici hemşire ve hemşirelerin kurumsal iklim algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntemler: 107 yönetici hemşire ve 500 hemşire olmak üzere toplam 607 kişiye tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada veriler, tanıtıcı özellikleri içeren bilgi formu ve kurumsal iklimi betimleme anketi (Organizational Climate Descriptive Questionnaire; OCDQ) ile toplanmıştır.

Bulgular: Değerlendirme sonucunda, yönetici hemşirelerin örgüt iklimi algılama puan ortalaması (2.32 ± 0.24), hemşirelerin ise (2.29 ± 0.23) olarak saptanmış ve kurumsal iklim algısı orta düzeyde değerlendirilmiştir. Hemşire grubunun engellenme (2.36 ± 0.40) ve yüksekten bakma puanı (2.42 ± 0.36) yönetici hemşirelere göre; yönetici hemşirelerin moral (2.39 ± 0.46), yakından kontrol (2.61 ± 0.47) ve anlayış gösterme (2.62 ± 0.55) puanları ise hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin kurumsal iklim algıları ile yaş grubu, eğitim durumu, deneyim yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak, yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin kurum içinde kendilerini mutlu ve güvende hissedecekleri bir kurumsal iklimin oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, yönetici hemşire, kurumsal iklim, üniversite hastanesi

ABSTRACT

Objective: This study was carried out descriptively to determine perceptions of organizational climate of manager nurses and nurses.

Methods: It was used information form including introductory characteristics and Organizational Climate Descriptive Questionnaire (OCDQ) as tool of collecting data in the study which included 107 manager nurses and 500 nurses total 607 persons.

Results: In the result of evaluation Organizational Climate approach average points of manager nurses and nurses were established a score of (2.32±0.24) and (2.29±0.23) respectively, which was determined as medicare. It was determined that frustration (2.36±0.40) and overlooking (2.42±0.36) points of nurses were higher than those of nurse managers and moral (2.39±0.46) and closely control (2.61±0.47) and indulgence (2.62±0.55) points of nurse managers were higher than those of nurses, with a highly significant statistical significance. It was determined a relationship between perceptions of organizational climate of manager nurses and nurses and years of age, educational situation and experience time with a significant statistical significance.

Conclusion: Consequently, it is necessary that it must be created an organizational environment in which manager nurses and nurses feel themselves happy and safe.

Key Words: Nurse, nurse manager, organizational climate, university hospital.

Giriş

Çalışanların iş tatminlerinin yüksek olması amacıyla iş ortamının uygun ve arzulan özelliklerde olması önemlidir. Sosyal ortam, çalışanların iş ilişkilerini, etkileşim ve iletişimlerini, sosyal etkinlikleri, kurumun gelenekselleşen etkinliklerini, kültürü ve iklimini, normlarını ve değer yargılarını içermektedir. Sürekli olarak çatışmaların yaşandığı, iletişim yetersizliklerinin olduğu bir iş ortamında çalışanların sosyal tatminlerinin yeterli olmayacağı açıktır. Çalışanların tatmini sağlanarak iş veriminin artırılması ancak uygun kurumsal iklimin geliştirilmesi ile mümkün olmaktadır¹.

Bir örgütte çalışan personelin kurumun amaçlarını benimsemesi, değer yargılarını kabullenmesi, inanç ve normlara uygun ilişkilerde bulunması ve beklenen davranışları göstermesi kurumsal iklim kapsamındadır. Kurumsal iklim, sosyal bir sistemin örgütsel ve bireysel boyutlarını dengelemeye çalışan grubun (çalışan ve yönetici) oluşturduğu bir sonuçtur. Bu sonuç paylaşılan değerleri, sosyal inançları ve sosyal standartları kapsamaktadır².

Kurumsal iklim, bireysel ve örgütsel düzeyler arasında çözümlenelere olanak verir. İş çevresinin, bu çevre içinde yaşayan ve çalışanlar tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak algılanan ve onların motivasyonları ile davranışlarını etkileyebileceği varsayılan ölçülebilir bir özellikler kümesi olmakla birlikte yönetim sürecinin incelenmesinde, değişik yönetim biçimlerinin, örgütte çalışan kişiler, örgütün başardığı iş ve örgüt sağlığı üzerindeki etkisinin anlaşılmasına yardımcı olacaktır³⁻⁴.

Organizasyonlarda kurumsal iklimi belirleyen, otonomi, örgütsel yapı, ödüllendirme ve oryantasyon gibi faktörler bulunmaktadır. Bu tatmin faktörlerinin bulunmadığı bir kurumsal iklim, çalışanlar üzerinde stres yaratmaktadır⁵⁻⁶. Cinsiyet, yaş, etnik köken, yönetim düzeyi, esnek çalışma saatleri, iş sorumlulukları gibi farklılıklar içeren kurumsal iklimin, iş ve yönetimden memnuniyete, örgüte bağlılık gibi örgütsel davranışlara, algılara ve kariyer planlamaya etkisi olduğu gösterilmiştir⁷.

Günümüzün çağdaş sağlık kurumları rekabetin yoğunlaştığı bir çevre içinde çalışmaktadır. Böylesi bir çevre içinde sağlık kurumları esnek olmak, tüketici istek ve beklentileri ile teknolojik değişimlere hızlı yanıt vermek zorunda kalmaktadır. Bu sağlık hizmeti grubu içinde hemşireler sağlık bakım hizmetinin yürütülmesinde temel insan kaynağıdır. Bakım hizmetinde hemşireler, içinde çalıştıkları sistemin gerçekleri ve algılamalarının birlikte olduğu kompleks bir ağ içinde çalışırlar ve çalıştıkları örgütün ikliminden etkilenirler⁸⁻⁹. Hemşireler, mesleki ve kişisel gelişimine olanak sağlayan kurumsal iklimde çalışmak isterler. Kuralların ve yönetici hemşirelerin emir ve talimatlarının açık ve anlaşılır olması, hemşirelerin görüş, eleştiri ve şikayetlerinin dikkate alınması, hemşirelerin uğraşlarının yönetici hemşireler tarafından fark edilmesi, görevlerini yaparken gerekli bilgi, destek, kaynak ve olanakların sağlanması, karar verme mekanizmalarında yer almaları iş gerilimini azaltmakta, performans ve verimliliği arttırmaktadır⁹. Hastanelerde yapılan bir çalışmada iş tatmini ile örgütsel yapının niteliği, sorumluluk almaya teşvik ve örgütsel cesaretlendirme, ödüllendirme, arkadaşlık ortamı ve yönetici meslektaş desteği arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir¹⁰. Diğer bir çalışmada da, kurumsal iklim ile hemşirelerin kas iskelet sistemi hastalıkları, tükenmişlik, kan ve vücut sıvıları ile bulaşma arasındaki ilişki incelenmiş, kurumsal iklimin zayıf olmasıyla bu parametrelerin yüksek olması, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin işi bırakma istekleri ile yoğun çalışma şartları ve zayıf kurumsal iklim arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür¹¹⁻¹². Bir hastanede yapılan başka çalışmada doktor ve hemşirelerin, aynı hastanede çalışan diğer meslek gruplarına göre kurumsal iklim düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur¹³. Hızla gelişen ve değişen sağlık sisteminin getirdiği zorunluluklar, kaynak ve personel yetersizliği, bakım standartlarındaki değişiklikler, hasta ve iş yükü yoğunluğu, ağır çalışma şartları, rol belirsizliği, destek ve anlayış göstermeyen yönetim şekli, gelecek kaygısı, kendini geliştirme olanaklarının olmaması, adil olmayan ödül sistemi, hemşirelerin performansını ve hastaların bakım kalitesini düşüren olumsuz kurumsal iklim sebeb olan nedenler arasında sayılabilir.

Kurumlardaki kurumsal iklimin düzenli olarak değerlendirilmesi, örgüte bağlılığı, örgütsel üreticilik-yaratıcılığı, iletişim etkililiği, diğer kurumlarla rekabet düzeyi, yöneticilerin çalışanlar ve iş çevresini yönetmede daha aktif olmalarını, kriz durumu olmadan önce acil önlemlerin alınmasını, çalışanların katılımını, motivasyonunu ve verimliliğini artırır^{14,15,16}. Literatür incelendiğinde, ülkemizde kurumsal iklimin değerlendirildiği çalışmalar daha çok işletme alanında yapılmış olup sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire yöneticiler, hemşireler ve sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda algılamış oldukları kurumsal iklimin incelendiği çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bu nedenle araştırma, yönetici hemşire ve hemşirelerin iş tutumlarını ve davranışlarını etkileyen önemli bir değişken olan kurumsal iklimin mevcut durumunu belirleyerek, iş doyumu ve performansı artırmak amacıyla var olan kurumsal iklimi daha iyileştirmek için neler yapılması gerektiğine ışık tutmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, yönetici hemşire ve hemşirelerin kurumsal iklim algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır:

- Yönetici hemşireler ve hemşirelerin kurumsal iklim algısı nedir?
- Yönetici hemşireler ve hemşirelerin kurumsal iklim algıları arasında fark var mıdır?
- Yönetici hemşire ve hemşirelerin kurumsal iklim algıları demografik özelliklerine göre farklı mıdır?
- Yönetici hemşireler ve hemşirelerin kurumsal iklim tipi algıları arasında fark var mıdır?

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan 112 yönetici hemşire ve 568 hemşire oluşturmuştur. Amaca uygun örnekleme yöntemi kullanılmış olup, araştırmanın evrenini oluşturan tüm yönetici hemşire ve hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma, haftalık, yıllık, ücretsiz izin, doğum izni, raporlu olma ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 5 yönetici hemşire, 68 hemşire dışında çalışmaya katılmayı kabul eden 107 (%95.5) yönetici hemşire ve 500 (%88) hemşirenin katılımı ile Ekim 2006-Şubat 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmada, iki bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. Birinci bölümde yönetici hemşire ve hemşirelerin demografik özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, görev süresi, deneyim yılı, çalışılan bölüm ve çalışma saatleri) belirlemeye yönelik sekiz sorudan oluşan Bilgi Formu; ikinci bölümde 1963 yılında Halpin ve Croft tarafından geliştirilen ve 1978 yılında Peker tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı Kurumsal İklimi Betimleme Anketi (Organizational Climate Descriptive Questionnaire; OCDQ) kullanılmıştır¹⁷. Kurumsal İklimi Betimleme Anketi, yönetici hemşire ve hemşire grubu olmak üzere iki grubu içeren 64'er sorudan oluşmaktadır. Kurumsal İklimi Betimleme Anketi, 4'lü Likert tipinde olup "Hemen Her Zaman" ifadesi için A, "Sık Sık" ifadesi için B, "Bazen" ifadesi için C, "Çok Seyrek" ifadesi için D harfi kullanılmış, olumlu ifadeler için 4, 3, 2, 1, olumsuz ifadeler için 1, 2, 3, 4 olarak puanlanmıştır. Yönetici hemşirelere uygulanan Form A'da ilk 33 soru hemşire grubunun davranışlarının yönetici hemşirelerce nasıl algılandığı, 34. ve sonraki sorular yönetici hemşirelerin kendi davranışlarının algılanması ile ilgilidir. Yönetici Hemşire anketinde, "koyduğum kurallarla ilgili tartışma istemem ve bu kurallara kesinlikle uyulmasını isterim" gibi sorular bulunmaktadır. Hemşirelere uygulanan Form B'de ise ilk 33 soru hemşirelerin kendi davranışlarının irdelenmesi, 34. ve sonraki sorular yönetici hemşirelerin davranışlarının hemşireler tarafından algılanması ile ilgilidir. Hemşire anketinde ise; "kurumumuzda başhemşirenin koyduğu kurallarla ilgili soru sorulmaz ve kesinlikle eleştirilmez." gibi sorular bulunmaktadır. Veri toplama aracı ortalama 15 dakika içinde doldurulmaktadır. Bu 64'er soru, çözülme (1.2.3.4.5.6.7.8.9.ve 10. sorular), engellenme (11.12.13.14.15.ve 16. sorular), moral (17.18.19.20.21.22.23.24.25. ve 26. sorular), samimiyet (27.28.29.30.31.32. ve 33. sorular), yüksekte bakma (34.35.36.37.38.39.40.41. ve 42. sorular), yakından kontrol (43.44.45.46.47.48. ve 49.sorular), işe dönüklük (50.51.52.53.54.55.56.57.ve 58.sorular) ve anlayış gösterme

(59.60.61.62.63. ve 64.sorular) boyutlarından oluşan sekiz değişik kurumsal iklim davranış algıları belirlemektedir. Bu boyutların ilk dördü hemşire, diğer dördü yönetici hemşire davranış algılarını açıklamaktadır. Bu ankette, hemşire grubu davranışlarından, çözülme ve engellenme olumsuz, moral ve samimiyet olumlu davranışlardır. Yönetici hemşire grubu davranışlarından yüksekte bakma ve yakından kontrol olumsuz; işe dönüklük ve anlayış gösterme olumlu davranışlardır.

Peker'in çalışmasında Kurumsal İklimi Betimleme Anketi'nin Cronbach Alfa katsayısı .86 olarak bulunmuştur¹⁷. Bu çalışmada kullanılan Kurumsal İklimi Betimleme Anketinin geçerlilik ve güvenilirlik analizine göre, yönetici hemşirelerin Cronbach's Alfa katsayısı .80, hemşirelerin Cronbach's Alfa katsayısı .82 bulunmuştur. Ayrıca hemşireler için ölçek alt boyutlarının Cronbach's Alfa katsayıları çözülme .63, engellenme .61, moral .73, samimiyet .83, yönetici hemşirelerin ise yüksekte bakma .60, yakından kontrol .70, işe dönüklük .82, anlayış gösterme .79 bulunmuştur. Literatürde Kurumsal İklimi Betimleme Anketi ile yapılan benzer çalışmalar eğitim ve işletme alanında yapılmış olup hemşirelik ile ilgili çalışmalara rastlanılmamıştır.

Verilerin toplanmasında, araştırmacı öncelikle yönetici hemşire ve hemşireler ile görüşerek araştırma hakkında katılımcıları bilgilendirmiş, araştırmaya katılım için onaylarını aldıktan sonra veri toplama araçları verilmiş ve veri toplama aracı eksiksiz doldurulduktan sonra geri alınmıştır.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS for windows 10.0 programı kullanılmıştır. Yüzdelik, ortalama \pm standart sapma, tek yönlü varyans analizi, tukey'in HSD testi, student t testi, ki-kare testi ve fisher'in kesin ki-kare testleri uygulanmıştır. Kurumun kurumsal iklim tipini belirlemek için kümeleme analizi yapılmıştır. Kurumsal iklim boyutlarına göre k-ortalama yöntemi kullanılarak puanlar standartlaştırılmış ve z puanına göre kümeleme analizi yapılarak, hemşirelerin ve yönetici hemşirelerin kurumda algıladıkları kurumsal iklim tipleri belirlenmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesindeki ortalama puanlar, 1.69 ile 3.18 arasında değişmekte olup, 2.00 ve altındaki puanlar *düşük*, 2.00 ile 3.00 arasındaki puanlar *orta* ve 3.01 ve üzeri puanlar *yüksek* şeklinde sınırlanmıştır. Kurumsal iklimin örgütsel davranışları, iş doyumunu, performansı doğrudan etkilediği için, yönetici hemşire ve hemşirelerin kurumda algılamış oldukları, açık, bağımsız, kontrollü, samimi, babacan ve kapalı kurumsal iklim tipleri, çözülme, engellenme, moral, samimiyet, yüksekte bakma, yakından kontrol, işe dönüklük ve anlayış gösterme boyutlarının puanlarına göre belirlenmiştir. Örneğin, engellenme ve yakından kontrol puanları yüksek, samimiyet ve anlayış gösterme puanları düşük olan örgüt iklim tipinin *Kontrollü İklim*, moral, işe dönüklük ve anlayış gösterme puanları yüksek olan kurumsal iklim tipinin *Açık İklim* olması gibi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul ilinde bulunan bir üniversite hastanesi ile sınırlı olup, üniversite hastanesinde çalışan yönetici hemşire ve hemşirelerin tamamını kapsamasına rağmen, izinli ve raporlu olanlarla, anket formunu yanıtlamak istemeyenler dışında 107 yönetici hemşire ve 500 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin, katılımcılardan ise sözlü izin alınmıştır. Çalışmaya katılmaya istekli olan yönetici hemşire ve hemşirelere anket formu uygulanmıştır.

Bulgular

Yönetici hemşirelerin, %40.2'si 36-40 yaş grubunda, %71'i evli ve %57.9'u lisans mezunudur. Hemşirelerin, %41.2'si 26-30 yaş grubunda, %57.2'si evli ve %50'si önlisans mezunudur (Tablo 1). Yönetici hemşirelerin % 48.6'sı 16 yıl ve üzeri mesleki deneyim süresine sahip olduğu, % 63.6'sı cerrahi birimlerde ve tamamının gündüz çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin ise, %38'inin deneyim süresinin 6-10 yıl arasında, % 57'si cerrahi birimlerde ve % 88.2'sinin vardiya şeklinde çalıştığı bulunmuştur.

Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin algıladıkları örgüt iklim puanı, kurumsal iklimi betimleme puanlarına göre orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 2). Yönetici hemşireler tarafından hemşirelerin kurumsal iklim davranış algıları değerlendirildiğinde, çözülme (1.83 ± 0.36) düşük, engellenme (2.23 ± 0.44) orta, moral (2.57 ± 0.50) ve samimiyet (2.54 ± 0.53) yüksek düzeyde olduğu; yönetici hemşirelerin kurumsal iklim davranış algıları değerlendirildiğinde ise, yüksekten bakma (2.32 ± 0.34) ve yakından kontrol (2.61 ± 0.47) orta, işe dönüklük (2.99 ± 0.46) ve anlayış gösterme (2.62 ± 0.55) yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Hemşirelerin, kendi kurumsal iklim davranış algılarını değerlendirildiğinde, çözülme (1.89 ± 0.34) düşük, engellenme (2.36 ± 0.40) ve moral (2.39 ± 0.46) orta, samimiyet (2.53 ± 0.47) yüksek düzeyde olduğu; hemşirelerin, yönetici hemşirelerinin kurumsal iklim davranış algılarını değerlendirildiğinde ise, yüksekten bakma (2.42 ± 0.36), yakından kontrol (2.47 ± 0.45), işe dönüklük (2.27 ± 0.57) ve anlayış gösterme (2.02 ± 0.65) orta düzeyde olduğu görülmüştür. Hemşire grubunun engellenme puanı (2.36 ± 0.40), yönetici hemşirelere göre (2.23 ± 0.44) yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.01$). Moral puanı yönetici hemşirelerde (2.57 ± 0.50) hemşirelere göre (2.39 ± 0.46) yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Yakından kontrol puanları (2.61 ± 0.47) ve anlayış gösterme puanları (2.62 ± 0.55) yönetici hemşire grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Yüksekten bakma puanları ise hemşire grubunda (2.42 ± 0.36) anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 2).

Yönetici hemşirelerin kurumsal iklimi davranış algılarını değerlendirildiğinde, yakından kontrol puanlarında, yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0.05$), 41 yaş ve üzeri grubun puanı (2.87 ± 0.60), 31-35 yaş grubu puanından (2.48 ± 0.40) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin, çözülme puanlarında yaş gruplarına göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0.01$), 41 yaş ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin çözülme puanı (1.66 ± 0.32), 25 yaş ve altı (1.88 ± 0.37), 26-30 yaş (1.97 ± 0.34), 31-35 yaş grubunda (1.86 ± 0.32) ve 36-40 yaş grubundaki hemşirelerden (1.86 ± 0.29) anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. 26-30 yaş grubunun çözülme puanları 31-35 yaş ve 36-40 yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Engellenme puanının eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0.01$). Yüksek lisans yapanların engellenme puanı (2.58 ± 0.48), önlisans (2.14 ± 0.51) ve lisans eğitimi (2.18 ± 0.34) alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.01$). Moral puanının eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği

Tablo 1. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		Yönetici Hemşire		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	-	-	55	11.0	55	9.1
	26-30 yaş	15	14.0	206	41.2	221	36.4
	31-35 yaş	31	29.0	95	19.0	126	20.7
	36-40 yaş	43	40.2	90	18.0	133	21.9
	41 yaş ve üzeri	18	16.8	54	10.8	72	11.9
Medeni Durum	Bekar	31	29.0	214	42.8	245	40.4
	Evli	76	71.0	286	57.2	362	59.6
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	-	-	55	11.0	55	9.1
	Önlisans	29	27.1	250	50.0	279	46.0
	Lisans	62	57.9	181	36.2	243	40.0
	Yüksek Lisans	16	15.0	14	2.8	30	4.9
Toplam		107	100	500	100	607	100

Tablo 2. Kurumsal İklim Alt Boyutlarının Yönetici Hemşire ve Hemşire Gruplarında Karşılaştırılması ve Kurumsal İklim Algı Puanlarının Dağılımı

Alt Boyutlar	Yönetici Hemşire (n=107)	Hemşire (n=500)	t değeri	P*
Çözülme	1.83±0.36	1.89±0.34	1.643	0.101
Engellenme	2.23±0.44	2.36±0.40	2.930	0.004**
Moral	2.57±0.50	2.39±0.46	3.689	0.001**
Samimiyet	2.54±0.53	2.53±0.47	0.072	0.943
Yüksekten Bakma	2.32±0.34	2.42±0.36	2.730	0.007**
Yakından Kontrol	2.61±0.47	2.47±0.45	2.902	0.004**
İşe Dönüklük	2.99±0.46	2.27±0.57	13.863	0.001**
Anlayış Gösterme	2.62±0.55	2.02±0.65	9.869	0.001**
Kurumsal İklim Puanı	2.45±0.24	2.29±0.23	6.576	0.001**

*p<0.05 **p<0.01

görülmüştür (p<0.01). Yüksek lisans yapanların moral puanları (2.25±0.53) lisans eğitimi (2.65±0.43) alanlara göre anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır (p<0.05). Yakından kontrol puanında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür (p<0.05). Yüksek lisans yapanların, yakından kontrol puanları (2.83±0.52) lisans eğitimi alanlara göre (2.51±0.38) anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0.05). Yönetici hemşire ve hemşirelerin alt boyut algıları ile kurumdaki görev süresi karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ancak hemşirelerin işe dönüklük puanları görev sürelerine göre anlamlı farklılık göstermiştir (p<0.05). Bir yıldan az görev süresi olanların işe dönüklük puanları (2.58±0.66), 1-5 yıl görev yapanlara göre (2.21±0.50) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Yakından kontrol puanları, deneyim sürelerine göre anlamlı farklılık görülmüştür (p<0.05). 16 yıl ve üzeri deneyim süresine sahip olanların puanları

(2.73 ± 0.54), 6-10 yıllık deneyim grubuna göre (2.45 ± 0.34) anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin samimiyet puanları deneyim sürelerine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.05$), 11-15 yıllık deneyimi olan grubun samimiyet puanları (2.61 ± 0.52), 6-10 yıllık deneyim süresi olanlara göre (2.48 ± 0.43) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$), diğer deneyim sürelerine göre samimiyet puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Yönetici hemşire ve hemşirelerin algılarına göre kurumsal iklim tipleri incelendiğinde, hemşire grubunun, moral (0.85), işe dönüklük (0.90) ve anlayış gösterme (0.91) puanlarının yüksek olması hemşirelerin kurumdaki kurumsal iklim tipini AÇIK, yönetici hemşire grubunun, moral (1.34), samimiyet (0.93), yüksekten bakma (0.97), işe dönüklük (1.44), anlayış gösterme (1.22) puanlarının yüksek olması yönetici hemşirelerin kurumdaki kurumsal iklim tipini BAĞIMSIZ tip olarak algıladıklarını göstermiştir (Tablo 4).

Tartışma

Kurumsal iklim, bireysel ve örgütsel düzeyler arasında çözümlenelere olanak veren kavramsal bir bağdır. Kurumsal iklim, iş çevresinin bu çevre içerisinde yaşayan ve çalışanlar tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak algılanan ve onların motivasyonları ile davranışlarını etkileyebileceği varsayılan ölçülebilir bir özellikler kümesidir. Kurumsal iklimin anlaşılması yönetim sürecinin incelenmesinde, değişik yönetim biçimlerinin örgütte çalışan kişiler, örgütün başardığı iş ve örgüt sağlığı üzerindeki etkisinin anlaşılmasına yardımcı olacaktır¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰. Özellikle üniversite hastaneleri, hemşirelerin kurumsal iklim algılarını dolayısıyla iş tutumları ve davranışlarını buna bağlı olarak hasta bakım kalitesini yükseltmek için olumlu çalışma atmosferini oluşturacak şekilde yeni stratejiler geliştirebilir. Ayrıca kurumsal iklim stratejilerinin belirlenmesinde, kurumsal iklim ile ilişkili olarak bazı etmenlerin dikkate alınması çalışanların gereksinimlerini karşılamada yardımcı olabilir.

Stone ve arkadaşlarının¹² yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada, kurumsal iklimin hemşirelerin çalışmalarının devamlılığı ve güvenlikleri için önemli olduğu ayrıca kurumsal iklimin olumsuz olmasının işten ayrılmalara neden olduğu belirtilmektedir¹².

Çalışmada hemşire grubu davranışlarının alt boyutlarla karşılaştırıldığında, engellenme puanları hemşire grubunda yönetici hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu bulgu, hızla gelişen ve değişen sağlık sisteminin getirdiği zorunluluklar, kaynak ve personel yetersizliği, bakım standartlarındaki değişiklikler, hasta ve iş yükü yoğunluğu, ağır çalışma şartları, rol belirsizliği, destek ve anlayış göstermeyen yönetim şekli, gelecek kaygısı, kendini geliştirme olanaklarının olmaması, hiyerarşi, adil olmayan ödül sistemi gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin yönetici hemşirelere göre kendilerini daha fazla engellenmiş hissetmeleri ile açıklanabilir.

Moral, bireylerin görevleri ve sorumluluklarına ilişkin sahip oldukları zihinsel tutumlardır²¹. Hemşire liderlerinin, kendi kendine bakım, yenilenme ve iyileşmeyi kolaylaştırıcı dürüst ilişkileri ve hızlı bakımı sağlayan bir ortam oluşturmada moral sorumlulukları vardır²². Moralin yüksek olduğu bir ortamda karşılıklı güven ve işbirliği ruhu hissedilir. Çalışmada yönetici hemşirelerin moral alt boyutu puanları yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin moral algı puanları yönetici hemşirelere göre daha düşük

Tablo 3. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Kurumsal İklim Alt Boyutlarına Göre Dağılımı

Alt Boyutlar	Yaş Grubu			Eğitim Durumu			Kurumdaki Görev Süresi			Deneyim Yılı					
	Yönetici H.		Hemşire	Yönetici H.		Hemşire	Yönetici H.		Hemşire	Yönetici H.		Hemşire			
	F	P*	F	P*	F	P*	F	P*	F	P*	F	P*			
Çözülme	0.987	0.402	10.165	0.001**	0.547	0.580	2.325	0.074	0.412	8.692	0.001**	0.966	0.436	5.887	0.001*
Engellenme	0.878	0.455	1.884	0.112	6.770	0.002**	1.930	0.124	0.268	0.424	0.791	1.331	0.118	0.789	0.500
Moral	3.643	0.015*	1.750	0.138	0.852	4.306	1.325	0.256	0.188	0.733	0.570	1.627	0.247	0.270	0.847
Samimiyet	1.241	0.299	1.604	0.172	0.980	1.525	0.626	0.599	0.498	1.482	0.206	0.798	0.513	2.790	0.040*
Yüksekten Bakma	1.024	0.385	1.586	0.177	0.533	0.880	1.102	0.348	0.094	0.353	0.842	2.190	0.061	1.713	0.163
Yakından Kontrol	3.011	0.034*	1.718	0.145	0.502	4.343	0.614	0.606	0.125	1.135	0.339	1.959	0.046*	0.077	0.972
İşe Dönüklük	0.748	0.526	4.552	0.001**	0.325	1.969	2.162	0.092	1.166	2.561	0.038*	1.116	0.197	1.722	0.161
Anlayış Gösterme	2.360	0.076	3.321	0.011*	0.882	1.927	2.005	0.112	0.542	1.594	0.185	0.720	0.147	0.486	0.692

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 4. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklim Tipi Dağılımı

Alt Boyutlar	Yönetici Hemşire (n=107)	Hemşire (n=500)
Çözülme	0.56	0.35
Engellenme	0.68	0.52
Moral	1.34	0.85
Samimiyet	0.93	0.78
Yüksekten Bakma	0.97	0.50
Yakından Kontrol	0.86	0.70
İşe Dönüklük	1.44	0.90
Anlayış Gösterme	1.22	0.92

bulunmuştur. Hastanelerde, başhemşirelerin görev tanımlarının hemşirelere göre daha belirgin olması, kimin kimden emir alıp, kime emir vereceğinin sınırlarının belirlenmiş olması, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının ise tam olarak belirli olmaması sebebiyle moral algı puanlarının yönetici hemşirelere göre düşük olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin moral alt boyutuna ilişkin algı puanlarının yönetici hemşirelere göre daha düşük olması kurum içinde hemşirelerin sosyal ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmadığı ve işlerinden tam bir doyum ve haz duymadıklarının göstergesidir. İş doyumunu çalışanların psikolojik sağlık durumunu, performanslarını, kurumun verimlilik ve etkinliğini etkileyen önemli bir alt boyuttur. Buradan hareketle hemşirelerin yetenek ve becerilerini tam olarak ortaya koyamadıkları veya koymak istemedikleri sonucuna varılabilir. Moral alt boyutu, kurum içinde açıklığın en önemli göstergelerinden biri olduğundan hemşirelerin kurumlarındaki kurumsal iklimi yönetici hemşirelere göre kapalı, verimsiz ve kötü bir iklim tipi olarak değerlendirdikleri belirtilebilir.

Yönetici hemşire grubu davranışlarının değerlendirildiği alt boyutlardan yüksekten bakma puanı hemşire grubunda yönetici hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu durum çalışan ile yöneticiler arasında belli bir psikolojik uzaklığın göstergesi olarak açıklanabilir. Ayrıca, yönetici hemşirelerin yönetmeliğin gerektirdiği ilkeler ve kurallar doğrultusunda yüz yüze ilişkilerden daha çok, son derece formal bir davranış gösterdikleri, emir veren bir sorumlu rolünü uyguladıkları şeklinde değerlendirilebilir.

Yakından kontrol, yönetim anlayışının klasik yönetim anlayışına dayandığını göstermektedir. Yakından kontrol puanı yönetici hemşirelerde hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Yönetici hemşirelerde puanın yüksek olması yönetici hemşirelerin yakından denetim ve empoze edici davranış içinde olduğunu, bu nedenle kontrollü iklim tipine yakın bir görünüm sergilediğini belirtmek mümkün olabilir.

Yönetici hemşirelerin, hemşirelere göre işe dönüklük puanı anlamlı düzeyde yüksek, anlayış gösterme puanı ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum yönetici hemşirelerin kendi davranışlarını ideale yakın olarak algılama eğiliminde oldukları şeklinde yorumlanabilir. Dağlı'nın²³ yapmış olduğu çalışmada, yönetici algılarına göre işe dönüklük ve anlayış gösterme boyutlarına ilişkin ortalama puanları birinci kademedeki öğretmen algılarından yüksek olduğu görülmektedir²³. Bu durum yöneticilerin örnek davranışlarla çalışanları motive etmeye, onların etkinlik ve verimliliklerini arttırmaya örgüte bir dinamizm kazandırmaya ve bunu korumaya çalıştıklarını göstermektedir. Yönetici hemşirelerin örnek davranışları ile hemşireleri motive ettikleri, insanca davranma eğiliminde oldukları, kendi davranışlarını üst düzeyde bir algılama eğilimi içinde hissettikleri belirtilebilir. Anlayış gösterme alt

boyutu yönetici hemşirelerde hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Anlayış gösterme alt boyutunun yönetici hemşirelerde yüksek bulunması yöneticilerin çalışanlarına daha insanca davranma eğiliminde oldukları, çalışanları dinledikleri ve yardım eli uzattıkları bir ortamın varlığını ifade etmektedir. Mok ve Au-Yeung'un²⁴ 331 hemşire'nin katılımı ile yapmış olduğu bir çalışmada, kurumsal iklim ile personel güçlendirme arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Özellikle personel güçlendirme ile destekleyici liderlik ve takım çalışması arasında yüksek pozitif ilişki gösterilmiştir²⁴. Hemşirelerde anlayış gösterme alt boyutunun düşük olmasının sebebinin, yoğun çalışma koşulları, çalışma ortamlarının uygunsuzluğu, vardiyalı çalışma saatleri, katılımcı yönetim anlayışının olmayışı, adil olmayan ödül ve ceza sisteminin varlığı, hemşire sayısının yetersizliği gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilebilir.

26–30 yaş grubunda olan yönetici hemşirelerin moral puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Moral çalışanları örgütün amaçları için çalışmaya gönüllü kılan, sosyal gereksinimlerini karşılayan ve çalışmayı sürdürmesini sağlayan bir tutum olarak belirtilmiştir²³. 31 ve üzerindeki yaş grubunda anlamlı farklılığın olmayışı, tükenmişliğin olması, sosyal ve mesleki sorumlulukların fazlalığı, sosyal ve mesleki beklentilerinin yeterince karşılanmamış olması gibi sebeplerle açıklanabilir.

Literatürde, yöneticilerin çalışanlara insan olarak önem vermeyip bir eşya gibi davranmasının, verilen sözlerin yerine getirilmemesinin ve personel arasında ayrımlar yapılmasının örgütlerde tatminsizliğe yol açabilecek yönetici uygulamaları olduğu belirtilmiştir²⁵. Çalışmada yakından kontrol puanları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. 41 yaş ve üzerindeki yönetici hemşirelerin yakından kontrol puanı, 31-35 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça yakından kontrolün artması yöneticilerde klasik yönetim anlayışının olduğu, bu yöneticilerin yeni yönetim ve liderlik tarzlarını benimsemedikleri ile açıklanabilir.

Keuter ve arkadaşlarının²⁶ çalışmasında, sağlık bakımında oluşan değişiklikler sonucu hastanelerin yapısında ve işleyişinde hızlı bir değişim olduğu ve çalışanların birçok görevi aynı anda yapmak durumunda kaldıkları belirtilmiştir²⁶. Bu örgütsel değişiklik ile birçok hastanede hemşireler kendilerini engellenmiş hissetmektedir. Yönetici hemşirelerin eğitim durumuna göre, yüksek lisans eğitimi alanların engellenme puanları önlisans ve lisans eğitimi alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumu, eğitim düzeyi arttıkça çalışanların rol ve sorumluluklarının daha çok farkına varmaları, kendilerine ait olmayan işler verildiğinde gereksiz meşgul edildiklerini ve engellendiklerini düşünmeleri ile açıklanabilir. Moral puanı, yüksek lisans yapan yönetici hemşirelerde lisans eğitimi alanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Önlisans, lisans eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Eğitim düzeyi arttıkça moral boyutuna ilişkin beklentiler artmaktadır.

Yakından kontrol puanı yüksek lisans eğitimi alan yönetici hemşirelerde lisans eğitimi alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça yöneticilerin bunu ellerinde bir güç olarak kullandığı belirtilebilir. Ying ve arkadaşlarının²⁷ Çin'deki bir üniversite hastanesinde yapmış oldukları araştırmada kurumsal iklim ile hemşirelerin uzmanlıkları arasında olumlu ilişki olduğu ve yönetici hemşirelerin kurumsal iklimi daha fazla önem verdiği saptanmıştır²⁷. Gül'ün²⁸ çalışmasında ise, yöneticilerin diğer akademisyenlere göre kurumsal iklim puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir²⁸.

Yönetici hemşire grubunun deneyim yılına göre değerlendirildiğinde, yakından kontrol alt boyutunda 16 yıl ve üzerinde deneyim süresi olanların puanları diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaş ve deneyim süresi arttıkça emir verici davranışlarında artması nedeniyle yöneticiler klasik yönetimi benimsemektedirler.

Hemşire grubu davranışlarının değerlendirildiği çözülme puanının yaşa göre farklılık gösterdiği görülmüştür. 41 yaş ve üzerindeki hemşirelerin çözülme puanları diğer yaş gruplarına göre düşük bulunmuştur. Canbaz ve arkadaşlarının²⁹ yaptığı çalışmada, 35 yaşın üzerindeki hemşirelerin duygusal tükenme puanlarının diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur²⁹. Çalışma şartları yıllar geçtikçe hemşireleri daha fazla etkilemektedir. Çalışma yılı arttıkça hemşirelerde tükenmişlik sendromunun görülmeye başlaması ve işe bağlı gerginliklerin artması çözülmeye neden olabilir.

Hemşirelerin görev süreleri ile hemşire grubu davranış algılarının çözülme puanları karşılaştırıldığında, görev süresi bir yıldan az olan hemşire grubunun puanı ve 16 yıldan fazla görev yapan hemşire grubunun ortalama puanı diğerlerine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Yılmaz'ın³⁰ yapmış olduğu çalışmada, kurumda çalışma süresi arttıkça kişilerin örgüte bağlılık düzeylerinin de arttığı bulunmuştur³⁰. Bir yıldan az süredir çalışan hemşirelerin işe yeni başlamış olmaları, henüz kurumu ve çalışma arkadaşlarını tanımadıkları için düşük puan aldıkları, birlikte bulunmama eğilimleri, işle ilgili birbirleriyle birleşip grup oluşturamama durumları çözülme boyutuna neden olduğu, 16 yıldan fazla çalışan hemşirelerin ise iş arkadaşları ile uzun yıllardır çalışıyor olmaları örgüte bağlılığı artırabilir.

İşe dönüklük alt boyutu hemşirelerin görev yılı ile karşılaştırıldığında, bir yıldan az görev süresi olan hemşirelerin işe dönüklük puanının, 1-5 yıl görev yapanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum görev süresi bir yıldan az olan hemşirelerin çalışma yaşantısına yeni başlamış olmaları nedeniyle daha istekli ve verimli çalışıyor olmaları ile açıklanabilir.

Hemşirelerin deneyim yılı ile çözülme puanları karşılaştırıldığında, 6-10 yıl görev yapanların ortalama puanları, 11-15 yıl ve 16 yıl üzerindekiyle göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Görev yılı daha yeni olan hemşirelerin tedirgin, duygusal yönden zayıf ve psikolojik olarak stres altında oldukları, beklentilerin karşılanmadığını daha fazla düşündükleri, daha uzun süreli görev yapanların çalışma ortamının şartlarını kabullendikleri ve beklentilerinin karşılanıp karşılanılmadığına kendilerini adapte ettikleri düşünülebilir.

Hemşirelerin deneyim yılı ile hemşire grubu davranış algılarının samimiyet puanları karşılaştırıldığında, 11-15 yıllık deneyimi olan hemşire grubunun samimiyet puanları, 6-10 yıllık deneyim süreleri olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Deneyim yılının daha fazla olması, birlikte daha çok zaman geçirilmiş olması paylaşımı arttıracığından samimiyetin de artacağı belirtilebilir.

Yüksekten bakma puanı dahili birimlerde çalışan hemşirelerde cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cerrahi üniteleri genel olarak hasta sirkülasyonunun hızlı olduğu bölümlerdir. Yönetici hemşireler bu yoğun şartlarda ve kıdem hiyerarşisi içindeki klinikte hizmetin devamlılığı için daha katı ve mesafeli olmaları gerektiğini düşünerek hareket edebilirler.

Dahili birimlerde çalışan hemşireler arasında da uyum ve bağlılığın az olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin dahili birimlerde yatan hastaların kronik ve daha

çok geriatri hastaları olması, hastalıkların iyileşme sürecinin uzun olması, cerrahi birimlerine yatan hastaların ise daha kısa süreli yatmaları ve iyileşmenin daha hızlı sağlanarak hastaların taburcu edilmesi olabilir.

Çözülme, engellenme, uzak durma ve yakından kontrol boyutlarının ortalama puanlarının yüksek olduğu iklim tipi açık iklim tipi olarak tanımlanmaktadır³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³⁻³⁴. Çalışmada da hemşirelerin moral, işe dönüklük ve anlayış gösterme puanlarının yüksek olması hemşirelerin kurumlarındaki kurumsal iklimi *açık iklim tipi* olarak algıladıklarını göstermektedir. Bununla birlikte yakından kontrol, engellenme boyutlarının yüksek olması yönetici hemşirelerin yöneticilik bilgilerindeki yetersizliğinden, ülkemizdeki sağlık sisteminin ve hemşirelik eğitim sisteminin karmaşıklığından, görev tanımının açık olmamasından, kurumsal prosedürlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Yönetici hemşirelerde moral, samimiyet, yüksekten bakma, işe dönüklük ve anlayış gösterme puanlarının yüksek olması, kurumlarındaki kurumsal iklimi *bağımsız iklim tipi* olarak algıladıklarını göstermektedir.

Bağımsız iklimin açık iklimden en belirgin farkı, samimiyet ve uzak durma boyutlarının ortalamadan yüksek oluşudur. Moral yüksektir, fakat açık iklimdeki kadar değildir. Yönetici hemşireler ve hemşireler arasında psikolojik bir uzaklık vardır. Toplantılar, yönetici hemşirelerin yapılacak işler konusunda duyurular ve emirler verdiği tek yönlü iletişim kurma biçiminde yapılmaktadır³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³⁻³⁴.

Bağımsız iklim tipinde yönetici hemşirelerin yönetim yaklaşımları klasik olup tek yönlü iletişim kurarlar. Hemşirelerden geri bildirim almaz, yüz yüze ilişkiden çok formal bir tavır sergileyerek hemşireler ile aralarında mesafe oluştururlar. Bununla birlikte kendi davranışlarını işe dönük, örnek olacak, hemşireleri motive edecek ideale yakın davranışlar şeklinde algıladıkları düşünülebilir. Baykal ve arkadaşlarının³⁵ yaptığı çalışmada, hemşirelerin üniversite hastanesindeki örgüt iklim tipini danışman, demokratik iklim tipi olarak algıladıkları görülmektedir. Danışman demokratik kurumsal iklimi, astlara kısmen güvenilen, önemli kararlar dışında, astların kararlara katıldığı çift yönlü iletişimin olduğu, yöneticilerin genellikle astlarına danışma eğilimi içinde oldukları iklim şeklinde tanımlamışlardır³⁵.

Sonuç ve Öneriler

Kurumsal iklim açısından önemli olan faktörler, örgüt yapısı, örgüt süreci, örgüt performansı ve iş tatminidir. Gerek yöneticiler gerek çalışanlar daha iyi performans ve iş tatmini gibi faydalarından dolayı çok daha uygun bir kurumsal iklim istemektedir. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda, yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin algıladıkları kurumsal iklim puanı, kurumsal iklimi betimleme puanlarına göre orta düzeyde bulunmuştur. Kurumdaki kurumsal iklim tipini ise, yönetici hemşireler açık, hemşireler ise bağımsız olarak değerlendirdi. Kurumlardaki kurumsal iklimin daha iyi oluşturulması için; örgütteki yöneticiler, katılımcı ve demokratik yönetim anlayışını benimsemeli, belirli iş durumlarına uygun liderlik tarzı ve yönetsel davranış şekilleri olmalıdır. Örgütün hedefleri ile bireysel hedeflerin birbiriyle örtüşmesi sağlanmalıdır. Örgütte görev, yetki ve sorumluluklar tam ve net olarak belirlenmeli ve kişilere bildirilmelidir. Çalışanların karar alma sürecine katılımı sağlanmalıdır. Çalışanların

kendini ifade etmesine fırsat verilmelidir. Kişisel gelişim ve kariyer geliştirme olanakları sağlanmalıdır. Ödül-ceza sisteminin adil olarak uygulanmasına çalışılmalıdır. İşbirliği, güven ve uyumu sağlayabilmek için ekip çalışması desteklenmeli, gerektiğinde örnek davranışlar sergilenmelidir. Çalışanlarda olumlu davranışların devamlılığı, örgüte bağlılık ve birey olarak önemli ve değerli olma duygusu aşılmasına için motivasyon araçları kullanılmalı ve sosyal ortamlar oluşturulmalıdır. Çalışma, her kurumun benzer şekilde kendi çalışanlarının kurumsal iklim ile ilgili algılarını tespit ederek, daha verimli ve huzurlu bir çalışma ortamını sağlaması için yapılacak düzenlemelere ve bu konuyla ilgili ileriki çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Can H. Organizasyon ve yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2002.
2. Aytaç S. Çalışma psikolojisinde yeni bir yaklaşım: Örgütsel sağlık. Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. Cilt 4, Sayı 7. www.isguc.org., 27.07.2003. http://www.calisma.org/index.php?option=com_content&task=category§ionid=4&id=22&Itemid=35
3. Çetin Ö. M. Örgüt kültürü ve örgüte bağlılık. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2004.
4. Lim HD., Morris LM. Influence of trainee characteristics, instructional satisfaction and organizational climate on percieve learning and training transfer. Human Resorce Development Quarterly 2006; 17 (1):85-115.
5. Clarke HD, Iles P. Climate for diversity and it's effects on career and organizational attitudes and perceptions. Personel Review 2000; 29 (3):324-345.
6. Dinçer Ö. Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. İstanbul: Beta Basım Yayın, 2004
7. Brown BR., Brooks I. Emotion at work identifying the emotional climate of night nursing. Journal of Management in Medicine 2004; 16 (5):327-344.
8. Burton MR., Loritsen J., Obel B. The impact of organizational climate and strategic fit on firm performance. Human Research Management 2004; 43 (1):67-82.
9. Isoksan GS., Laver JK., Ekvall G., Britz A. Perceptions of the best and worst climates for creativity: Preliminary validation evidence for the stüational outlook questionnaire. Creativity Research Journal 2001; 13 (2):171-184.
10. Doğan H., Üngüren E. Örgüt iklimi ve tatmin ilişkisi: Hemşirelere yönelik karşılaştırmalı bir analiz çalışması. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi 2012; 4 (8): 27-45.
11. Gershon RM., Stone PW., Zeltser M., Faucett J., Macdavit K., Chou SS. Organizational cimete and nurse health outcomes in the unitedstates: A systematic review. Industrial Health 2007; 45: 622-636.
12. Stone WP., Larson LE., Money-Kane C., Smolowitz J., Lin XS., Dick WA. Organizational Climate and Intensive Care Unit Nurses' Intention to Leave. JONA 2009; 29 (7/8): 37-42.
13. Doğan H., Üngüren E. Farklı meslek gruplarındaki çalışanların örgüt iklimi algılamaları ve Alanya Başkent Hastanesinde bir araştırma. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2009; 11/2: 41-58
14. Altmann R. Understanding Organizational Climate: Start minimizing your workforce problems. Water Engineering and Managment Journal 2000; 147 (6):31-33.
15. Ismail M. Creative climate and learning organization factors: Their contrabution towards innovation. Leadership & Organization Development Journal 2005; 26(8):554-639.

16. Mosser RN., Walls TR. Leadership frames of nursing chairpersons and the organizational climate in baccalaureate nursing programs. *Southern Online Journal of Nursing Research* 2002; 3 (2):11.
17. Peker Ö.: Ankara Merkez Liselerin Örgütsel Hava Açısından Çözümlemesi. Eğitim Fakültesi, Doktora Tezi, Ankara, 1978.
18. Chen CJ., Huang JW. How organizational climate and structure affect knowledge management-The social interaction perspective. *International Journal of Information Management* 2007; 27: 104-118.
19. Durmuş A.: Özel sektörlerde örgütsel iklim. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1998 (Danışman: Prof.Dr.A.Sadi Bülbül).
20. Kaplanoğlu EA.: Yönetici hemşireleri atılganlık düzeyleri ile iş doyumları arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün).
21. Tınaz P. Çalışma yaşamından örnek olaylar. İstanbul: Beta Basım A.Ş., 2005.
22. Turkel MC., Ray MA. Creating a caring practice environment through self-renewal. *Nurs Adm Q*.2004; 28 (4):249-54.
23. Dağlı A. İlköğretim okullarının örgüt iklimi (Adana ve Gaziantep illeri örneği). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara,1996 (Danışman: Doç. Dr. Yüksel Kavak).
24. Mok E., Au-Yeung B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nurses Management* 2002; vol.20, 129-137.
25. Karcıoğlu F. Özelleştirme ve Örgüt İklimi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 1997 (Danışman: Doç. Dr. Nurullah Genç).
26. Eren E. Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. İstanbul: Beta Basım Yayın, 2001.
27. Keuter K., Byrne E., Voell J., Larson E. Nurses' job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment. *Applied Nursing Research* 2000; 13(1):46-49.
28. Ying L., Kuraviktikal W., Tanmuayakal O. Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a chinese university hospital. *Nursing and Health Sciences* 2007; 9:221-227.
29. Gül H. Organizational climate and academic staff's perception on climate factors. *Humanity & Social Sciences Journal* 2008; 3 (1): 37-48.
30. Cambaz S., Sünter TA., Dabak Ş., Öz H., Pekşen Y. Hemşirelerde tükenmişlik sendromu, iş doyumunu ve işe bağlı gerginlik. Şelimen D. (Ed.). *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2005; 4:30-34.
31. Yılmaz A. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Yard.Doç.Dr.Nefise Bahçecik).
32. Cheong YC. Organizational climate in hong kong aided secondary schools. *CHUK Educational Journal* 1985; 13(2):
33. Denison RD. What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy of Management Review* 1996; 21 (3):653-654.
34. Güçlü N. Örgüt kültürü. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2003; 6:147-159.
35. Schulte M. Ostroff C., Kinicki AJ. Organizational climate systems and psychological climate perceptions: A cross-level study of climate-satisfaction relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2006; 79: 645-671.
36. Baykal Ü., Altuntaş YS., Sökmen S., Akgün E. Örgütsel iklim ölçeğinin uyarlanması ve yönetici hemşirelerin hastanedeki örgütsel iklimle ilgili değerlendirmeleri. *İ.Ü. F.N.Hem. Dergisi* 2005; 13 (55): 91-111

Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler

Women's Menopausal Symptoms and Factors Affecting it During Climacteric Period

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 16-29

Aslı SİS ÇELİK*, Türkan PASİNLİOĞLU*

* Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Geliş Tarihi: 30 Ekim 2012

Kabul Tarihi: 19 Temmuz 2013

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmalarının şiddetini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde kesitsel ve tanımlayıcı tasarımda yapılmıştır. Araştırma basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 263 kadın ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında "Anket Formu" ve "Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)" kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların MSDÖ somatik şikâyetler puan ortalaması 4.19 ± 2.08 , psikolojik şikâyetler puan ortalaması 13.12 ± 4.59 , ürogenital şikâyetler puan ortalaması 5.35 ± 3.09 olarak bulunmuştur. Kadınların MSDÖ toplam puan ortalamasının 22.67 ± 8.06 olduğu belirlenmiştir. Kadınların evlenme yaşlarına, ailede kararlara katılma durumlarına, toplam gebelik sayısına, menopoz girme şekline, menopozu algılama durumlarına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Kadınların tüm menopoz semptomlarını "orta" ya da "orta düzeye" yakın şiddette yaşadıkları saptanmıştır. Evlenme yaşı 20 ve üzerinde olan ve ailede kararlara katılan kadınların menopozal semptomları daha az yaşadığı, gebelik sayısı 6 ve üzeri olan, cerrahi yolla menopoz giren ve menopozu "yaşlandığını hissetme", "cinselliğin azalması/bitmesi" olarak algılayan kadınların menopozal semptomları daha fazla yaşadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, klimakteryum, menopoz semptomları, menopoz semptomları değerlendirme ölçeği

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to determine the factors that affect severity of women menopausal complaints in climacteric period.

Methods: The cross sectional and descriptive study was conducted on women that have applied to Atatürk University Aziziye Research Hospital Menopause Polyclinic. The research was carried out with 263 women chosen with simple random sampling method. "Survey Form" and "Menopause Rating Scale (MRS)" was used in gathering data.

Results: MRS somatic complaints point average was determined to be 4.19 ± 2.08 , psychological complaints point average was 13.12 ± 4.59 and urogenital complaints point average was found to be 5.35 ± 3.09 . MRS point average was determined to be 22.67 ± 8.06 . Difference among women's MRS total point average according to marriage age, making decisions in family, total birth number, how they go through menopause, how they perceive menopause was found to be statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that all of the women in the research went through menopause symptoms on "medium" or "close to medium" severity level. It was determined that women who were over the age of 20 and who took part in decision making process in her family experienced menopausal symptoms less while women who had 6 or more births, who entered menopause with surgical method, and who perceived menopause as "feeling of getting old", "decrease of sexuality/end of sexuality" experiences more menopause symptoms.

Key Words: Women, climacterium, menopausal symptoms, menopause rating scale

Giriş

Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşur. Bu dönemlerden her biri kendine özgü fiziksel, psikolojik ve hormonal farklılıklar gösterir. Her dönemin kendine özgü özellikleri olmasına karşın, ergenlik ve menopoz dönemleri kadın yaşamı üzerindeki etkileri nedeni ile en önemli dönemlerdir¹. Menopoz, kadınların doğal ve normal yaşam evrelerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre Menopoz, "ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması"dır².

Gelişmiş ülkelerde menopoz daha ileri yaşlarda (Amerika'da 51, İtalya'da 48)³, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda (Mısır'da 46, İran'da 44) görülmektedir^{4,5}. Dünyada, menopoz yaşı yaklaşık 45-55 yaşları arasında iken ülkemizde 45-47 yaşlarında olduğu belirtilmektedir³⁻¹². 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ülkemizde 48-49 yaş grubu kadınların %42'sinin, menopoza girdiğini göstermektedir¹³.

Günümüzde ilerleyen teknoloji her alanda olduğu gibi insan sağlığı konusunda da gelişmelere neden olmuş, gerek tıbbi gerekse yaşam koşullarının iyileşmesi sonucunda beklenen yaşam süresi uzamış ve uzamaya devam etmektedir².

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2009 verilerine göre kadınlarda beklenen yaşam süresi 76.1 yıldır¹⁴. Ortalama yaşam süresindeki artışa paralel olarak son 20-30 yılda yaşlı nüfusun artması menopoz sonrası dönemde geçirilen süreyi uzatmaktadır. 76 yıl yaşayacağı ön görülen bir kadın, ömrünün 1/3'lük dilimini postmenopozal dönemde geçirecektir¹⁵.

Menopozal dönemde kadında; östrojen eksikliğine bağlı fiziksel ve ruhsal birtakım değişiklikler meydana gelmekte ve buna bağlı bazı sorunlar yaşanabilmektedir.

Bunlardan başlıcaları; kas-eklem ağrısı, baş ağrısı, sıcak basması, uyku sorunları, depresyon, cinsel istekte azalma, stres inkontinans gibi sorunlardır¹⁵.

21. yüzyılda 21 sağlık hedefi kapsamında 2020 yılına kadar 65 yaşın üstündeki bireylerin sağlık potansiyelinin tam yerinde olması, yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması ve otonomi, özsaygı ve toplumdaki statülerini sürdürerek yaşayabilme oranının en az %50 artırılması hedeflenmiştir¹⁶. Bu doğrultuda, kadın ömrünün önemli bir bölümünü oluşturan menopozal dönemin sağlıklı geçirilmesi önem taşımaktadır. Hemşirelerin bu hedefe uygun bakım standartları geliştirmesi kadınların sağlıklı, huzurlu ve kaliteli bir yaşlılık dönemine geçişi için basamak oluşturacaktır.

Menopoz dönemi semptomlarının erkenden tanınması ve etkileyen faktörlerin bilinmesi bunlara yönelik yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve böylece kadınlara sağlık bilincinin kazandırılması, bu dönemde yaşanan fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamak açısından yararlı olacaktır. Ayrıca hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının artması koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve uygulamasına olanak sağlayacaktır. Buradan yola çıkarak klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal yakınmaların şiddetini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniğinde 27 Eylül 2009 - 14 Temmuz 2010 tarihleri arasında kesitsel ve tanımlayıcı tasarımda yapılmıştır¹⁷⁻¹⁹.

Araştırma verilerinin toplandığı ilgili poliklinik Erzurum ilinde bulunan tek menopoz polikliniğidir ve bu nedenle çevre illerden de gelen, farklı sosyokültürel özelliklere sahip kadınlara hizmet vermektedir. Menopoz polikliniğine bir yılda ortalama 1000 kadın başvurmaktadır.

Araştırmanın evrenini, yukarıda belirtilen polikliniğe 18 Aralık 2009 - 30 Nisan 2010 tarihleri arasında, menopozal yakınmalar ile başvuran menopozal döneme girmiş ve 64 yaşını geçmemiş kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, belirtilen evrenden ilgili tarihler arasında basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 263 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme grubunda olması gereken kriterler şunlardır;

- En az ilköğretim mezunu olmak,
- Herhangi bir kronik hastalığı bulunmamak,
- Psikiyatrik bir hikayesi bulunmamak,
- Evli olmak,
- Eşi yaşıyor olmak.

Verilerin Toplanması

Veriler 18 Aralık 2009 - 30 Nisan 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan "Anket Formu" ve "Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)" kullanılmıştır. Anket ve ölçekler, araştırmacı tarafından araştırmacının uygun olduğu günlerde ilgili polikliniğe

gidilerek menopozal yakınmalar ile başvuran, örneklem kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Kadınların sorulara rahatça cevap vermelerini sağlayabilmek için menopoz polikliniğinde bulunan ayrı bir odada her bir kadınla yalnız görüşülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Anket Formu: Araştırmacı tarafından, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu 20 soru içermektedir²⁰⁻²³. Formda kadınların tanıtıcı bilgilerini ve menopozal özelliklerini belirleyen sorular yer almaktadır.

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ): Orijinal adı Menopause Rating Scale (MRS) olan MSDÖ 1992 yılında Schneider ve ark.²⁴ tarafından menopozal semptomların şiddetini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiş ve 1996 yılında İngilizceye uyarlanmıştır²⁵⁻²⁷.

MSDÖ, ülkemizde 2005 yılında Gürkan²⁸ tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik ölçümü Pearson momentler çarpımı kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin toplam puan korelasyon katsayısı $r=0.92$, somatik şikayetler için $r=0.89$, psikolojik şikayetler için $r=0.91$ ve ürogenital şikayetler için $r=0.81$ 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

MSDÖ'nün toplam Cronbah Alfa güvenilirlik katsayısı 0.84'dür. Alt boyutlar için ise Cronbah Alfa değeri somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72 olduğu belirlenmiştir²⁸.

Bu çalışmada MSDÖ'nün toplam Cronbah Alfa değerinin 0.80 olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlardaki ilgili değerlerin ise somatik şikâyetler için 0.49, psikolojik şikâyetler için 0.70, ürogenital şikâyetler için 0.67 olduğu saptanmıştır.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte her bir madde için "0= Hiç yok", "1= Hafif", "2= Orta", "3= Şiddetli" ve "4= Çok şiddetli" seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artış göstermektedir²⁸. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır.

1. **Somatik Şikâyetler Alt Boyutu:** Ölçekteki 1. ve 2. maddelerden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 8'dir.
2. **Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu:** Ölçekte yer alan 3., 4., 5., 6., 7. ve 11. maddeleri içerir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 24'tür.
3. **Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu:** Ölçeğin 8., 9. ve 10. maddelerinin değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 12'dir.

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin ve Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 16.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; bağımsız gruplarda t testi, Tek Yönlü Varyans analizi, Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı değerler olarak kategorik veriler için frekans ve yüzdeler, nicel veriler için aritmetik

ortalama±standart sapma ($X\pm SS$) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada katılımcıların %80'inin ilkökul mezunu olması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları araştırma kapsamındaki kadınlara genellenebilir.

Bulgular

Araştırma kapsamındaki kadınların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; kadınların %59.3'ünün 45-54 yaş grubunda ve %84.8'inin ilkökul mezunu olduğu, %89.4'ünün bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %44.9'unun 45-54 yaş grubunda, %53.2'sinin ilkökul mezunu ve %40.3'ünün emekli olduğu bulunmuştur. Kadınların %70.3'ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu, %68.1'inin maddi durumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Kadınların %63.1'inin ilk evlenme yaşının 19 ve altında, %45.6'sının evlilik süresinin 31-40 yıl arasında olduğu ve %45.6'sının ailede verilen kararlara kısmen katıldığı belirlenmiştir.

Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre MSDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların yaş gruplarına, eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına, eşlerinin yaş gruplarına, eşlerinin eğitim düzeylerine, eşlerinin mesleğine, kadınların mensup oldukları aile tipine, maddi durumlarına ve evlilik sürelerine göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kadınların evlenme yaşlarına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre evlenme yaşı 20 ve üzeri olan kadınların menopozal semptomları daha az yaşadığı belirlenmiştir.

Kadınların ailede kararlara katılma durumlarına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan Bonferroni Post Hoc testine göre bu anlamlılığın ailede verilen kararlara katılıyor olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Buna göre ailede kararlara katılan kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı ve MSDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler (N: 263)	Sayı	%	MSDÖ TOPLAM $X\pm SS$	Test ve P değeri
Yaş				
35-44	21	8.0	22.80±8.58	KW: 0.230 $p>0.05$
45-54	156	59.3	22.79±7.76	
55-64	86	32.7	22.43±8.55	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	223	84.8	23.18±7.80	KW: 5.026 $p>0.05$
Ortaokul	15	5.7	19.13±8.69	
Lise ve üzeri	25	9.5	20.24±9.27	

Tanıttıcı Özellikler (N: 263)	Sayı	%	MSDÖ TOPLAM X±SS	Test ve P değeri
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	235	89.4	22.84±7.86	KW: 1.304 p>0.05
Çalışıyor	13	4.9	20.23±6.39	
Emekli	15	5.7	22.13±11.95	
Eşinin Yaşı				
45-54	118	44.9	22.53±7.26	F: 1.887 p>0.05
55-64	111	42.2	23.50±8.79	
65-75	34	12.9	20.47±8.00	
Eşinin Eğitim Düzeyi				
İlkokul	140	53.2	22.99±7.85	F: 1.605 p>0.05
Ortaokul	40	15.2	24.05±9.70	
Lise ve üzeri	83	31.6	21.48±7.47	
Eşinin Mesleği				
Memur	60	22.8	21.85±7.47	F: 1.104 p>0.05
İşçi	47	17.9	21.29±7.90	
Serbest Meslek	50	19.0	23.52±9.22	
Emekli	106	40.3	23.35±7.85	
Aile Tipi				
Çekirdek	185	70.3	22.68±8.00	t: 0.013 p>0.05
Geniş	78	29.7	22.66±8.26	
Kadınların Algılarına Göre Ailenin Maddi Durumu				
Zayıf	58	22.0	25.77±7.71	KW: 10.018 p>0.05
Orta	179	68.1	21.88±8.20	
İyi	26	9.9	21.19±6.17	
İlk Evlenme Yaşı				
19 ve altı	166	63.1	23.81±7.95	t: 3.052 p<0.05
20 ve üzeri	97	36.9	20.72±7.92	
Evlilik Süresi				
30 ve altı	108	41.1	21.90±7.54	F: 1.780 p>0.05
31-40	120	45.6	23.69±8.07	
41 ve üzeri	35	13.3	21.57±9.34	
Ailede Kararlara Katılma Durumu				
Katılıyor	107	40.7	20.90±8.38	F: 4.459 p<0.05
Katılmıyor	36	13.7	23.88±7.70	
Kısmen katılıyor	120	45.6	23.89±7.63	

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; kadınların %51.3'ünün 6 ve üzeri gebelik geçirdiği, %36.5'inin 5 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu ve %30'unun 3 ve üzeri çocuk ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Kadınların obstetrik özelliklerine göre MSDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların toplam gebelik sayısına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan Bonferroni Post Hoc testine göre bu anlamlılığın toplam gebelik sayısı 6 ve üzeri olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Buna göre gebelik sayısı 6 ve üzeri olan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısı ve birlikte yaşanan çocuk sayısına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı ve MSDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler (N: 263)	Sayı	%	MSDÖ TOPLAM $\bar{x}\pm SS$	Test ve P değeri
Toplam Gebelik Sayısı				
1-3 kez	47	17.9	19.80 \pm 7.57	F: 6.768 $p<0.05$
4-5 kez	81	30.8	21.60 \pm 7.74	
6 ve üzeri	135	51.3	24.31 \pm 8.08	
Yaşayan Çocuk Sayısı				
1-2	43	16.3	21.39 \pm 8.12	F: 2.909 $p>0.05$
3-4	124	47.2	21.91 \pm 7.81	
5 ve üzeri	96	36.5	24.22 \pm 8.19	
Birlikte Yaşanılan Çocuk Sayısı				
0	62	23.6	22.79 \pm 8.63	F: 0.118 $p>0.05$
1-2	122	46.4	22.42 \pm 8.11	
3 ve üzeri	79	30.0	22.97 \pm 7.61	

Kadınların menopoza ilişkin özellikleri incelendiğinde; Kadınların %84.8'inin doğal yolla, %15.2'sinin cerrahi yolla menopoza girdiği, %33.1'inin premenopoz, %32.7'sinin menopoz ve %34.2'sinin ise postmenopoz evresinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların %10.3'ünün hormon tedavisi aldığı ve bunların %63'ünün bu tedaviyi 1-3 ay süre kullandığı bulunmuştur.

Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; Kadınların menopoza girme şekline göre MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.001$). Buna göre cerrahi yolla menopoza giren kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı belirlenmiştir.

Kadınların klimakteriyum evrelerine, HRT kullanma durumlarına ve bunların HRT kullanma sürelerine göre MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 3. Kadınların Menopoz İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı ve MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Menopoz İlişkin Özellikler (N: 263)	Sayı	%	Somatik Şikâyetler Alt Boyutu	Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu	Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu	MSDÖ TOPLAM
			X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Menopoz Girme Şekli						
Doğal yolla	223	84.8	4.14±2.11	13.07±4.57	5.33±3.05	22.55±8.00
Cerrahi yolla	40	15.2	4.45±1.92	13.45±4.77	5.45±3.32	23.35±8.49
t;			3.006	4.422	3.887	4.848
p;			p<0.05	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Klimakteryum Evresi						
Premenopoz	87	33.1	4.22±2.19	13.55±4.31	5.25±2.66	23.03±7.43
Menopoz	86	32.7	4.12±2.02	12.77±4.56	5.45±2.85	22.36±7.47
Postmenopoz	90	34.2	4.22±2.06	13.05±4.89	5.35±3.67	22.63±9.19
F;			0.064	0.627	0.090	0.152
p;			p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
HRT Kullanma Durumu						
Kullanıyor	27	10.3	3.74±1.99	12.55±5.09	4.96±2.91	21.25±7.89
Kullanmıyor	236	89.7	4.24±2.09	13.19±4.54	5.39±3.11	22.83±8.08
MW-U;			2775.000	3035.000	2976.000	2898.000
p;			p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
HRT Kullanma Süresi (n:27)						
1-3 ay	17	63.0	4.05±1.81	12.82±4.33	4.29±2.75	21.17±7.27
4 ay ve üzeri	10	37.0	3.20±2.25	12.10±6.41	6.10±2.96	21.40±9.26
MW-U;			65.000	81.500	53.500	84.500
p;			p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Tablo 4'te kadınların %60.8'inin menopozal dönemi, "yaşlandığını hissetme", %19.4'ünün ise "cinselliğin azalması/bitmesi" olarak algıladıkları belirlenmiş, %62.4'ünün menopozal döneme özgü şikâyetlerini eşi ile paylaştığı saptanmıştır.

Tablo 4. Kadınların Menopozal Döneme İlişkin Düşüncelerine ve Menopoz Şikâyetlerini Paylaştığı Kişilere Göre Dağılımı

Düşünceler ve Kişiler*	Sayı	%
Menopoz İlişkin Düşünceler		
Doğal, normal bir süreç	92	35.0
Kadınlık özelliklerinin yok olması	69	26.2
Üretkenliğin bitmesi	110	41.8
Yaşlandığını hissetme	160	60.8
Cinselliğin azalması/ bitmesi	51	19.4
Menopoz Şikâyetlerini Paylaştığı Kişiler		
Hiç kimse	46	17.5
Çocuklar	94	35.7
Eş	164	62.4
Arkadaş- komşu	133	50.6

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 5'te kadınların menopoza ilişkin düşüncelerine göre MSDÖ toplam puan ortalamaları verilmiştir. Kadınların menopoza “doğal, normal bir süreç”, “kadınlık özelliklerinin yok olması” ve “üretkenliğin bitmesi” olarak algılama durumlarına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunurken ($p>0.05$), “yaşlandığını hissetme” ve “cinselliğin azalması/bitmesi” olarak algılama durumlarına göre anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.001$). Buna göre menopoza “yaşlandığını hissetme” ve “cinselliğin azalması/bitmesi” olarak algılayan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Kadınların Menopoza İlişkin Düşüncelerine Göre MSDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Menopoza İlişkin Düşünceler (N: 263)*	MSDÖ TOPLAM	Test ve P değeri
	X±SS	
Doğal, normal bir süreç		
Evet	19.52±8.59	t: 0.572, $p>0.05$
Hayır	24.37±7.24	
Kadınlık özelliklerinin yok olması		
Evet	24.07±8.33	t: 1.679, $p>0.05$
Hayır	22.18±7.92	
Üretkenliğin bitmesi		
Evet	22.29±8.48	t: 0.657, $p>0.05$
Hayır	22.95±7.77	
Yaşlandığını hissetme		
Evet	23.71±7.83	t: 2.624, $p<0.05$
Hayır	21.06±8.18	
Cinselliğin azalması/ bitmesi		
Evet	26.17±7.69	t: 3.525, $p<0.001$
Hayır	21.83±7.94	

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Kadınların, MSDÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Kadınların MSDÖ somatik şikâyetler puan ortalaması 4.19±2.08, psikolojik şikâyetler puan ortalaması 13.12±4.59, ürogenital şikâyetler puan ortalaması 5.35±3.09 olarak bulunmuştur. Kadınların MSDÖ toplam puan ortalamasının 22.67±8.06 olduğu belirlenmiştir.

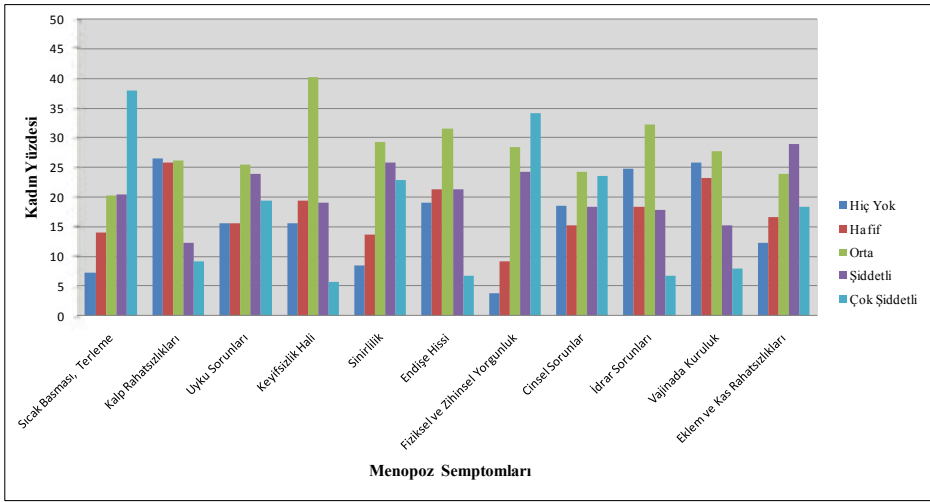
Tablo 6. Kadınların MSDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek		Ölçeklerden Alınabilecek En düşük ve En yüksek puanlar	Puan Ortalamaları	Standart Sapma
MSDÖ	Somatik Şikâyetler	0 - 8	4.19	2.08
	Psikolojik Şikâyetler	0 - 24	13.12	4.59
	Ürogenital Şikâyetler	0 - 12	5.35	3.09
	TOPLAM	0 - 44	22.67	8.06

Grafik 1'de kadınların menopozal yakınmaları ve semptom şiddetleri incelendiğinde; kadınların %38'inin sıcak basması ve terleme semptomunu, %34.2'sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluk semptomunu çok şiddetli düzeyde yaşadığı, %28.9'unun ise eklem ve kas rahatsızlıkları semptomunu şiddetli düzeyde yaşadığı belirlenmiştir.

Kadınların %25.5'inin uyku sorunları semptomunu, %40.3'ünün keyifsizlik semptomunu, %29.3'ünün sinirlilik semptomunu ve %31.6'sının da endişe semptomunu orta düzeyde yaşadığı bulunmuştur. Aynı şekilde %24.3'ünün cinsel sorunlar semptomunu, %32.3'ünün idrar sorunları semptomunu ve %27.8'inin de vajinada kuruluk semptomunu orta düzeyde yaşadığı belirlenmiştir.

Kadınların %25.9'unun kalp rahatsızlıkları semptomunu hafif düzeyde yaşadığı belirlenmiştir.



Grafik 1. Kadınların Menopozal Yakınmalarının/Semptomlarının Şiddetine Göre Dağılımı

Tartışma

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın amacı çerçevesinde ilgili literatürle tartışılmıştır.

MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre kadınların yaşının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, eşlerinin yaş, eğitim düzeyi ve mesleğinin, kadınların mensup oldukları aile tipinin, maddi durumlarının, evlilik sürelerinin ve yaşayan çocuk sayılarının menopozal yakınmaları etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda ulaşılan sonuçlar farklılık göstermekle beraber Erdem'in²⁹ çalışmasında ilgili sosyo-demografik özelliklerin menopozal semptomları etkilemediği bulunmuş ancak Ünsaldı³⁰ kadınların yaşı, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile menopozal belirtiler arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur.

MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre evlenme yaşı 20 ve üzerinde olan kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1). Çalışma bulgularına benzer şekilde Çoban ve ark.²¹ da çalışmalarında, evlenme yaşı 21 ve üzerinde olan kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadığını tespit etmişlerdir.

MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre ailede kararlara katılan kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2). Çoban ve ark.²¹ çalışmasında, ailedeki kararlara katılan kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadığını tespit etmişlerdir. Nehir ve ark.'nın²⁰ çalışmasında, kadınların aile kararlarına katılıyor olmasının menopoza ilişkin semptomlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Bu durum, ailede kararlara katılan kadınların menopoza yönelik yakınmalarını daha rahat bir biçimde ifade etmelerinden kaynaklanabilir.

MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre toplam gebelik sayısı 6 ve üzeri olan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 2). Yine benzer şekilde Çoban ve ark.²¹ yaptıkları çalışmada, toplam gebelik sayısı 4 ve üzeri olan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı tespit edilmiştir. Yeşilmurat³¹ çalışmasında gebelik sayısının 3 ve üzerinde olan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığını bulmuştur.

MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre Cerrahi yolla menopoza giren kadınların somatik, psikolojik ve ürogenital şikâyetleri daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Literatüre göre cerrahi menopozda; menopoz semptomları normal menopoza göre daha şiddetlidir. Çünkü normal menopozda foliküllerin tükenmesi yavaş yavaş olup vücut da bu duruma yavaş yavaş adapte olurken, cerrahi menopozda bu süreç ani olarak gerçekleşir³².

Kadınların klimakterium evrelerine göre yaşadıkları yakınmaların şiddetinin farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 3). Ancak Özgür³³ çalışmasında kadınların klimakterik dönem aşamalarına göre MSDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır ve konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, menopozal yakınmaların premenopoz ve perimenopoz dönemde daha sık görüldüğü belirtilmiştir³⁴⁻³⁶.

Çalışmada klimakterik dönemin tüm aşamalarında kadınlar yaklaşık aynı şiddette şikâyetler yaşamışlardır. Bu sonuç çalışmadaki kadınların yaşadıkları şikâyetlerin daha çok şiddetine odaklanmalarından, yaşanan şikâyetlerin hangi menopozal evrede görüldüğünü hatırlayamamalarından ve menopozal dönemin sınırlarını yeterince ayıramamalarından kaynaklanabilir.

Kadınların HRT kullanma durumlarının ve kullananların kullanma sürelerinin menopozal yakınmaları etkilemediği saptanmıştır (Tablo 3). Erdem'in²⁹, Çoban ve ark.'nın²¹ da çalışmalarında HRT tedavisi ile menopoz semptomları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Bu sonucun çalışmada çok az kişinin HRT kullanmasından ve kullananların da kısa süreli kullandıkları için tedaviden olumlu yanıt alamamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre menopozu “yaşlandığını hissetme” ve “cinselliğin azalması/bitmesi” olarak algılayan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Özgür³³ çalışmasında kadınlar tarafından en fazla belirtilen menopoz ifadelerinden birinin yaşlandığını hissetme olduğunu belirtmiştir. Varma ve ark.³⁷ da çalışmasında, klimakterik dönemdeki kadınlar arasında en sık yaşanan belirtilerden birinin cinsel isteksizlik olduğunu tespit etmişlerdir. Çoban ve ark.²¹ çalışmalarında klimakterik dönemdeki kadınlardan menopoz dönemini iyi ve kısmen iyi olarak algılayanların menopozal yakınmaları daha az yaşadığını belirlemişlerdir. Bloch³⁸ da çalışmasında klimakterik dönemdeki kadınların yaklaşık

1/3'ünün menopoza yönelik olumsuz duygular taşıdıklarını bulmuştur. Bu sonuçların toplumda menopozun tedavi görmesi gereken bir hastalık olarak algılanması ve o döneme giren kadının dayanılmaz acıları çekeceğini düşünmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Kadınların, tüm menopoz semptomlarını “orta” ya da “orta düzeye” yakın şiddette yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6, Grafik 1). Çoban ve ark.²¹ çalışmalarında kadınların menopozal yakınmaları çok şiddetli yaşamadıklarını, Özgür³³ ise çalışmasında kadınların menopozal yakınmaları orta ya da orta düzeye yakın şiddette yaşadıklarını tespit etmiştir. Yapılan çalışmalarda da araştırma bulgularına benzer sonuçlar bulunmuştur^{10,29,33,39,40}.

Sonuç ve Öneriler

Menopoz dönemindeki kadınların menopozal yakınmalarının şiddetini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Kadınların tüm menopoz semptomlarını “orta” ya da “orta düzeye” yakın şiddette yaşadıkları belirlenmiştir.

Kadınların yaşının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, eşlerinin yaş, eğitim düzeyi ve mesleğinin, kadınların mensup oldukları aile tipinin, maddi durumlarının, evlilik sürelerinin ve yaşayan çocuk sayılarının menopozal yakınmaların şiddetini etkilemediği belirlenmiştir.

Kadınların klimakteriyum evrelerinin, HRT kullanma durumlarının ve HRT kullanan kadınların HRT kullanma sürelerinin menopozal yakınmaların şiddetini etkilemediği bulunmuştur.

Evlenme yaşı 20 ve üzeri olan ve ailede kararlara katılan kadınların menopozal semptomları daha az yaşadığı, gebelik sayısı 6 ve üzeri olan, cerrahi yolla menopoza giren ve menopozu “yaşlandığını hissetme” ve “cinselliğin azalması/bitmesi” olarak algılayan kadınların menopozal semptomları daha fazla yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Menopozal semptomların şiddetini ve olumsuz etkilerini azaltmaya ve bunlarla baş etmeye yönelik sağlık eğitimlerinin yapılması ve kadınların bu konularda desteklenmesi,
- Yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde kadınların bireysel ve sosyokültürel özelliklerinin dikkate alınması,
- Menopozal dönemde kadınların, rahatlıkla ulaşabilecekleri ve sürekli eğitim-danışmanlık hizmetinin verildiği kliniklerin açılması, var olan kliniklerin imkânlarının iyileştirilip, fonksiyonlarının artırılması ve bu kliniklerde eğitimli-deneyimli ebe ve hemşirelerin etkin rol oynamasının sağlanması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bil Derg* 2007; 21(5): 187-93.

2. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 866. Geneva: World Health Organization, 1996.
3. Amore M, Donato PD, Berti A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, Zucchini S. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas* 2006; 56(3): 303-11.
4. Hidayet NM, Sharaf SA, Aref TA, Tawfik TA. Moubarak II Correlates of age at natural menopause: a community-based study in Alexandria. *EMHJ* 1999; 5(2): 307-19.
5. Kazerooni T, Talei AR, Sadeghi-Hassanabadi A, Arasteh MM, Saalabian J. Reproductive behaviour in women in Shiraz, Islamic Republic of Iran. *EMHJ* 2000; 6(2/3): 517-21.
6. Bartlik B, Goldstein MZ. Practical geriatrics: maintaining sexual health after menopause. *Psychiatr Serv* 2000; 51(6): 751-3.
7. Arslan H, Gürkan CÖ, Yiğit FE, Ekşi Z. Menopoz dönemindeki kadınların cinsel yaşamlarının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Derg* 2004; 14(4): 67-74.
8. Hassa H. Menopoz olgularında tedavi yaklaşımını etkileyen (HERS, WHI, MWS) çalışmalar ve güncel durum. *TJOD Derg* 2004; 1(4): 39-50.
9. Yücel A, Noyan V, Uçar B, Sağsöz N. Postmenopozal kadınlarda androjenik seks steroidleri ile kemik mineral dansitometresi ölçümleri ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2005; 15: 140-5.
10. Güney N. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
11. Bayam L, Eğici MT, Bayam FB, Yenigün M. Postmenopozal olgularda psikiyatrik depresyon, anksiyete envanterleri ile hormon seviyeleri arasında ilişki varlığı. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007; 17: 73-80.
12. Hotun Şahin N, Coşkun A. The menopausal age, related factors and climacteric, complaints in Turkish women. *Revista Referenc'a* 2007; 4: 91-9.
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2008.s. 117.
14. TUIK 2009. URL:<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3714&sayfa=giris&metod=IlgiliGosterge>, 2010
15. Kadayıfçı O. Klimakterium, premenopoz, menopoz, postmenopoz, senium, ikinci bahar. İstanbul: Nobel tıp kitapçevleri; 2006. s.26-32.
16. Sağlık Bakanlığı, Herkese Sağlık-Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21). Ankara: Barok Matbaacılık; 2001.
17. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel basımevi; 2008.s.77-86.
18. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri. Ankara: Şahin matbaası Hatiboğlu yayınları; 2002.s. 42-5.
19. Aksayan S. Araştırma tasarımı. In: Erefe İ. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Ankara: Odak ofset; 2004.s. 85-90.
20. Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2009; 31: 15-21.
21. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağ Bil Derg* 2008; 22(6): 343- 9.
22. Yücesoy İ, Çakıroğlu Y. Menopoz ve postmenopoz . In: Çiçek MN, Mungan MT. Klinikte obstetrik ve jinekoloji. Ankara: Öncü basımevi; 2007.s. 943-63.

23. Başaran A. Menopoz. In: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara: Öncü basımevi; 2008.s. 941-61.
24. Scheinader HP, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM: The Menopause Rating Scale (MRS) Reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric 2000; 3(1): 59-64
25. Scheinader HP, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM: The Menopause Rating Scale (MRS) Comparison with Kupperman index and Quality of Life Scale SF-36, Climacteric 2000; 3(1): 50-8.
26. Potthoff P, Heinemann LA, Schneider HP, Rosemeier HP, Hauser G. The menopause Rating Scale (MRS II): methodological standardization in the German population, Zentralbl Gynakol 2000; 122(5): 280-6.
27. Schneider HPG, Heinemann LAJ, Thiele K. The menopause Rating Scale (MRS). Cultural and linguistic translation into english. Public Health: The Menopause Rating Scale (MRS). 10.1072/L0305326.2002.
28. Gürkan CÖ. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe forumunun güvenilirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu Derg 2005 Mayıs-Haziran; 30-5.
29. Erdem Ö. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Yolları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
30. Ünsaldı R. Evlilik Uyumunun Çeşitli Demografik Değişkenlerin Menopoz İlişkin Belirtilerle İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
31. Yeşilmurat N. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgilerinin ve Yakınmalarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2001.
32. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset; 2009.s. 451-64.
33. Özgür N. Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
34. Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, Mei S. The prevalence of menopausal symptoms in a community in singapore. Maturitas 2002; 41(4): 275-82.
35. Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL, Huang KE. The perception of menopause among women in Taiwan. Maturitas 2002; 41(4): 269-74.
36. Bardel A, Wallender MA, Svardsudd K. Hormone replacement therapy and symptom reporting in menopausal women. Maturitas 2002; 41(1): 7-15.
37. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. Yeni Symposium 2006; 44: 182-8.
38. Bloch A, Self-awareness during the menopause. Maturitas 2002; 30(4): 61-8.
39. Atik Nalbant M. Menopozal Semptomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2009.
40. Kaplan S, Terzioğlu F. The investigation of the factors influencing bone mineral density of postmenopausal women. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;14(2):12-25.

Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği

Community Mental Health Nursing: Sample of Student Practice

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 30–43

Saliha HALLAÇ*, Ayşe MEYDANLIOğLU*, Dudu KARAKAYA*, Gülşah GÖRAL ACAR*

* Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi: 15 Temmuz 2013

Kabul Tarihi: 05 Ağustos 2013

ÖZET

Amaç: Bu makalede öğrenci hemşirelerle gerçekleştirilen toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamasının bir örneğinin sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulaması öğrencilerin klinik psikiyatri hemşireliği alanı ile rotasyon yaptığı toplam 10 haftalık bir uygulamadır. Bu kapsamda düzenli ev ziyareti yapılmış ve öğrenciler tarafından oluşturulan 95 aileye ilişkin kayıtlar incelenerek, öğrencilerin ulaştıkları aile – birey sayısı, hemşirelik tanıları, görüşme ve eğitim konuları irdelenmiştir.

Bulgular: Öğrenciler en fazla bilişsel-algisal alan (58), baş etme-stres toleransı (37), rol ilişkileri (22), alanında hemşirelik tanıları belirlemişlerdir. Başetme becerileri, İletişim becerileri, mevcut hastalıklar ve korunma, gelişimsel özellikler ve ana baba tutumları ile olumlu sağlık davranışı geliştirme ve hastalığı önleme' gibi konularda görüşme ve sağlık eğitimleri yapmışlardır.

Sonuç: Öğrenciler en çok bilişsel algısal alan ve baş etme stres toleransı alanlarında hemşirelik tanısı belirlemişlerdir. Görüşme konusu olarak daha çok baş etme becerilerini, eğitim konusu olarak ise ailede var olan hastalıklar ve korunma konularını ele almışlardır.

Anahtar Kelimeler: *Toplum ruh sağlığı hemşireliği, hemşirelik tanısı, görüşme, eğitim, öğrenci uygulaması*

ABSTRACT

Objectives: This study aims to present a sample community mental health nursing practice done with students of nursing

Instrument and Method: Community mental health nursing practice is a 10-week practice where students make a shift with clinical psychiatry nursing area. The students kept the records related to 95 family in a folder. The records formed by the students were analyzed as

well as the number of families/individuals accessed, nursing diagnoses they made with regard to the families, topics of the planned interview made with families and trainings.

Findings: Students were determined as the nursing diagnoses majority cognitive-perceptual field (58), coping-stress tolerance (37), role relationships (22). The topics of students' interview with the family and health training topics were determined as coping strategies, communication skills, the present disorders and protection, developmental features and parental attitudes and promoting positive health behaviors and preventing disorders .

Conclusion: According to family records, students made the majority of the nursing diagnoses in the areas of cognitive spatial area and coping, stress tolerance. They mainly used coping skills as an interview topic and the disorders in the family and protection issues as training topics.

Key Words: *Community mental health nursing, nursing diagnosis, interview, training, student practice*

Giriş

Ruhsal hastalıklar dünyada her yıl yaklaşık 450 milyon kişiyi etkilemektedir². Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır ve küresel düzeyde hastalık yükünün %13'ünü ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır¹⁻³. Dünyadaki hastalıkların ve erken ölümlerin ilk 10 nedeninden 5'i ruhsal durumlarla ilgilidir. Ruhsal hastalıklar psikolojik, sosyal ve ekonomik yükün yanı sıra, fiziksel hastalık riskinin artmasıyla da ilişkilidir³. Türkiye'de de nüfusun %18'i yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşamaktadır ve ülkemizde, kardiyovasküler hastalıkların arkasından, nöropsikiyatrik hastalık grubu %19 ile ikinci sırada hastalık yükü nedenlerini oluşturmaktadır⁴. Bu sonuçlar üzerinden ruh sağlığı ile ilgili sorunların, toplumsal açıdan büyük bir öneme sahip olduğu söylenebilir.

Günümüzde ruhsal bozuklukların sağlık, sosyal ve ekonomik alanlarda artan bu yükünü azaltmada, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemi tartışılmaktadır³. Bu bağlamda, halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak öncelikli hedefler arasında yer almaktadır⁴. Ülkemizde 2006 yılında açıklanan "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metninde de, ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi vurgulanmaktadır⁵. Artık hastane merkezli görüş yerine toplum merkezli görüşün benimsenmesiyle birlikte, ruh sağlığı hizmetleri birey ve bireyin etkileşimde bulunduğu çevreye ilişkin kendi ortamında toplum içinde psikososyal bakım anlayışına yönelmeye başlamıştır⁶.

Toplum ruh sağlığı toplumdaki herkesin erişebileceği, erken ve kapsamlı tedaviyi sağlayan, davranış ve sosyal bilimlerin değer, inanış, bilgi ve uygulamalarından yararlanan bir harekettir. Bu geniş kapsamlı hareket, ancak yenilikçi bakım ve tedavi yaklaşımını benimseyen, profesyonel ve multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilebilir⁷. Özellikle bireylere ve ailelere en yakın ortamlarda bulunan toplum ruh sağlığı hemşirelerine bu konuda önemli görevler düşmektedir⁶.

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, sağlıklı ya da hasta birey, aile ya da gruplara özel koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı uygulamalarını hastane dışında,

evi ya da bireyin yaşadığı, çalıştığı ortamda yerine getiren, hastayı ya da risk altındaki bireyi kendi ev ve iş ortamında görerek, ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında süreklilik sağlayan özelleşmiş psikiyatri hemşiresidir⁸. Toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplumsal kurum ya da kurum dışı ortamlarda ev ziyaretleri yaparak, değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, danışmanlık, sevk etme, sağlık eğitim, vaka yönetimi gibi rolleriyle fiziksel ve ruhsal değerlendirme, risk değerlendirme, ruh sağlığını geliştirici biyopsikososyal sorunları önleyici ve koruyucu, tedavi edici ve iyileştirici, acil ve psikiyatrik durumlarda krize müdahale gibi psikiyatri hemşireliği müdahaleleriyle önemli bir misyona sahiptir⁹. Toplum ruh sağlığı hemşiresinin mevcut rollerini belirlemeye yönelik Avustralya’da yapılan bir çalışmada, toplum ruh sağlığı hemşirelerinin toplum ruh sağlığı bakım felsefesinin oluşturulması ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir¹⁰. Kendrick ve ark.¹¹ yaptıkları çalışmada, özelleşmiş toplum ruh sağlığı hemşirelerinin anksiyete, depresyon ve saldırganlık gösteren hastaların yaşamlarındaki zorluklar karşısında yapmış oldukları müdahalelerin genel pratisyen doktordan daha iyi olduğu ve sevk oranını azalttığı belirlenmiştir.

Birçok ülkede hemşireler, gerek sağlık bakım kurumlarında gerekse ruhsal sorunları önlemeye yönelik hizmet veren alanlarda, sağlık profesyonelleri içinde en büyük grubu oluşturmaktadır. DSÖ’ye göre ruh sağlığı hizmetlerinin primer sağlık hizmetlerine entegre edilmesi bir zorunluluktur. Ancak bu sistem içinde en büyük grubu oluşturan hemşirelerin, ruhsal sorunları tanıma ve müdahale edebilme bilgi ve becerisi yeterli düzeyde değildir. Hemşirelerin bu konuda donanımlı olabilmesi için temel hemşirelik eğitimi sırasında ruh sağlığı ile ilgili bilgi ve becerileri kazanması, eğitim programlarında bu konuya gereken önemin verilmesi ve uygun öğrenme ortamının sağlanması önemlidir¹². Temel hemşirelik eğitimi sonrası mezun hemşirelerin birey, grup ve toplumun sağlığının korunması, güçlendirilmesi ve daha kaliteli bir yaşam için geliştirilmesine yönelik bilgi ve becerileri kazanması, toplumun tüm gruplarına etkin sağlık bakımı ve sağlık eğitimi verebilecek yetkinliğe ulaşması beklenmektedir^{12,13}. Toplum içinde çalışan hemşirelerin aynı zamanda ruhsal sorunlara müdahale edebilmesi ve primer sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı hizmeti verebilmesi gerekmektedir. Bütün bunların olabilmesi için hemşirelik eğitiminin de toplumun gereksinimlerine, hemşirenin rollerine ve toplumsal kaynaklara temellendirilmiş olması ve öğrencilere de tüm bu becerilerin geliştirilmesi için uygulama alanı ve imkanı sağlanması gereklidir¹¹. Literatürde Ülkemizde temel hemşirelik eğitimi ile öğrencilerde kazandırılan becerilere dönük kapsamlı çalışmalar pek fazla olmamakla birlikte ve psikiyatri hemşireliği eğitiminin değerlendirilmesiyle ilgili olarak yapılmış birkaç çalışma sonucu mevcuttur.

Demir ve Gökdoğan¹⁴’ nın hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği dersine ilişkin geribildirimleri doğrultusunda psikiyatri dersinin kapsam ve uygulamalarında yapılacak düzenlemeleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, öğrencilerin çoğunlukla tedavi edici hizmetlere yönelik beklentileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oysa Psikiyatri hemşireliği dersinin içeriğinde, hemşireliğin koruyucu ve rehabilite edici rollerine odaklanan koruyucu sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı hemşireliği hizmetlerine yönelik konulara daha fazla ağırlık verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Özbaş ve Buzlu¹⁵ tarafından yapılan psikiyatri hemşireliği dersine ve psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşlerini değerlendiren çalışmada, öğrencilerin bu dersi aldıktan sonra psikiyatri hemşirelerinin danışman, tedavi edici, hasta hakları savunucusu, klinik, vaka yöneticisi, rehabilitasyon, araştırmacı gibi rolleri olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Ülkemizde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitim ve uygulamalarını gözden geçirmek ve standardizasyonu sağlamak amacıyla çok yakın zamanda yapılan Psikiyatri Hemşireliği Çalıştay'ında psikiyatrik hizmetlerin sunumunun toplum temelli hizmetlere doğru yönlendiği belirtilmiş ve hemşirelik öğrencilerinde bütüncül bakım verebilme, krize müdahale, özel durumlara yaklaşım gibi becerilerin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır¹⁶.

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu (ASYO) Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından verilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi, kuramsal uygulamalı olarak uygulama ağırlıklı bir meslek dersidir. Bu ders, insan davranışlarını ve davranış bozukluklarını, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temel ilke, kavram ve süreci kapsamında ele alır. Öğrencilere ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi, iyileştirilmesine yönelik kavramsal bilgileri ve ruh sağlığını etkileyen değişkenleri dikkate alarak bütüncül bakış açısıyla fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunları önleyici, iyileştirici, rehabilite edici hemşirelik yaklaşımları becerisi kazanmayı ve bireyin baş etme güçlerini geliştirmeyi uygulamalı olarak öğretmeyi hedeflemektedir¹⁷. Dolayısıyla ruh sağlığı psikiyatri hemşireliği dersi öğrenci uygulamalarını, bu kapsam üzerine temellendirmeyi ve uygulama alanlarını belirlemeyi hedeflemiştir.

Bu anlayış ve felsefeden hareketle anabilim dalı, 1997 yılından bu yana uygulamalarını düzenli olarak Antalya ilinde yer alan genel hastanelerin psikiyatri klinikleri ve bazı psikiyatri dışı klinikleri kullanmaktadır. Ancak bu süreç içerisinde başlangıçta birkaç yıl koruyucu ruh sağlığı hemşireliği hizmetleri anlayışıyla yürütülen kurum(huzur evi, çocuk yuvası vs.) ve ev ziyareti yoluyla ailelere ulaşarak toplum içi uygulamalar yürütülmüş ise de çeşitli nedenlerle 2010 yılına kadar uzun bir süreçte bu alan öğrenci uygulama alanı olarak kullanılamamıştır.

2010 - 2011 eğitim öğretim yılında dersin uygulama alanlarına toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulaması tekrar dahil edilmiş ve diğer uygulama alanlarında olduğu gibi kendi alanına özgü hedef ve ilkeleri belirlenmiştir. Bu uygulamayla öğrencilerin toplumun en küçük sosyal birimi olan aileye ulaşarak, kendi ortamında hem tek tek aile üyelerini hem de bir bütün olarak aileyi değerlendirme, tanılama ve gereksinimi olan geliştirici, önleyici, koruyucu ve iyileştirici hemşirelik müdahalelerini planlayabilme, uygulayabilme ve sonuçlarını değerlendirebilme becerisi kazandırmayı hedeflemektedir¹⁷.

Bu bağlamda bu makalede, "Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında yürütülen Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulaması" 'nın bir örneğinin sunulması amaçlanmıştır. Bu kapsamda, öğrencilerin ev ziyareti gerçekleştirdikleri ailelerle ilgili kayıtlardan öğrenciler tarafından saptanmış olan hemşirelik tanıları, hemşirelik müdahalesi amaçlı gerçekleştirilmiş olan terapötik görüşme ve sağlık eğitim konuları irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, öğrencilerin ev ziyareti gerçekleştirdikleri ailelerle ilgili kayıtlardan öğrenciler tarafından saptanmış olan hemşirelik tanılarını, terapötik görüşme ve eğitim konularını irdelemek üzere tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulaması öğrencilerinin klinik psikiyatri hemşireliği alanı ile rotasyon yaptığı toplam 10 haftalık bir uygulamadır. Bu uygulamaya her rotasyon grubunda 48 öğrenci olmak üzere toplam 96 öğrenci katılmıştır. Bu kapsamda öğrenciler tarafından toplam 110 aileye ulaşılmış fakat ailenin göç etmesi, ailenin ilettiği kişisel bazı nedenler, eşin istememesi gibi faktörlerle 15 ailenin ziyareti sonlanmış olduğundan düzenli ev ziyareti yapılarak oluşturulan 95 ailenin kayıtları örnekleme oluşturmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler, 2010-2011 eğitim öğretim yılı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulaması'nda, resmi olarak belirlenmiş tarihler arasında 10 hafta boyunca süren, haftada iki günlük (Pazartesi-Salı) ev ziyaretlerinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bireyi Değerlendirme ve Veri Toplama Formu, Bakım Planları, Etkileşim Raporları ve Eğitim Planları aracılığı ile elde edilen kayıtlardan toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Öğrencilerin ailelere yaptığı ev ziyareti ile ilgili kayıtların toplandığı dosyalar veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analizinde SPSS' 15 paket programı kullanılmıştır. Ailelere ilişkin tanıtıcı özellikler (aile birey sayısı, yapısı ve sağlık güvencesi), öğrenciler tarafından saptanan hemşirelik tanıları, bu tanılar doğrultusunda yapmış oldukları planlı terapötik görüşme ve eğitim konuları bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Bu değişkenlerin değerlendirilmesinde Yüzdeler kullanılmıştır¹⁸.

Araştırmanın Sınırlıkları

Bu çalışma, öğrenci uygulama örneği olması bakımından Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulamasında yer alan 96 öğrencinin elde ettiği, 95 aileye ilişkin kayıtlarla sınırlı olup sonuçları sadece bu grup için genellenebilir.

Uygulama

Bu çalışma aynı zamanda toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulama örneği olması bakımından; bu bölümde uygulamanın hazırlık sürecinden ve çalışma ilkelerinden de söz edilecektir. Bu süreçte öncelikle uygulama alanı olarak düşünülen Antalya Kepez Kaymakamlığı'na bağlı bir mahallenin muhtarlığı, o bölgedeki sağlık ocağı yönetimi ve çalışanları ile görüşülmüştür. Uygulamanın amaçları ve niteliği ile ilgili bilgi verilerek alan değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu değerlendirmeden sonra resmi olarak bu bölgede uygulama yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı kurumsal izinler alınmıştır.

Ders programı kapsamında, uygulama öncesi dört saat uygulamaya hazırlık bölümüne yer verilmiştir. Bu bölümde öğrencilere okulun web sayfa'sında yer alan anabilim dalına ait uygulama formlarının ve çalışma ilkelerinin yer aldığı rehber¹⁷ doğrultusunda açıklamalar yapılarak bu uygulamanın hedef, ilke ve beklentileri tartışılmıştır.

Bu dersin uygulamasının tüm aşamalarında **“bireye zarar vermeme”** ilkesi ile çalışılması en temel ilke olarak belirlenmiştir. Bu temel ilkeden hareketle, güvenli ve profesyonel bir ilişkinin anahtarlarından biri olan **“gizlilik ve mahremiyete saygı”** değeri öğrenciler ve öğretim elemanlarının çalışmalarında ön plana çıkmaktadır. Bu konuda, ailelere de gerekli açıklamalar yapılmıştır. Ancak öğrenciler ziyaret gerçekleştirdikleri ve çalıştıkları ailelere, elde ettikleri bilgiler ve kayıtların gizliliği konusunda hiçbir koşulda, kimseyle paylaşmayacağına dair, ilişkiyi zedeleyebilecek ve aileye zarar verebilecek boş ve gerçek dışı güvenceler vermemeleri konusunda uyarılmıştır. Çünkü elde edilen bilgilerin özellikle sosyal ortamda veya eğitimi ile doğrudan ilgili olmayan kişilerle paylaşılmaması önemlidir. Ancak eğitim gereği, aile veya aile üyelerinin bakımı konusunda profesyonel yardım, işbirliği gerektiren durumlar olması halinde, aile ve ilgili aile üyesinin izni ve isteği ile diğer profesyonel kişilerle bağlantı kurulması, yönlendirme gibi müdahaleler öğretim elemanı, öğrenci ve gereksinime göre anabilim dalı başkanı ile paylaşılarak planlanabilmektedir. Bu planlamalar aileler için oldukça önemli, ciddi sorunların aşılmasında büyük rol oynamaktadır. Nitekim psikiyatri hemşiresinin rollerinden biri de budur⁹. Ayrıca öğrencilerden, sınıf içi uygulama etkinliklerinden biri olan büyük grupla yapılan vaka sunumlarında, aile üyelerinin isimlerini açık olarak aktarmadan sadece ad soyadlarının baş harfleriyle aktarmaları istenmiştir.

Toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulaması öğrencilerin klinik psikiyatri hemşireliği uygulaması ile rotasyon yaptığı her bir öğrenci için toplam 10 haftalık uygulamanın beş haftasını kapsayan bir uygulamadır. Bu kapsamda iki rotasyon döneminde her hafta pazartesi ve salı günleri 08:30- 16:30 saatleri arasında, 10 hafta boyunca kesintisiz uygulama yapma ve ailelere ulaşma olanağı olmuştur.

Öğrencilerden günlük çalışmalarını planlamak, öğretim elemanları ile planlamalarını paylaşmak üzere, saat 08:30 da uygulama alanına yakın olması nedeniyle, toplanma yeri olarak seçilen Yüksekokul dersliğinde olmaları istenmiştir. Ailelere ev ziyaretlerini 09:30-14:30 saatleri arasında planlamaları ve 15:30 da aynı derslikte, günün değerlendirmesi ve grup içi tartışmalar için tekrar toplanmaları istenmiştir. Ayrıca öğrenciler sadece resmi olarak izinli olunan tarih, gün ve saatler içerisinde ziyaretlerini yapmaları konusunda uyarılmıştır. Bu durumun gerek yasal, gerek güvenlik, gerekse

hizmetin uygunluğu ve etik açıdan önemi vurgulanmıştır. Ziyaretin ilk aşamasında ailelere kurumsal öğrenci kimliği, amacı, uygulama tarihleri, gün ve saatleri konusunda bilgi vermeleri ve ziyaret sırasında önlüklerini giyerek kimlik belgelerini yakalarına takmaları istenmiştir. Uygulamanın ilk günü plan değişikliği, ev ziyareti için buluşma, güvenlik tehdidi gibi acil ve gerekli durumlarda kullanılmak üzere sorumlu öğretim elemanı ve öğrencilerin karşılıklı telefon numaraları alınmıştır.

Ev ziyaretlerinde ikili ziyaret yöntemi kullanılmıştır. Her öğrenci, önceden öğretim elemanı ile birlikte eşleştirilmiş olan diğer öğrenci arkadaşıyla ailelere ziyaret gerçekleştirmiştir. Bu ikili ziyaretle her bir öğrenci, kendi ailesinin ziyaretinde aktif, çalışmalarını planlayan, yürüten konumda olurken; arkadaşının ailesine olan ziyarette pasif, dinleyici, gereksinime göre destekleyici ve ziyaret konusunda değerlendirici konumda bulunmaktadır. Bu yolla öğrencinin sınırlı bir süreçte daha fazla ziyaret deneyimi yaşaması sağlanmaktadır. Bu ziyaretler konusunda ailelere en başta bilgi verilip onayları alınmıştır.

Her bir öğrenciden, ikişer aile almaları ve her aileye haftada en az bir ziyaret planlamaları istenmiştir. Bunu planlarken gün, saat ve konuyu belirlemeleri, bu planlamalarını öğretim elemanı ile gerek günün sonunda gerekse ziyaret öncesi tartışmaları beklenmektedir. Bu tartışmalarda öğrencilere gereken yönlendirmeler yapılarak hazırlıkları ve ilgili kayıtları gözden geçirilmiştir. Öğrenciler bakım verdikleri ailelere ait verileri, bakım planlarını ve görüşme raporlarını ve eğitim planları kaydederek bir dosyada toplamışlardır.

Öğrencilerden uygulama süreci içerisinde, ilk iki hafta içinde öncelikle uygulama alanını tanımaları, bakım vereceği aileleri belirlemeleri ve ailelerle ilk karşılaşmadan itibaren ilgili formlar doğrultusunda verilerini toplamaları, gerekli planlama ve çalışmalarını yaparak kayıtlarını tutmaları istenmiştir.

Öğrenciler uygulamalarını yürütürken ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin ve bu kapsamda yürütülen toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamasına ilişkin hedeflere ulaşmada sistematik bir bilimsel problem çözme yöntemi ve aracı olan aynı zamanda Ruh Sağlığı Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları'nın(RSPHUS) boyutlarından biri olan "Bakım Standartları"nın⁹ da yönlendirdiği, hemşirelikle sıklıkla kullanılan ve yüksekokulun benimsediği "*Hemşirelik Süreci Sistemi*" ile çalışmaktadırlar. Hemşirelik Süreci konusu öğrencilerin birinci sınıftan bu yana tanışık oldukları ve uygulamalarda kullandıkları bir sistemdir. Süreç, dersin kuramsal bölümünde RSPHUS içerisinde bütünleştirilmiş olarak verilmektedir. Özellikle veri toplama ve müdahale yöntemlerinden biri olan terapötik iletişim ve görüşme becerileri, psikiyatride gözlem gibi konular ağırlıklı olarak ele alınmakta, gerek konunun anlatımı, gerekse uygulamaya hazırlık bölümünde bakım planı örnekleri sunulmaktadır¹⁷.

Görüşme yöntem ve teknikleri ile ilgili öğrenme süreci aslında sadece son sınıfta değil öğrencinin eğitim yaşantısının ilk döneminde başlamaktadır. Eğitim süreci içerisinde birinci sınıfta yer alan kuramsal iki saatlik "Kişilerarası İlişkiler" dersinde iletişim, kendini tanıma, terapötik iletişim teknikleri, görüşme ilkeleri, yardım edici ilişki vs. gibi konulara yer verilmektedir. Ayrıca ikinci sınıfta özel durumlarda iletişime ve görüşme becerilerine ağırlık veren "Mesleki İletişim" dersinin içerisinde bir saati ders anlatımı, bir saatinde önceden belirlenmiş ve gruplandırılmış olan, konuyla ilgili etkileşim raporu örneklerinin sunulduğu ve tartışıldığı bir yöntemle terapötik iletişim becerileri kazandırılmaya çalışılmaktadır.

Öğrenciler veri toplama aracı olarak, Yüksekokulun 2000’li yılların başından bu yana her anabilim dalının ortaklaştığı, model olarak benimsediği, Gordon’un “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli”¹⁸ temel alınarak, kendi uzmanlık alanına göre içeriğinin düzenlendiği “*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bireyi Değerlendirme ve Veri Toplama Formu*” ve diğer formları kullanmışlardır¹⁶. Bu formların yanı sıra öğrenciler toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamasına özel her aileye ilişkin “*Genogram*” ve “*Eko Harita*” oluşturmuşlardır. Elde ettikleri verilerden, veri analizi yaparak, Gordon’nun NANDA sınıflama sisteminde yer alan tanılamada kullandığı PES (Problem+ Etyoloji+ Semptom) formatına göre hemşirelik tanılarını belirlemişlerdir. Bunun için birinci sınıftan bu yana kullanmış oldukları “*Hemşirelik Tanıları El Kitabı*”¹⁹ rehber olarak kullanılmıştır. Her bir öğrenci sorumlu olduğu aileye ilişkin saptadığı gerçek ya da olası sorunlara yönelik hemşirelik müdahalelerini planlayarak, öğretim elemanlarının denetimi ve yönlendirmesiyle planlarını uygulamış ve sonuçlarını değerlendirmiştir. Gerek veri toplama gerekse müdahale yöntemi olarak kullandıkları özellikle planlı ve amaçlı görüşmelerini etkileşim raporu olarak kaydetmişlerdir. Bu raporlar hem öğrencinin görüşme sürecini ve yönetimini değerlendirme, hem de kendi duygu, düşünce ve tutumlarını değerlendirerek kendini tanıma fırsatı sağlayan önemli bir öğrenme deneyimi ve görüşme becerisi kazandırmaktadır.

Bu ders, uygulama alanları gereği öğrencinin, geçmişten bu yana edindiği bilgileri ve becerileri kullanmak ve bütünleştirmek için bir anlamda fırsat sunmaktadır. Öğrencilerin ailelere yönelik hemşirelik müdahalelerinden birisi de sıklıkla yapmış oldukları sağlık eğitimidir. Bu eğitimler spontan olabileceği gibi çoğunlukla aileyle birlikte belirlenmiş planlı eğitimlerdir.

Genel olarak uygulamanın ilk beş haftalık rotasyon döneminin sonunda sınıfta yürütülen faaliyetler, bir rapor halinde yeni gelen gruba aktarılmış mevcut ailelere ilişkin bakım süreci yeni gelen öğrenci hemşireyle birebir paylaşılmış ve ailenin kayıtlarının olduğu dosya teslim edilmiştir. Bu teslimin arkasından her öğrenci, ikinci rotasyon grubunda eşleşmiş olduğu yeni gelen öğrenci hemşireyi ev ziyareti yoluyla yüz yüze teslim edeceği aileyle tanıştırmıştır. Bu ara dönemde ev ziyaretini sonlandırmak isteyen aileler olduğunda yerine yeni aileler alınmış ve ziyaretler planlanmıştır. Aileyi teslim alan öğrencilerden ailenin bakımıyla ilgili planlamalara devam etmeleri ve gerektiğinde yeni planlamalar yaparak çalışmalarını devam etmeleri istenmiştir.

Bu bağlamda bu çalışmada, dersin hedefleri ve ilkeleri doğrultusunda temel hemşirelik eğitim sürecinin bir parçası olan toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamasında, öğrenciler tarafından düzenli ev ziyareti yapılmış ve elde edilen 95 ailenin kayıtları incelenerek, ulaşılan aile-birey sayısı; ailelerin yapısı, sağlık güvencesi; saptanan hemşirelik tanıları, planlı olarak gerçekleştirilmiş terapötik görüşme ve eğitim konuları irdelenmiştir.

Bulgular

Öğrenciler tarafından ulaşılan ailelerin sayısı 95 olup, bu ailelerdeki toplam birey sayısı 359’dur. Ailelerin tamamına yakını (%89.5) çekirdek aile yapısındadır ve %93.7’sinin sağlık güvencesi vardır.

Öğrencilerin saptadığı hemşirelik tanıları “*Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli*”ne göre gruplandırılmıştır. Bu gruplamaya göre, sayısal olarak çoktan aza doğru

Tablo 1. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Öğrencilerin Saptadığı Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

*Alanlar / Hemşirelik Tanıları	Sayı	%
Bilişsel-Algısal Alan Bilgi Eksikliği	58	32.2
Baş Etme-Stres Toleransı Etkisiz Bireysel Başetme (25), Anksiyete (5), Korku (3), Aile Başetmesinde Yetersizlik (2), Aile Başetmesini Güçlendirmeye Hazıroluş (1), Relokasyon Stresi Riski (1)	37	20.6
Rol İlişkileri Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma (12), Ebeveynlikte Yetersizlik (5), Bakım Verici Rolünde Zorlanma (2), Sosyal Etkileşimde Bozulma(2), Rol Performansında Etkisizlik (1)	22	12.2
Aktivite/Dinlenme Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık (14), Aktivite İntoleransı (3), Etkisiz Solunum Örüntüsü (1), Yorgunluk (1),Eğlence Aktivitelerinde Etkisizlik (1), Fiziksel Mobilitede Bozulma (1)	21	11.7
Sağlığı Geliştirme Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme (4), Sağlığı Geliştirme Davranışı (3), Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik(1), Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik (1)	9	5
Eliminasyon Konstipasyon (4), Fonksiyonel İnkontinans (3), Maturasyonel Enürezis (1)	8	4.4
Güvenlik-Korunma Enfeksiyon Riski (3), İntihar Riski (1), Kendine Zarar Verme Riski (1), Şiddet (1), Doku Bütünlüğünde Bozulma (1)	7	3.9
Kendini Algılama Durumsal Düşük Benlik saygısı (3), Kronik Düşük Benlik saygısı (1), Beden imgesinde Rahatsızlık (1), Yalnızlık Riski (1)	6	3.3
Beslenme Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden fazla (3),Beslenmede Dengesizlik : Gereksinimden az (2)	5	2.8
Rahatlık Akut Ağrı (3), Kronik Ağrı (1), Sosyal İzolasyon (1)	5	2.8
Cinsellik-Üreme Cinsellik Örüntüsünde Etkisizlik (2)	2	1.1
Değer ve İnanç	-	0
Büyüme- Gelişme	-	0
TOPLAM	180	100.0

sırasıyla; Bilişsel-Algısal Alan (58), Baş Etme-Stres Toleransı (37), Rol İlişkileri (22), Aktivite/Dinlenme (21), Sağlığı Geliştirme (9), Eliminasyon (8), Güvenlik-Korunma (7), Kendini Algılama (6), Beslenme (5), Rahatlık (5), Cinsellik-Üreme (2) Alanlarında Hemşirelik Tanılarının saptandığı belirlenmiştir. Ayrıca Değer -İnanç ile Büyüme Gelişme alanında yer alan herhangi bir hemşirelik tanısı saptamadıkları belirlenmiştir. (Tablo1)

Öğrencilerin, aile bireyleriyle yaptıkları terapötik görüşme konuları beş başlıkta gruplandırılmıştır (Tablo2). Buna göre öğrencilerin yaptığı görüşme konuları: Başetme

Tablo 2. Öğrencilerin Yaptığı Terapötik Görüşme Konularının Dağılımı

Terapötik Görüşme Konuları	Sayı	%
Başetme Becerileri Stres ve stresle başetme, başetme yöntemleri, kaygı, yalnızlık duygusuyla başetme istenmeyen/planlanmayan gebeliğin birey ve aile üzerindeki etkileri, yas sürecini yönetme, intihar, ebeveyn rolünde zorlanma, öfke kontrolü ve yönetimi, vb,	47	46.5
İletişim Becerileri Aile içi iletişim ve çatışma çözümü, atılganlık becerilerinin geliştirilmesi, çocukla iletişim vb	19	18.9
Mevcut Hastalıklar ve Korunma Hastalıkların yaşamı üzerindeki etkisi (multiple skleroz ile yaşama, astımın, kanser ve kemoterapi, hipertroidi), alkol ve internet bağımlılığı, uyku bozuklukları vb	14	13.9
Gelişimsel Özellikler ve Ana Baba Tutumları Okul başarısı, 3-6 yaş ve ergenlik gelişim dönemi özellikleri, Çocuk istimarını tanıma ve önleme vb	13	12.8
Olumlu Sağlık Davranışı Geliştirme Sağlığı geliştirme, sigarayı bırakma, aile planlaması yöntemleri, Uyku ve dinlenme	8	7.9
TOPLAM	101	100.0

Tablo 3. Öğrencilerin Verdiği Sağlık Eğitimi Konularının Dağılımı

Sağlık Eğitimi Konuları	Sayı	%
Mevcut Hastalıklar ve Korunma Amip, Dizanteri, Crohn Hastalığı, Çıkkık, Çocuklarda Dikkat Eksikliği, Demir Eksikliği Anemisi, Depresyon ve İlaç Kullanımı, Diabetes Mellitus, Hemodializ, Hepatit B, Hemoroid, Hipertansiyon, Konstipasyon, Lityum Kullanımı, Madde Kullanımı, Meme Kanseri ve Lenf Ödem, vb. Hastalıkların Özellikleri, Tedavileri ve Mevcut Durumu Koruma	78	34.1
Olumlu Sağlık Davranışı Geliştirme ve Hastalığı Önleme Kendi Kendine Meme Muayenesi, Aile Planlaması, Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma, Hepatit C, Kegel Egzersizleri, Osteoporozu Önleme, Sağlıklı Cinsellik, Sağlıklı Kilo Verme, Sigara Bırakma Yöntemleri, Yatak Yarasını Önleme, Sağlıklı Beslenme, Fiziksel Aktivite, Menapoza Uyum, Perine Bakımı, Yaşlının Evde Bakımı	53	23.1
Baş Etme Becerileri Depresyonda Yaşam Ve Baş Etme, Stresle Baş Etme ve Gevşeme Teknikleri, Öfke Yönetimi, Kaygıyla (Panik Atak) Başetme, İntiharı Önleme	47	20.5
Gelişimsel Özellikler ve Ana Baba Tutumları 0-1 Yaş, Oyun Çocuğu, Okul Çağı Çocuğu, Ergenlik Dönemi Gelişimsel Özellikleri Ve Yaklaşımlar, Okul Başarısını Artırma Yöntemleri, Tuvalet Eğitimi, Bebek Masajı, Çocuklarda Sağlıklı Beslenme, Ek Besinlere Geçiş, Çocuklarda Disiplin	41	17.9
İletişim Becerileri Atılganlık, Aile İçi İletişim, İletişim Becerileri, Etkili Ebeveyn - Çocuk İlişkisi	10	4.4
TOPLAM	229	100.0

becerileri (47), İletişim becerileri (19), Mevcut hastalıklar ve korunma (14), gelişimsel özellikler ve ana baba tutumları (13) ve olumlu sağlık davranışı geliştirme ve hastalığı önleme (8) şeklinde dağılım gösterdiği saptanmıştır.

Tablo. 3'te görüldüğü gibi öğrenciler tarafından aile bireylerine yönelik yapılan planlı ve amaçlı eğitim konularının ise Mevcut Hastalıklar ve Korunma (78), Olumlu Sağlık Davranışı Geliştirme ve Hastalığı Önleme (53), Baş Etme Becerileri (47), Gelişimsel Özellikler ve Ana Baba Tutumları (42), İletişim Becerileri (9) şeklinde beş grupta dağılım göstermektedir. (Tablo. 3).

Tartışma

Tartışmada Tablo.1, 2 ve 3'ün sonuçları gerektiğinde birbirine paralel olarak tartışılmıştır. Tartışmada Öz ve ark.²⁰ yapmış olduğu çalışma, hem toplum ruh sağlığına odaklanması hem de ulaşılabilen literatürde ülkemizde yapılan tek çalışma olması nedeniyle, bulguları karşılaştırmada temel eser olarak ele alınmıştır. Öğrenciler en çok bilişsel algısal alan ve baş etme - stres toleransı alanlarında hemşirelik tanısı belirlemişlerdir (Tablo.1). Bilgi eksikliği tanısının bilişsel algısal alana yönelik belirlenen tek hemşirelik tanısı olması ve tüm tanıların üçte birinden fazlasını oluşturması araştırmanın dikkat çekici sonuçlarından biridir.

Öğrencilerin Tablo.3'te ele aldıkları sağlık eğitimi konularına bakıldığında, mevcut hastalıklar ve korunma, olumlu sağlık davranışı geliştirme ve hastalığı önleme gibi insanın daha somut olan fiziksel alanına yönelik eğitim konularının ön planda olduğu görülmektedir. Öğrencilerin öncelikle ailelerin somut sorunlarına yönelmeleri, kolay saptanabilir ve müdahale edilebilir olması nedeniyle araştırmanın beklendiği bir sonucudur. Bu bulgu, ülkemizde Öz ve ark.²⁰ nın yapmış olduğu araştırmanın bulgularıyla da benzerlik göstermektedir. Sağlık eğitimi psikiyatri hemşiresinin önemli müdahale alanlarından ve rollerinden biridir⁹. Ayrıca temel hemşirelik eğitiminde kazandırılmaya çalışılan ve mezuniyet sonrası hemşirelerde kullanılması beklenen önemli bir beceridir¹³.

Tüm tanımlar içerisinde ikinci sırada en fazla konulan tanı alanı olan "Başetme ve Stres Toleransı" alanı ile ilgili olarak saptanan hemşirelik tanımlarının yarısından fazlası "Etkisiz Bireysel Başetme" tanısıdır. Bu sonuç dersin hedefleri arasında yer alan "bireyin baş etme güçlerini geliştirmeyi uygulamalı olarak öğretme hedefiyle" paralellik göstermektedir. Öz ve ark.¹⁹ yapmış olduğu benzer çalışmada da "Etkisiz Bireysel Başetme" tanısı % 15.8 ile ikinci sırada yer almaktadır. Öğrenciler az sayıda da olsa "Aile Başetmesinde Yetersizlik", "Anksiyete", "Korku", "Aile Baş Etmesini Güçlendirmeye Hazır Oluş" ve "Relokasyon Stresi Riski" gibi duygusal yükü ağır ve bireyin zorlantısını artıran sorunları fark etmiş ve müdahale etmişlerdir. Bu bulgu eğitimcilerle, öğrencilerin zorlandıkları ya da olguları sezme ve kavrama keskinliğini yeterince geliştiremedikleri alanları göstermesi nedeniyle önemlidir.

Öğrencilerin koymuş oldukları yaklaşık her 10 tanıdan biri (%12.2), Ruh Sağlığı sorunu olan birey ve ailelerinin en çok sorun yaşadıkları alanlardan birisi olan "Rol İlişkileri" alanına yöneliktir. Bu sonuç Öz ve ark.¹⁹ yapmış olduğu çalışmada saptanan orandan (Rol Performansında Değişim,%5.4 ve Aile Sürecinde Değişim, %3.2) daha yüksek olup tanı sıralamasında da daha üstte yer almaktadır. Bu tanı grubunda başta "Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma" olmak üzere "Ebeveynlikte Yetersizlik", "Bakım

Verici Rolünde Zorlanma”, *“Sosyal Etkileşimde Bozulma*”, *“Rol Performansında Etkisizlik”* öğrenciler tarafından ele alınan tanılardır. Bu sonuçlara bakarak, öğrencilerin aile dinamikleri, fonksiyonları ve süreçlerinde ortaya çıkan değişimleri ve onun üyeleri üzerindeki etkilerini değerlendirme fırsatlarını kısmen de olsa iyi kullanabildiklerini ve aileyi “birey” gibi ele aldıklarını söyleyebiliriz. Bu durum baş etme ile ilgili tanı alanında yer alan *“Aile Başetmesinde Yetersizlik”*, *“Aile Başetmesini Güçlendirmeye Hazırlık”* ve *“Relokasyon Stresi Riski”* gibi tanılarla birlikte düşünüldüğünde daha da anlam kazanmaktadır. Literatürde aile ile ilgili kuramlarda aile üyelerinden herhangi birisinde ortaya çıkan bir hastalık, yaşam değişimleri vs gibi stresörlerin tüm aileyi etkilediği ve gerektiğinde aileyi bir birey gibi ele almanın öneminden söz edilmektedir²¹.

Terapötik görüşme, psikiyatri hemşireliği için, bir profesyonel olarak uygulamalarının her alanında kullandığı, bireylere ulaşma, veri toplama ve müdahale etme yöntemi olarak önemli ve vazgeçilmez bir unsurdur^{7,9,22,23}. Tablo. 2 de yer alan, öğrencilerin yaptığı terapötik görüşme konuları incelendiğinde ilk sıralarda ve ağırlıklı olarak baş etme ve iletişim becerileri konularının ele alındığı görülmektedir. Tablo.3 te ise sağlık eğitimi konuları içinde yer alması da önemlidir. Bu sonuç Tablo 1’de ayrıntılı olarak verilen Başetme ve Stres Toleransı tanı alanı ile paralellik göstermekte, birbirini desteklemektedir.

Cinsellik Üreme alanı ile ilgili olarak öğrenciler yalnız iki *“Cinsellik Örüntüsünde Etkisizlik”* tanısı belirlemişlerdir. Bu durum öğrencilerin cinsellik alanını diğerlerine göre daha özel bir alan olarak değerlendirip, rahat bir şekilde sorgulayamaması tabu olarak algılanması gibi bireysel ve kültürel engellerden de kaynaklanabilir. Tablo 2 ve 3 ‘te öğrencilerin yapmış olduğu görüşme ve eğitim konuları içinde cinselliğe ve değerlere ilişkin konuların oldukça sınırlı olarak yer aldığı görülmektedir. Yapılan görüşmeler ve eğitimlerin kültürel özelliklerden tümüyle ayrıştırılmış ya da dikkate alınmadan yapılmış olduğunu söylemek çok mümkün olmamakla birlikte, bu konuda herhangi bir tanı saptanamamış olması dikkate alınması gereken ve üzerinde durulması gereken bir sonuçtur.

Öğrencilerin Cinsellik-Üreme alanı ile ilgili olarak yalnız iki, değer-inanç ve büyüme gelişme alanlarında ise hiç hemşirelik tanısı belirlememeleri araştırmanın ilginç ancak bir o kadar da beklendiği bir sonucudur. Çünkü, hemşirenin bireyi gelişim dönemleriyle, cinsel boyutuyla bir bütün olarak ele alması gerektiği ve bireyin sağlık-hastalık davranışlarının onun değer ve inançlarından büyük oranda etkilendiği, araştırmanın yapıldığı kurumun başta Doğum ve Kadın Hastalıkları dersi olmak üzere tüm derslerinde ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersinde ve uygulamalarında özel olarak vurgulanmaktadır. Ancak öğrenciler genellikle tedavi odaklı bir sağlık sisteminde, bireylerin gelişim döneminin dikkate alınmadığı, yalnız hastalığa odaklanılan, cinselliğin tabu olarak görüldüğü ve değer ve inançların dikkate alınmadığı bir ortamda sosyalleşmektedir. Öz ve ark²⁰ yaptığı çalışmada da öğrencilerin cinsellik, değerler ve inanç ile büyüme ve gelişme alanıyla ilgili herhangi bir tanı belirlememiş olduğunun saptanması araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermekte ve sorunun yaygınlığı konusunda ipucu oluşturmaktadır

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonuçlarıyla doğrudan ilişkili olmamakla birlikte bu çalışmanın bir öğrenci uygulama örneği olması bakımından öğrenciler için; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Hemşireliği Dersinde, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulaması'nın, alana özgü olarak ev ziyareti ile gerçekleştirilen ve aileyi kendi ortamında değerlendirme ve müdahale edebilme olanağı tanınması, öğrencilerin bu deneyimi henüz eğitim yaşantıları içerisinde deneyimleme fırsatı bulması ve kendini değerlendirebilmesi açısından önemli bir uygulama ve öğrenme ortamı oluşturduğunu söyleyebiliriz.

Ailelere yönelik oluşturulan kayıtlara göre öğrenciler en çok bilişsel algısal alanda yer alan bilgi eksikliği tanısını, ikinci sırada baş etme stres toleransı alanında etkisiz bireysel baş etme tanısını, üçüncü sırada rol ilişkiler alanında aile içi süreçlerde değişim hemşirelik tanılarını belirlemişlerdir. Cinsellik- Üreme alanına ilişkin sınırlı olmakla birlikte, Değer – inanç ile Büyüme Gelişme alanına ilişkin ise hemşirelik tanısı saptamamışlardır. Görüşme konusu olarak daha çok baş etme becerileri, ardından iletişim becerileri ile ilgili konularda terapötik görüşmeler yaptıkları saptanmıştır. Sağlık eğitimi konularına bakıldığında sırasıyla ailedeki mevcut hastalıklar ve korunma, sağlığı geliştirme ve önleme konularını, baş etme konularını daha ağırlıklı olarak ele almışlardır.

Bu doğrultuda, Hemşirelik eğitiminde öğrencilerde medikal yaklaşım anlayışından, daha bütüncü bir bakış açısıyla biyopsikososyal boyutlarda koruyucu sağlık hizmetleri anlayışına odaklamaya yardımcı olacak, toplum temelli uygulamaların, eğitimin daha erken dönemlerinde de yer verilmesi ve entegre edilmesi, Eğitimde özellikle cinsellik, değerler – inanışlar gibi alanlara ağırlık veren veri toplama ve tanılama becerileri, terapötik görüşme becerileri ve eğitimi ile ilgili konuların pratikte karşılığını bulması için sınıf içi ya da laboratuvar uygulamalarının eğitim müfredatında ve ders içeriğinde yer verilmesi önerilebilir.

Teşekkür

Yazarlar, 1997 yılından bu yana Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulunda bu yapının oluşmasında önemli bir değere sahip Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu'na ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersine katkı veren tüm öğretim elemanlarına, öğrencilerine ve ailelere teşekkür eder.

Kaynaklar

1. Türk Psikologlar Derneği. Ruh sağlığının toplumsal boyutu. URL: http://www.psikolog.org.tr/content_detail.asp?cat=1&id=33 , 2008.
2. Erginöz E. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi Yayın No:62. 2008; s.31-40.
3. World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report/ a report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf, 2013.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 809, 2011. Ankara: Anıl Matbaa. s.68-69.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. URL: http://yunus.hacettepe.edu.tr/~ihsandag/index_dosyalar/tcruhsagligipolitikasi.pdf, 2008

6. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:43-48.
7. Shives LR, Isaacs A. Basic Concepts of Psychiatric- Mental Health Nursing. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 82-93.
8. Psikiyatri Hemşireleri Derneği. Psikiyatri Hemşireliği Görev Yetki ve Sorumlulukları Çalışma Grubu Raporu. URL: <http://www.phdernegi.org/2007%20Faaliyetleri/Psikiyatri%20hem%20C5%9Fireli%20C4%9Fi%20g%C3%B6rev,%20yetki%20ve%20sorumluluklar%20C4%B1%20C3%A7a%20C4%B1%20C5%9Fma.doc>, 2008.
9. American Nurses Association Psychiatric Mental Health Nursing Scope & Standards Draft Revision 2006. Available from: URL: <http://www.ispn-psych.org/docs/standards/scope-standards-draft.pdf>. Accessed date: 05.07.2013
10. Zeeman Z, Chapman R, Wynaden D, McGowan S, Lewis M, Austin J, Finn M. Community mental health care: documenting the role of the nurse. Contemporary Nurse 2002;12(2):112-23.
11. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, et al. A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GP study. Health Technology Assessment 2005; 9(37):1-104.
12. World Health Organization (WHO). Nursing Matters: Developing Nursing Resources for Mental Health. URL: http://www.who.int/mental_health/policy/services/Nursing%20Matters%20Infosheet.pdf, 2007.
13. Topuksak B, Kublay G. Hemşirelik eğitiminde kalite: Toplum sağlığı açısından önemi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;Sempozyum Özel Sayısı:306-311.
14. Demir Y, Gökdoğan F. Öğrencilerin "Psikiyatri Hemşireliği" dersini değerlendirmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 4(3):10-15.
15. Özbaş D, Buzlu S. Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği dersine ve psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin düşünceleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14(1): 31-40.
16. Psikiyatri Hemşireleri Derneği. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitim ve uygulaması çalıştay sonuç raporu. 2012; URL:<http://www.phdernegi.org/dokuman/RSPH%20C3%87AL%20C5%9ETAYI%20SONU%20C3%87%20RAPORU%2004.10.2012.pdf>.
17. Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulama Formları ve Beceri Öğrenim Rehberleri (<http://saglik.akdeniz.edu.tr/anabilim-dallarına-ait-formlar.i41.psikiyatri-hemşireligi-anabilim-dali>)
18. Akgül, A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri: SPSS uygulamaları (The statistical analysis technicals in medical researches: SPSS Applications) I.Ed. Ankara:Emek Ofset Ltd. Şti 2005.
19. Carpenito, L.J. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev. Firdevs Erdemir. 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2012.
20. Öz F., Babaoğlu E., Arı F. (2003) Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerin, toplum ruh sağlığı uygulamasında ele aldıkları hemşirelik tanıları. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Klinik Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı. Ed.Firdevs Erdemir, Emine Yılmaz. Başkent Üniversitesi, 5-7 Haziran. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Bürosu. ss189-198.
21. Allender, J.A. & Spradley B.W. Community Health Nursing Concepts and Practice. (Fifth ed.). Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, 2005.
22. Townsend, M. Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice 7. Edition. USA : F.A. Davis Company, 2011.
23. Velioglu, P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul:Alaş Ofset Matbaası 1999.

Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi

Identification the Level of Tendency in Malpractice Among Nurses

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 44–56

Yurdanur DEMİR DİKMEN*, **Songül YORGUN****, **Nesibe YEŞİLÇAM*****

* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu

** İzzet Baysal Devlet Hastanesi

*** Fatih Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Geliş Tarihi: 01 Kasım 2012

Kabul Tarihi: 31 Temmuz 2013

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeylerini ve bunu etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı ve analitik desende planlanan çalışmanın örneklemini, 2010 Mayıs-Ağustos ayları arasında bir devlet hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 161 hemşire oluşturdu. Veriler, Özata ve Altunkan (2010) tarafından geliştirilen, "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" ve hemşire tanıtım formu ile toplandı. Çalışmanın verileri, ortalama ve yüzdelik hesaplamalar ile Kruskal Wallis Testi ile Mann-Whitney U Testi kullanıldı.

Bulgular: Toplam ölçek puan ortalaması 230.68 ± 10.78 "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyutu toplam puanı 86.56 ± 3.54 , "Hastane Enfeksiyonları" alt boyutu toplam puanı 57.67 ± 2.79 , "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" alt boyutu toplam puanı 39.98 ± 3.91 , "Düşmeler" alt boyutu toplam puanı 23.22 ± 2.04 , "İletişim" alt boyutu toplam puanı 23.00 ± 2.17 olarak bulundu. Hemşirelerin çalıştığı kliniklere ve hemşire olarak çalışma sürelerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$), eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Bu çalışma sonucunda, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu, mesleki çalışma deneyimi az olan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi hata, tıbbi hata eğilimi, hemşire.

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine the level the factors that affect medical error proneness among nurses.

Method: Sample of the descriptive and analytic study was composed of 161 voluntary nurses employed in a public hospital in May-August 2010 “Malpractice Trend Scale in Nursing” developed by Özata and Altunkan (2010) and “Nurse Identification Form” were used as data collection tools in the study. Descriptive data of the study was analyzed for percentages and averages and Kruskal Wallis and Mann-Whitney U tests were utilized in data analysis.

Results: Mean score for the scale was found to be 230.68±10.78 (between 49-245) and total scores for sub scales “Medicine and Transfusion Practices”, “Hospital Infections”, “Patient Monitoring and Material Safety”, “Falls” and “Communication” were determined to be 86.56±3.54, 57.67± 2.79, 39.98± 3.91, 23.22±2.04 and 23.00±2.17 respectively. A statistically significant difference was detected between medical error proneness and clinic of employment and years of employment (p<0.05) however no meaningful difference was determined for educational status factor (p>0.05).

Conclusion: Study shows that medical error proneness among nurses is low however identified that nurses with less experience and nurses who work in surgical units are more prone to make medical errors.

Key Words: Medical errors, medical error tendency, nurse.

Giriş

Tıbbi uygulama hataları son yıllarda tüm dünyada etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tartışılan çok kapsamlı bir konudur¹. Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır². Bir başka tanımda ise tıbbi hata, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması anlamına gelmediği, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem anlamına da geldiği belirtilmektedir³. Genel olarak bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, hastaya zarar veren hatta ölümüne yol açabilen uygulamalar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir.

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerek yurtdışında gerekse ülkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemini büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır⁶⁻⁷. Tıbbi hatalar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde önde gelen ölüm nedenleri arasındadır⁸⁻⁹⁻¹⁰. Hastanede yatan her 100 hastadan 10’u tıbbi hatalar nedeni ile zarar görmekte⁹ ve istenmeyen olayların %61’inin insan faktörü ile engellenebileceği bildirilmektedir¹¹. Yine 1999 yılında ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) yayınladığı bir raporda, tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya koymaktadır. Bu rapora göre, ABD’de her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir¹². Almanya’da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişinin hayatını kaybettiği bildirilmektedir¹³. Ülkemizde tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle birlikte, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Türkiye’de 1931-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası’nda tıbbi hatalarla ilgili yaklaşık 10 bin dosya görülmüştür. Son beş

yıldaki vakaların yaklaşık yarısında, sağlık personelinin az veya çok kusurlu olduğu bulunmuştur¹⁴. Yine 1993-1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'na gelen 1015 hatalı uygulama vakasının 59'unun hemşire ve ebelerle ilgili olduğu belirlenmiştir¹⁵. Türkiye'den başka bir bulgu ise; 2000-2004 yılları arasındaki acil servis hizmetleri ile ilgili olarak, tıbbi uygulama hatalarını kapsayan ve Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş alınan 112 olgunun değerlendirilmesidir. Bu olgulardan 57'sinde kusur olmadığına, 55 olguda ise tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir¹⁶. Ertem ve ark. (2009)¹⁷'nin konuyla ilgili gazete haberlerinin incelendiği retrospektif bir çalışmada da; hekimlerin %65.2, hemşirelerin ise %12.2 oranında hatalı tıbbi uygulama yaptıklarına ilişkin haber yayımlandığı bildirilmektedir.

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip bir meslektir. Hemşirelikte aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve terminal dönemdeki hastalarla çalışma ve özellikle vardiya sistemi ile çalışma gibi nedenler çalışma koşullarını zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla sayılan bu zor koşullarda çalışma, hemşirelik girişimleri sırasında hata yapma oranını arttırabilir¹⁸. Hasta güvenliğini tehdit eden, kaynak, işgücü ve can kaybına yol açabilen tıbbi hataların en aza indirilmesi ancak hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkündür¹⁰⁻¹⁹. Hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren hatalar; hasta güvenliği, ilaç uygulama hataları, yöntem ve tedaviler, tıbbi aletlerin kullanımında hata ya da başarısızlıklar, iletişim eksikliği, kayıt eksikliği, mevut protokollere uyulmaması, hastane enfeksiyonları, hasta düşmeleri, yatak yaraları ve kan transfüzyonu olarak sayılabilir¹⁸⁻²⁰⁻²¹. Ayrıca hemşirelerin, yasalar karşısında kendilerini koruyabilmeleri açısından da hata alanlarının bilinmesi önemlidir²¹. Böylece sağlık çalışanlarının yaptığı tıbbi hataların belirlenmesi dolayısıyla bu hata kaynaklarının saptanarak, hataların hastaya ulaşmadan önce bilinmesi ve bunların önlenmesi yönünde geliştirilecek tedbirlerin alınmasını sağlayabilir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeylerini ve bunu etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, tanımlayıcı ve analitik tasarımda gerçekleştirildi. Araştırma, Mayıs-Ağustos 2010 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yapıldı. Araştırmanın evrenini söz konusu hastanede çalışan toplam 220 hemşire oluşturdu. Araştırmanın yapıldığı tarihte izinli olan, raporlu olan, veri toplama formunda hata tespit edilen ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 59 hemşire kapsam dışı bırakıldı. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü 161 (%73) hemşire oluşturdu. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi 400 yatak kapasitelidir. Hastanede Sağlık Bakanlığı direktifleri doğrultusunda 2004 yılından itibaren kalite çalışmaları devam etmekte, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimler yapılmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 şeklinde iki vardiya halinde çalışmaktadır. Gündüz saatlerinde bir hemşireye düşen ortalama hasta sayısı 10-15 iken bu sayı akşam saatlerinde 25-30 olabilmektedir.

Veri Toplama Araçları

Hemşire Tanıtım Formu: Bu formda, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini etkileyebileceği düşünülen hemşirelerin bireysel özelliklerinin (cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb.) yanı sıra mesleki özellikleri (çalışma süresi ve çalıştığı birim vb.) ile ilişkili sorular bulunmakta idi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği: Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ölçmek amacıyla 2010 yılında Özata ve Altunkan²² tarafından geliştirilen bu ölçekte hemşirelerin hasta bakımında günlük rutin olarak yerine getirdikleri faaliyetleri içeren 49 madde ve 5 alt boyut yer almaktadır. Hemşirelerden, ölçekte yer alan her maddenin kendileri için uygun olanı işaretlemeleri istendi. Toplam puanların artması hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek, likert tipi 5 kategorilidir. 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.95 olarak bulunmuş olup, ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır²². Ölçeğin bu çalışmadaki örneklem gurubu için Cronbach Alfa katsayısı 0.85 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları ise “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu için 0.80, “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt boyutu için 0.84, “Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği” alt boyutu için 0.72, “Düşmelerin Önlenmesi” alt boyutu için 0.70, “İletişim” alt boyutu için 0.60 olarak bulundu (Tablo 1).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için uygulamanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler alındı. Ayrıca örnekleme alınan katılımcılar; araştırma ve veri toplama araçları hakkında uygulama öncesi bilgilendirildi ve onamları alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamış olup, örneklemin tamamına ulaşamadığı için araştırma bulguları genellenemez. Ayrıca bu çalışmanın diğer bir sınırlılığı da araştırmaya katılan hemşirelerin kendi bildirimine dayanmasıdır. Dolayısıyla sonuçlar, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin vermiş oldukları yanıtlarla sınırlıdır. Bunların yanında bu çalışmada kullanılan ölçme aracının bazı sınırlılıkları vardır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Acil Tıbbi Teknisyenleri ile Ebe ve Hemşirelerle yapılmış olup, ölçme aracının test-retest çalışması yoktur. Ayrıca çalışmamızda ölçeğin “iletişim” alt boyutunun iç tutarlılık katsayısının (0.60) düşük olduğu görüldü. İletişim alt boyutu orijinal ölçekte de (0.85) diğer alt boyutlardan (0.97, 0.96, 0.93, 0.89, 0.88) daha düşüktür. Bu durum iletişim boyutunun önemini göstermekle birlikte daha büyük örneklem grubunda tekrarlanmasını gerektirebilir. Burada bahsedilen sınırlılıklar, bu ölçme aracını daha sonra araştırmalarında kullanmak isteyen araştırmacılar tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizi, “SPSS for Windows 13.0” yazılım paket programında gerçekleştirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, HTHEÖ ve 5

Tablo 1. HTEHÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=161)

Tıbbi Hata Ölçeği Alt Boyutları	Madde Sayısı	X	SS	Cronbach Alfa Katsayısı
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	86.56	3.54	0.80
Hastane Enfeksiyonları	12	57.67	2.79	0.84
Hasta izlemi ve Malzeme Güvenliği	9	39.98	3.91	0.72
Düşmeler	5	23.22	2.04	0.70
İletişim	5	23.00	2.17	0.60
Ölçek Toplamı	49	230.68	10.78	0.85

alt boyutun madde puan ortalamaları, standart sapmaları, ölçeğin ve alt boyutların iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha) hesaplanmıştır. Ölçek puanlarının normal dağılım göstermediği belirlendiği için (Kolmogorov-Smirnov $Z=0.100$, $p=0.001$) verilerin analizinde non-parametrik testlerden Kruskal Wallis Testi ile Mann-Whitney U Testi kullanıldı.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş aralıkları 20-49 olup, yaş ortalaması ise 32.25 ± 4.9 'du. Hemşirelerin %94.4'ü kadın, %70.2'si önlisans mezunu, %64.6'sı ise 0-5 yıldır hemşire olarak çalışmaktaydı. Hemşirelerin %22.4'ü cerrahi birimlerde çalışmakta olup, %11.9'u servis sorumlusu olarak görev yapmaktaydı. Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; HTEHÖ toplam puan ortalaması 230.68 ± 10.78 (49-245 puan arası) olarak düşük düzeyde eğilim saptandı. Ölçeğin alt boyutlarının toplam puan ortalamaları ise "ilaç ve transfüzyon uygulamaları" alt boyutu toplam puanı 86.56 ± 3.54 , "hastane enfeksiyonları" alt boyutu toplam puanı 57.67 ± 2.79 , "hasta izlemi ve malzeme güvenliği" alt boyutu toplam puanı 39.98 ± 3.91 , "düşmeler" alt boyutu toplam puanı 23.22 ± 2.04 , "iletişim" alt boyutu toplam puanı 23.00 ± 2.17 olarak bulundu (Tablo 1).

Hemşirelerin çalıştığı kliniklere ve hemşire olarak çalışma sürelerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 3). Bunun yanında hemşirelerin eğitim düzeylerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tartışma

Bu çalışmada, hemşirelerin HTEHÖ toplam puan ortalaması 230.68 ± 10.78 olarak saptandı. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 49-245 olduğu için, hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonuç, konu ile ilgili daha önceki yapılan çalışma sonuçları ile uyumludur²¹⁻²³. Ayrıca çalışmamızdaki bu bulgu, araştırmanın yapıldığı hastanede kalite çalışmalarının devam etmesi, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimlerin yapılmasına bağlanabilir.

Ölçeğin "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyutunda 18 madde yer almakta olup, toplam puan ortalaması 86.56 ± 3.54 'dü. Bu sonuç, hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulama hatası yapma eğilimlerinin düşük olduğunu gösterdi. İlaç hataları en fazla görülen ve hasta güvenliğini tehdit eden hata türüdür²¹. Dolayısıyla, ilaç hazırlama

Tablo 3. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere, Çalışma Sürelerine ve Eğitim Durumuna Göre HTHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=161)

Çalışılan Birim	N	Sıra Ortalaması	KW**	p
Dahili Birimler	47	63.00	7.742	0.02
Cerrahi Birimler	46	57.67		
Yoğun Bakım-Ameliyathane	43	72.94		
Acil Servis	25	70.40		
Çalışma Süresi				
0-5 yıl	104	75.90	6.514	0.01
6-10 yıl	23	92.24		
11-15 yıl	22	90.14		
16-20 yıl	12	85.92		
Eğitim Durumu				
Lise	27	78.09	0.266	0.87
Önlisans	113	82.23		
Lisans*	21	78.10		

*Bu grupta 2 kişi yüksek lisans mezunudur. **Kruskall Wallis Test.

ve yönetiminde, temel standartlara uymamak ve ilgili rehberleri takip etmemek, hemşirelerin yasal durumlarla karşı karşıya kalmasının en yaygın sebebidir¹⁶. ABD’de İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) ilaç hatasını; “*ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenilebilir bir olay*” olarak tanımlamıştır²⁴. Mayo ve Duncan²⁵ yaptıkları bir çalışmada, 983 hemşireden %46.5’inin ilaç hatası yaptığını bildirmiştir. İlaç hatalarının oluşumuna etki eden birçok neden olduğu öne sürülmekle birlikte, bu nedenlerin çoğunlukla bilgi eksikliği, yetersiz iletişim ve zaman yetersizliği gibi nedenler olduğu bildirilmektedir. Hatayı oluşturan nedenler gibi hatanın oluşmasına ortam hazırlayan faktörler de vardır. Hata oluşmasını etkileyen faktörlerin bilinmesi hata oluşturan faktörlerin ortamdaki uzaklaştırılmasına yardımcı olabilmektedir. Bu faktörler; gece saatlerinde çalışmak, sabahın erken saatlerinde çalışmak, mesleki deneyimi az olan personelle çalışmak, iş yükündeki artış ve personelin yorgun olması olarak belirtilmektedir²⁶. İlaç hataları ile ilgili 33 araştırmamanın incelendiği sistematik bir derlemede²⁷, ilaç hazırlama ve uygulama sırasında çok dikkatli olunmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Eşer ve ark.²⁸, hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenleri inceledikleri bir çalışmada dış ortama ilgili etkenler arasında; hemşirelerin %91.7’sinin ilaç hazırlarken çoğunlukla telefonlara yanıt vermek durumunda kaldıklarını, %43.7’sinin ise ilaç uygulamalarında fizik koşullarla ilgili güçlüklerle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Oysa rapor edilen ilaç hatalarının %50’sinin önlenilebilir hatalar olduğu bildirilmektedir²¹. Yapılan hataların çoğunlukla hemşire ve hekim kaynaklı olduğu göz önüne alındığında, özellikle hemşirelerin ilaç hataları konusunda eğitilmesi ve hatayı rapor etme konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşire, hatayı tanımlayan hata raporunu hazırlamak, hekime ve kuruma hatayı rapor etmek açısından etik ve profesyonel sorumluluk taşımaktadır²⁶⁻²⁹.

Hemşirelerin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutuna ilişkin verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanın “IV, IM ve SC enjeksiyonlarda ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” maddesine ait olduğu ($x=4.98\pm 0.13$) görüldü (Tablo 2). Bu sonuç, Cebeci ve ark.²²'nin yapmış olduğu çalışma sonucu ile paraleldir. Parenteral ilaç uygulamaları hemşirelerin en fazla dava edilmelerine yol açan uygulamalar arasındadır¹⁶. Aslan ve Ünal³⁰, cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hatalarının dağılımını inceledikleri çalışmalarında, ilaç uygulama hataları sırasıyla; ilaç uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkanmaması, sözel order almanın yazılı hale getirilmemesi, enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi, doğru yazılı order alınmaması, ilacın doğru teknikle hazırlanmaması, ilacın doğru teknikle uygulanmaması, ilaç uygulaması sonrasında atıkların bir kısmının/tamamının uzaklaştırılmaması, order edilmeyen ilacın uygulanması, order edilen ilacın verilmemesi veya atlanması, doğru dozun uygulanmaması olarak bildirilmiştir. Hemşirelerin uygulamalar sırasında gösterecekleri özen ve dikkat

Tablo 2. HTEHÖ Alt Boyutlarını Oluşturan Maddelere İlişkin Toplam Puan Ortalamaları (n=161)

İLETİŞİM	Min.	Max.	x	SS
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim	2	5	4.39	0.79
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim	2	5	4.43	0.68
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim	2	5	4.65	0.63
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim	1	5	4.67	0.60
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım	2	5	4.86	0.45
ENFEKSİYONUN ÖNLENMESİ				
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim	3	5	4.84	0.38
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim	3	5	4.68	0.48
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim	3	5	4.66	0.52
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim	2	5	4.87	0.38
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim	4	5	4.93	0.26
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm	3	5	4.81	0.44
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim	3	5	4.79	0.45
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim	3	5	4.86	0.37
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım	1	5	4.83	0.48
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim	3	5	4.60	0.49
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım	3	5	4.87	0.35
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim	1	5	4.88	0.52

Tablo 2'nin devamı ...

İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	Min.	Max.	x	SS
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum	4	5	4.95	0.07
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum	4	5	4.97	0.13
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım	2	5	4.57	0.63
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim	3	5	4.92	0.29
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	4	5	4.93	0.26
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	3	5	4.68	0.52
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm	3	5	4.85	0.37
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim	3	5	4.94	0.26
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim*	4	5	4.98	0.13
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	2	5	4.45	0.57
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	2	5	4.54	0.65
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	2	5	4.65	0.52
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	4	5	4.90	0.30
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim	3	5	4.88	0.34
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	3	5	4.84	0.38
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim	4	5	4.96	0.20
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	1	5	4.91	0.39
Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim	1	5	4.47	0.99
HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ				
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım	1	5	4.23	1.06
Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım	3	5	4.56	0.66
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım	2	5	4.48	0.58
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim	3	5	4.60	0.55
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim	2	5	4.80	0.45
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım	1	5	4.20	0.93
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim	1	5	4.08	1.10
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	2	5	4.70	0.51
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim	1	5	4.33	0.85

Tablo 2'nin devamı ...

DÜŞMELERİN ÖNLENMESİ				
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	2	5	4.49	0.73
Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım	3	5	4.66	0.53
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim	3	5	4.63	0.57
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim	3	5	4.66	0.54
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım	1	5	4.79	0.49

IV:İntravenöz, IM:İntramusküler, SC:Subcutan*

hastanın zarar görmesini³¹ ve hemşirelerin yasal durumlarla karşı karşıya kalmalarını engelleyebilir²¹⁻³².

Bu çalışmada, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunda en düşük puan ortalamasının “İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım” ($x = 4.45 \pm 0.57$) maddesine ait olduğu saptandı. Aygün ve Atasoy³³ çalışmalarında, cerrahi hemşirelerin çoğunluğunun premedikasyon ilaçları ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bilgi kaynağı olarak hekimin vereceği bilginin yeterli olduğunu bildirmişlerdir. Oysa, ilaçların yan etkilerinin bilinmemesi ve ilaç uygulaması yapıldıktan sonra etkilerinin izlenmemesi hastanın yarananmasına ya da ölümüne neden olabilmektedir²¹. Bu sonuçlara dayanarak, hemşirelerin ilaç uygulamalarında 8 ilkeye (*doğru hasta, doğru ilaç, doğru etki, doğru doz, doğru yol, doğru ilaç formu, doğru zaman, doğru kayıt*) dikkat etmesinin önemli olduğu söylenebilir.

Ölçeğin “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt boyutunda 12 madde yer almaktadır. “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt başlığına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, puan ortalamalarının 57.67 ± 2.79 olduğu, en düşük puanın ise; “Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim” ($x = 4.60 \pm 0.49$) maddesine verildiği görüldü (Tablo 2). Sağlık çalışanları içerisinde de hasta ile sürekli temasta bulunan ve bakımdan sorumlu olan hemşireler diğer sağlık personeline göre enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir role sahiptirler. Özçetin ve arkadaşları³⁴ yaptıkları çalışmada, hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hastanede yatış süresinin uzadığını ve dolayısıyla hastane enfeksiyonları sıklığının arttığını saptamıştır. Basınç yaraları, bakım ve tedavi için hastaların daha uzun süre hastanede yatması³⁵⁻³⁶ daha fazla iş gücü istihdam edilmesi, hastalığa bağlı maliyetin artması³⁷ sekonder enfeksiyonlara yatkınlığın ve komplikasyonlara bağlı ölüm riskinin artması ile sonuçlanabilmektedir³⁸⁻³⁹. Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi sağlık uygulamalarının en zor alanlarından biri olmasının yanında, enfeksiyon oranlarındaki artış, sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için de büyük bir endişe kaynağıdır. Bu nedenle enfeksiyon riskinin azaltılmasında; enfeksiyon kontrol prosedürlerinin geliştirilerek uygulanması, çalışanların eğitimi, kanamalı hastaların yönetimi, kan ve vücut sıvıları ile temasta gerekli tedbirlerin alınması, bulaşıcı hastalığı olan hastalar için gerekli tedbirlerin alınması, kan ve kan ürünlerinin, enfekte atıkların, vücut sıvılarının, keskin uçlu atıkların ve iğnelerin uygun şekilde imhası önemli parametrelerdir⁹⁻²¹.

Ölçeğin “Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği” alt boyutunda 9 madde yer almaktadır. Bu boyutta en düşük puan “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” ($x = 4.08 \pm 1.1$) maddesine ait

olduğu görüldü. Gelişmiş birçok ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların, en sık rastlanılan nedenlerindedir²². Güvenli malzeme kullanımı hasta güvenliği kapsamındadır¹⁹ ve uygun olmayan malzeme kullanımı hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getirebilir²¹. Tüm tıbbi cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonlarının yaptırılması, kullanılan tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi, sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi, yeterli araç, gereç ve sarf malzemesinin temin edilmesi, tüm sarf malzemelerin kullanıcı tarafından uygunluğunun verilmesi, uygun ebatta malzemeler seçilmesi yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesinde önemlidir⁹⁻²⁹.

Ölçeğin en düşük genel puan ortalaması (23.22 ± 2.04) olan alt boyutlardan biri “*Düşmelerin Önlenmesi*” alt boyuttur (Tablo 1). Bu boyuttaki en düşük puanı ise “Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm” ($x = 4.49 \pm 0.73$) maddesine verdikleri görüldü (Tablo 2). Bu bulgumuz, Cebeci ve ark.²¹’nin yapmış oldukları çalışma sonucu ile benzer bulundu. Hastaların düşme sonucu yaralanması, hastanede çalışan hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı şikayet ve dava nedenlerinden biridir¹⁶⁻²⁹. ABD’nde JCAHO 2005 yılında 271 düşme saptandığını ve tıbbi hataların %5.8’inin düşme sonucu olduğunu bildirmiştir. Düşme oranının 2007 yılı raporlarında ise %0.17 ile 2.5 arasında değiştiği belirtilmektedir¹². Yetişkin hastalarda düşme vakalarının çoğunun fizyolojik nedenlere bağlı olduğu belirlenmiştir. Yabancı hastane ortamı, vücut aktivitelerinde değişimler, özürülük, yaşlılarda demans, görme, işitme kaybı, kas kuvveti ve reflekslerde azalma gibi fiziksel ve mental yetersizlikler veya tedavi süreci gibi uyanıklık durumunu ya da dengeyi etkileyen hastalıklar ve hastanın yaşı, düşme riskini artıran bireysel risk faktörleri arasında yer almaktadır²⁹. Ayrıca benzodiazepinler ve antiepileptik ilaçlar düşme riskini artırabilmektedir⁴⁰. Düşmeye neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgilerin, hemşirelik uygulamalarıyla birleştirilmesi başarılı sonuçlar alınmasını sağlamaktadır⁴¹. Tutuarima ve ark.⁴² her hasta için risk değerlendirilmesi yapılması, hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi verilmesi ve serviste fiziksel ortamın düzeltilmesi (yeterli ışık sağlanması) ile düşmelerin önlenilebileceğini belirtmektedir.

Ölçeğin en düşük genel puan ortalaması olan bir diğer boyut ise (23.00 ± 2.17) “*İletişim*” alt boyuttur. Sağlık personeli arasındaki iletişimsizlik veya iletişim bozuklukları, tıbbi hataların oluşmasında önemli bir nedendir⁴³. ABD’nde 2009 yılında ortaya çıkan 40.000 ‘den fazla tıbbi hatanın kök nedeninin %60-80 oranında etkisiz iletişim ve ekip çalışması yetersizliği olduğu bildirilmiştir⁴⁴. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastanede meydana gelen hataların %83.1’inin iletişim kaynaklı olduğuna inandıkları bulunmuştur⁴⁵. Sağlık ekibi içinde iletişim değişik yollarla sağlanır. Sıklıkla kullanılan bu yollardan birisi sözel ya da yazılı rapor vermedir. Kayıt tutma ve raporlar; hasta bireyin sağlığı ile ilgili bilgi edinmek için kullanılan yaygın iletişim teknikleridir. Raporlar, sağlık ekibi üyeleri arasında sözlü veya yazılı bilgi alış veriş olup, rapor ve kayıtların etkin olabilmesi için bazı temel ilkeler dikkate alınmalıdır⁴⁶⁻⁴⁷. İletişim hatalarının engellenmesinde; sözel/telefon direktifleri ile ilgili politika ve yöntemlerin belirlenerek kurum çalışanlarına bildirilmesi ve hasta ile ilgili bilgilerin yazılı olması önemle üzerinde durulan konular arasındadır⁸⁻⁹. Sağlık hizmeti bir ekip çalışması olduğundan hizmeti sunanlar arasında ekip ruhunu güçlendirmek ve iletişim bariyerlerini azaltmak tıbbi hataların azalmasına olumlu yönde etki edecektir.

Bu çalışmada hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini etkileyebileceği düşünülen bazı değişkenlerle analizler yapılmıştır. Tablo 3’de görüldüğü gibi hemşirelerin çalıştığı

kloniklere ve hemşire olarak çalışma sürelerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0,05$), hemşirelerin eğitim düzeylerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Buna karşın, mesleki çalışma deneyimi az olan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Özata ve Altunkan'ın²² çalışmasında, tıbbi hata türleri dahili ve cerrahi klinikler açısından değerlendirildiğinde; sadece yanlış ilaç uygulama ve yanlış yerden ilaç uygulamasının cerrahi kliniklerde dahili kliniklere oranla daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. Ertem ve ark.¹⁷, yaptıkları bir retrospektif çalışmada, tıbbi hatanın en yüksek oranda (%43.6) ameliyathane cerrahi bölümünde ortaya çıktığını bildirmiştir. Aygün ve Atasoy³³, örneklemini cerrahi hemşirelerin oluşturduğu çalışmalarında cerrahi hemşirelerinin çoğunluğunun premedikasyon ilaçları ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, çalışmamızın sonucu ile uyumludur. Bilindiği gibi hastanelerde cerrahi klinikler, hasta sirkülasyonunun hızlı olması, hem çalışan hem de hasta ve ailesi için oldukça stresli çalışma ortamları olması nedeniyle, tıbbi hataları oranlarını arttırabilir. Bu sonuçlara göre, hastanelerin özellikle cerrahi birimlerinde tıbbi hataya neden olabilecek faktörlerin incelenmesine ve bu konularda gerekli hizmet-içi eğitimlere ağırlık verilmesinin önemi açıktır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada genel olarak hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu, bunun yanında mesleki çalışma deneyimi az olan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin ise daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olması, çalışmanın yapıldığı hastanede başlatılan kalite çalışmaları kapsamında belirli periyotlarda çalışanlara verilen hizmet içi eğitim ve iyileştirme çalışmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca bu çalışma sonucunda ortaya çıkan önemli bir bulgu da, tıbbi hata türlerinden düşmeler ve iletişim boyutlarında, diğer boyutlara göre hataya eğilim düzeyinin daha yüksek olmasıydı. Bu sonuç, çalışmanın yapıldığı hastanede hizmet içi eğitimleri ve hasta güvenliği çalışmalarını bu konulara daha fazla yönlendirmesini ve hemşire yöneticilerin bu konulardaki çalışmalarını tekrar gözden geçirmesi gereğini ortaya koyabilir. Bu amaçla, hastanelerde kalite çalışmalarının dolayısıyla bu kapsamda tıbbi hataların önlenmesi için tıbbi hata türlerinin ve hataya yol açan faktörlerin belirlenmesi ve izlenmesi önerilebilir. Bunun yanında, bu çalışma sonucuna göre, hastanelerde kalite çalışmaları kapsamında tıbbi hatalara yönelik hizmet-içi eğitimlerin belli periyotlarda tekrarlanması ve gözden geçirilmesi de önemli görünmektedir. Bunların yanında bu araştırmada kullanılan ölçeğin "iletişim" alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı düşük bulunmuştur. Bu durum iletişim boyutunun önemini göstermekle birlikte, ölçeğin daha büyük örneklem grubunda tekrarlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Polat O, Pakiş I, Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekimlerin Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 2(3):119-125.
2. JCAHO(2006). Sentinel Event Statistics, URL: http://www.jointcommission.org/Library/T_M_hysicians/mp_11_06.htm. June 6, 2009.
3. Özdişlek AO. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu. 2009. URL: http://www.turkhukusitesi.com/makale_300.htm. Eylül 19, 2012.

4. Brennan, TA, Hebert LE, et al. "Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care." *Journal of the American Medical Association* 1991;265(24): 3265-3269.
5. Wong J, Beglaryan B. Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research. 2004. URL: <http://www.changeofoundation.com>. July 3, 2012.
6. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2010;8 (2):100 -11.
7. Kumar S, Chaudhary S. Medical errors and consequent adverse events in critically ill surgical patients in a tertiary care teaching hospital in Delhi, *Journal of Emergencies Trauma, and Shock* 2009; 2(2):80-84.
8. Balas M, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research* 2004;17(4):224-30.
9. Anez E. Clinical perspectives on patient safety. In: K Wals, R Boaden (Eds.), *Patient Safety Research in to Practice*. (1st ed.) London: McGraw Hill Education Open University Press; 2006. p.9-18.
10. Mitchell PH. Defining Patient Safety and Quality Care. In Hughes RG (Ed) *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. First ed. Rockville: AHRQ Publication No. 08-0043; 2008. p.1-5.
11. Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, Van der Wal G et al. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies [Electronic version]. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(5):1-7.
12. Institute of Medicine Report (1999), *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, URL: <http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>, June 11, 2012.
13. Allgemeiner Patienten-Verband e.v. URL: <http://www.patienten-verband.de/system.htm>. July 19, 2009.
14. Temel M. Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi* 2005; 3(1): 84-90.
15. Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Based on the Higher Health Council Records. *Nursing Ethics* 2004;11(5): 89-98.
16. Turkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2004; 46(3), 226-231.
17. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009; 84(1),1-10.
18. Demir-Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010; 12(1):67-74.
19. Farquhar M, Collins Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice. *AORN Journal* 2007; 86(3):455-7.
20. Giordano K. Examining Nursing Malpractice: A Defense Attorney's Perspective. *Critical Care Nurse* 2003; 23(2):104-7.
21. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S, Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15(3):188-196.
22. Özata M, Altunkan H, Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenirlilik Analizinin Yapılması, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, ed: Ertem Kırılmaz, Ankara 2010; 3-20.
23. Özata M. Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2009;12 (1-2): 417-30.
24. Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28(2):217-22.
25. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: What We Need to Know for Patient Safety, *Journal of Nursing Care Quality* 2004; 19: 209-217.
26. Aygin D, Cengiz H, İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011; 45(3):110-114.

27. Wright K. Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurse Education Today* 2010; 30(1):85-97.
28. Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007; 23(2):81-91.
29. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4(2):22-7.
30. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005;47(3):175-8.
31. Nguyen EE, Connolly PM, Wong V. Medication Safety Initiative in Reducing Medication Errors. *Journal of Nursing Care Quality* 2010; 25(3):224-30.
32. Cousins D, Sabatier B, Begue D, Schmitt C, Hoppe-Tichy T. Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France. *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14(3):190-5.
33. Aygün D, Atasoy I. Hemşirelerin Premedikasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Uygulamalarının Belirlenmesi. III. Ulusal-İ. Uluslararası Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. *Hemşirelik Forumu* 2002; 5(3-4):65-8.
34. Özçetin M, Saz EP, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri, *Çocuk Enfeksiyonları Dergisi* 2009;3:49-53.
35. Korkmaz F. Basınç Yarası Bakımında Topikal Negatif Basınç Terapisi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011; 93-102.
36. Horn SD, Buerhaus P, Bergstrom N, Smouth RJ. RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. *American Journal of Nursing* 2005;105 (11): 58-70.
37. Wurster J. What role can nurse leaders play in reducing the incidence of pressure sores?. *Nursing Economics* 2007; 25(5): 267-269.
38. Brem H, Lyder C. Protocol for the successful treatment of pressure ulcers. *The American Journal of Surgery* 2004;188: 95-175.
39. Theaker C. Pressure sore prevention in the critically ill: what you don't know, what you should know and why it's important. *Intensive and Critical Care Nursing* 2003; 19(3): 163-168.
40. Hendrich A. Inpatient Falls: Lessons From The Field, *Patient Safety and Quality Healthcare*, 2006; 3: p.26-30.
41. Morse JM. Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program, Second Publishing, Springer Publishing Company, LLC, 2008. p.3-15.
42. Tutuarima JA, Meulen V, Haan RJ, Straten A, Limburg M. Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke Patients, *American Heart Association, Stroke* 1997; 28: 297-301.
43. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hataya Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinde Bir Alan Çalışması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008;11(2):161-199.
44. Meginniss A, Damian F, Falvo F. "Time Out" for Patient Safety. *Journal of Emergency Nursing* 2012; 38(1):51-3.
45. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(2):53-9.
46. Potter PA, Perry AG, *Basic Nursing. Theory and Practice*, 3rd ed. Mosby, St. Louis, 1995. p.178-183, 209-211,661-670.
47. Velioglu P, Babadağ K, *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1992. No:562, s.103-107.

Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Quality of Life and Related Factors of Older People in Nursing Home

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 57–66

Nilay ERCAN ŞAHİN*, **Oya Nuran EMİROĞLU***

* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi: 08 Mart 2013

Kabul Tarihi: 31 Temmuz 2013

ÖZET

Amaç: Bu çalışma huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelemesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Ankara ili belediyesi sınırları içerisinde bulunan üç huzurevinde yapılmıştır. Araştırma örneklemini, 65 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen, işitme sorunu ve demansı olmayan 186 yaşlı birey oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında yaşlıların tanıtıcı özellikleri ve huzurevi özelliklerini içeren bilgi formu ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 11.5 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların yaşam kalitesi WHOQOL-OLD temel alanları puan ortalamaları değerleri “Duyusal Yetiler” 15.82 ± 3.73 ; “Özerklik” 12.49 ± 2.86 ; “Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler” 11.80 ± 3.3 ; “Sosyal Katılım” 12.35 ± 3.22 ; “Ölüm Ve Ölmek” 11.63 ± 3.49 ; “Yakınlık” 11.80 ± 3.2 ve Toplam Skor 76.11 ± 16.8 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Sosyoekonomik düzeyin, boş zaman aktivitelerinin, huzurevi aktivitelerine katılma durumunun, aile, huzurevi sakinleri ve çalışanları ile ilişkilerin, sağlık personeline ulaşım durumunun WHOQOL-OLD alanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, yaşam kalitesi, WHOQOL-OLD, hemşirelik, huzurevi

ABSTRACT

Objective: The research is carried out as a descriptive study to determine the quality of life and related factors of older people who live in nursing homes.

Method: The population of research was consisted of 402 older people who live in public Nursing Homes within the provincial borders of Ankara. The sample of survey was consisted of 186 older people who 65 years old and upper, nondemented and not hearing impairment. Data for the research was collected by questionnaire form developed to determine the descriptive characteristics of the older people and characteristics of nursing home and the quality of life was evaluated by using World Health Organization Quality of Life Instrument Older Adults Module (WHOQOL-OLD). Data analysis was performed using SPSS 11.5 software. Data analysis were done One Way Anova and t test.

Findings: According to the research, 52.2% of participants are among 75-84 years, 69.9% were widower, %47.2 had least two chronic illness, 33.4% were illiterate, 12.5% didn't have social insurance. The mean values of the domain scores of the WHOQOL-OLD were as follows: "Sensory-Abilities" 15.82±3.73; "Autonomy" 12.49±2.86; "Past-Present-and-Future-Activities" 11.80 ± 3.3; "Social-Participation" 12.35±3.22; "Death-and-Dying" 11.63±3.49 and "Intimacy" 11.80 ± 3.2. The mean values for the total module score were 76.11±16.8.

Conclusion: Socioeconomic status, lesiure time activities, participate the activities of nursing home, relationship with family, residents and employee were found correlated with different subscales of WHOQOL-OLD.

Key Words: *Older people, quality of life, WHOQOL-OLD, nursing, nursing home*

Giriş

Dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 2000 yılında dünyada 60 yaş üstü 600 milyon kişi varken, 2025 yılında bunun iki katına çıkması, 2050 yılında ise 60 yaş üstü nüfusun 2 milyarı bulacağı tahmin edilmektedir¹. Türkiye'de de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. 2008 yılında %6.8 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının, 2050 yılında %17.6'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir².

Yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzaması istenilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Yaşlanan bir toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini sürdürme, sosyal ve ekonomik olarak önem taşımaktadır³. Yaşlanma, kronik hastalıklar, artan yeti yitimi ve başkalarına daha fazla bağımlılıkla ilişkili olduğundan, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yaşamın kalitesi de önem kazanmıştır⁴.

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak kullanılan bir terimdir⁵. Ayrıca, yaşam kalitesi kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak da tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini, "Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması" olarak tanımlamaktadır⁶.

Yaşlıların yaşam kalitesine yönelik yapılmış çalışmalara genel olarak bakıldığında, yaş^{7,8}, cinsiyet^{8,9}, eğitim durumu^{7,8}, kronik hastalıklar^{7,10}, ilaç kullanma durumu⁷, fiziksel yetersizlikler^{9,11}, fiziksel aktivite durumu^{11,12}, boş zaman aktiviteleri^{7,13}, sosyal güvence^{7,8}, ekonomik durum^{6,7,8,9,13} ve eşyle yaşama durumu^{8,9,13} gibi bazı özellikler yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Ayrıca ev ve aile ile

ilgili konular^{9,13,14}, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği^{9,14}, ağrılar^{9,14}, bilişsel bozukluklar^{9,14}, sigara ve alkol kullanımı^{15,16} yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenler olduğu ortaya konmuştur.

Hemşireliğin amacı yaşamın her döneminde bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Yaşlı bireylere sunulan hizmetlerin hedefi, yaşam kalitelerini korumak ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamaktır¹⁷. Hemşireler; yaşlının fiziksel bakımını yapabilmesine, yaşlının duygusal sorunları ile baş edebilmesine, kendi kendine yetebilmesine ve yetersizlikleri ile yaşayabilmesine, kendini değerli görmesine yardım eder¹⁸. Yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun dolayısı ile yaşam kalitelerinin artması için ruh sağlığını koruyacak ve yaşam kalitesini güçlendirecek sosyal destek kaynaklarının değerlendirilerek, bireylerin gereksinimlerinin ortaya konulması ve bu doğrultuda gerekli uygulamaların yerine getirilmesinde hemşire önemli bir rol oynar¹⁹.

Yaşam süresinin uzaması ve toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusunun artmasıyla, yaşlı nüfusun sağlık bakım gereksinimlerinin ve sorunlarının saptanarak buna yönelik çözüm üretilmesi gerekmektedir. Yaşlıların sağlığını geliştirme ve koruma için yapılacak her bir girişim dolayısıyla yaşlıların yaşam kalitesini etkileyecek ve daha iyi bir konuma ulaşmasını sağlayacaktır. Bu nedenle huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyini belirlenmesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği ile incelenmesini kapsayan bir çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli

Araştırma huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Ankara İli Belediye sınırları içerisinde bulunan, Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Ankara Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Keçiören Belediyesi'ne bağlı Keçiören Belediyesi Huzurevi'nde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma evrenini huzurevlerinde kalan yaşlılar oluşturmuştur. Örneklem ise 65 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen, iştme sorunu ve demansı olmayan 186 yaşlı birey alınmıştır. Ancak 50 yaşlı birey çalışmaya katılmak istememiş toplam 136 yaşlı birey ile görüşülerek çalışma tamamlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmada, yaşlıların ve huzurevlerinin özelliklerini tanımlamak amacıyla hazırlanan (soru kağıdı) yaşlı ve huzurevi özellikleri bilgi formu ile yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirmek için "WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği" veri toplama araçları

olarak kullanılmıştır. Her iki veri toplama aracı araştırmacı tarafından yaşlılarla yüz yüze görüşülerek toplanmış, toplanan veriler araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Bilgi formunda, yaş^{7,8}, cinsiyet^{8,13}, eğitim durumu^{7,8} meslek, hastalık durumu^{7,10}, sosyal güvencesi^{7,8}, ekonomik durumu^{8,9,10,20}, sigara kullanma durumu^{15,16}, çocuk sahibi olma durumu, çocuklarıyla görüşme durumu^{20,21}, huzurevinde kalma nedeni, huzurevinde kalma süresi²⁰, huzurevinde yaşlıya yönelik düzenlenen aktiviteler²², huzurevinde vakit geçirme şekli^{7,11,13,20}, huzurevi çalışanları ile ilişki durumu^{4,20,21}, huzurevi sakinleri ilişki durumu⁴ gibi bilgiler yer almaktadır. Tüm bu sorulara alınan yanıtlar yaşlıların subjektif görüşlerini içermektedir.

WHOQOL-OLD modülü, altı boyut içinde, cevapların beşli Likert ölçeği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Bu altı boyut “duyusal işlevler”, “özerklik”, “geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler”, “sosyal katılım”, “ölmek ve ölüm”, “yakınlık” başlığıyla yer almaktadır. **Duyusal fonksiyonlar**; görme, işitme, koku, tat alma ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, **Özerklik**; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, **Geçmiş, Bugün ve Geleceğe ait Aktiviteler**; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarılarından yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceler sorgulanmaktadır. **Sosyal Katılım**; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu, **Yakınlık**; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği, **Ölüm ve Ölmek**; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı araştırılmaktadır²³.

WHOQOL-OLD Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise 2004 yılında Eser ve diğerleri tarafından yapılmıştır²³. Chronbach Alfa değerleri, Duyusal işlevler 0.88, özerklik 0.68, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler 0.73, sosyal katılım 0.76, ölmek ve ölüm 0.75, yakınlık 0.82 olarak elde edilmiştir. Genel ölçek yapısı için ise alfa değeri 0.85 olarak elde edilmiştir²³.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS For Windows 11,5 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bilgilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda, yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu varsayılan değişkenlerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı kurumlardan resmi izin, yaşlı bireylerden yazılı onam ve Hacettepe Üniversitesi Tıbbi, Cerrahi ve ilaç Uygulamaları Yerel Etik Kurulu'ndan resmi izin alınmıştır.

Bulgular

Yaşlıların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında yaşlıların %52.2'sinin 75-84 yaş arasında, %50'sinin ise kadın olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların, %69.9'u dul, %14'ü boşanmış,

%13.2'sinin bekar olduğu; %33.8'nin okur yazar olmadığı, %15.4'nün lise ve üniversite düzeyinde eğitimi olduğu belirlenmiştir.

Yaşlıların %72.8'inin çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Çocuk sahibi olanların çocuklarıyla görüşme durumu değerlendirildiğinde ise yaşlıların %25'inin sık, %33.1'inin seyrek, %14.7'si hiç görüşmediğini belirttikleri saptanmıştır. Yaşlıların, Ankara'da yaşayan yakınları olup olmama durumuna bakıldığında ise %58.1'nin Ankara'da yaşayan yakını olduğu belirlenmiştir. Ankara'da yaşayan yakınları olan yaşlıların %14.7'si sık görüşürken, %33.1'i seyrek, %10.3'ü ise hiç görüşmediğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan yaşlıların sosyal aktivitelere katılma istekliliğine bakıldığında yaşlıların %30.9'u isteksiz, %28.7'si bazen istekli, %40.4'ü her zaman istekli olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların huzurevinde vakit geçirme aktivitelerine bakıldığında %27.9'u el işi yapma, kitap\gazete okuma, yürüyüş, radyo dinleme\TV izleme, ibadet yapma, kurum içinde sohbet etme\oturma\dolaşma aktivitelerinden bir ya da iki tanesini yaparken; %72.1'i üç tanesini ve daha fazlasını yaparak vakit geçirmektedir.

Tablo 1'de yaşlıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğinin temel alan puan ortalamaları dağılımı gösterilmiştir. Temel alanların puan ortalaması değerlendirildiğinde, duyuşal yetiler alanının 15.82±3.73 ile en yüksek ortalamaya sahip bölüm olduğu, ölüm ve ölmek alanının 11.63±3.49 ile en düşük ortalamaya sahip bölüm olduğu belirlenmiştir.

Huzurevinde yaşayan yaşlılara uygulanan WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan faktörler, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık maaşının olması, çocukları ile görüşme durumu, Ankara'da yaşayan yakınının olması, huzurevinde vakit geçirme aktiviteleri, huzurevinde aktivite düzenlenme durumu, aktivitelere katılma istekliliği, yaşlıların birbirleriyle ve kurum çalışanları ile ilişki durumu olarak bulunmuştur (Tablo 2 ve Tablo 3).

Tablolarda gösterilmemiş olup medeni durum, meslek, sosyal güvence, var olan hastalık ve sayısı, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, huzurevinde kalma süresi, huzurevinde kalma nedeni, huzurevi koşullarından memnun olma, huzurevine ulaşım durumu, huzurevinin güvenli olma ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada destek verme durumları ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 1. Yaşlıların WHOQOL-OLD temel alan puan ortalamaları dağılımı.

Alanlar	Minumum	Maximum	Standart	Ortalama Sapma
Duyuşal Yetiler	6.00	20.00	15.8235	3.73350
Özerklik	5.00	19.00	12.4926	2.86743
Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler	5.00	20.00	11.8088	3.34113
Sosyal katılım	4.00	20.00	12.3529	3.22612
Ölüm ve ölmek	4.00	19.00	11.6397	3.49957
Yakınlık	4.00	19.00	11.8824	3.23192
Toplam skor	33.00	113.00	76.1103	16.88816

Tablo 2. Yaşlıların WHOQOL-OLD temel alan puan ortalamalarının yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

	WHOQOL- OLD Temel Alanları						
	Duyusal Yetiler Ort ±SS	Özerklik Ort ±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort ±SS	Sosyal Katılım Ort ±SS	Ölüm ve Ölmek Ort ±SS	Yakınlık Ort ±SS	Toplam Skor Ort±SS
Yaş							
65-74 (n:48)	17.0±3.5	12.3±2.9	11.8±3.5	12.3±3.3	12.1±3.6	11.4±3.0	77.3±17.8
75-84 (n:71)	15.6±3.5	12.5±2.7	11.7±3.2	12.4±3.0	11.5±3.3	12.1±3.3	76.1±16.1
85-94 (n:17)	13.1±3.6	12.5±3.1	12.1±3.3	11.7±3.5	10.7±3.5	11.8±3.5	72,2±17.6
F	7.850	0.042	0.090	0.334	1.034	0.689	0.579
p	0.001	0.959	0.914	0.716	0.358	0.504	0.562
Cinsiyet							
Kadın (n:68)	15.3±3.9	11.9±2.8	11.4±3.4	12.1±3.2	11.0±3.5	12.0±3.2	74.1±17.4
Erkek (n:68)	16.3±3.5	13.0±2.7	12.1±3.2	12.5±3.2	12.1±3.3	11.6±3.2	78.0±16.2
t	-1.523	-2.341	-1.286	-0.743	-1.854	0.688	-1.339
p	0.130	0.021	0.201	0.459	0.066	0.492	0.183
Maaş Türü							
Emekli maaşı (n:96)	16.4±3.5	12.8±2.6	12.1±3.2	12.7±3.1	12.0±3.3	12.0±3.1	78.4±15.8
65 yaş aylığı (n:37)	14.4±3.6	11.5±3.2	11.0±3.6	11.4±3.3	10.6±3.7	11.7±3.1	70.5±18.2
t	2.833	2.454	1.717	2.011	2.011	0.526	2.460
p	0.005	0.015	0.888	0.046	0.046	0.600	0.015
Çocuk sahibi olma durumu							
Var (n:99)	15.8±3.6	12.5±2.7	11.6±3.2	12.1±3.2	11.5±3.4	11.6±3.2	75.6±16.3
Yok (n:37)	15.8±3.1	12.4±3.1	12.2±3.6	12.8±3.2	11.9±3.8	12.5±3.0	77.8±18.3
t	-0.031	0.199	-0.866	-1.064	-0.513	-1.401	-0.675
p	0.975	0.842	0.348	0.289	0.609	0.164	0.501
Çocukları ile görüşme durumu							
Sık görüşüyor (n:34)	16.3±3.1	12.9 ±2.5	12.7 ± 3.1	13.1 ± 3.1	12.5 ± 3.3	12.9 ± 3.1	80.9±15.6
Seyrek görüşüyor (n:45)	15.3±3.9	12.4 ±2.7	10.9 ±2.9	11.5 ±3.3	11.0 ±3.3	11.1 ±3.0	72.7±15.9
Görüşmüyor (n:20)	16.2±3.6	12.0 ±3.0	11.5 ±3.5	12.1 ± 2.8	11.0 ±3.7	10.6 ±3.2	73.0±16.9
F	0.889	0.745	3.464	2.405	2.262	4.252	2.854
p	0.414	0.477	0.035	0.096	0.110	0.017	0.633
Yakınının olma durumu							
Var (n:79)	16.4 ± 3.4	13.0 ± 2.7	12.2 ±3.2	12.7 ±3.0	12.1 ±3.4	12.0 ±3.4	78.7 ±16.1
Yok (n:57)	14.9 ±3.9	11.8 ± 2.9	11.2 ±3.3	11.8 ±3.3	10.9 ±3.5	11.6 ±3.0	72.6 ±17.3
t	2.385	2.398	1.867	1.719	2.141	0.698	2.122
p	0.018	0.018	0.064	0.088	0.034	0.487	0.036

Tablo 3. Yaşlıların WHOQOL-OLD temel alan puan ortalamalarının yaşlıların bazı özelliklerine göre dağılımı.

	WHOQOL- OLD Temel Alanları						
	Duyusal Yetiler Ort ±SS	Özerklik Ort ±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler Ort ±SS	Sosyal Katılım Ort ±SS	Ölüm ve Ölmek Ort ±SS	Yakınlık Ort ±SS	Toplam Skor Ort±SS
Huzurevinde vakit geçirme aktiviteleri*							
1-2 aktivite (n:98)	13.6±3.8	11.2±3.1	10.4±3.5	10.8±3.6	10.2±3.5	10.3±3.5	66.8±17.9
3 ve daha fazla aktivite (n:38)	16.6±3.3	12.9±2.6	12.3±3.1	12.9±2.8	12.1±3.3	12.4±3.1	79.6±15.0
t	-4.566	-3.146	-3.112	-3.476	-2.996	-3.680	-4.213
p	0.000	0.002	0.002	0.001	0.003	0.000	0.000
Huzurevinde aktivite düzenlenme durumu							
Düzenleniyor (n:93)	16.0±3.7	12.6±2.8	11.9±3.2	12.5±3.2	11.8±3.4	12.3±3.2	77.5±16.4
Düzenlenmiyor (n:43)	15.3±3.6	12.0±2.8	11.4±3.4	11.8±3.2	11.1±3.6	10.9±2.9	73.0±2.6
t	0.959	1.106	0.815	1.155	1.135	2.437	1.422
p	0.340	0.271	0.417	0.250	0.259	0.013	0.157
Aktivitelere katılma istekliliği							
İsteksiz(n:42)	14.6±3.7	11.4±3.1	10.2±3.1	10.7 ±3.0	10.0±3.1	10.4±3.3	67.5±15.8
Bazen istekli (n:39)	15.2±3.5	11.8±2.4	11.2±2.9	12.0±2.8	10.9±3.2	10.7±2.3	72.8±14.8
Her zaman istekli (n:55)	17.1±3.4	13.7±2.5	13.3±3.1	13.7±3.1	13.3±3.2	13.7±2.7	84.9±14.9
F	6.373	9.583	12.865	11.868	13.375	19.236	16.722
p	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Yaşlıların birbirleriyle olan ilişki durumu							
İyi (n:91)	16.1±3.5	13.0±2.6	12.2±3.3	12.6±3.1	12.0±3.4	12.7±3.0	79.0±16.2
İyi değil (n:45)	15.1±3.9	11.3±3.0	10.8±3.1	11.6±3.2	10.6±3.4	9.9±2.6	69.7±16.6
t	1.358	3.275	2.286	1.797	2.274	5.163	3.282
p	0.177	0.001	0.024	0.075	0.025	0.000	0.002
Yaşlıların huzurevi çalışanları ile olan ilişki durumu							
İyi (n:126)	15.9±3.6	12.6±2.8	11.9±3.3	12.5±3.2	11.7±3.5	12.0±3.2	77.0±16.7
İyi değil (n:10)	13.9±4.1	10.9±3.1	10.0±2.5	10.6±3.0	9.9±2.9	10.0±2.4	65.3±15.6
t	1.788	1.930	1.891	1.857	1.723	2.038	2.234
p	0.076	0.056	0.061	0.065	0.087	0.043	0.037

*El işi yapma, kitap\gazete okuma, yürüyüş, radyo dinleme\TV izleme, ibadet yapma, kurum içinde sohbet etme\oturma\dolaşma

Tartışma

Yaşlanma ile yaşam kalitesinin gözle görülür biçimde azalma potansiyeli taşıdığı bilinmektedir. Çalışmada yaş ile yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Araştırmaya 85-94 yaş arasındaki yaşlıların “duyusal yetiler” alan puan

ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha düşük puan aldığı görülmüştür ($p < 0.05$). Yaşın artması ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği yapılan çalışmalarda da ortaya konulmuştur^{15,16}.

Yaşlıların cinsiyet ile yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıkları görülmektedir. Sadece “özerklik” alan puan ortalamasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkeklerin kadınlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu pek çok araştırmada bildirilmiştir^{9,15,22,24,25,26}.

Yaşlıların aylık maaşı olması ile yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları arasında ilişki bulunmuştur. Aylık maaşı olmayan yaşlıların özerklik, duyuşsal yetiler alt alan puan ortalamaları ve toplam skor puan ortalamaları daha düşüktür ($p < 0.05$). Yapılan çalışmalarda da yeterli gelirin yaşam kalitesi ile güçlü bir ilişki olduğunu ortaya konmuştur^{20,27,28}.

Yaşlıların çocuk sahibi olma durumu ve yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında çocuk sahibi olan ve olmayan arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yaşlıların çocukları ile görüşme durumları ile yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde, çocukları ile sık görüşen yaşlıların geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler ve yakınlık alan puanları seyrek görüşen ve görüşmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşlıların Ankara’da yaşayan yakını olma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki bulunmuştur. Yakını olan yaşlıların duyuşsal yetiler, özerklik, ölüm ve ölmek alt alanları ve toplam skor puanları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Aile ile iyi ilişkisi olan yaşlıların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir^{20,21}.

Yaşlıların huzurevinde vakit geçirme aktiviteleri ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Vakit geçirme aktiviteleri bir ya da iki tane olan yaşlılar, üç ve daha fazla aktivite ile vakit geçiren yaşlılardan yaşam kalitesi alan puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Üç ya da daha fazla aktivite ile vakit geçiren yaşlılar duyuşsal yetiler, özerklik, geçmiş, bugün ve gelecek aktiviteleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık alt alan puan ortalamaları ve toplam skor ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Günlük yaşam aktivitelerinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur^{28,29}.

Yaşlıların huzurevinde diğer sakinlerle olan ilişkileri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, diğer sakinlerle ilişkilerinin iyi olduğunu belirten yaşlılar özerklik, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler, ölüm ve ölmek, yakınlık alt alanlarında ve toplam skor’da daha yüksek puan almışlardır ($p < 0.05$). Yazgan ve diğerleri, huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada sakinlerin birbirleri ile olan ilişkilerinin iyiliği doğru orantılı olarak yaşam kalitesinin tüm alanları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir³⁰.

Yaşlıların huzurevi çalışanları ile ilişkileri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışanlarla iyi ilişki olan yaşlıların yaşam kalitesi tüm alt alanları ve toplam skorda daha yüksek puana sahiptirler. Yakınlık, alt alanı ve toplam skor’da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Huzurevi çalışanları ile yaşlılar arasında iyi ilişkinin olması yaşlıların yaşam kalitesini olumlu etkilediği diğer çalışmalarda ortaya konmuştur^{20,21}.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; kurumda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük bulunması bu yaşlılara hizmet sunumunda yer alan tüm disiplinlerin ve özellikle hemşirelerin WHOQOL-OLD ölçeği ile yaşam kalitesini değerlendirmeleri ve yaşam kalitesini yükseltecek hizmetlerin planlayarak girişimlerde bulunması yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmede etkili olabilecektir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Older people and primary health care. 2007. URL: http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html. 10 Eylül 2009.
2. Türkiye Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlı ulusal eylem planı. 2007. URL: <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>. 10 Kasım 2009.
3. Koçoğlu GO, Bilir N. Yaşlanma 2002: Uluslararası eylem planı. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara. 2002, 3-18.
4. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. URL: www.gebam.hacettepe.edu.tr. 10 Şubat 2010.
5. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006; 5:1-5.
6. World Health Organization Quality of Life Group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF Quality of Life Assessment. Psychological Medicine. 1998; 28 (3): 551-558.
7. Akal Ç. Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. 2005. URL: <http://tez2.yok.gov.tr/>. 12 Eylül 2010.
8. Çalışır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(1), 30-33.
9. Ceremnyh J. Focus group discussions with older adults and carers for development of pilot WHOQOL-OLD measure. Acta Medica Lutianica 2003; 10 (3),152-158.
10. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk Journal Medical Science 2003; 33, 335-340.
11. Luleci E, Hey W, Subaşı F. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008; 46, 57-66.
12. Birtane M, Tuna H., Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2000; 3, 141-145.
13. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev Saúde Pública 2009; 43(4), 613-21.
14. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(3), 162-165.
15. Kaya M. ve diğ. Ankara’da Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2008; 11(1),12-17.
16. Özyurt B, Eser B, Çoban G, Akdemir SF, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2007; 10(3), 117-123.
17. Lee WT, Ko S, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly In Korea: A Cross-Sectional Survey. International Journal of Nursing Studies, 2006; 43, 293-300.

18. Movad L. Correlates of quality of life in older adult veterans. *Western Journal of Nursing Research* 2004; 26(3). 293-306.
19. Demir F. Yaşlılık ve geriatri hemşireliği: Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 4(1),48-51.
20. Tseng ZS, Wang RH. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing* 2001;18(5), 304-311.
21. Hjaltadottir I, Gustafsdottir M. Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scand J Caring Science* 2007; 21, 48–55.
22. Hsu HC. Gender differences in health-related quality of life among the elderly in Taiwan. *Asian Journal of Health and Information Sciences* 2007; 1(4), 366-376.
23. Eser S, Saatlı G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü Whoqol-old: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 21(1), 37-48.
24. Drageset J, Natving G K, Eide GE, Clipp EC, Bondevik M, Nortvedt MW, Nygaard HA. Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal Of Clinical Nursing* 2008; 17, 1227–1236.
25. Kirchengast S, Haslinger B. Gender differences in health related quality of life among healthy aged and old aged austrians: cross sectional analysis. *Gender Medicine* 2008; 5(3), 270-278.
26. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmutiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osman Gazi Tıp Dergisi* 2006; 28(2),81-89.
27. Knesebeck OD, Wahrendorf M., Hyde M, Siegrist J. Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries : results of the share study. *Ageing & Society* 2007; 27, 269–284.
28. Paskulin GL, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal Nursing Research* 2007; 29(1), 10-29.
29. Low G, Molzahn AE. Predictors of quality of life in old age:a cross-validation study. *Research in Nursing & Health* 2007; 30, 141–150.
30. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K.(2006). Huzurevinde Kalan Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi* 2006; 9(3), 143-149.

Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi

Chemotherapy Induced Alopecia and Quality of Life

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 67-80

Sebahat ATEŞ*, Nermin OLGUN**

* Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

** Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Geliş Tarihi: 15 Nisan 2013

Kabul Tarihi: 20 Mayıs 2013

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan alopesinin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntemler: Tanımlayıcı ve ilişkisel bir çalışmadır. Eylül 2007-Ağustos 2009 tarihleri arasında onkoloji servisi ve kemoterapi ünitelerine başvuran 182 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmada Genel Bilgi Formu ve Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ) kullanılarak veriler elde edilmiştir.

Bulgular: Erkek hastaların İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu puanlarının, kadın hastaların puanlarından ($t=3.439$; $p<0.001$), çalışan hastaların pozitif düşünceler boyutu puanlarının, çalışmayan hastaların puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür ($t=2.300$; $p<0.05$). Saç dökülmesinin şiddeti arttıkça hastaların ölçekten aldıkları puanların düştüğü ($F:3.288$; $p<0.04$), ilave hastalığı olanların üçüncü alt boyut puanlarının daha düşük olduğu ($t=2.099$; $p<0.05$) ve sağlıklarını kötü olarak değerlendirenlerin ölçeğin genel ($F:3.870$; $p<0.05$) ve birinci alt boyut puanlarının ($F:6.37$; $p<0.002$) düşük olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda; cinsiyet, çalışma durumu, alopesi şiddeti, ilave hastalık ve genel sağlık algısı özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, kemoterapiye bağlı alopesi, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: This study aims were to measure the effects of chemotherapy induced alopecia to the patients' quality of life and to determine the factors which effects quality of life.

Methods: This study was cross-sectional and descriptive. 182 patients admitted to the oncology service and chemotherapy units were included in the study. Data were collected with informations form and Chemotherapy Induced Alopecia Quality of Life Scale (KBAYKO).

Results: It was observed that the men's scores of positive inwardness reflection dimension inventory were higher than women's scores of the same inventory; the scores of positive thinking dimension inventory of the working participants were higher than not-working participants scores of the same inventory. It was determined that ever the severity of alopecia was increasing; the scores of the inventory were more decreasing. The scores of third dimension has been found more lower by the participant who has secondary illness and the scores of common and primer dimensions of the inventory has been found lower by the participant who evaluated their health status not good.

Conclusion: It was determined that the quality of life scores show discrepancies according to the gender, employment status, the the severity of alopecia, additional disease, and general health perception.

Key Words: *Chemotherapy, chemotherapy induced alopecia, quality of life, nursing*

Giriş

Kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir¹. Kemoterapi terimi ilk olarak 1900'lerin başında enfeksiyon hastalıklarının tedavisi için ilaçlar geliştiren ünlü Alman Kimyacı Paul Ehrlich tarafından kullanılmıştır. Paul Ehrlich hastalıkların tedavisinde kullanılan kimyasalları kemoterapi olarak adlandırmıştır. Kemoterapinin başlangıç dönemi 1940'lı yıllara dayanmaktadır. II. Dünya savaşı sırasında İtalya'nın Bari Limanında bombalanmış bir gemiden mustard gazı dökülmüş ve bu gaza maruz kalanların hem kemik iliği hem de lenf nodlarında hasar meydana geldiği saptanmıştır. Daha sonra ise bu gaz akut lösemilerin tedavisinde kullanılmış ve folik asit antimetabolitinin (5FU) antitümör aktiviteye sahip olduğu saptanmıştır. 1950'lerde tekli ilaç tedavisi olarak kullanılırken 1960'larda kombine kemoterapi kullanılıp geliştirilmiştir. Bugün kemoterapi birçok solid tümörün tedavisinde kullanılmakta ve lösemiler ve bazı lenfomalar için primer tedavi olarak kabul görmektedir².

Bu tedavi yöntemi ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Ancak kullanılan yöntemle ilgili olarak tedavi ile ilgili zorluklar ve toksik etkiler de söz konusudur. Kemoterapi uygulaması sırasında kontrol altına alınmak ya da yok edilmek istenen kanser hücrelerinin yanı sıra sağlıklı hücrelerin de etkilenmesinden dolayı birçok yan etki ortaya çıkmaktadır. Örneğin, kemik iliği baskılanması kemoterapinin en önemli yan etkilerinden biridir ve bunun yol açtığı lökopeni, trombositopeni ve anemi hasta için rahatsızlık verici durumlardır. Ayrıca ağrı, yorgunluk, alopesi, bulantı ve kusma, uyku bozuklukları, mukozit, konstipasyon, depresyon ve anksiyete gibi istenmeyen semptomlar da ortaya çıkabilmektedir³⁻¹¹.

Bu rahatsızlıklar sonucu gelişen duygusal problemler kemoterapinin diğer yan etkileridir. Tedavinin yan etkileri ile birlikte, kanserin de neden olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar; anksiyete, depresyon, ağrı, seksüel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşarlar, olağan uyum mekanizmaları sarsılır, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulur dolayısıyla hastaların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenir^{4,12-14}.

Kemoterapiye bağlı pek çok yan etkinin tedavisindeki ilerlemelere rağmen alopesi çözümlenmesi güç bir konu olarak kalmıştır. Alopesi anksiyete, depresyon, negatif

beden imajı, düşük benlik saygısı ve azalmış iyilik hali ile sonuçlanabilmektedir. Hastalar alopesi korkusundan dolayı tedaviyi reddedebilmektedirler. Bu nedenle alopesinin çözümlenmesinde etkin yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir^{15,16}.

Kemoterapiye bağlı saç dökümlerinde, saç folikülü anagen fazdaki duraksamaya bağlı hasara uğrar. Bir doz kemoterapi ajanı verildiğinde ilacın bir kısmını saç tomurcukları absorbe eder. Bu durum hücrel bölünme ve protein sentezini baskılar veya tamamen durdurur. Eğer hücrel aktivite tamamen durursa saç erken dönemde telogen (dinlenme) safhaya girer. Saç gövdesinde daralma ve saçlarda zayıflama ortaya çıkar. Bu yapısal anormallikler saçların yıkanması ve fırçalanması gibi normal aktiviteler esnasında saçların kendiliğinden kopmasına neden olur¹⁷⁻²⁰.

Saç dökülmesine neden olan kemoterapötikler özellikle antimetabolitler, alkilleyici ajanlar ve antimitotiklerdir. Bu tedavileri izleyen ilk 4 haftada diffüz saç kaybı olur. Kıllar çok incelmış olup, kolayca kırılırlar. Tedavi aralıklarının açılması veya tedavinin kesilmesiyle kıl folikülü normal aktivitesine kavuşur. Saçın kalıcı olarak haraplanması söz konusu değildir.²¹

Saç kaybına neden olan kanser ilaçları Tablo 1’de gösterilmiştir²².

Pek çok sitotoksik ajan alopesiye neden olmaktadır. Alopesinin derecesi ve etkisi sitotoksik ajanın dozu, yarılanma ömrü, tek veya başka bir ajanla kombine verilmesi gibi pek çok sebeple farklılık gösterebilmektedir. Bazı sitotoksiklerin kombine verilmesinin önemli ölçüde saç kaybı meydana getirdiği bildirilmektedir¹⁶.

Kemoterapi alan hastalarda saç kaybının önlenmesine yönelik 1960’lı yıllardan bu yana onkologlar ve onkoloji hemşireleri pek çok strateji geliştirmişlerdir. Kafa derisine turnike uygulamak, folik asit kullanımı, özel saç bakımı, özel araçlar, immün modülatörlerin yüksek doz α -Tocopherol (Vitamin E) ve Vit D3 analoglarının kullanımı gibi yöntemler geliştirilmiştir.^{32,33} Bununla birlikte kafa derisine soğuk uygulama yapmanın alopesiyi önleyebileceği belirtilmektedir^{23,24}.

Kemoterapi alan hastalarda saç kaybının genellikle geçici olduğu, 4-6 hafta içinde saçların tekrar büyüdüğü ifade edilmektedir. Bununla birlikte sorun geçici olmasına rağmen hastaların yaşamını olumsuz etkilemesi nedeniyle alopesi yönetiminin önemli olduğu vurgulanmaktadır²⁵⁻²⁷.

İrmak ve arkadaşları (2008)²⁸ kemoterapi alan birçok hasta için en büyük üzüntü kaynağının saç kaybı olduğunu, tedaviden sonra saçlar yeniden çıkıyorsa da, geçici bir saç kaybı bile

Tablo 1. Alopesiye Neden Olan Kanser İlaçları

Şiddetli Alopesi Cyclophosphamide (Cytoxan), Daunorubicin (Cerubidine), Doxorubicin (Adriamycin), Vinblastine (Velban), Vincristine (Oncovin)
Orta Dereceli Alopesi Busulfan (Myleran), Etoposide (Vp-16), Flouxuridine (Fudr), Methotreafe (Folex), Mitomycin (Mitamycin)
Hafif Alopesi Bleomycin (Blenoxane), Carmustine, Fluorouracil (5-Fu), Hydroxurea (Hydrea), Melphalan (Alkeran)

hastalar için büyük bir travma etkisi oluşturduğunu rapor etmektedirler. MacDonald (2007) ise hastaların zihinsel olarak ne kadar hazır olsalar da taraklara gelen ve yastıklara dökülen saç demetlerinden dolayı şok yaşadıklarını, bu nedenle, saç dökülmesi bekleniyorsa hastaya önceden bir peruk almasının önerilmesi gerektiğini belirtmektedir²⁹.

Hastalara saç dökülmeleri ile ilgili yardım için yeterli bilgilendirme ve uygun destek sağlanması gerekir. Destek gruplarının kemoterapi yan etkilerinin azaltılmasında önemli rol oynadığı belirtilmektedir³⁰. Son yıllarda dünyada gittikçe artan bir oranda kendine yardım grupları oluşturma çalışmalarının sürdürüldüğü; ülkemizde bu tür organizasyonlar olmadığı gibi hastaların diğer hastalardan büyük bir oranda “hiç” destek almadıkları ve ortak yaşantılar geçiren bireylerin birbirlerine daha kolay destek olacağı düşünüldüğünde bunun önemli bir eksiklik olduğu vurgulanmaktadır³¹.

Hemşirelerin kemoterapi alan hastalarda saç kaybı riskinin ve saçın kişi için ne ifade ettiğinin farkında olmaları önemlidir. Hasta, ailesi ve arkadaşları üzerindeki olası etkileri değerlendirerek hastaların saç dökülmesi konusundaki hazırlığına yardımcı olmalıdırlar. Hemşirenin saç kaybının beden imajı üzerindeki olumsuz etkilerini incelemesi gerekir. Sonuç olarak hemşirelerin bilgi vererek ve özbakım stratejilerini öğreterek saç kaybını en aza indirmesi, saç kaybı sorunu ile hastaların daha iyi baş etmelerini sağlamaları gerekmektedir. Bu çalışma, kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan alopesinin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu Yakası'ndaki onkoloji servisi ve kemoterapi ünitesi bulunan üç hastaneye başvuran hastalar oluştururken; örneklemini de bu hastanelerde tedavi gören 182 hasta oluşturmuştur. Tanımlayıcı - ilişkisel tipteki bu çalışma Eylül 2007 –Ağustos 2009 tarihleri arasında yürütülmüş ve araştırmaya katılmayı kabul eden, kanser tanısı almış olan, kemoterapi tedavisinin ilk kürünü görüşmeden 3 hafta önce almış ve ilk kür kemoterapi sonrası saç dökülmesi yaşıyor olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma Soruları:

- Sosyo-demografik özelliklere göre kemoterapi nedenli alopesi yaşayan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
- Sağlık/hastalık ile ilgili değişkenlere göre kemoterapi nedenli alopesi yaşayan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Veri Toplama Araçları

Veriler “Genel Bilgi Formu” ve “Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ)” kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırmada kullanılan *Genel Bilgi Formu* güncel literatür bilgilerinden yararlanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Genel Bilgi Formunda, yaş, cinsiyet, medeni

durum, eğitim, meslek, birlikte yaşanan kişiler, ekonomik durum ve sosyal güvenceyi içeren *sosyodemografik durumla ilgili sorular*; tanı, hastalık süresi, kullanılan kemoterapi ilaçları, kür sayısı ve kür sıklığını, alopesi yaşama durumu, alopesi ile ilgili bilgilendirilme durumu, alopesi ile ilgili daha önceki deneyim ve peruk kullanımını içeren *hastalık ve tedavi ile ilgili sorular* yer almaktadır.

Akbal Ateş ve Olgun (2011) tarafından geliştirilen *Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ)*, beşli likert tipinde hazırlanmış 19 soruluk bir ölçektir. Ölçek; hastanın yaşamında (boş zaman aktiviteleri, iletişim kurma, arkadaş ilişkileri gibi) alopesinin olumsuz etkilerine ilişkin ifadelerin yer aldığı “Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu” (9-45 puan), alopesinin hastanın iç dünyasındaki olumsuz etkilerine (üzüntü, moral bozukluğu, kızgınlık gibi) ilişkin ifadelerin yer aldığı “İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu” (6-30 puan), tersinden puanlanan ve olumlu ifadelerin (kendimden memnunum, saçlarımın dökülmesi hayattaki amaçlarımı gerçekleştirmedi engelleyiyor gibi) yer aldığı “Pozitif Düşünceler Boyutu” (4-20 puan) olmak üzere toplam üç alt boyuttan oluşmaktadır. Kesinlikle katılıyorum 1, katılıyorum 2, kararsızım 3, katılmıyorum 4 ve kesinlikle katılmıyorum 5 şeklinde puanlanmaktadır. 2, 15, 16, 17. maddeler ise tersinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar hastaların yaşam kalitesindeki bozulmayı işaret etmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 95, en düşük puan 19’dur. KBAYKÖ’nin Cronbach alfa katsayısı 0.88’dir⁵⁵.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde; karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde t test ve tek yönlü anova varyans analizi kullanılmış; anlamlı çıkan gruplardaki farklılığın belirlenmesi için Scheffe testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma bilimsel ilkeler ve evrensel etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce ilgili hastanelerden gerekli izinler, Marmara Üniversitesi Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı ve hastaların yazılı onamları alınmıştır

Bulgular

Hastaların %77.5’ini kadınlar, %31.9’unu 51-60 yaş arasında olanlar ve %33’ünü lise mezunları oluşturmaktadır. Dağılımda en yüksek yüzdeyi %74.2 ile evli hastalar, %40.7 ile ev hanımları ve %81.9’la çalışmayan hastalar almışlardır. %98.4’ünün sosyal güvencesi olduğu, %47.3’ünün eş ve çocuklarla birlikte yaşarken %3.3’ünün tek başına yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların %46.7’sinin meme kanseri olduğu, %53.8’inin hastalık süresinin 0-6 ay arasında olduğu, %32.4’nün CEF (Siklofosamid, Epirubicin, 5-Fluorouracil) protokolü aldığı, %70.3’ünün kemoterapi ilaç/ilaçlarının bir ile beşinci kürünü almış oldukları, %58.8’inin toplam aldıkları kemoterapi kür sayısının 21-30 arası olduğu saptanmıştır. Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hastalar saç dökülme düzeylerini; %70.9’u gözle görülebilir, %21.4’ü hafif gözle belli belirsiz görülebilir, %7.7’si gözle

görülemeyecek kadar az olarak belirtmişlerdir. Hastaların %90.7'si kemoterapiye bağlı saç dökülmesi ile ilgili olarak bilgi verildi derken, %9.3'ü verilmediğini ve sadece %6.6'sı hemşire tarafından bilgilendirildiğini ifade etmişlerdir. Hastaların %65.9'u ilave hastalığı olmadığını, %29.7'si aynı hastalık nedeniyle ailede tedavi görenlerin olduğunu, %82.9'u saç dökülmesi nedeniyle peruk, başörtü gibi yardımcı bir araç kullandığını belirtmişlerdir.

Karşılaştırma işlemlerine geçmeden önce KBAYKÖ puanlarının normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için "Kolmogorov-Smirnov Testi" tekniği uygulanmış ($p=0.351$) ve KBAYKÖ puanları normal dağılım özelliği sergilediğinden dolayı yapılan tüm istatistiksel işlemlerde parametrik teknikler kullanılmıştır.

Tablo 2' de görüldüğü gibi hastaların Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutundan aldıkları ortalama puan 34.57 ± 6.75 , İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutundan aldıkları ortalama puan 19.47 ± 4.85 ve Pozitif Düşünceler Boyutundan aldıkları ortalama puan ise 15.09 ± 3.29 'du. Araştırmaya katılan hastaların %6.5'i genel ortalamanın altında puan alırken; %93.5'nin genel ortalamanın üstünde puan aldıkları saptanmıştır.

Tablo 2. KBAYKÖ Betimsel İstatistik Sonuçları

KBAYKÖ	$\bar{X} \pm SS$	Minimum puan	Maximum puan
Genel Puan	69.15±12.00	36.00	95.00
Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu	34.57±6.75	14.00	45.00
İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu	19.47±4.85	8.00	30.00
Pozitif Düşünceler Boyutu	15.09±3.29	4.00	20.00

Tablo 3'de görüldüğü gibi cinsiyet değişkenine ilişkin olarak yapılan bağımsız grup t-testi sonucunda erkek hastaların KBAYKÖ puanlarının, kadın hastaların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t=-2.225$; $p<0.02$). Erkek hastaların KBAYKÖ ikinci alt boyut puanlarının, kadın hastaların ikinci alt boyut puanlarından 0.001 düzeyinde daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t=3.439$; $p<0.001$). Çalışan hastaların KBAYKÖ puanlarının, çalışmayan hastaların puanlarından daha yüksek ($t=-2.271$; $p<0.05$), kemoterapi alan hastaların tedavi sırasında yakınları ile birlikte gelmeyen hastaların Pozitif Düşünceler boyut puanlarının, tedavi sırasında yakınları ile birlikte gelen hastaların Pozitif Düşünceler boyut puanlarından daha yüksek olduğu ($t=-2.447$; $p<0.05$) belirlenirken, hastaların eğitim durumları, yaş, medeni durum, ekonomik durum, birlikte yaşama durumu ($F=12.046$; $p>0.05$) ve sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4'de görüldüğü gibi kemoterapi alan hastaların saçlarının dökülme durumuna göre KBAYKÖ İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($F=5.549$; $p<0.004$). İlave hastalığı olan ve olmayanların KBAYKÖ Pozitif Düşünceler Boyut puanları arasında ve hastaların kendi sağlık durumlarını algılama durumuna göre almış oldukları KBAYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kaliteleri

Sosyodemografik Özellikler	KBAYKÖ			
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Pozitif Düşünceler Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet Kadın Erkek	68.09±11.98 72.78±11.51 t=2.225 p<0.02*	34.27±6.75 35.60±6.74 t=1.113 p>0.05	18.82±0.41 21.70±0.64 t=3.439 p<0.001**	14.98±3.35 15.46±3.09 t=0.817 p>0.05
Yaş 18-30 yaş arası 31-40 yaş arası 41-50 yaş arası 51-60 yaş arası 61-70 yaş arası 71-80 yaş arası	69.67±9.26 69.03±12.44 68.39±11.99 71.02±13.05 67.93±10.27 53.67±7.57 F:0.767 p>0.05	36.00±5.24 34.40±7.62 34.02±6.77 35.29±6.87 34.18±6.10 26.00±6.00 F:0.600 p>0.05	19.00±4.40 19.30±5.10 18.86±5.05 20.50±4.91 19.29±4.44 15.33±0.57 F:0.496 p>0.05	14.66±3.32 15.33±3.05 15.50±2.87 15.22±3.66 14.44±3.40 12.33±3.21 F:1.334 p>0.05
Eğitim Durumu İlkokul Ortaokul Lise Üniversite *Lisansüstü mezunu olan 1 kişi üniversite grubuna dahil edilmiştir.	67.33±9.28 66.23±11.80 70.23±12.60 70.88±13.48 F:1.336 p>0.05	34.34±4.90 33.099±8.14 34.61±7.35 35.39±6.97 F:0.618 p>0.05	18.40±4.81 18.31±3.78 20.11±4.96 20.25±5.01 F:2.027 p>0.05	14.57±2.90 14.81±2.87 15.50±3.41 15.23±3.66 F:0.795 p>0.05
Medeni Durum Evli Bekar Boşanmış	68.95±11.59 69.06±11.71 70.14±14.27 F:0.117 p>0.05	34.45±6.53 35.00±6.93 34.86±7.82 F:0.081 p>0.05	19.18±4.86 19.88±4.25 20.58±5.12 F:1.067 p>0.05	15.30±3.02 14.16±3.97 14.68±3.96 F:1.208 p>0.05
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	73.39±12.55 68.21±11.72 t=-2.271 p<0.02*	36.33±6.92 34.18±6.67 t=1.659 p>0.05	20.78±5.26 19.18±4.72 t=1.72 p>0.05	16.27±2.49 14.83±3.39 t=2.300 p<0.02*
Ekonomik Durum İyi Orta	69.44±13.01 69.06±11.74 t=-0.176 p>0.05	34.53±7.72 34.58±6.47 t=-0.043 p>0.05	19.41±5.00 19.49±4.82 t=0.095 p>0.05	15.48±3.23 14.97±3.31 t=0.871 p>0.05
Sosyal Güvence Durumu Sosyal güvencem var Sosyal güvencem yok	69.18±12.06 67.33±10.02 t=0.263 p>0.05	34.62±6.74 31.66±8.38 t=0.751 p>0.05	19.47±4.87 19.66±4.50 t=0.068 p>0.05	15.07±3.31 16.00±1.00 t=0.480 p>0.05

Tablo 3. Devamı...

Sosyodemografik Özellikler	KBAYKÖ			
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Pozitif Düşünceler Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Yakını İle Tedaviye Gelme Durumu				
Evet	67.51±13.73	34.46±7.67	18.91±5.44	14.12±3.90
Hayır	69.75±11.30	34.61±6.41	19.68±4.62	15.45±2.97
	t=1.11 p>0.05	t=0.130 p>0.05	t=0.944 p>0.05	t=2.447 p<0.02*

Tartışma

Yapılan çalışmalarla kemoterapiye bağlı alopesinin hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, hastaların sosyal ve emosyonel durumlarının etkilendiği ve utanma duygusunun artmasına bağlı özgüvenin azaldığı ortaya konmuştur. Alopesinin anksiyete, depresyon, olumsuz beden imajı, düşük benlik saygısı ve azalmış iyilik hali ile sonuçlanabildiği rapor edilmektedir.^{15,16, 25- 27,30,32,34-39}

Çalışmamızda kadın hastaların KBAYKÖ puanları ile erkek hastaların KBAYKÖ Genel Yaşama Yansımaları ve Pozitif Düşünceler boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte; kadın hastaların KBAYKÖ genel puanları ve İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları boyut puanları erkek hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bu sonuç doğrultusunda kadın hastaların erkek hastalara oranla saç dökülmesi bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir (Tablo 3). Kadınlar için saçın, estetik kimlik, cazibe ve çekiciliğin önemli bir parçası olduğu dikkate alındığında bunun beklendiği bir sonuç olduğu söylenebilir.

Dubey ve arkadaşlarının (2005) ileri evre küçük hücre dışı akciğer kanseri olan hastalarla yapmış oldukları çalışmanın sonuçları bu araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Kadınların erkeklere oranla daha fazla alopesi kaygısı yaşadığı ve %11'inin alopesiyi dikkate alarak kemoterapi seçimi yaparken; erkeklerin sadece %4'ünün alopesiyi düşünerek kemoterapi seçimi yaptıkları bildirilmiştir.⁴⁰ Khoo ve arkadaşlarının (1993) Görsel Analog Skala kullanarak yapmış oldukları çalışmada kemoterapi alan kadın hastalar (X=4.6) ve erkek hastaların (X=3.0) alopesi şiddetine ilişkin vermiş oldukları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.008).⁴¹ Carelle ve arkadaşları (2002) kadınların erkeklere oranla kusmadan daha fazla saç kaybından rahatsız olduğunu rapor etmektedir.⁴² Hilton ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada ise saç kaybına bağlı reaksiyonların ve kaygıların kadın ve erkeklerde aynı olduğu saptanmıştır.⁴³

Bu çalışmada hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ genel ve tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte 71-80 yaş arasındakilerin KBAYKÖ genel ve tüm alt boyut puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Carelle ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu çalışmada; hastaların yaşlarına göre yaşadıkları kemoterapi yan

Tablo 4. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sağlık/Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine göre KBAYKÖ Puanları

Sağlık/Hastalık Durumlarına İlişkin Özellikler	KBAYKÖ			
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Pozitif Düşünceler Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Hastalık Süresi				
0-6 ay arası	69.07±12.88	34.52±7.10	19.54±4.97	15.01±3.54
7 ay ile 1 yıl arası	68.91±11.01	34.23±6.98	19.89±4.34	14.78±3.12
1 + yıl ile 2 yıl arası	69.00±10.68	34.06±5.36	18.40±4.68	16.53±2.97
2+ yıl ile 3 yıl arası	74.57±11.52	38.00±4.20	20.14±5.66	16.42±2.29
3+ yıl üzeri	68.00±11.35	34.93±6.06	18.53±5.70	14.53±2.44
	F: 0.052 p>0.05	F: 0.353 p>0.05	F: 0.421 p>0.05	F: 1.115 p>0.05
Toplam Alınan Kür Sayısı				
1-10 arası uygulama	65.67±13.00	32.58±7.73	18.38±5.08	14.69±3.54
11-20 arası uygulama	70.03±12.85	34.41±7.86	20.41±4.71	15.20±2.99
21-30 arası ve üstü	70.12±11.23	35.33±5.87	19.57±4.78	15.20±3.31
	F: 2.114 p>0.05	F: 2.430 p>0.05	F:1.653 p>0.05	F: 0.366 p>0.05
Saçların Dökülme Durumu				
Gözle açık görülebilir	68.03±12.13	34.13±6.73	18.96±4.89	14.93±3.40
Hafif gözle belli belirsiz görülebilir	70.28±12.14	35.07±7.13	19.79±4.46	15.41±3.29
Gözle görülemez	76.29±7.53	37.28±5.39	23.35±3.83	15.64±2.09
	F: 3.288 p<0.04*	F: 1.521 p>0.05	F:5.549 p<0.004**	F: 0.516 p>0.05
Saç Dökülmesine İlişkin Bilgi Verilme Durumu				
Evet	69.40±12.12	34.76±6.77	19.58±4.89	15.04±3.28
Hayır	66.71±10.84	32.70±6.49	18.41±4.40	15.58±3.41
	t=0.880 p>0.05	t=1.201 p>0.05	t=0.951 p>0.05	t=0.650 p>0.05
İlave Hastalık Durumu				
Var	67.02±12.35	33.91±6.99	18.70±5.03	14.38±3.54
Yok	70.25±11.72	34.91±6.63	19.87±4.72	15.45±3.10
	t=1.732 p>0.05	t=0.944 p>0.05	t=1.541 p>0.05	t=2.099 p<0.05*
Hastalığın Ailede Olup Olmaması Durumu				
Evet	67.20±13.03	33.96±7.14	18.62±5.38	14.61±3.34
Hayır	69.97±11.50	34.83±6.59	19.83±4.58	15.29±3.26
	t=1.423 p>0.05	t=0.796 p>0.05	t=1.53 p>0.05	t=1.28 p>0.05
Sağlıklarını Algılama Durumları				
İyi	71.18±11.52	36.00±6.03	19.94±5.07	15.23±3.16
Orta	67.28±11.84	33.30±6.91	18.98±4.52	14.98±3.51
Kötü	62.00±15.18	29.25±9.25	18.37±5.15	14.37±2.87
	F: 3.870 p<0.05*	F: 6.37 p<0.002**	F: 1.05 p>0.05	F: 0.318 p>0.05

Tablo 4. Devamı...

Sağlık/Hastalık Durumlarına İlişkin Özellikler	KBAYKÖ			
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Pozitif Düşünceler Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Yardımcı Araç (Peruk, Başörtü... vb) Kullanımı				
Evet	68.33±11.52	34.56±6.27	28.69±4.83	15.07±3.35
Hayır	66.88±14.20	32.87±8.72	19.37±5.02	14.62±3.43
	t=0.542 p>0.05	t=1.117 p>0.05	t=0.626 p>0.05	t=0.599 p>0.05

etkilerini şiddetine göre sıraladıklarında; 45 yaş altındakilerin saç kaybını dokuzuncu sırada işaret ederken, 45-60 yaş arası olanlar ikinci sırada ve 60 yaş üzerinde olan hastalar birinci sırada olduğunu belirtmişlerdir.⁴²

Çalışmada hastaların eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum ve sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Bu araştırmada çalışan hastaların ortalaması 73.39, çalışmayan hastaların ortalaması ise 68.21'dir. KBAYKÖ genel puanlarının ve pozitif düşünceler boyut puanlarının, çalışmayan hastaların puanlarından daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t=-2.271$; $p<0.05$, $t=2.300$; $p<0.05$). Bazı çalışmalarda da benzer şekilde aktif olarak çalışan hastaların yaşam kalitelerinin çalışmayanlara oranla daha iyi olduğu rapor edilmektedir⁴⁴.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler ve yalnız yaşama durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($X^2=12.046$; $p>0.05$); ilginç olarak tedavi esnasında yakını ile birlikte olan hastaların olmayan hastalara göre Pozitif Düşünceler alt boyut puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($t=-2.447$; $p<0.015$). Tedaviye yakını ile gelen hastaların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu söylenebilir ve bu fark bağımlılık durumu ile açıklanabilir.

Ailesel destek gören kanser hastalarının destek almayan hastalara oranla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol ve bedensel ağrı alanlarından daha yüksek puanlar aldıkları bildirilmektedir⁴⁵ Yeşilbalkan ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada yalnız yaşayanların eş, çocuk veya bakıcı ile yaşanlara göre WHOQOL BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır⁴⁶.

Hastaların saç dökülmesi durumuna göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında; kemoterapi alan hastaların saçlarının dökülme durumuna göre KBAYKÖ genel puan ve İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($F=5.549$; $p<0.004$). Saç dökülmesi düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

Schmidt ve arkadaşlarının (2001) diffüz alopesili hastalarla yapmış oldukları çalışmada saç dökülmesi gözle açıkça görülebilen hastaların görülemeyen hastalara göre yaşam

kalitesi düzeylerinin düşük olduğunu saptamışlardır. Hairdex ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada ölçeğin alt boyutları olan fonksiyonel, emosyonel, özgüven ve stigma boyutlarında saç dökülmesi gözle açıkça görülebilen hastalarla görülemeyen hastaların puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır²⁶. Alopesi düzeyindeki artışın psikolojik kaygı düzeyini de artırdığı rapor edilmektedir⁴⁷. Bir başka çalışmada ise alopesi derecesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamadığı belirtilmiştir⁴⁸.

Bu çalışmada ilave hastalığı olanların KBAYKÖ genel ve alt boyutlarından aldıkları puanların olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenirken; benzer şekilde diyabet ve artrit gibi ilave sağlık sorunu olan kanser hastalarının olmayanlara göre yaşam kalitelerinin ($r=0.19$; $p < 0.05$) daha kötü olduğu rapor edilmektedir⁴⁹. Kızılcı (1999) başka sağlık sorunu olan kanser hastalarının genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirtmektedir¹². Yaşam kalitesi alt boyutları ile kronik hastalık olma durumunun değerlendirildiği bir başka çalışmada da benzer şekilde kronik hastalığı olan bireylerin hem bedensel hem de ruhsal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir⁴⁶.

Çalışmada alınan kür sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte kür sayısı arttıkça KBAYKÖ puanlarında sayısal olarak artma gözlenmiştir, alınan kür sayısı arttıkça, tedaviye uyuma paralel olarak yaşam kalitesinde iyileşme olduğu söylenebilir. Bir diğer çalışma da bizim çalışmamızın bulgularının aksine kür sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark olduğu; 0-4 kür kemoterapi alan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu, kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir⁵⁰.

Saç dökülmesi ile ilgili bilgi verilen hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları ile bilgi verilmeyen hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada örnekleme oluşturan 182 hastanın 17'si saç dökülmesi ile ilgili bilgi almadığını ifade ederken, sadece %6.6 (12)'sinin hemşireden bilgi aldığını söylemesi oldukça çarpıcı bir bulgudur. Hemşirelerin önemli rollerinden birinin de eğitim olduğu düşünüldüğünde bu veri üzerinde tartışılmasının gerekliliği yadsınmaz. Lyons ve Shelton (2004) çalışmalarına katılan hastaların tamamının hemşirelerden ek eğitim ve danışmanlık istediklerini belirtmişlerdir⁵¹.

Kemoterapi alan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve Genel Yaşama Yansımaları alt boyut puanları, hastaların kendi sağlık durumlarını algılama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($F=3.288$; $p < 0.05$). Kendi sağlıklarını iyi gören hastaların KBAYKÖ puanları ve Genel Yaşama Yansımaları boyut puanları kendi sağlıklarını orta düzeyde ve kötü gören hastaların KBAYKÖ puanlarından daha yüksektir ($p < 0.05$).

Ailesinde kanser öyküsü olan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları ile kanser öyküsü olmayan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Saç dökülmesi yaşadıktan sonra yardımcı araç kullanmakta olan hastalar ile kullanmayanların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bununla birlikte saç dökülmesi yaşadıktan sonra yardımcı araç kullanan hastaların KBAYKÖ genel puan ve tüm alt boyutlardaki puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yardımcı araç kullanan hastaların sosyal etkileşimini daha rahat sürdürdüğü göz önünde bulundurulduğunda bunun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Literatürde peruk kullanımının, anksiyete gibi kemoterapi yan etkilerinin azaltılmasına yardımcı olduğu rapor edilmektedir^{30,32,38}. Hastaları şapka, eşarp, bone, peruk gibi yardımcı araç kullanımı konusunda bilgilendirmek ve desteklemek gerektiği ve hastaların peruk kullanımının rahatsız edici ve fark edilir olduğunu ifade ettiklerini; perukla ilgili olumsuz duygularına rağmen toplum tarafından kabul görmek için peruk taktıklarını belirtmektedirler^{36,38,52}.

Sonuç

Cinsiyet, çalışma durumu, alopesi şiddeti, ilave hastalık ve genel sağlık algısının hastaların yaşam kalitesini etkileyen özellikler olduğu belirlenmiştir.

Çalışmalar hastalar için hemşirelerin sevecen davranışlarının yeterli olmadığı ve hemşire ve hastaların bakım davranışları ile ilişkili her zaman aynı fikirleri paylaşmadıkları belirtilmektedir. Hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin hemşireler tarafından daha iyi anlaşılmasının önemi üzerinde durulmaktadır.⁵³ Lampic ve Sjöden (2000) tarafından sağlık personelinin, kanser hastalarının psikolojik problemlerini abartma, yaşam kalitesini ise hafife alma eğiliminde oldukları belirtilmektedir.⁵⁴ Bu nedenle sağlık çalışanlarının alopesinin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini tanıyabilmeleri ve uygun şekilde yönetebilmeleri için KBAYKÖ'nin kemoterapi nedenli alopesi yaşayan hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla, tedavi ve bakımlarının planlanıp düzenlenmesinde yol gösterici olarak kullanılabileceği saptanmıştır.

Kaynaklar

1. Akyol H. Kemoterapinin temel ilkeleri. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Hemşire Programı 2004.
2. DeVita V, Chu EA. History of Cancer Chemotherapy. *Cancer Res* 2008; 68(21):8643-8653.
3. Griffin AM, Butow PN, Coates AS, Childs AM, Ellis PM, Dunn SM, Tattersall MHN. On The Receiving End. V: Patient Perceptions Of The Side Effects Of Cancer Chemotherapy In 1993. *Ann Oncol* 1996; 7:189-195.
4. Larsen J, Nordström G, Björkstrand B, Ljungman P & Gardulf RN. Symptom Distress, Functional Status And Health-Related Quality Of Life Before High-Dose Chemotherapy With Stem-Cell Transplantation. *European Journal Of Cancer Care* 2003;12: 71-80.
5. Rubenstein EB. New Approaches to Chemotherapy- Induced Nausea and Vomiting: From Neuropharmacology to Clinical Investigations *The Cancer Journal* 2006; 12(5):341-347.
6. Sura W, Murphy SO, Gonzales I. Level of Fatigue in Women Receiving Dose-Dense Versus Standard Chemotherapy for Breast Cancer:A Pilot Study. *Oncology Nursing Forum* 2006;33(5):1015-21.
7. Miller K, Massie JM. Depression and Anxiety. *The Cancer Journal* 2006; 12 (5):387-97.
8. Doss DS. Advances in Oral Therapy in the Treatment of Multiple Myeloma. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2006;10(4):514-20.
9. Gail BJ, Quiett K. Hematologic Effects. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2007; 11(1) :138-150.
10. Mitchell AS, Beck SL, Edwards LH, Moore K, Tanner EL. Putting Evidence Into Practice: Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2007;11(1):99-113.
11. Frye DK. Capecitabine-Based Combination Therapy for Breast Cancer: Implications for Nurses. *Oncology Nursing Forum* 2009; 36(1):105-13.

12. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3 (2) :18-26.
13. Wright P, Smith A, Booth L, Winterbottom A, Kiely M, Velikova G and Selby P. Psychosocial Difficulties, Deprivation And Cancer: Three Questionnaire Studies Involving Cancer Patients. British Journal of Cancer 2005; 93(6):622 – 626.
14. Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine Ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:37-45.
15. McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, Rogers LM. Psychological Sequelae and Alopecia Among Woman With Cancer. Cancer Practice 2001;9(6):283-289.
16. Hesketh PJ, Batchelor D, Golant M, Rhodes N, Yardley D. Chemotherapy-Induced Alopecia: Psychosocial Impact and Therapeutic Approaches. Support Care Cancer 2004;12:543-549.
17. Reeves DM. Alopecia. Cancer Symptom Management 2001;1:567.
18. Massey SCA. Multicentre Study To Determine The Efficacy And Patient Acceptability Of The Paxman Scalp Cooler To Prevent Hair Loss In Patients Receiving Chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing 2004; 8:121–130.
19. Trüeb RM. Chemotherapy-Induced Anagen Effluvium. Dermatology 2007;215: 1-2.
20. Trüeb RM. Chemotherapy-Induced Alopecia. Semin Cutan Med Surg 2009;28:11-14.
21. Oğuz O. Saç Dökülmeleri Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu 2001:19-22.
22. Schlesselman SM. Helping Your Cancer Patient Cope with Alopecia. Nursing 1988;18(12):43-45.
23. Sullivan JR, Kossard S. Acquired Scalp Alopecia. Part II: A Review. Australasian Journal of Dermatology 1999; 40:61–72.
24. Forsberg SA. Scalp Cooling Therapy And Cytotoxic Treatment. Lancet 2001; 357.
25. Tran D, Sinclair RD, Schwarzer AP, Chow CW. Permanent Alopecia Following Chemotherapy And Bone Marrow Transplantation. Australasian Journal of Dermatology 2000; 41:106-108.
26. Schmidt S, Fischer TW, Chren MM, Strauss BM, Elsner P. Strategies Of Coping And Quality Of Life In Women With Alopecia. British Journal of Dermatology 2001;144: 1038-1043.
27. Nolte S, Donnelly J, Kelly S, Conley P, Cobb RA. Randomized Clinical Trial of a Videotape Intervention for Women With Chemotherapy-Induced Alopecia: A Gynecologic Oncology Group Study. Oncology Nursing Forum 2006;33(2):305-11.
28. Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. Hasta Gözüyle Kanser. *Kor Hek* 2008;7(2):167-172.
29. MacDonald P. Supporting patients with alopecia. Practice Nurse 2007;33(9) :46.
30. Asra A, Sanjay M. Alopecia. Medical Care of Cancer Patients 2009; 63 :602-609.
31. Özyurt BE. Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi* 2007;15(1):1-15.
32. Batchelor D. Hair And Cancer Chemotherapy – Consequences And Nursing Care: A Literature Study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2001;10(3):147-63.
33. Bleiker TO, Nicolaou N, Traulsen J, Hutchinson PE. Atrophic Telogen Effluvium From Cytotoxic Drugs And Arandomized Controlled Trial To Investigate The Possible Protective Effect Of Pretreatment With A Topical Vitamin D3 Analogue In Humans. *British Journal Of Dermatology* 2005;153:103–112.
34. Welch D, Lewis K. Alopecia and Chemotherapy. *American Journal of Nursing* 1990:903.
35. Münstedt K, Manthey N, Sachsse S, Vahrson H. Changes In Self-Concept And Body Image During Alopecia Induced Cancer Chemotherapy. *Support Care Cancer* 1997;5:139-143.

36. Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-Induced Alopecia And Effects On Quality Of Life Among Women With Breast Cancer: A Literature Review. *Psycho-Oncology* 2008; 17: 317–328.
37. Dougherty L. Using Nursing Diagnoses In Prevention And Management Of Chemotherapy-Induced Alopecia In The Cancer Patient. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications* 2007; 18(4): 142-149.
38. Power S, Condon C. Chemotherapy- Induced Alopecia: A Phenomenological Study. *Cancer Nursing Practice* 2008;7 (7) : 43-47.
39. Bernard M, Brignone M, Adehossi A, Pefoura S, Briquet C, Chouaid C, Tilleul P. Perception Of Alopecia By Patients Requiring Chemotherapy For Non-Small-Cell Lung Cancer: A Willingness To Pay Study. *Lung* 2010; 3628; 1-5.
40. Dubey S, Brown RL, Esmond SL, Bowers BJ, Healy JM, Schiller JH. Patient Preferences in Choosing Chemotherapy Regimens for Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *J Support Oncol* 2005; 3:149–154.
41. Khoo KS, Ang PT and Lim AG. (1993). Common Toxicities of Cancer Chemotherapy. *Singapore Med J* 1993;34: 418-20.
42. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud PDJ, Thuillier A, Khayat MD. Changing Patient Perceptions of the Side Effects of Cancer Chemotherapy. *Cancer* 2002;95(1): 155-163.
43. Hilton S, Hunt K, Emslie C, Salinas M, Ziebland S. Have Men Been Overlooked? A Comparison Of Young Men And Women’s Experiences Of Chemotherapy-Induced Alopecia. *Psycho-Oncology* 2008;17:577-583.
44. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslar arası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008;3(18): 141-149.
45. Üner S, Vaizoğlu S, Çamur D, İpçi A, Kartal M, Kaya E, Semiz H, Şimşek N. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitelerinin SF-36 Ölçeği İle Değerlendirilmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. 5-7 Nisan 2007; İzmir.
46. Yeşilbalkan Ö. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 2005; İzmir.
47. Del Mastro L, Costantini M, Morasso G, Bonci F, Bergaglio M, Banducci S, Viterbori P, Conte P, Rosso R, Venturini M. Impact Of Two Different Dose-Intensity Chemotherapy Regimens On Psychological Distress In Early Breast Cancer Patients. *Eur J Cancer* 2002;38(3):359-66.
48. Cartwright T, Edean N, Porter A. Illness Perceptions, Coping and Quality of Life in Patients with Alopecia: Discussion. *The British Journal of Dermatology* 2009;160(5):1034–1039.
49. Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. A Population-Based Study of the Quality of Life of Cancer Survivors and Their Family Caregivers. *Cancer Nurs* 2006;29(2):120-131.
50. Yeter K, Köşgeroğlu N. Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. 5-7 Nisan 2007; İzmir.
51. Lyons MA. and Shelton MM. Psychosocial Impact Of Cancer In Low-Income Rural/Urban Women: Phase II. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 2004;4(2):6-23.
52. Ünsar S, Fındık YÜ, Kurt S, Özcan H. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(5):89-106.
53. Rchaidia L, Caster BD, Blaeser E, Gastmans C. Cancer Patients’ Perceptions of the Good Nurse: A Literature Review. *Nursing Ethics* 2009;16 (5):528-42.
54. Lampic C, Sjoden PO. Patient and Staff Perceptions of Cancer Patients’ Psychological Concerns and Needs. *Acta Oncologica* 2000; 39(1)9–22.
55. Akbal Ateş S. Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.* 2011; İstanbul.

Hemşirelik Öğretiminde Bir Strateji: Kavram Haritasının Kullanımı

A Teaching Strategy in Nursing: Using Concept Mapping

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 81–89

Satı DİL*, Fatma ÖZ**

* Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi: 21 Mart 2013

Kabul Tarihi: 18 Temmuz 2013

ÖZET

Hemşirelikte uygulamaların kanıta dayalı olması ve bilginin beceriye dönüştürülebilmesi amaçlı öğrencilerin simülasyon sistematığı ile eğitilmesi, hasta bakımında standardizasyon ve akreditasyon çalışmaları gibi uygulamalarda giderek bir artış söz konusudur. Bu çalışmaların her biri hemşirelik öğrencilerinin öğrenme becerilerini geliştirmekte, bu sayede eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini artırmaktadır (ICN, 2009). Öğrencilerin karmaşık konuları okuma, anlama ve yeniden yapılandırarak yorumlamasında bir yol haritası çizerek, ezbere öğrenme yerine anlamlı ve somutlaştırarak öğrenmenin sağlanması eğitimde amaçtır. Bu amaç için öğrencinin, gereksindiği bilgiyi doğru bir biçimde kazanmasında yardımcı olan önemli öğretim stratejilerinden birisi de “kavram haritasıdır”. Bu makalede, hemşirelik eğitiminde kavramların öğretiminde, bilgiyi somutlama, örgütleme ve sentez yapabilmek becerisini geliştirilmesine katkı sağlayan kavram haritası stratejisi incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kavram haritası, anlamlı öğrenme, hemşirelik eğitimi, öğretim stratejisi

ABSTRACT

In nursing, there has been steadily increased in some practices such as standardization and accreditation of patient care and using the systematic of simulation with the aim of transferring theoretical knowledge into practical abilities of the students and to be evidence-based of clinic practices in nursing. Each of these studies could improve the nursing students' learning skills, in this way increase students' critical thinking and decision-making abilities (ICN, 2009). The purpose of education is to provide the students' meaningful and solidifying learning instead of rote learning, drawing a roadmap for restructuring in students' understanding, reading of complex issues. For this purpose, concept maps is one of the important teaching strategies which is help for the students' in accurately to getting knowledge which is essential for them. In this article, it was investigated concept mapping strategy which is contribute

to the development of the ability to synthesis, organization and materialize of knowledge in nursing education.

Key Words: *Concept mapping, meaningful learning, nursing education, teaching strategy.*

Giriş

Kavram, nesne ya da olayların düzenli bir biçimde algılanmasıdır¹. Ayrıca herhangi bir nesne ya da olayın temel öge ve özelliklerini kapsayan soyut bir tasarım olarak da tanımlanmaktadır. Eğitim açısından kavram ise ortak tepkiye yol açan ilişkili uyaran takımıdır. Örneğin, “Lösemi; kanı etkileyen bir kanser tipidir.” Bu bir kavram tanımlamasıdır. Bir kavramın anlamı bu kavramla ilişkilendirilen diğer kavramlara göre değişebilir. Tanımlanan kavram, ilişkili olduğu diğer kavram bilgileriyle birlikte düşünülerek açıklanmalıdır. Örneğin, “Lösemi kavramı ile ilgili kanın diğer bileşenleri” hakkında da bilgiye gereksinim vardır.

Kavramlar somut değil, soyuttur; dış dünyada değil, insanın düşünce sisteminde yer alırlar. Toplum, öğrenme, akıl, zekâ, duygu ve benlik gibi kavramların nitelikleri arasında basit kurallarla ilişki kurularak soyut kavram somut şekilde biçimlendirilerek daha kolay öğretilir. Böylece, soyut içerikteki kavramların öğretilmesi için, öncelikle bazı kuralların öğrenilmesi gerekmektedir. Bu amaçla kavram öğretiminde, bazı kavramların öğrencinin zihninde oluşmasını sağlamak amacıyla çeşitli stratejiler kullanılır. Kullanılan stratejilerden birisi de kavram haritasıdır².

Dünya da ilk olarak Novak (2008), kavram haritasını bilgiyi sunmak için kullanılan bir düzenleme aracı ve anlamlı öğrenmeyi geliştiren yürütücü bilişsel (metacognitive) bir strateji olarak tanımlamıştır³.

Yürütücü biliş (Metacognition); genel olarak bir bireyin kendi biliş sistemi, yapısı ve çalışması hakkındaki bilgisidir. Yani; bireyin herhangi bir şeyi öğrenmesi ve anlamasına ek olarak onu nasıl öğrendiğini de bilmesi ve farkında olmasıdır. Bu nedenle, yürütücü bilişsel becerilerin geliştirilmesi öğrenmeyi de geliştirmektedir^{2,4}. Bu nedenle kavram haritası, kelimeler veya semboller yolu ile herhangi bir olay veya konudaki kavramları ve kavramlar arası kurulan yatay ve/veya dikey ilişkinin kişisel olarak algılanmasını ve anlamlı öğrenilmesini sağlayan görsel veya grafiksel sunumları içeren yürütücü bilişsel bir stratejidir^{5,6}.

Kavram Haritasının Tarihsel Gelişim Süreci ve Anlamlı Öğrenme Teorisi ile İlişkisi

Kavram haritaları 1970’li yılların başında Cornell Üniversitesi’nde Novak ve Gowin tarafından, Ausubel’in “Asimilasyon teorisi” temel alınarak geliştirilmiştir. Bu teorinin temel amacı; kavram, ilke ve düşüncelerin öğretilmesinde ezbere öğrenme yerine, “*anlamlı öğrenmenin*” kullanılmasıdır³. Öğrenci yeni bilgiyi var olan kavramsal çerçevesi içinde yeniden yapılandırarak, yeni anlamlar ve ilişkiler kurduğunda anlamlı öğrenmenin gerçekleştiği vurgulanmaktadır. Anlamlı öğrenme, bilginin belli bir düzen içinde bellekte depolanması ve hatırlanmasını kolaylaştıran bilişsel bir süreç olarak da tanımlanmaktadır^{7,8,9}.

Bilgiyi işleme kuramına göre bellekte öğrenmenin oluşum süreci şöyle açıklanmaktadır: İnsan beyninde duyuşsal kayıt, kısa ve uzun süreli olmak üzere üç tip bellek bulunmaktadır. Duyuşsal kayıt, çevreden gelen uyarıcıları duyu organları aracılığıyla algılama ve sinir sistemine ulaştırmadan sorumludur. Bu sırada uyarıcının izi yaklaşık bir saniyede duyuya kayıt olur. Bilginin duyuşsal kayıttaki kalış süresi 1-4 sn. arasındadır ve bu süreç duyuşsal kayıt olarak adlandırılmaktadır. Kısa süreli bellek ise, bilinç düzeyinde meydana gelen olayları kaydetmekte ve sürekli çalışmaktadır. Bu özelliğinden dolayı kısa süreli bellek, çalışan bellek olarak da adlandırılır ve sınırlanmış bilgiyi belirli zaman süresi içinde geçici olarak depolar ve 18. saniyenin sonunda bilginin sadece %15'i hatırlanabilir. Burada en önemli nokta ilk saniyelerde unutmanın çok hızlı olmasıdır. Bu nedenle kısa süreli belleğe gelen bilgi, zihinsel tekrar (rehearsal), görsel imgeler, şemalar veya bilişsel yapılandırma yoluyla yeni bilgi eski bilgilerle ilişkilendirilerek tekrarlandığında, yeni gelen bilgiler birey için anlamlı hale gelir, kodlanmış olarak uzun süreli belleğe aktarılır ve orada saklanır. Uzun süreli bellek yeni gelen bilgilerin eskilerle örgütlenerek saklandığı, sınırsız kapasiteye sahip olan bellek tipidir. Bu bellek organize edilmiş bilgilerin depolandığı bir kütüphaneye benzetilmektedir. Tıpkı kütüphanedeki düzenlemede olduğu gibi; uygun kodlu bölümlere yerleştirilmiş kitapları aradığımızda bulmak nasıl çok kolay ise, doğru bir şekilde kodlanmış ve organize edilmiş bilgiyi de uzun süreli bellekten geriye getirip kullanmak da çok kolaydır²

Anlamlı öğrenmenin gerçekleşebilmesi için uzun süreli belleğin kapasitesini güçlendirecek yürütücü bilişsel öğretim stratejileri önem taşımaktadır. Ausubel (1963)'in asimilasyon teorisinde anlamlı öğrenme oluşturma süreci 3 temel ilkeye dayandırılarak açıklanmıştır. Bunlar;

- a. **Aşamalı Ayrımlaşma:** Hiyerarşik bir yol izlenerek daha genel kavramlardan daha az kapsama sahip kavramlara doğru yeni bilginin ilişkilendirilmesi ve kavramların düzenlenmesidir. Örneğin; Lösemi hastalığında, hastalığın fizyopatolojisi ve onun bağışıklık sistemi üzerindeki etkisinin ilişkilendirilmesi.
- b. **Sınıflandırma:** Öğrenenin, bilişsel yapısı içinde yeni materyali güvenli bir şekilde önceki bilgilerinin içine dahil ederek yeni anlamlar oluşturmasıdır. Örneğin, lösemi, bağışıklık sistemi ve insan vücudu ile düşük beyaz kan hücresi sayısının ilişkisi.
- c. **Bütünleyici Uzlaşma:** Yeni ve önceki bilgiler arasındaki benzerlik ve farklılıkların belirlenmesidir. Örneğin, lösemi hastalığına yakalanan çocuklar bağışıklık sisteminin daha zayıf olması nedeniyle enfeksiyonlara daha yatkındırlar.

Ausubel'in teorisi Piaget'nin bilişsel öğrenme teorisinden köken almıştır. Piaget bilgi edinmenin kişinin sürekli bir biçimde kendi kendini yapılandırma süreci olduğunu belirtmektedir. Piaget çocukların değişik yaşlarda çevresini ve dünyayı nasıl algıladığına odaklanmış ve zihinsel gelişmenin yaşa bağlı bir süreç olduğunu ve doğuştan yetişkinliğe doğru bir gelişim gösterdiğini açıklamıştır. Bu kurama göre insanlar çevreleriyle etkileşimde bulunarak ve bu etkileşimden o anki ilgilerine göre anlamlar çıkartıp, bazı şemalar oluşturarak ve bilgiyi işleyerek öğrenmektedir. Düşüncelerin ve bilgilerin sistemli yapılar halinde düzenlenmesinde kullanılan şemalar ise, bireyin dünyayı tanımasını ve onunla etkileşimde bulunmasını sağlamaktadır. Yeni şemalar geliştirdikçe bireyin davranışları daha kompleks hale gelmekte ve çevreye daha kolay uyum sağlamaktadır^{6,7,10,11}. Piaget'e göre uyum (adaptation), organizma ve çevresi

arasındaki dengedir. Uyumda, özümleme (assimilation) ve uygu (accommodation) olmak üzere iki temel süreç işlemektedir. Öğrenci bu 2 süreci kullanarak yeni öğrenme durumuna uyum sağlayabilmektedir.

- Özümleme: Bir kişinin yeni bilgiyi anlamak için var olan şemalarını kullanarak önceki bilgilerinin içinde yeni bilgiyi özümseyerek içselleştirmesidir.
- Uygu: Bir kişinin yeni bir durum için var olan şemalarını değiştirmesi ya da yeni şemalar oluşturmaktır.

Piaget, bireyin bilişsel denge durumuna ulaşabilmesi için; yeni bilgi oluşumu ve sürekli gelişim sürecinde bu iki bilişsel sürecin dengelenmesi gerektiğini; özümleme ve uygunun dengeli olması durumunda uyumun sağlanabildiğini belirtmektedir¹².

Hemşirelik mesleğinde Benner'in birbirini izleyen sıralı gelişim basamakları modeli Piaget'nin kuramına bir örnektir. Bastable'nin¹³ belirttiğine göre Benner insan davranışlarının oluşum sürecini yorumlayan Hermeneutic yaklaşımı kullanarak, hemşirelerin mesleki uygulamalarındaki klinik bilgi ve yargılamalarının gelişimini incelemiştir. Benner hemşirelik uygulamalarında öğrencilikten uzmanlığa (novice, advanced beginner, competent, proficient, expert) doğru giden gelişim basamaklarını tanımlamıştır. Benner'in sıralı beceri geliştirme modelinde, hemşirelik öğreticilerinin, öğrencilerin kliniklerde karşılaştıkları problemleri çözmeye kullandıkları stratejilerin ve öğrencilikten-uzmanlığa doğru zihinsel süreçlerinde oluşan değişimleri göz önünde bulundurarak, öğrencilik yıllarında düşünme süreçlerini harekete geçirecek ve anlamlı öğrenmeleri gerçekleştirecek öğretim stratejilerinin kullanılmasının önemli olduğu belirtilmektedir^{13,14}.

Öğretimin Değerlendirilmesinde Kavram Haritalarının Kullanımı

Kavram haritaları başlangıçta bir öğretim aracı olarak kullanılmış olsa da son yıllarda öğrencilerin bilişsel yapılarını ortaya çıkarmak ve ölçme ve değerlendirme aracı olarak da kullanılması dikkat çekmektedir. Literatürde kullanım amacına göre kavram ağı, kavram ağacı, bilişsel harita, zihinsel harita, bilgi haritası, klinik işbirliği haritası, akış şemaları gibi değişik biçimlerde kullanıldığı görülmektedir. Bu terimlerin tümü birbiriyle ilişkili düşünceleri grafiksel bir tarzda göstermek amacıyla kullanılan ortak ifadelerdir^{6,15,16,17}.

Eroğlu ve Kelecioğlu'nun¹⁸ aktardığına göre; kavram haritalarının puanlanma biçimlerinin hazırlanma şekline göre değişmekte olduğu gözlenmekle birlikte çoğunlukla 6 türde yapılabileceği bildirilmektedir. Bunlar; Bütünsel Puanlama Modeli, Uzman Harita ile Bütünsel Puanlama, Yapısal Puanlama Modeli, Uzman Harita ile Yapısal Puanlama Modeli, İlişkisel Puanlama Modeli, Uzman Harita ile İlişkisel Puanlama Modeli'dir.

Bütünsel puanlama modelinde, kavram haritasını oluşturan kişinin kavramları genel olarak anlayıp anlamadığı araştırılmaktadır. Oluşturulan her bir kavram bir puanlama cetveli üzerinde genellikle 1'den 10'a kadar olan bir aralıkta değerlendirilmektedir. *Yapısal puanlama modelinde*, Novak'ın (1984) puanlama biçimi esas alınarak, hiyerarşik olarak hazırlanmış kavram haritaları değerlendirilmektedir³. Bu yöntem, yüksek seviyeli bilişsel yapıları ve ifadelerin tanımlarını dikkate almakta ve hiyerarşi seviyelerinin sayısı, kavramlar arası bağlar, çapraz bağlar ve varsa kullanılan örnekler puanlamaya

katılmaktadır. Bunların her birisinin kendi içerisinde belirli bir puanlama değeri mevcuttur. Diğer bir puanlama modeli, Eroğlu ve Kelecioğlu'nun¹⁸ aktardığına göre; McClure ve Bell tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olan *ilişkisel puanlama yöntemidir*. Bu yöntemde; her bir kavram haritasındaki kavramlar ve bu kavramları birbirine bağlayan ifadeler, 0 ile 3 puan arasında puanlanmaktadır. *Uzman kavram haritası* ile olan değerlendirmelerde de konu alanında uzmanlar tarafından oluşturulan kavram haritaları ile öğrencilerin yapmış olduğu kavram haritalarının kıyaslanması söz konusudur.

Kavram Haritalarının Hemşirelik Eğitiminde Kullanımı

Kavram haritaları hemşirelik öğrencilerine karmaşık konuları okuma, anlama ve yeniden yapılandırarak yorumlamada bir yol haritası çizerek ezbere öğrenme yerine, anlamlı ve somutlaştırarak öğrenme yoluyla gereken bilgilerin doğru bir biçimde kazanılmasında yardımcı olmaktadır^{6,7,17,19}. Ayrıca bilgiyi örgütlenme ve sentez yapabilme becerisini geliştirilmesine de katkı sağlamaktadır. Bu amaçla, ilgili konu üzerinde tümdengelimci düşünme yolu izlenerek önce genel ilke ve kavramların, daha sonra ayrıntıların açıklanması söz konusudur. Bu süreçte soru-cevap ve tartışma teknikleri kullanılarak, resimler ve şemalar üzerinde çalışılır ve görsel araç ve çizimlerle desteklenir^{17,20,21}.

Hemşirelikte lisans ve lisansüstü eğitim düzeylerinde, kavram haritası stratejisinin kullanımının, 2000'li yılların başlarında artmaya başladığı görülmektedir. Dünyada ve ülkemizde hemşirelik eğitiminde kavram haritasını konu alan araştırmalar incelendiğinde; Ausubel'in Asimilasyon Teorisi'ne göre çoklu ve soyut kavramların yer aldığı hemşirelik konu alanlarının öğretilmesinde, ezbere öğrenme yerine kavram haritaları gibi daha üst düzey bilişsel öğrenme stratejilerinin öğretme stratejisi olarak kullanılmasının öğrenmeyi arttırdığı ve öğrencileri güçlendirdiği bildirilmiştir^{6,7,17,21,22,23}. Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerini geliştirmek için kavram haritalarının uygulanmasının hastaların sağlıkla ilgili sorunlarını anlama ve ilişkiler kurmada hemşirelik sürecinin uygulanmasına yardımcı olduğu ve öğrencilerin klinikte bakım verdikleri hastaların durumlarını, tedavilerini ve hemşirelik müdahaleleri arasındaki ilişkileri öğrenmelerinde etkili olduğu belirtilmektedir^{14,24,25,26}. Probleme dayalı öğrenme senaryoları ile yapılan bir çalışmada²⁰, 16 hafta boyunca dörder saatlik oturumlar sonucunda grup olarak birer kavram haritası oluşturan öğrencilerin, başlangıçta yaptıkları kavram haritalarından aldıkları puanların sonlara doğru giderek artış gösterdikleri ve son haritalarında daha bütünleyici bir kavram ağı kullandıkları, aynı araştırmacının deneysel olarak yürüttüğü bir diğer çalışmada da²⁷ deney grubunun kurduğu hiyerarşik ve anlamlı ilişki sayılarının kontrol grubuna göre önemli derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

ABD'de hemşirelik eğitim ve uygulamalarında Ausubel'in Anlamlı Öğrenme Teorisine temellendirilmiş kavram haritası kullanımının anlamlı öğrenme üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda öğrencilerin müfredat ilerledikçe yaptıkları kavram haritalarının geliştiği, kavram ve kavramlar arasındaki anlamlı ilişkileri gösteren daha kompleks ve anlamlı ilişkileri içeren, daha ayrıntılı diyagramlar yapmaya başladıkları, kavram haritası puanlarında ve kurdukları çapraz ilişki sayısında anlamlı bir artış olduğu, kavram haritalarının anlamlı öğrenme üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ve sömestr sonunda öğrencilerin çoğunluğunun klinik kavram haritası kullanmanın çok etkili (%73) olduğu yönünde görüş belirttikleri belirlenmiştir^{23,28,29,30,31}.

Lisansüstü hemşirelik öğrencilerine 16 haftalık öğretim süreci içinde kavram analizi öğretiminde bilgisayar destekli seri kavram haritalarının kullanıldığı bir çalışmada da öğrencilerin özel bir kavramı derinlemesine inceleyerek hemşirelikte teorik kavramları anlamlı bir biçimde öğrenmelerinde gelişme gösterdikleri belirlenmiştir¹⁶.

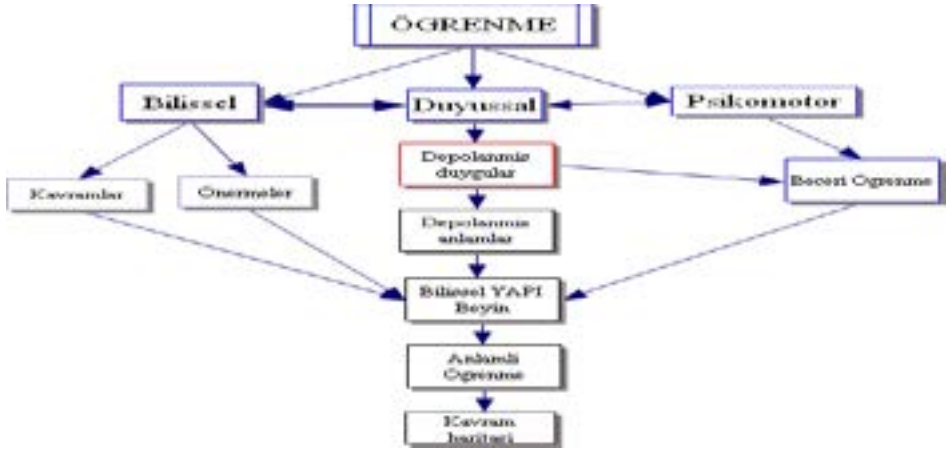
Ülkemizde yapılmış bir çalışmada⁶ ise 4.sınıf hemşirelik öğrencilerinin klinikte yaptıkları kavram haritaları değerlendirilmiş ve öğrencilerin fizyoloji, fizyopatoloji ve farmakoloji derslerindeki kavramları incelerken; çoğunlukla hiyerarşik ve akış şeması tiplerindeki kavram haritasını kullanmayı tercih ettikleri, bunun yanı sıra hemşirelik tanıları, sonuç kriterleri ve müdahalelerini incelerken ise örümcek ve sistem tipi haritaları kullanmayı benimsedikleri saptanmıştır. Bu araştırmadaki öğrencilerin çoğunluğunun ise, konularla ilgili kavramları ve ilişkileri göstermede daha çok hiyerarşik tipte kavram haritaları kullandıkları bildirilmiştir.

Klinikte kavram haritası kullanımının öğrencilere sağladığı yararlar açısından bakıldığında; öğrencilerin uygulama alanlarında karşılaştığı problemleri veya hasta hakkında topladığı bilgileri bir araya getirebilmesi ve bakım planına ayrıntılı bir biçimde entegre edebilmesinde önemli bir rol oynadığı, öğrencinin sahip olduğu teorik bilgiler ile uygulama becerileri arasında bir köprü oluşturduğu ve farklı alanlardaki bilgilerin doğrudan hasta bakımına entegre edilebilmesini de sağladığı, bunun yanı sıra geliştirilen bakım planlarında veri toplama ve bu veriler arasındaki ilişkiyi analiz etme, hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel yanıtlarını gözleme ve hastayı bütüncül olarak görmesini sağlarken, anksiyetelerini de azalttığı ve öğrencinin öğrenmeye motive edildiği, cesaretlendirildiği ve pasif öğrenen durumundan aktif öğrenen haline geldiği belirtilmektedir^{14,25,26}.

Bunlara ek olarak, ülkemizde yapılmış çalışmalarda kavram haritalarının düşük kapasiteli öğrencilerde özgüveni geliştirdiği, motivasyonu ve öğrenmeyi pozitif yönde etkilediği, öğrencinin kendi öğrenme sonuçları ve öğrenme sorunları hakkında farkındalık kazanmasına yardımcı olduğu, eleştirel düşünme becerilerini ve yaratıcılığı artırdığı, öğrenci portfolyosundan gelişimin takip edilmesinde etkili olduğu, öğrenmede kalıcılık sağladığı, ezbere dayanmadığı ve sınav zamanlarında bu konulara daha az zaman harcadığı, sayfalarca yazmaya gerek duymadıkları, tekrarların azaldığı ve bir şema üzerinde temel tüm bilgiyi, kavramlar arasındaki karmaşık ilişkiyi, öğrenilen konudaki çelişkileri, farklılıkları ve boşlukları görmeyi sağladığı, ayrıca öğretici için de bir konu alanında öğrencilerin sahip olduğu bilgileri gözleme ve hangi öğrencinin daha çok yardıma ihtiyacı olduğunu ayırt edebilme şansı tanıdığı, teori ve klinik uygulama arasında uyumu sağlamak için kavramların düzenlenmesiyle düşünme süreçlerinin gelişimine yardım ettiği bildirilmiştir^{6,32,33,34,35}.

Sonuç olarak; dünyada özellikle son 10-15 yılda hemşirelik eğitiminde kavram haritalarının kullanımında ve konuyla ilgili yapılan araştırma sayısında bir artış söz konusudur. Benzer şekilde ülkemizde de hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim düzeylerinde istenilen aşamaya gelebilmesi için müfredat çalışmaları ve ilgili araştırmalar yapılmış olsa da, halen tam olarak istenilen sonuca ulaşamadığı görülmektedir. Sağlıklı/hasta insan ve gereksinimlerini içeren kavramları temel alan ve uygulamalı bir meslek olan hemşireliğin eğitiminde de kavram haritalarının kullanımının oldukça yararlı olacağına inanılmaktadır. Çünkü; kavramları görsel olarak somutlaştırarak kalıcı ve etkili öğrenme sağlanacaktır. Bunu yapabilmek

Örnek 1. Öğrenme Kavramı ile ilgili Örnek Harita

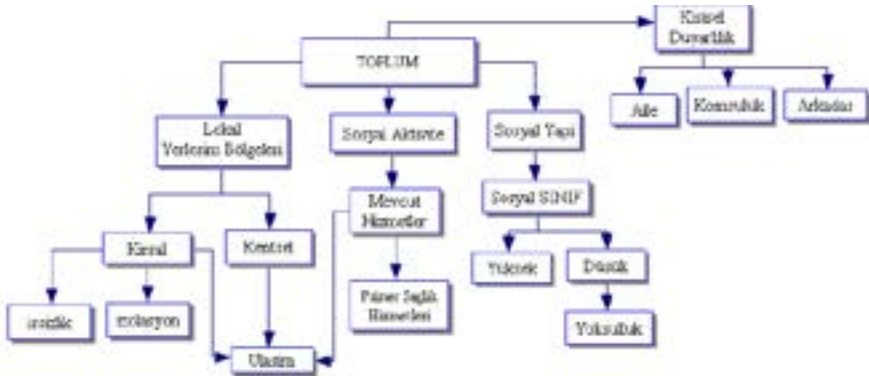


Materna L.(2000). Impact of Concept-Mapping Upon Meaningful Learning Metacognition Among Foundation -Level Associate -Degree Nursing Students, School of Nursing Capella University, Doctor of Philosophy Dissertation.

için de öğretmenlerin de bu konuları iyi sentez etmesi ve farklı uygulama alanlarına yansıtılması önemlidir. Bu amaçla bu makalede konuya ilişkin sunulan teorik bilgi, iki kavram örnek verilerek aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır (örnek 1 ve 2).

Öğrenme kavramıyla ilgili yukarıdaki kavram haritası incelendiğinde; öğrenmenin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme olmak üzere 3 alt boyutu olduğu gösterilmiştir. Bilişsel öğrenme alt kavramında önerme ve kavramlar yoluyla bilişsel yapının etkilendiği, duyuşsal öğrenme alt kavramında gizli duyguların ve anlamların etkili olduğu, bunun psikomotor/beceri öğrenmeyi de etkilediği ve bu üç boyutta ortaya çıkan etkileşimler sonucu beyinde/bilişsel yapıda anlamlı öğrenmenin gerçekleştiği, anlamlı öğrenmenin

Örnek 2. Toplum Kavramı ile ilgili Örnek Harita



Akinsanya C., Williams M (2004).Concept Mapping For Meaningful Learning, Nurse Education Today, 24, 41-46.

de kavram haritası kullanma ile ilişkili olduğu somutlaştırılmış ve gösterilmiştir.

Yukarıdaki “toplum” kavramıyla ilgili kavram haritası incelendiğinde, toplumun lokal yerleşim bölgelerinden ve sosyal yapılardan oluştuğu, sosyal aktiviteler ve kişisel duyarlılık kavramlarını barındırdığı gösterilmektedir. Lokal yerleşim bölgelerinin kırsal ve kentsel olmak üzere iki şekilde sınıflandığı, kırsal bölgelerde işsizlik, izolasyon ve hizmetlere ulaşımında sorun yaşanması arasında ilişki kurulmuştur. Yine kentsel bölgelerde de hizmetlere ulaşımında sorun yaşanabileceği ilişkisi belirtilmiştir. Bu ilişkilerin topluma verilen önemli hizmetlerden birisi olan primer sağlık hizmetini de etkilediği belirtilmektedir. Toplumdaki sosyal yapının yüksek ve düşük olmak üzere iki sosyal sınıftan oluştuğu, düşük sosyal sınıf ile yoksulluk kavramının ilişkilendirildiği görülmektedir. Toplumda kişisel duyarlılığın gelişiminde aile daha sonra arkadaş ve komşuluk gibi kişiler arası ilişkilerin önemli olduğuna işaret etmektedir.

Kaynaklar

1. Türkçe Tıp Terimleri Sözlüğü, Erişim:10 Ocak 2007 <http://www.tipterimleri.com>.
2. Senemoğlu, N. (2004). Gelişim Öğrenme ve Öğretim: Kuramdan Uygulamaya (10.bs.) Ankara: Gazi Kitabevi, Fersa Matbaacılık.
3. Novak JD, Cañas AJ. The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them. Technical Report IHMC CmapTools. Florida Institute for Human and Machine Cognition, 2008. <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>(15.03.2013).
4. Gözütok, F.(2000). Öğretmenliği geliştirim. Ankara: Siyasal Kitabevi.
5. Akinsanya C., Williams M. (2004). Concept Mapping For Meaningful Learning. Nurse Education Today, 24, 41–46.
6. Karayurt, Ö., Dicle, A., İstan, P. (2006). Hemşirelik Eğitiminde Bir Strateji: Kavram Haritası. Z.K.Ü. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi, 2(2),100–109.
7. Gul, R.B., Boman, J.A. (2006). Concept Mapping: A Strategy For Teaching And Evaluation In Nursing Education. Nurse Education in Practice, 6, 199–206.
8. Lancraft, T. Concept Mapping: A Learning theory-based instructional tool, <http://www.spjc.edu/SPG/Science/Lancraft/cmapping/cmapping.html>. Erişim tarihi: 8.1.2007.
9. Novak J.D. Concept Maps: What The Heck is This? Erişim: 8 Ocak .2007, <http://www.msu.edu/~luckie/ctools>
10. Johnson-Crowley, N. (2004). An Alternative Framework for Teacher Preparation in Nursing. The Journal of Continuing Education in Nursing, 35(1), 34-42.
11. Öztürk, C., Karayağız, G. (2006). Teori ile Uygulama Arasındaki yeni Bir Köprü: Kavram Haritası. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1), 29-36.
12. Açıkgöz, K.Ü.(2006). Aktif Öğrenme (8.bs). İzmir: Kanyılmaz Matbaası.
13. Bastable, S. (2003). Nurse as Educator: Principle of Teaching and Learning for Nursing Practice (Second Edition). Canada: Jones and Barlett Publishers.
14. O'Connor, B.,A.(2001). Clinical Instruction and Evaluation A Teaching Resource. Connecticut: Jones and Bartlett Publishers.
15. Kern, C.S., Bush, K.L., McCleish, J.M. (2006). Mind-Mapped care Plans: Integrating an Innovative Educational Tools as an Alternative to Traditional Care Plans. Journal of Nursing Education, 45(4),112-119
16. All, C.A., Huycke, L.I. (2007). Serial Concept Maps: Tools for Concept Analysis. Journal of Nursing Education, 46(5),217-223.

17. All, C.A., Huycke, L.I., Fisher, M.J. (2003). Instructional Tools for Nursing Education: Concept Maps. *Journal of Nursing Education*, 24(6), 311-318.
18. Eroğlu, G., M. ve Kelecioğlu, H. (2011). kavram haritası ve yapılandırılmış gridle elde edilen puanların geçerlik ve güvenilirliklerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 40: 210-220.
19. Bradshaw, M. J. (2001). Effective Learning: What Teachers Need To Know (Lowenstein A.J., Bradshaw, M. J.) Fuzsard's Innovative Teaching Strategies in Nursing (p.3-17). Maryland: Aspen Publishers.
20. Hsu, L. (2004). Developing Concept Maps from Problem-Based Learning Scenario Discussions. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 510-518.
21. Daley, B., Shaw, R.C., Balistrei, T., Glasenapp, K., Piacentine, L. (1999). Concept Maps: A Strategy to Teach and Evaluate Critical Thinking. *Journal of Nursing Education*, 38(1), 42-47.
22. Harpaz, I., Balik, C., Ehrenfeld, M. (2004). Concept Mapping: An Educational Strategy for Advancing Nursing Education, *Nursing Forum*, 39(2), 27-36.
23. Materna, L.(2000). Impact of Concept-Mapping Upon Meaningful Learning Metacognition Among Foundation -Level Associate Degree Nursing Students. Doctor of Philosophy Dissertation. Capella University, USA.
24. Boyadjan-Samavi, Z. (2006). The Effect of Concept Mapping on Critical Thinking Skills and Dispositions of Junior and Senior Baccalaureate Nursing Students. Doctor of Nursing Science Dissertation. Widner University.
25. Hicks-Moore, S.L. (2005). Clinical Concept Maps In Nursing Education: An Effective Way To Link Theory And Practice, *Nurse Education in Practice* 5, 348-352.
26. Schuster, P. M. (2002). Concept Mapping: A Critical-Thinking Approach To Care Planning. Philadelphia: F.A. Davis Company.
27. Hsu, L., Hseh, S.(2005). Concept Maps as an Assessment Tool in a Nursing Course. *Journal of Professional Nursing*, 21(3), 141-149.
28. Abel, W., Freze, M. (2006). Evaluation of Concept Mapping in An Associated Degree Nursing Program. *Journal of Nursing Education*, 45(9), 356-364.
29. August-Brady, M. (2005). The Effect of a Metacognitive Intervention on Approach To And Self-Regulation of Learning In Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 44(7), 297-303.
30. MacNeil, M. S. (2007). Concept Mapping as A Means of Course Evaluation. *Journal of Nursing Education*, 46(5), 232-234.
31. Baugh, N., Mellot, G.K. (1998). Clinical Concept Mapping as Preparation for Student Nurses' Clinical Experiences. *Journal of Nursing Education*, 37 (6), 253-256.
32. Wheeler LA, Collins SKR. (2003) The influence of concept mapping on critical thinking in baccalaureate nursing students. *J Profes Nurs.*; 19:339-346.
33. Atay S, Karabacak Ü. Kavram haritası ve kavram haritalı bakım planı hazırlanmasına ilişkin öğrenici görüşleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3:45-53.
34. Korkmaz, Z., Avcı, Ö., Tosun, Ö, Uslu N., Erdem E., Bayat, M. (2011). Klinik Uygulamada Kavram Haritası Kullanımı: Respiratuar Distress Sendromu (rds) Örneği, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 20(3) 235-239.
35. Uslu N, Korkmaz Z, Başdaş Ö, ve ark. Klinik uygulamada kavram haritasının kullanımı: Tip 1 Diabetes Mellitus. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Sivas 20-24 Ekim 2009; ss 142.

Yoğun Bakım Hastasında Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Sorumlulukları

The Management of Delirium in Intensive Care Patients and the Responsibilities of Nurses

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 90-98

Leyla ÖZDEMİR*

* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi: 15 Temmuz 2013

Kabul Tarihi: 30 Temmuz 2013

ÖZET

Yoğunbakımlardayüksekprevalansgörülendeliryum,nöro-psikolojikbozukluklarayatkinlığı, mortalite, morbidite, hastanede ve mekanik ventilasyonda kalış sürelerini artırmaktadır. Hemşire bakım verirken deliryumun çeşidine göre uygulamalarını planlamalıdır. Hipoaktif deliryumdaki hastalar uzun süreli mekanik ventilasyon uygulamasına ve aspirasyona ilişkin komplikasyonlar, nozokomiyal pnömoni, basınç ülseri ve venöz tromboemboli açısından risk altındadır. Hiperaktif deliryumda ise düşünce sürecinde bozulma, korku ve yıkıcı davranışlar nedeniyle bakımın kesintiye uğraması ya da reddi gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Hemşire, hastanın sahip olduğu risk faktörleri ile birlikte deliryum gelişimine katkı sağlayan çevresel faktörleri de ele alınmalıdır. Yoğun bakımlarda gürültü, akıl karıştıran uyarılar, sosyal izolasyon önlenmeli; hastanın gün ışığından yararlanması sağlanmalıdır. Hastayla net bir iletişim kurulmalı, kişi-yer-zaman oryantasyonu sağlanmalı, uyku için elverişli bir ortam oluşturularak sirkadyen ritmi sürdürülmeli ve ağrı analjeziklerle kontrol altında tutulmalıdır. Ayrıca deliryumun önlenmesinde yoğun bakımlarda gereksiz invaziv girişimlerin kontrol altına alınması da önerilmektedir. Bu makalede yoğun bakım hastalarında görülen deliryumun yönetimi ve deliryumlu hastaya yönelik hemşirelik uygulamaları ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Ajitasyon, deliryum, hemşire, yoğun bakım*

ABSTRACT

Delirium occurring in high prevalence in the intensive care units, increases predisposition of neuro-psychiatric disorders, mortality, morbidity, length of hospital stay and mechanical ventilation duration. Nurse should organize the practice according to the type of delirium

while caring process. The patients with hypoactive delirium are at the risks of complications related to long term mechanical ventilation and aspiration, nosocomial pneumonia, pressure ulcers, and venous thromboembolism. However, care interruption and rejection due to disordered thought process, fear, and destructive behaviors occur in hyperactive delirium. Nurse need to handle environmental factors that contribute to development of delirium along with risk factors of the patients. Noise, confusing stimulations, social isolation must be precluded; day light should be supported for the patients in the intensive care units. A clear communication should be ensured for the patient, person-place-time orientation should be provided, circadian rhythm should be sustained with proper environment for sleeping and pain should get under control with analgesics. In addition, it is suggested that unnecessary invasive interventions should get under control in intensive care units for preventing delirium. The management of delirium and nursing practice for delirium in intensive care units were discussed in this article.

Key Words: *Agitation, delirium, nurse, intensive care*

Deliryum: Tanımı, Görülme Sıklığı, Çeşitleri, Risk Faktörleri

Deliryum günler ve saatler içerisinde gelişip zamanla dalgalanmalar gösteren, bilişsel ve algısal bozuklukların eşlik ettiği, dikkat eksikliği ile seyreden bilinç bozukluğu olarak tanımlanmaktadır^{1,2}. DSM-IV (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual)'e göre deliryum tanısı koymak için dikkat eksikliği ve bilinç bozukluğuna bilişsel fonksiyonda akut değişikliğin (disoryantasyon, hafıza kaybı, konuşma ve algılama bozuklukları) eşlik etmesi, tablonun kısa sürede gelişip zaman içerisinde dalgalanma göstermesi ve tıbbi bir sorunun fizyolojik etkisi sonucu ortaya çıkması gerekmektedir^{3,4}. Literatüre bakıldığında deliryum yerine agresyon, ajitasyon, yoğun bakım psikozu/ sendromu, akut beyin bozukluğu ve akut bilinç bulanıklığı gibi terimlerin kullanıldığı görülse de; bu terimler deliryum tablosunu tam olarak karşılayamamaktadır. Dikkat eksikliği, deliryumu ajitasyon, agresyon ve psikozdan ayıran temel özelliştir^{5,6}.

Deliryumun nöro-psikolojik bozukluklara yatkınlığı, mortalite, morbidite, hastanede ve mekanik ventilasyonda kalış sürelerini artırdığı bilinmektedir^{7,8,9}. Ayrıca deliryum, hastanın kendisini ekstübe etmesine ve kateterlerini çıkarmasına neden olabilmektedir². Deliryumla geçirilen bir günün hastanede kalış süresini %20 ve mortaliteyi %10 artırdığı bilinmektedir⁸. Truman ve Ely'e (2003) göre, deliryumun hastanede kalış süresini uzatması ve bakım gereksinimini artırması sonucu Amerika'daki maliyeti 2 milyar dolardır⁹. Yoğun bakımlarda deliryum prevalansı mekanik ventilasyondaki hastalarda %60-80 iken; mekanik ventilasyon uygulanmayanlarda %20-50 olarak bildirilmiştir^{8,10}. Deliryum tablosu hiperaktif, hipoaktif ve karma olmak üzere üç şekilde görülmektedir. Peterson et al. (2006)'un yaptığı kohort çalışmasına göre yoğun bakımlarda en fazla %54.9 ile karma ve %43.5 ile hipoaktif deliryum görülürken, %1.6 ile en az hiperaktif deliryum saptanmıştır¹¹.

Hipoaktif deliryum, azalmış psikomotor fonksiyon, letarji, konfüzyon, sedasyon, bilinç düzeyinde ve dikkatte azalma, uyuşukluk, çekilme ve apati ile kendini göstermektedir. Hiperaktif tipte ise; huzursuzluk, ajitasyon, agresyon, halüsinasyon, delüzyon, paranoya, disoryantasyon, invaziv aletleri çekme davranışı ve hırçınlık görülmektedir. Enfeksiyon, hipoksi, hipotermi, hiperglisemi, karaciğer-böbrek yetmezlikleri ve tiroid fonksiyon bozuklukları hipoaktif deliryuma neden olurken; ilaç zehirlenmeleri, madde

yoksunlukları ve antikolinergik ajanlar beyindeki nörotransmitterleri etkileyerek hiperaktif deliryuma yol açmaktadır^{1,4,7,9}.

Deliryuma neden olan patofizyolojik mekanizma tam olarak ortaya çıkarılamasa da; bu tabloda bilişsel fonksiyonu, davranışları ve ruhsal durumu düzenleyen asetilkolin, dopamin ve GABA (γ aminobütirik asit) gibi nörotransmitterlerin etkilendiği bilinmektedir. Ortaya çıkan tabloda yapısal ve damarsal bozukluklar sonucu beyinde yaygın fonksiyon kaybı görülmektedir. Deliryumda kısa süreli bellek bozulduğu için, birey iyileştiğinde hastalık sürecinde yaşadıklarını ve yaptıklarını hatırlamayabilir^{1,4,8}. Deliryum gelişiminde predispozan (yatkınlaştırıcı) ve presipitan (tetikleyici) risk faktörleri karşılıklı etkileşim halinde rol oynamaktadır. Deliryum için predispozan risk faktörleri bireyin hastaneye kabulde sahip olduğu özellikleridir^{1,5,7}. Predispozan risk faktörleri arasında yaş (özellikle 70 yaşından büyük olma), demans, huzurevinde yaşama, alkol ve sigara kullanımı, yasa dışı ilaç kullanımı, görme ve duyma bozuklukları, yüksek üre-kreatin oranı, inme, epilepsi, konjestif kalp yetmezliği ve depresyon öyküsü bulunmaktadır. Presipitan faktörler ise enfeksiyon, sepsis, hipoksi, metabolik bozukluklar, elektrolit dengesizlikleri, malnutrisyon, hipo/hiperglisemi, hipo/hipertiroidi, hipo/hipernatremi, dehidratasyon, hemodinamik dengesizlikler, serebral ve vasküler bozukluklar (hipertansiyon gibi), kafa travmaları ve nöbetlerdir. Ayrıca anestetikler, analjezikler, antibiyotikler, antikolinergikler, antihistaminikler, antihipertansifler, bronkodilatatörler, kardiyak ilaçlar, diüretikler, H2 reseptör antagonistleri, sedatifler ve steroidler gibi farmakolojik ajanlar da presipitan faktörler arasında yer almaktadır. Yoğun bakımda hastanın tedavisine üç ve daha fazla ilaç eklemek ya da sürekli kullanılan ilacın aniden kesilmesi de deliryum için tetikleyici faktör olabilmektedir^{1,4,5,7-9,12,13}.

Yapılan çalışmalar yoğun bakımlarda deliryum için en önemli risk faktörünün farmakolojik ajanlar olduğunu göstermektedir^{4,5,7,9}. Özellikle yoğun bakımlarda sık kullanılan atropin ve fentanil gibi antikolinergik ilaçların asetilkolin salınımını engelleyerek bilişsel ve davranışsal bozukluklara neden olduğu bildirilmiştir^{1,4,9}. Ayrıca benzodiazepinler, narkotikler ve diğer psikoaktif ilaçların kullanımı da deliryuma sıklıkla neden olmaktadır. Yoğun bakımın gürültülü ve stresli ortamının deliryum gelişimindeki etkisine yönelik yapılan son çalışmalar, çevresel faktörlerin deliryum tablosunun gelişimine katkı sağladığını göstermiştir^{14,15}. McGuire et al. çevresel faktörlerin deliryum için eşik değeri düşürdüğünü ve organik bozuklukların belirli bir düzeye geldiğinde deliryuma yol açtığını ileri sürmüşlerdir⁵. Deliryum gelişimine katkı sağlayan çevresel faktörler arasında ses, sürekli ışık, kokular, invaziv olan ve olmayan müdahaleler, duyuşsal yüklenme, anlamlı sözel ve bilişsel uyarıların eksikliği, sosyal izolasyon, immobilizasyon, uyku bozuklukları, ısı, cereyan ve ortamda pencere olmaması yer almaktadır. Hastada göğüs tüpü, endotrakeal tüp ve nazogastrik tüp bulunması, mesane kateterizasyonu, invaziv monitorizasyon, mekanik ventilasyon, dışkı ve idrar retansiyonu da deliryum gelişimine katkı sağlayan iyatrojenik faktörlerdir. Hastanın kişilik özellikleri, başatma yöntemleri, mevcut psikolojik bozuklukları, korku, anksiyete ve panik düzeyi de hazırlayıcı duygusal faktörler arasındadır^{1,5,16,17}.

Deliryumun Önlenmesi ve Tedavisi

Yoğun bakımlarda deliryumun önlenmesi için yapılması gereken en önemli uygulama presipitan ve predispozan faktörlerin kontrol altına alınmasıdır^{13,18}. Bu amaçla yoğun

bakım ünitesindeki hastalara yönelik kapsamlı değerlendirme uygulanmalı; tam kan sayımı, biyokimyasal inceleme, arteriyel kan gazı, göğüs röntgeni ve idrarın mikrobiyolojik incelemesi gibi tanı testleri gerçekleştirilmelidir⁷. Inouye et al. (1999) yaşlı hastada deliryumu önlemek için risk faktörlerinden bilişsel bozukluğa yönelik oryantasyon uygulamaları; uykuya yönelik çevresel düzenlemeler; hareketsizliğe yönelik erken mobilizasyon ve egzersiz, görme ve duyma bozukluklarına yönelik gözlük, işitme cihazı kullanımı ve dehidratasyona yönelik hidrasyonu içeren müdahalelerin, çalışma grubunda deliryum sıklığını ve süresini azalttığını bildirmişlerdir¹⁹. Marcantonio et al. (2001)'un yaşlılarda deliryumu önlemek için oksijen uygulaması, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, ağrının tedavisi, polifarmasinin önlenmesi, mesane ve bağırsak fonksiyonunun ve beslenmenin düzenlenmesi, erken mobilizasyon ve çevre düzenlemesini içeren geriatrik konsültasyon uygulamalarını standart bakımla karşılaştığı çalışmada, müdahale grubunda deliryum sıklığının ve şiddetinin anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır²⁰. Schweickert et al. (2009) yoğun bakımda kalan ventilatöre bağlı hastaları erken mobilize ettikleri çalışmada, müdahale grubundaki hastalarda deliryum ve mekanik ventilasyonda kalma süresinin kısaldığını ve taburculuk sonrası fonksiyonel düzeyin geliştirdiğini bildirmişlerdir²¹. Yoğun bakımlarda deliryum için klinik uygulama rehberinde de erken mobilizasyon, deliryumun sıklık ve süresini azaltmak için önerilmektedir¹⁷.

Deliryum tablosuna katkı sağlayan çevresel faktörlerden gürültü, yoğun ışık ve ısı kontrol altında bulundurulmalıdır. Cristensen'in (2007) yaptığı çalışmada, yoğun bakım ünitesinde gürültü düzeyinin ortalama 56.42 desibel olduğu ve gürültüye neden olan başlıca faktörler arasında mekanik alarmlar ve hemşirelerin nöbet değişiminde oluşturdukları seslerin yer aldığı bildirilmiştir¹⁵. Dünya Sağlık Örgütü ise ses düzeyinin gece 35, gündüz ise 40 desibelin üzerinde olmamasını önermektedir²². Gürültülü ortam, kardiyovasküler ve adrenal stimülasyona yol açmakta; organizmanın bağışık yanıtını baskılamaktadır. Yoğun bakımda yapılan bir çalışmada hemşirelerin gürültüye yönelik organizmanın verdiği fizyolojik yanıtı bilmedikleri saptanmıştır¹⁴. Yoğun bakımlarda gürültünün yanı sıra ortam, akıl karıştıran uyaranlar kontrol altında bulundurulacak, sosyal izolasyon önlenerek ve hastanın gün ışından yararlanması sağlanacak şekilde düzenlenmelidir²³. Hastayla net bir iletişim kurulmalı, kişi-yer-zaman oryantasyonu sağlanmalı, uyku için elverişli bir ortam oluşturularak sirkadyen ritmi sürdürülmeli ve ağrı analjeziklerle kontrol altında tutulmalıdır^{5,13}. Ayrıca deliryumun önlenmesinde yoğun bakımlarda gereksiz invaziv girişimlerin kontrol altına alınması da önerilmektedir.

Deliryuma neden olan faktörlere yönelik yapılan girişimlerin yanı sıra, deliryumun neden olduğu davranışsal sorunları ortadan kaldırmak için Amerikan Psikiyatri Derneğinin önerdiği, dopamin reseptör antagonisti olup dopamin düzeyini artıran haloperidol, kardiyovasküler yan etkileri göz önünde bulundurularak kullanılabilir^{5,7,23,24}. Deliryumun davranışsal belirtilerinin ilaçlarla kontrol altına alınmasının tabloya neden olan faktörleri ortadan kaldırmadığı; bu nedenle deliryumu tedavi etmediği unutulmamalıdır²³. Yoğun bakımlarda deliryum için klinik uygulama rehberinde de deliryumun tedavisi ve önlenmesinde hiçbir farmakolojik ajan önerilmemektedir¹⁷.

Yoğun bakımlarda özellikle mekanik ventilasyondaki hastaların sedasyonunda kullanılan ilacın en düşük dozdan uygulanması ve sedasyona günlük ara verilmesi önerilmektedir. Yoğun bakım hastalarında düşük düzeyde sedasyon sağlanmasının

mekanik ventilasyon süresini ve yoğun bakımda kalma süresini kısalttığı bildirilmiştir¹⁷. Deliryum için klinik uygulama rehberinde, alkol yoksunluğu tablosu hariç sedasyon sağlamak için benzodiazepinler (lorazepam, midazolam vb) yerine propofol ve deksmedetomidin gibi benzodiazepin olmayan sedatifler önerilmektedir^{5,17}.

Deliryumda Hemşirenin Sorumlulukları

Deliryum yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla karşılaşılan ve değerlendirmedeki yetersizlikler nedeniyle genellikle tedavi edilemeyen bir tablodur^{4,9,25}. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının deliryuma ilişkin düşünce ve ön yargıları deliryumun yönetilmesini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanları deliryumu yoğun bakım hastası için normal bir durum olarak değerlendirerek, tabloyu göz ardı edebilmektedir. Ayrıca yoğun bakım çalışanları, deliryumun kaçınılmaz olduğuna ilişkin düşüncelere sahip olabilmektedir¹. Deliryumun uygun şekilde ele alınması ve yönetilmesi için hemşirelerin deliryum, risk faktörleri, değerlendirme ve bakım uygulamaları ile ilgili derinlemesine bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir. Bergmann et al. (2005)'ün deliryum hastaları için geliştirdiği bakım modelinde; sağlık çalışanları eğitilerek deliryumun ölçek ile izlemi, deliryum nedenlerinin değerlendirilmesi ve tedavisi, komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi, özbakım ve bilişsel fonksiyonların düzeltilmesi basamaklarından oluşan bir yaklaşım izlenmiştir²⁶.

Yoğun bakım ünitelerinde hastalar deliryum açısından rutin olarak standart bir yöntem/ araç kullanılarak değerlendirilmelidir. Hemşirelerin sıklıkla kullandığı ve deliryum için klinik uygulama rehberinde önerilen araçlar arasında Deliryum Kontrol Ölçeği ve Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği bulunmaktadır. Ancak Devlin et al. (2013)'ün yaptığı çalışmaya göre yoğun bakım hemşirelerinin yarısı ölçeklerin karmaşıklığı ve hastaların entübe olması nedeniyle buldukları ünitelerde deliryum değerlendirmesi yapamamaktadır²⁷. Deliryumun dalgalı yapısı nedeniyle değerlendirmeler anlık bilgi vermektedir. Bu nedenle yoğun bakım hastaları, deliryum açısından belirli aralıklarla ve günün değişen saatlerinde sistematik olarak değerlendirilmelidir. Yoğun bakımdaki hastalar 8-12 saatte bir deliryum açısından geçerli ve güvenilir bir ölçekle izlenmelidir^{1,4,6,9,17,23}. Deliryum değerlendirmesinde kullanılan yurt dışı kaynaklı ölçeklerin hiçbirinin Türk toplumu için geçerlik-güvenilirlik çalışması yayınlanmamıştır.

Literatürde hemşirelerin deliryumu ele alırken kullanabilecekleri algoritma geliştirilerek; uygulama basamakları belirlenmiştir²⁸ (Şekil 1). Bu algoritmada öncelikle tablonun, intoksikasyondan ve ilaç yoksunluğundan ayırt edilmesi önerilmektedir. Bunun için hastanın alkol, opioid, benzodiazepinler, kokain ve diğer madde kullanımına ilişkin öyküsü alınmalıdır. Hastada madde bağımlılığı belirlendiğinde gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır. Tablo madde yoksunluğundan kaynaklanmıyorsa; hastanın kişi, yer ve zamana yeniden oryantasyonu sağlanmalıdır^{7,28}. Ayrıca deliryumda belirli bir düşüncenin tekrarlanması ajitasyona yol açarak tabloyu ağırlaştıracağı için, dikkatin başka yöne çekilmesi yöntemi uygulanabilir. Deliryumdaki hastaların dikkat süresi kısa olduğu için, ilginin ajitasyona neden olan düşünceden başka bir uyarana çekilmesi (görsel ve müzik gibi işitsel uyaran olabilir) ajite davranışları azaltabilir. Deliryumun yönetilmesinde diğer bir strateji, hastaya gerçekte bağlantı sağlayacak terapötik uyaran verilmesidir. Bu amaçla saat, takvim, kişisel eşyalar, dışarıyı gören bir pencereden

Şekil 1. Deliryumun Yönetimine İlişkin Algoritma

Hasta Madde Yoksunluğu Açısından Risk Altında mı? (Mevcut madde kullanım durumu)

Hayır	Evet
<p>Deliryumu tedavi et ve çevreyi düzenle Fizyolojik nedenleri belirle ve tedavi et Gerektiğinde kullanılmak üzere gözlük, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye bulundur Hastanın tuvalet ihtiyacını karşılamak için gerekli malzemeleri yakında bulundur Hastayı sık sık oryante et Gölge yapmayan uygun aydınlatma kullan Aşırı uyarıcıları ve uykunun bölünmesini engelle Hastayı sürekli kontrol altında bulundur, gerekirse izleme araçlarını kullan Hasta ailesini eğit ve hasta bakımına dahil et Hasta güvenliğini sağla, yatak kenarlıklarını kaldır Mümkünse hastayı mobilize et Gündüz yapılan aktivitelerle uyku-uyanıklık döngüsünü destekle Bakım veren kişinin ve rutinlerin devamlılığını sağla</p>	<p>Yoksunluğu önle ve tedavi et Madde bağımlılığını değerlendir Madde yoksunluğu ile ilgili müdahale ve protokolleri başlat</p>

Hasta Güvenlik Açısından Risk Altında mı? (Düşme, kaybolma vb)

Evet	Hayır
<p>Güvenlik ile ilgili müdahale ve prokolleri başlat Yatak alarmı gibi cihazlar kullanarak hastayı izle Kapı alarmı kullan</p>	

Hastanın İlave Güvenlik Gereksinimi Var mı? (Kateter ve tüpleri çekme, tırmanma, güvenlik yönergesini izleyememe vb)

Evet	Hayır
<p>Aşağıdaki ilave güvenlik önlemlerini uygula Hasta değerlendirmesine ilişkin verileri doktorla tartış, gerekirse psikiyatri konsültasyonu iste Uygun güvenlik araçlarını kullan (hareketleri kısıtlayan koruyucu elbise, kemer, bağ, eldiven vb) Gerekli ise nöroleptik ajanları kullan (İntravenöz haloperidol ilk seçim olmalı, hastada hipotansiyon yoksa droperidol de kullanılabilir. Ajitasyon düzeyine göre ilaç dozu ayarlanmalı: hafif 0.5-2.5 mgr, orta 5-1 mgr, ağır >10 mgr, ilaç 15-30 dakikada bir tekrarlanmalı, yaşlıda başlangıç dozu düşük olmalı, 24 saatten sonra deliryum kontrol altına alınana kadar rutin çizelge oluştur Ağrıyı uygun şekilde tedavi et (Analjezik tedaviye deliryumdan önce başlandıysa deliryumun nedeni ağrı olmayabilir)</p>	

Yapılan Girişimler Hastadaki Belirti ve Bulguları Hafifletti mi?

Hayır	Evet
Yapılan müdahaleleri değerlendir ve değiştir Ajitasyon nöroleptik ilaçların düşük dozda uygulanmasından kaynaklanabilir Nöroleptik tedavinin yan etkisi olan nöroleptik malign sendromunu (tedavinin ilk iki haftasında ortaya çıkıp ateş, kas rijiditesi, mental durum değişikliği ve otonom dengesizlikle kendini gösterir) kontrol et ³⁰	Tedaviye devam et ve yan etkileri değerlendir Yaşam bulgularını ve tedavinin kas sertliği, tremor, huzursuzluk ve distoni (istemsiz kas kasılması) gibi ekstrapiramidal belirtilerini değerlendir

Hastada Güvenlik Riski Devam Ediyor mu?

Psikiyatrik konsültasyon iste

Hastayı detaylı olarak tekrar değerlendir

Bakıma hasta yakınlarını da dahil et²⁸

gündüz ve gece gibi açıklamaların yapılması kullanılabilir. Bu aşamada dikkat edilmesi gereken nokta, uyarıların aşırı ve akıl karıştırıcı olmamasıdır. Örneğin gölgeye neden olan bir ışık, hastaya uzak mesafeden yapılan bir konuşma, gereksiz ses ve uykunun bölünmesinden kaçınılmalıdır. Ayrıca deliryumlu iki hastanın aynı odayı paylaşmasının her iki hastanın durumunu da olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır. Tüm bu süreçte hemşire deliryumdaki hastayı yakından izlemeli; gerektiğinde video kamera, alarm ve ses düzeneklerinden yararlanmalıdır^{13,28}.

Deliryumun yönetiminde hastanın sevdiği bir ya da iki yakınının sürece dahil edilerek, hastanın elinden tutması ya da yanında bulunması, tabloyu olumlu şekilde etkileyebilmektedir. Hasta yakınları yapılan tüm girişimler ve süreçle ilgili bilgilendirilmelidir. Yoğun bakım hemşiresi deliryumdaki hastanın güvenliğini sağlamalı ve belirlenen prosedürler çerçevesinde güvenlik uygulamalarını şekillendirmelidir. Bu amaçla hastanın güvenliğini sağlayacak en alt düzeyde yer alan kısıtlayıcı kullanılmalıdır. Hastanın tespit edilmesinin ajitasyonu artıracığı unutulmamalıdır^{9,28}.

Hemşire bakım verirken deliryumun çeşidine göre uygulamalarını planlamalıdır. Hiperaktif deliryumdaki hastalar davranışsal ve duygusal bozukluklar nedeniyle daha sık fark edilip ele alınmakla birlikte; hipoaktif deliryumun tanınması üst düzeyde klinik bilgi ve beceri gerektirdiği için bu tablo genellikle uygun şekilde yönetilememektedir. Ancak hipoaktif deliryumun prognozu daha kötü olduğu için, erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi son derece önemlidir^{1,8}. Hipoaktif deliryumdaki hastalar uzun süreli mekanik ventilasyon uygulamasına ve aspirasyona ilişkin komplikasyonlar, nozokomiyal pnömoni, basınç ülseri ve venöz tromboemboli açısından risk altındadır. Ayrıca yoğun bakımlarda hipoaktif deliryum sıklıkla depresyon ile karıştırıldığı için, hemşireler depresyon tanısı alan hastalarda da deliryum değerlendirmesi yapmalıdır. Hemşire depresyon ve deliryumu birbirinden ayırt etmek için deliryuma özgü disoryantasyon belirtisini araştırmalıdır. Hiperaktif deliryumda ise düşünce sürecinde bozulma, korku ve yıkıcı davranışlar nedeniyle bakımın kesintiye uğraması ya da reddi gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır^{1,8}. Mental durumdaki bozukluk nedeniyle hasta tedavi ve bakım uygulamalarının nedenini anlamadığı için yapılan uygulamaları

reddetmekte; kendisine bağlı bulunan monitorizasyon ve tedavi araçlarını çekmektedir. Ayrıca hiperaktif deliryumdaki hasta, mekanik ventilasyon senkronizasyon bozukluğu, akut miyokardiyal stres ve serebral iskemiye yönelik değerlendirilmelidir²⁹.

Hiperaktif deliryumdaki hastaya bakım verme ve hastanın yıkıcı davranışlarını yönetme zaman ve ilgi isteyen bir süreçtir. Bu nedenle hemşire zamanının çoğunu deliryumdaki hastanın bakım uygulamalarına ayırıp, diğer hastaların bakımını ihmal edebilir. Bu durumda hemşirenin sorumluluğunu üstleneceği hastalara karar verilirken, hastanın klinik tablosu da göz önünde bulundurulmalıdır. Hiperaktif deliryumdaki hastaların bağırma, vurma, tırmalama ve yatağa tırmanma gibi yıkıcı davranışları, hastanın kendisi ile birlikte hemşire açısından da güvenlik sorunlarına neden olmaktadır⁹. Yoğun bakımdaki hemşirelerin çoğu ajite hasta ile çalışırken korku ve rahatsızlık deneyimlemektedir²⁸.

Sonuç olarak yoğun bakım ünitelerinde sık görülen deliryumun ilaçla tedavisi mümkün olmayıp; etiyolojik faktörlere yönelik müdahalelerde bulunulmalıdır. Bu amaçla eğitilmiş multidisipliner ekip ile yoğun bakımlarda ağrı, ajitasyon ve deliryumu kontrol altına almaya yönelik rehberler ve protokollerin kullanımı; mekanik ventilatöre bağlı hastalarda en düşük seviyede sedasyonun sağlanması ve sedasyona günlük olarak ara verilmesi; akşam verilen uyarıların en aza indirilip çevre koşullarının düzenlenerek hastanın uyku döngüsünün desteklenmesi yüksek kanıt düzeyinde önerilmektedir¹⁷.

Kaynaklar

1. Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. *Nursing in Critical Care* 2009; 14(3): 145-154.
2. Greve I, Vasilevskis EE, Egerod I, Bekker Mortenson C, Moller AM, Svenningsen H, et al. Interventions for preventing intensive care unit delirium (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 4: 1-18.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistics manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000. p.135-180.
4. Morandi A, Jackson JC. Delirium in the intensive care unit: A review. *Neurol Clin* 2011; 29: 749-763.
5. McGuire BE, Basten CJ, Ryan CJ, Gallagher J. Intensive care unit syndrome. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160(10): 906-909.
6. Wells LG. Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. *Australian Critical Care* 2012; 25: 157-161.
7. Querques J. Disordered consciousness: Delirium in the intensive care unit. *Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain* 2006; 25: 219-224.
8. Guo-hao X, Xiang-ming F. Importance of recognizing and managing delirium in intensive care unit. *Chinese Journal of Traumatology* 2009; 12(6): 370-374.
9. Truman B, Ely EW. Using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Critical Care Nurse* 2003; 23(2): 25-37.
10. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the confusion assessment method for the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2001; 29(7):1370-1379.
11. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JWW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of American Geriatrics Society* 2006; 54: 479-484.

12. Rompaey BV, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S Bossaert L. Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing* 2008; 24: 98-107.
13. Brummel NE, Girard TD. Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Clinics* 2013; 29: 51-65.
14. Christensen M. What knowledge do ICU nurses have with regard to the effects of noise exposure in the intensive care unit? *Intensive and Critical Care Nursing* 2005; 21: 199-207.
15. Christensen M. Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study. *Nursing in Critical Care* 2007; 12(4): 188-197.
16. Szokol JW, Vender JS. Anxiety, delirium, and pain in the intensive care unit. *Critical Care Clinics* 2001; 17(4): 1-16.
17. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2013; 41(1): 263-306.
18. Inouye SK, Bogardus ST, Williams CS, Leo-Summers L, Agostini JV. The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(28): 958-964.
19. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine* 1999; 340(4): 669-676.
20. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of American Geriatrics Society* 2001; 49(5): 516-522.
21. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomized controlled trial. *Lancet* 2009; 373(30): 1874-1882.
22. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization). Berglund B, Lindvall T, Schwela DH (eds). Guidelines for community noise. Geneva: WHO; 1999. p.1-95.
23. Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2012; 28: 185-189.
24. Mo Y, Zimmermann. Role of dexmedetomidine for the prevention and treatment of delirium in intensive care unit patients. *The Annals of Pharmacotherapy* 2013; 47: 869-876.
25. Forsgren LM, Eriksson M. Delirium-Awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26: 296-303.
26. Bergmann MA, Murphy KM, Kiely DK, Jones RN, Marcantonio ER. A model for management of delirious postacute care patients. *Journal of American Geriatrics Society* 2005; 53: 1825-2005.
27. Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, et al. Assessment of delirium in the intensive care unit nursing practices and perceptions. *American Journal of Critical Care* 2013; 17(6): 555-566.
28. Juctic M. Does ICU psychosis really exist? *Critical Care Nurse* 2000; 20(3): 28-39.
29. Pattison N. Psychological implications of admission to critical care *British Journal of Nursing* 2005; 14(13):708-714.
30. Kadiroğlu AK, Ebik B, Kaya Ö, Yıldırım S, Bez Y. Nöroleptik malign sendrom tanılı üç oldu: Ayrıncı tanı ve predispozan nedenler. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 3: 67-70.

Ventilatör İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı

Ventilator Associated Pneumonia and Nursing Care (Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 99–110

Sevgisun KAPUCU*, Gülten ÖZDEN**

* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

** Gazi Hastanesi Hemşirelik Müdürlüğü

Geliş Tarihi: 03 Ocak 2013

Kabul Tarihi: 29 Temmuz 2013

ÖZET

Ventilatör ilişkili Pnömoni (VİP), yoğun bakım ünitelerinde görülen önemli hastane enfeksiyonlarından biridir. VİP gelişimi ile ilgili risk faktörleri önlenemez veya önlenemez olarak sınıflandırılabilir. Önlenemez risk faktörleri; yaş, cinsiyet, alta yatan hastalıklar gibi hastaya ait veya yapılan ameliyata bağlı olarak gelişen tedaviye ait risk faktörleridir. Önlenemez risk faktörleri; sırtüstü pozisyonda yatma, enteral beslenme, yetersiz subglottik aspirasyon, stres ülseri profilaksisi, kaf basıncının 20 cmH₂O'dan düşük olması, nazal entübasyon, yetersiz el hijyeni ve trakeostomi sayılabilir. Önlenemez risk faktörlerine karşı alınacak önlemler ve enfeksiyon kontrol önlemlerine uyarak mekanik ventilatörde izlenen hastada VİP gelişimini azaltmak mümkündür. Önlenemez risk faktörlerinin engellenmesinde yoğun bakım hemşirelerinin rolü önemlidir. Bu makale VİP ve hemşirelik bakımı hakkında meslektaşlarımızın bilgi düzeylerini artırmak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Entilatör ilişkili pnömöni, enfeksiyon, hemşirelik bakımı, yoğun bakım hemşireliği*

ABSTRACT

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is one of the most important hospital –acquired infection in intensive care unit. Risk factors for the development of VAP can be classified as preventable or unpreventable risk factors. Unpreventable risk factors include patient-related risk factors such as age, gender, co-morbidity, or treatment-related risk factors which developed secondary to a surgical operation. Preventable risk factors include supine positioning, enteral nutrition, inadequate subglottic aspiration, stress ulcer prophylaxis, cuff pressure <20 cmH₂O, nasal intubation, poor compliance of hand hygiene, and tracheostomy. To reduce the development of VAP in patients with mechanical ventilation is likely with the application of proper infection control measures and the elimination of preventable

risk factors. Intensive care nurses play an important role in the elimination of preventable risk factors. This article is written for the purpose of increasing the knowledge level of our colleagues about VAP and its nursing care.

Key Words: Ventilator-associated pneumonia, infection, nursing care, intensive care nursing

Giriş

Ventilatör ilişkili pnömöni, yoğun bakım ünitelerinde endotrakeal entübasyonu olan hastalarda mekanik ventilasyon uygulamasının başlangıcından 48-72 saat sonra nozokomial olarak gelişen akciğer parankim dokusunun enfeksiyonudur¹. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen pnömonilerin yaklaşık %90'ının mekanik ventilatör desteği altında olan hastalarda görülmektedir. VİP gelişim riski yirmidört saatten fazla entübe kalan hastalarda diğer hasta grubuna göre 6 ile 21 kat ve bu risk mekanik ventilasyon süresi uzadıkça daha da artmaktadır. VİP gelişim riski ilk günlerde daha fazla olup ilk 5 günde %3/gün, sonraki altı ve onuncu günlerde %2/gün, sonraki günlerde %1/gün olarak bildirilmiştir²⁻⁵.

VİP'in "erken başlangıçlı" ve "geç başlangıçlı" olarak tanımlanmış iki tipi bulunmaktadır. Erken başlangıçlı VİP, entübasyondan 48-96 saat sonra gelişir ve antibiyotik tedavisine duyarlı mikroorganizmalar sebep olur. Erken başlangıçlı VİP den sorumlu mikroorganizmalar, *Metisiline Duyarlı Staphylococcus Aureus (MSSA)*, *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* ve *Moraxella Catarrhalis*'dir. Geç başlangıçlı VİP, entübasyondan 96 saat sonra gelişir ve çoklu antibiyotik dirençli mikroorganizmalar sebep olur. Geç başlangıçlı VİP de görülen mikroorganizmalar, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Metisiline Dirençli Staphylococcus Aureus (MRSA)*, *Klebsiella türleri* ve *Acinetobacter Baumannii*'dir. VİP, mekanik ventilatörde izlenen hastanın akciğer dokusuna bakteriyel invazyon sonucu gelişmektedir. Alt solunum yoluna bakteriler, sekresyonların aspirasyonu, solunum sistemi veya sindirim sisteminde kolonizasyon, farklı bir vücut alanından hematojen yolla, kontamine alet veya ilaçların kullanılmasıyla ulaşmaktadır⁵⁻¹².

VİP gelişen hastada görülen klinik bulgular; ateş (vücut sıcaklığının 38°C'nin üzerinde olması), lökositoz (lökosit sayısının 10.000 mm³'ün üzerinde olması), pürülan sekresyon veya sekresyonda artış, akciğer grafisinde yeni ya da ilerleyici infiltrasyonun görülmesidir. Günümüzde VİP için tek başına standart olarak kabul edilmiş bir tanı yöntemi yoktur. Bu sebeple VİP tanısı değişik duyarlılık ve özgülüğe sahip klinik ve mikrobiyolojik tanı yöntemlerinin birlikte kullanılması ile konulur. Bronkoalveoler lavaj (BAL), korumalı fırçalama (PSB) ve endotrakeal aspirasyon (ETA) yöntemiyle hastadan alınan akciğer sekresyon örneğinde VİP'e sebep olan etkenin izolasyonu ile kesin tanı konulur. Ayrıca kan kültürü veya plevral efüzyondan VİP'e sebep olabilecek etken izolasyonunda yaklaşık <%10 olarak bildirilmektedir^{7,13,14,15}.

Ventilatör İlişkili Pnömoniye İlişkin Risk Faktörleri

VİP gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin bir bölümü hastanın yoğun bakıma yatışında mevcut olan ve hastaya ait değiştirilemeyen risk faktörleri iken, diğer bölümü yoğun bakım ünitesinde verilen hizmet süresince gelişen ve değiştirilebilmesi mümkün olan risk faktörleridir. Risk faktörlerinin bilinmesi sayesinde riskli hastaların

belirlenmesi ve önlenebilir risk faktörlerine karşı iyileştirici önlemlerin alınması mümkün olur.

VİP risk faktörleri; önlenemez ve önlenebilir risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılır^{1,4,6,8,10,12-14,16,17}.

1. VİP İçin Önlenemez Risk Faktörleri

- İleri yaş (65 yaş ve üzeri)
- Erkek cinsiyeti
- Beslenme bozukluğu
- Akciğer hastalığının olması (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı)
- Nöromusküler hastalığının olması
- Koma (Glaskow koma skoru <9)
- Kardiyopulmoner hastalığının olması
- Torakoabdominal cerrahi ameliyatı
- Travma veya yanık
- Fazla miktarda gastrik aspirasyon
- Santral sinir sistemi ameliyatı
- İntrakraniyal basınç izlemi yapılan hastalar
- Hastalığın şiddeti (APACHE II skoru > 16)
- Çoklu organ yetmezliği
- İmmün sistemi baskılanmış hastalar
- Akut Respiratuvar Distres Sendromu (ARDS) dur.

2. VİP İçin Önlenebilir Risk faktörleri

- Yetersiz el hijyeni
- Nazal entübasyon
- Yetersiz subglottik aspirasyon
- Kullanılan malzemelerin gereksiz yere sık değiştirilmesi
- Kaf basıncının 20 cmH₂O'dan düşük olması
- Hastanın supine (sırt üstü) pozisyonda yatması
- Enteral beslenme
- Plansız ekstübasyon
- İki günden uzun endotrakeal entübasyonla mekanik ventilasyon
- Tekrar entübasyon
- Paralitik ajanların kullanımı veya devamlı intravenöz sedasyon
- Stres ülser profilaksisi
- Trakeostomi
- Yetersiz bakım
- Yoğun bakım dışına nakil
- Önceden antibiyotik kullanımındır.

Risk Faktörlerine Yönelik Alınacak Önlemler

- a. **El Hijyeni:** El hijyeni, enfeksiyon gelişimini önlemede en ucuz ve basit yol olmasına rağmen en zor uygulanan enfeksiyon kontrol önlemlerindedir^{8,14}. Her türlü invaziv girişimden önce ve sonra el hijyeni sağlanmalıdır. Hemşireler üniteye giriş ve çıkışlarında, ilaç hazırlığı öncesi ve sonrası, tuvalet kullanımı öncesi ve sonrası ve yemek öncesinde el hijyeni sağlanmalıdır. Ellerde gözle görünür bir kirlenme ya da kan ve vücut sıvıları ile kontaminasyon varsa, eller yıkanmalıdır. Eller su, sıvı veya antimikrobiyal solüsyon kullanılarak yıkanmalı, yaklaşık 40-60 saniye sürmeli ve kağıt havlu ile kurulanmalıdır. Ayrıca sağlık kurumlarında fotoselli el kurutma makinesi, kumaş havlu veya katı sabun kullanılmamalıdır. Mukoza, solunum sekresyonları veya solunum sekresyonları ile kontamine olmuş gereçlere temas sonrası ellerde gözle görünür kirlenme yoksa, alkollü el antiseptiği kullanılabilir. Alkollü el antiseptiği kullanılırken, ellere en az 3 ml çözelti alınarak tüm yüzeye dağıtılmalı, eller kurulanmamalı ve kuruyana kadar ovalanmalıdır. Alkollü el antiseptiği uygulamasında 20-30 saniye sonunda el hijyeni sağlanmış olur. Alkollü el antiseptiği ıslak veya nemli ellere uygulanmamalıdır. Aynı hastada kirli bölgeden temiz bir bölgeye geçilmeden önce eldiven çıkarılmalı ve eller yıkanma ya da alkollü el antiseptiği ile el hijyeni sağlanmalı ve gerekiyorsa tekrar eldiven giyilmelidir. Ayrıca eldivenli eller üzerine alkol bazlı el antiseptiği kullanılmamalıdır. Ayrıca hemşirelerde irritan kontakt dermatit gelişme riskini azaltmalı etkili olabilecek losyon veya krem kullanması önerilebilir^{6,10,17-22}.

Sağlık personeli bir hastadan diğerine geçerken yetersiz el hijyeni uygulaması ve eldivenini değiştirmemesi sonucu kontaminasyona bağlı olarak hastada VİP riski artar. Yoğun bakım ünitelerinde özellikle de çevrede VİP'e sebep olan patojenler bulunmaktadır. Bu patojenler bakım veren personellerin elleri yoluyla sık sık yer değiştirir. Yer değiştirme ve çapraz bulaşma riski, iyi el hijyeni ile önlenebilir. Centers for Disease Control and Prevention (CDC: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi) rehberine göre iyi el yıkama ile patojenler uzaklaştırıldığı için hemşireler tarafından zorunlu olarak yapılması gerekmektedir. Yatak başında bulunan alkollü el antiseptiği, hastaya bakım sırasında el hijyenine uyumu arttırmaktadır^{1,23,24}. Akyol'un Türkiye'deki hemşirelerin el hijyeni ile ilgili düşünce ve uygulamalarının incelediği çalışmasında, hemşirelerin el yıkama kaliteleri değerlendirilmiş ve hemşirelerin %68.9'unun kötü, %34.8'inin orta ve %21.7'sinin iyi kalitede ellerini yıkadıkları belirlenmiştir²⁵. Bischoff ve arkadaşları, sağlık çalışanlarının el yıkamaya uyumuyla ilgili dahiliye ve kalp damar cerrahisi YBÜ'lerinde yaptıkları çalışmada, dahiliye YBÜ'sindeki sağlık çalışanlarının el yıkama uyumu hastaya temastan önce %9, temastan sonra %22, kalp damar cerrahisi YBÜ'sindeki sağlık çalışanlarının el yıkama uyumu hastaya temastan önce %3, temastan sonra %13 olarak belirlemişlerdir. Hemşireler verilen eğitim ve izleme programı sonrasında, dahiliye YBÜ'sinde sağlık çalışanlarının el yıkamaya uyumu, hastaya temastan önce %14, temastan sonra %25, kalp damar cerrahisi YBÜ'sinde sağlık çalışanlarının el yıkama uyumu hastaya temastan önce %6, temastan sonra %13'e yükseltilmiştir. Ayrıca, alkol bazlı el antiseptiği kullanımı, el yıkamaya uyumu anlamlı derecede arttırmıştır. Her

dört yatağa bir alkol bazlı el antiseptiği konulan hastalarda hemşirelerin el hijyenine uyum hastaya temastan önce %19, temastan sonra %41, her yatağa bir alkol bazlı el antiseptiği konulan hastalarda el hijyenine uyum temastan önce %23 ve temastan sonra %48 olarak tespit edilmiştir²⁶.

Yoğun bakım ünitelerinde mutlaka lavabo bulunmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı genelgesinde yoğun bakım ünitelerinin standartları belirlenmiştir. Bu genelgede “Kolay ulaşılabilir mesafede yerleştirilmiş el yıkama amaçlı lavabo (her 4 yatak için en az bir) ve her yatak için el dezenfektanı bulunur” denilmektedir. Genellikle iş yoğunluğu fazla olan sağlık çalışanlarının ellerini temizlemek için uzaktaki lavabo ya da el hijyeni alanına ulaşmalarını istemek uyumsuzluğu arttırmaktadır^{14,27}.

Pittet el hijyenine uyumsuzluğun en önemli sebeplerini, kullanılan ajanlara karşı derinin irritasyonu, el hijyeni ürünlerine ulaşamama, hastanın önceliği, eldiven kullanımı, unutma, kılavuz bilgisinin eksikliği, hastane enfeksiyon hızlarının azaltılmasında el hijyeninin etkisi ile ilgili bilgi eksikliği, meşgul olmak veya zaman bulamama, iş yükü veya personel azlığı, bireysel ya da kurumsal düzeyde el hijyeni tanıtımı olmaması, rol modelinin olmaması, yaptırım ya da ödüllendirme olmaması şeklinde sıralamıştır²⁸.

Sağlık Bakanlığı tarafından, 2009 yılında hastane enfeksiyonunun önlenmesi, farkındalığı arttırmak ve el hijyeninin önemine dikkati çekmek için “Tehlike Ellerde” adıyla ulusal boyutta kampanya başlatılmıştır. Kampanya kapsamında sağlık personeline konu ile ilgili eğitimler verilmesi, broşür ve afişlerle konuya dikkat çekilmesi planlanmıştır.

- b. Oral Entübasyon:** Nazotrakeal entübasyon yerine oral entübasyon tercih edilmelidir. Nasotrakeal entübasyon sinüzit riskini artırabilir, bu da hastanın VİP riskini yükseltebilir^{1,11,16,23}.
- c. Sürekli Subglottik Aspirasyon Sağlayan Endotrakeal Tüp Kullanımı:** Sürekli subglottik aspirasyon sağlayan tüplerin kullanımı VİP oranını %45 – 50 azaltmaktadır. Entübe hastalarda üst hava yolunda biriken sekresyonların endotrakeal tüp kafının üstünde biriktiği radyolojik olarak kanıtlanmıştır. Bu sekresyonlar sızıntı şeklinde alt hava yoluna geçmektedir. Sekresyonların subglottik alanda birikmesini önlemek için endotrakeal kafın yukarısında küçük delikle arka lumenle doğrudan aspirasyon için dışarı açılan ucu bulunan özel olarak tasarlanmış olan endotrakeal tüpler kullanılmalıdır. Subglottik bölge aspirasyonu mümkün olduğunca sürekli olarak yapılmalıdır^{1,5,6,16-18,23,29,30}.
- d. Mekanik Ventilatör Solunum Devresi, Nemlendirici Kullanımı ve Değişimi:** Solunum devreleri, gözle görülebilir kirlenme veya mekanik fonksiyon bozukluğu olmadıkça belirli aralıklarla rutin olarak değiştirilmemelidir. Solunum devrelerinde biriken sıvı periyodik olarak boşaltılmalıdır. Nemlendirici kaplarda mutlaka steril su kullanılmalıdır. Nemlendirici kapların içindeki su azaldıkça üzerine eklenmemelidir. Nemlendirici filtreler, gözle görülebilir kirlenme veya mekanik fonksiyon bozukluğu olmadığı sürece rutin olarak değiştirilmemelidir. Isıtıcı nemlendiricilerin (humidifier) yerine, kontrendikasyon yoksa ısı-nem tutucuların (HME) kullanımı önerilir^{1,9,14,16,18,30,31,32}.

- e. **Aspirasyon:** Her seferinde tek kullanımlık kataterler kullanılarak yapılan açık aspirasyon ile birden fazla kez kullanılan kapalı sistem aspirasyon arasında VİP gelişim riski açısından fark gösterilmemiştir^{17,3}. Açık aspirasyon uygulanan hastalarda her aspirasyon için yeni ve steril bir katater kullanılmalıdır. Solunum sekresyonlarının aspirasyonu sırasında steril eldiven giyilmesi tercih edilir. Aynı katater kesinlikle tekrar kullanılmamalıdır. Kapalı sistem aspirasyon kataterleri fonksiyon bozukluğu gelişmesi, kataterin tıkanması ve katater kılıfının delinmesi durumlarında değiştirilmeli rutin olarak değiştirilmemelidir^{4,18,33,34}. Kapalı aspirasyon uygulanan hastaların ağız içi sekresyonlarının aspirasyonu ayrı steril kataterle yapılır. Kapalı sistem aspirasyonda steril olmayan eldiven kullanılmalıdır. Aspirasyon süresi 15 saniyeyi geçmemelidir. İki aspirasyon arasında hastanın 20-30 saniye dinlenmesi sağlanmalıdır. Bir aspirasyon uygulamasında 3 kereden fazla aspirasyon işlemi yapılmamalıdır. Solunum sekresyonları aspire edilirken endotrakeal tüp içine sıvı verilmemelidir. Solunum sekresyonları çok kuruyan veya fazla kurutu olan hastalarda aspirasyon için 5-15 ml. steril sıvı içeren plastik ampuller kullanılmalıdır. Aspirasyon hortumlarının temizlenmesi için yıkama solüsyonu olarak 500 ml.'lik plastik veya cam şişeler içindeki steril sıvıların kullanımında sıvılar sekiz saatte bir değiştirilmelidir. Hastane vakum sistemine bağlı sabit aspiratörler aracılığı ile aspirasyon uygulanan her hastada aspiratörün içindeki tek kullanımlık torba işaretli seviyeye gelince değiştirilmeli, ayrıca her hasta için torba ve hortum değişimi yapılmalıdır^{1,9,23,35}.
- f. **Endotrakeal Kaf Basıncı:** Endotrakeal tüp kaf basıncı, 20-30 cmH₂O arasında olmalı ve 20 cmH₂O'dan düşük olmamalıdır. Düşük kaf basıncı, subglottik alanda biriken sekresyonların alt solunum yoluna ilerlemesine ve VİP gelişimine sebep olur. Yüksek kaf basıncı mukozal iskemiye neden olabilir^{6,9,10,17,30}.
- g. **Pozisyon:** Entübe hastaların sırt üstü pozisyonunda izlenmesi, endotrakeal sekresyon birikimine bağlı bakteriyel kontaminasyon ve özellikle enteral beslenme sırasında gastrik aspirasyona sebep olacağı için VİP insidansını arttırmaktadır. Mekanik ventilasyon da izlenen her hastanın tıbbi bir kontrendikasyon yoksa baş yüksekliği 30-45 derece olmalıdır^{1,17,20,23,32}.
- h. **Beslenme:** Mekanik ventilatörde izlenen ve hemodinamik yönden stabil olan yoğun bakım hastalarının 24-48 saat içinde enteral yoldan beslenmesine başlanmalıdır. Enteral beslenmenin tercih edilmesinin sebebi parenteral beslenmenin komplikasyonlarının (enfeksiyon, maliyet, sıvı - elektrolit dengesizlikleri, v.b) daha fazla olmasıdır. Enteral beslenme, mide pH ve mide volümünde artışa sebep olmasından dolayı bakteriyel kolonizasyon ve aspirasyon riskini arttırabilir. Enteral beslenme tüpünün orogastrik yoldan takılması tercih edilmelidir. Beslenme tüpünün yeri postplorik bölgede olmalıdır. Röntgen çekilerek tüpün yeri izlenmelidir. Enteral beslenme sırasında hastanın başı 30-45 derece yukarıda tutulmalıdır. Hastada sürekli infüzyon şeklinde beslenme, aralıklı beslenmeye tercih edilmeli 4 saatte bir rezidü kontrolü yapılmalıdır^{1,6,8,17,23}. Rezidü kontrolünde hastanın midesinden 150 -200 ml. sıvı gelirse beslenmeye 1-2 saat ara verilmelidir. Aralıklı beslemede, her beslenme öncesinde rezidü kontrolü yapılmalıdır. Hasta beslenme sonrası

2 saat semi-fowler pozisyonunda takip edilmelidir. Enteral beslenme tüpünün tıkanmaması için rutin olarak 4 saate bir 30 ml. su ile yıkanmalıdır^{5,10,14,17,18, 21,36}.

- i. **Ağız Bakımı:** Orofarengeal kolonizasyon, VİP gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Kurumlar tarafından, ağız bakım protokolleri oluşturulmalıdır. Ağız bakımı, antiseptikli bir solüsyonla 2- 4 saat aralıklarla diş, yanak ve dili kapsayacak şekilde yapılmalıdır. Klorheksidin glukonatlı (%0.12) ağız bakımı, sadece kardiyovasküler cerrahi hastalarına ameliyattan iki gün önce ve ameliyat sonrasında önerilmekte, diğer yoğun bakım hastalarına rutin olarak önerilmemektedir^{1,6,8,21,30,33}.
- j. **Non – invaziv Mekanik Ventilasyon Uygulaması:** Endotrakeal tüp varlığı, VİP gelişimine sebep olan en önemli risk faktörlerindedir. Özellikle immünsüprese ve Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda non invaziv mekanik ventilasyon (maske ile) büyük yarar sağlamaktadır. Non invaziv mekanik ventilasyon uygulaması ile pnömoni riski azalmaktadır^{1,5,10,18,23}.
- k. **Ventilatörden Ayırma (Weaning) Denemesi:** MV süresinin uzaması VİP riskini arttırması nedeniyle MV süresi kısa tutulmaya çalışılmalıdır. Ventilatörden ayırma denemeleri geliştirilen protokole uygun şekilde yapılmalıdır. Ventilatörden ayırma denemesi, T parçası veya MV basınç destekli mod ile yapılır. T parçası uygulamasında, spontan solunumu olan hastanın endotrakeal tüp veya trakeostomi ucu MV ayrılarak T parçasına takılır. T parçasının ucuna oksijen bağlanır. Hastanın uyumu, vital bulgular ve kan gazı takibi ile izlenir. MV ayarının basınç destekli moda getirilerek hasta izleminin yapılmasında ventilatörden ayırma uygulamasının diğeridir. Hastanın solunumu sadece basınç ile desteklenir. Bu uygulamalarla hastanın ekstübasyonunun süreci hızlanabilir^{5,23,30}.
- l. **Tekrar Entübasyonun Önlenmesi:** Üst solunum yollarındaki kolonize patojenlerin alt solunum yoluna ilerlemesi VİP riskini arttırabilir. Plansız ekstübasyon genellikle 48 saat içinde tekrar entübasyonla sonuçlanması nedeniyle tekrar entübasyon önlenmelidir^{4,5,18,31}.
- m. **Sedasyon Uygulaması:** Öksürük ve diğer koruyucu refleksleri baskılayan kas gevşetici ilaç kullanımı ve derin sedasyon uygulamalarından kaçınılmalıdır. Sedasyon uygulamasına günlük ara vermenin mekanik ventilasyon ve yoğun bakımda yatış süresini azalttığı gösterilmiştir. Her gün hastanın uyanmasını sağlayacak şekilde sedasyona ara verilmelidir. Sedasyon uygulaması ölçek kullanılarak yapılmalıdır^{18,23,30,31}.
- n. **Stres Ülser Profleksisi:** Bakteriyel kolonizasyon mide içeriği aspirasyonunda ve solunum sisteminde de bulunmaktadır. Mekanik ventilatörde izlenen hastaların büyük bir kısmında kullanılan stres ülser profleksisi ilaçları mide pH'sının artmasına bağlı olarak bakteriyel kolonizasyonda artışa sebep olabilir. Stres ülser profleksisi için ilaç kullanmak ciddi bir komplikasyon olan Gastrointestinal Sistem (GİS) kanamalarını önleyebilir. GİS kanaması profleksisi için yapılan çalışmalarda sükralfat kullanımı ile H₂ reseptör bloker kullanımının VİP gelişimini önleme açısından birbirlerine üstünlükleri gösterilmemiştir. Sükralfatın doğrudan mideye uygulanması gerekmektedir. Ancak hastalar, aspirasyonu önlemek için post plorik olarak yerleştirilen tüplerle beslenmekte

ve oral ilaç uygulaması yapılmaktadır. Bu nedenle H₂ reseptör bloker kullanımı, GİS kanamasını önlemede tercih edilebilir^{17,18,23,30}.

- o. Derin Nefes Alma ve Öksürük Egzersizi:** Postoperatif hastalara, derin nefes alma egzersizi yaptırılması ve tıbbi kontrendikasyon yoksa yataktan en kısa sürede çıkmasının ve hareket etmesinin sağlanması önerilmektedir²³.
- p. Trakeostomi Bakımı:** Trakeostomi, asepsi kurallarına uygun şekilde açılmalıdır. Trakeostomi kanülü, sadece gerekli (trakeostomi kanülünde tıkanıklık, kafının patlaması v.b.) olduğunda değiştirilmelidir. Trakeostomi stoma bakımında; stoma çevresi serum fizyolojik ile silinir, steril gazlı bez ile kurulanır. Stoma bölgesi enfekte olmadığı sürece epitelizasyonu geciktireceğinden iyotlu bileşikler kullanılmamalıdır. Trakeostomi bakımı sonrasında stoma alanındaki kanama, kızarıklık, ödem, koku, hassasiyet ve sıcaklık değişiklikleri hemşire bakım planına kaydedilmelidir. Trakeostomi kanülünün kumaş bağları kirlendikçe değiştirilmelidir. Trakeostomi kanül çevresine antimikrobiyal topikal pomat kullanılmamalıdır^{8,23}.
- r. Derin Ven Trombozu Profleksisi:** Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara ve venöz tromboz riski olan hastalara derin ven trombozu (DVT) profleksisi önerilmektedir. Yoğun bakım hastalarında DVT asemptomatik olarak gelişebilir, bu da pulmoner emboli gelişme riskini anlamlı ölçüde arttırmaktadır. Öncelikli amaç, pulmoner emboliyi önlemek olmalıdır. DVT profleksisi için mekanik yöntemler veya antikoagulan ilaçlarla tedavi yöntemi kullanılabilir. Kanama riski yüksek olan hastalarda mekanik yöntemler kullanılır. Bu yöntemler, varis çorabı, aralıklı pnömotik kompresyon aleti ve venöz ayak pompalarıdır. Böylece venöz akış artar ve ayak venlerinde staz azalır. Aspirin tek başına DVT profleksisinde önerilmez. DVT profleksisinde, düşük doz kesintisiz heparin veya düşük moleküler ağırlıklı heparin kullanımı önerilmektedir. İlaç tedavisine ek olarak mekanik yöntemler de hastalara uygulanabilir^{10,24,30}.
- s. Pnömokok ve İnfluenza Aşısı:** Pnömokok ve influenza aşısı; 65 yaş ve üzeri, 5-64 yaşları arasında kronik kardiyovasküler hastalığı (kardiyomyopati v.b.), KOAH, diabetes mellitus, alkolik, beyin omurilik sıvı kaçağı olanlar, kronik karaciğer hastalığı, lösemi, lenfoma, multiple myeloma, kronik böbrek hastalığı, nefrotik sendrom immunsuprese (solid organ transplantasyonu, kemoterapi, uzun süre kortikosteroid kullanımı v.b.) olan hastalara ve uzun süre hastanede tedavi olan hastalara önerilmektedir. Ayrıca bu hastalara bakım veren sağlık personeline influenza aşısı uygulanmalıdır. Aşılama ile hem personelden bulaşan nozokomiyal enfeksiyonu önlenir, hem de sağlık personelinin iş gücü kaybı önlenir^{1,12,23}.
- t. Kontrollü Antibiyotik Kullanımı:** Yoğun bakım ünitelerinde kontrollü antibiyotik kullanımı gerekmektedir. Profiltik olarak kullanılan sistematik antibiyotik kullanımı, VİP gelişme riskini azaltmadığı gibi aynı zamanda çoklu ilaç dirençli mikroorganizmaların enfeksiyonuna neden olabilir. Yoğun bakım ünitelerinde antibiyotik dirençleri sürekli izlenmeli ve buna yönelik olarak antibiyotik değişiklikleri veya kısıtlamalarının yapılması etkilidir^{4,17}.

- u. Yeterli Personel:** Yoğun bakım ünitesinde, yeterli sayıda personel bulundurulmasının hastaların yatış süresi ve mekanik ventilasyon süresini azalttığı gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı 03. 04. 2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı yoğun bakım ünitelerinin standartları genelgesinde, 3. basamak hastalar için hastanenin personel durumunu her vardiyada, üç yatağa en az bir hemşire şeklinde belirlemiştir²⁷. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 18.02.2012 tarih ve 28208 sayılı yoğun bakım tebliğinde hasta hemşire oranı; 3. basamak yoğun bakımlarda iki hastaya en az bir hemşire, 2. basamak yoğun bakımlarda üç hastaya en az bir hemşire, 1. basamak yoğun bakımlarda da beş hastaya en az bir hemşire olarak belirlenmiş ve hastanelerin uyum sağlaması için iki yıl süre verilmiştir³⁸.
- ü. Ventilatör Bundle (VB: VİP gelişimini önlemek için oluşturulan kontrol listesi) Kullanımı:** VB, kurumlar tarafından kanıta dayalı olarak hazırlanmalıdır. VB kullanımı VİP gelişimini azaltmaktadır. MV’de izlenen hastalarda günlük olarak yapılacakların kontrol edilerek VB’na kayıt edilmesidir^{17,21,24}.
- v. Sağlık Personelinin Eğitimi:** Enfeksiyon kontrol programlarının etkin uygulanabilmesi için sağlık çalışanlarının eğitimi gereklidir. Yoğun bakım hemşireleri, hizmet içi eğitim programlarında VİP’i önlemeye yönelik uygulamalar konusunda eğitilmelidir. Bu eğitimler tekrarlanmalı ve eğitimin uygulamaya yansımaları izlenmelidir. Yoğun bakım hemşireleri aynı zamanda VİP ile ilgili geliştirilen rehberleri dikkatle takip etmelidirler. VİP’i önlemeye yönelik stratejileri belirlemek için multidisipliner takım oluşturulmalıdır. Bu takımın üyeleri kanıta dayalı uygulamaları içeren güncel araştırmaları takip etmeli ve görüşlerini paylaşmalıdırlar^{1,5,10,17,24}.
- y. Sürveyans Programı Uygulaması:** Yoğun bakım ünitelerinde düzenli sürveyans programlarının uygulanması gerekmektedir. Sürveyans ile hastane enfeksiyon hızlarının belirlenmesi, salgınların saptanması, hastane enfeksiyon hızlarının azaltılması, hastane enfeksiyon kontrol yöntemlerinin belirlenmesi ve hastaneler arası enfeksiyon hızlarının karşılaştırılması mümkündür.^{12,17}
- z. İzolasyon Önlemleri:** Tanımlanmış veya şüphe edilen bulaşıcı hastalığı olan veya epidemiyolojik olarak önemli bir patojenle bulaşma yolunu engellemeye yönelik olarak izolasyon önlemleri alınmalıdır. Çoklu antibiyotik direnci olan patojenlerin yayılımının önlenmesi için temas izolasyonu uygulanmalıdır. Mümkünse hasta özel odaya alınmalı ya da aynı mikroorganizmayla aktif enfeksiyonu olan bir başka hastayla oda paylaşılabilir. Hastaya temas etmeden non steril eldiven ve temiz önlük giyilmelidir. Kullanılan araç ve gereçler hastaya özel olmalı, diğer hastalara kullanılmadan önce dezenfekte edilmeli ya da steril edilmelidir³⁷.

Ventilatör İlişkili Pnömoni Gelişen Hastada Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri

VİP gelişen hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin ele almaları gereken temel hemşirelik tanıları ve girişimleri aşağıda verilen tabloda belirtilmiştir^{38,39}.

Tablo 1. VIP Gelişen Hastalarda Temel Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri

HEMŞİRELİK TANILARI	AMAÇ	GİRİŞİM
1.Yetersiz solunum ve etkisiz hava yolu açıklığı	Etkin hava yolu temizliğinin ve yeterli solunumun sağlanması.	1.Kontrendike değilse semi fowler pozisyonu vermek. 2.Solunum hızı, derinliği, ritmi, yardımcı kasların kullanılması, solunum sesleri, öksürük, balgam karakteristiği (renk, koku, miktar, kıvam) yönünden değerlendirmek. 3.Hasta sekresyon miktarı ve rengindeki değişiklikleri ve hipertermi açısından takip etmek. 4.Gerekirse hava yolları aspire edilecek(nazotrakeal, nazofarengeal). 5.Gerekirse fizyoterapist ile iletişime geçilerek hastanın derin solunum ve öksürük egzersizleri yapmasını sağlamak. 6.Sekresyonları kolay atması için hastanın durumuna göre pozisyon değişikliği vermek, (2 saatte bir) gerekirse postral drenaj yapmak. 7.Sık sık ağız bakımı vermek. 8.Kontrendike değilse yeterli sıvı alımını sağlamak. 9.Gerekirse doktor ile iletişime geçilerek kan gazı bakılmasını sağlamak. 10.Doktor orderına göre bronkodilatör, ekspektoran, steroid ve antibiotik tedavileri yapmak. 11.Oksijen tedavisi order edilirse nemlendirilerek , belirlenen hızda vermek. 12.Mekanik ventilasyon ile takip edilen hastada, entübasyon tüpünün seviyesi, bilateral solunum sesleri, parametreleri takip etmek ve ekibi bilgilendirmek.
2.Enfeksiyon	Enfeksiyon belirtilerinin olmaması	1. Sık ateş takibi yapmak ve ekiple sonucu paylaşmak. 2.Vital bulgu takibi yapmak, hastanın monitör takibini yaparak, ekibi bilgilendirmek. 3. Uygun oda ısı sağlamak. 4. Hastanın uygun kalınlıkta giyinmesini sağlamak. 5. Hastanın yeterli sıvı alımını sağlamak. 6.İsı artışında fiziksek durum değişikliklerini izlemek ve kaydetmek. 7.İsı artışında soğuk uygulama, ılık duş gibi yöntemlerle ateşi düşürmek. 8. Doktor orderına göre uygun antibiotik tedavisini yapmak.
3.Aktivite intoleransı	Artan aktiviteyi tolere ettiğini gösterme	1. Aktif pasif hareketler, yatak içinde iki saatte bir pozisyon değişikliği sağlamak. 2. Hastanın aktivite öncesi ve sonrası vital bulguların takibinin yapılması 3. Öz bakım aktivitelerinde hastaya yardımcı olmak. 4. Hastanın yeterli uyku ve istirahat etmesine yardımcı olmak.

Kaynaklar

1. Centers for Disease Control and Prevention: Guideline for Prevention of Health–Care–Associated Pneumonia. MMWR 2004; 53: 1-36.
2. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Lease D, Jaeschke RZ, Brun-Brisson C. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. Ann Intern Med 1998; 129 (6): 433-440.
3. American Thoracic Society. Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital–acquired, ventilator–associated, and healthcare– associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 388-416.
4. Köksal İ, Çakar A, Arman D. Yoğun Bakım Enfeksiyonları, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2005; 257-265.
5. Hsieh H, Tuite PK. Prevent of ventilator-associated pneumonia. Dimens Critical Care Nursing 2006; 25 (5): 205-208.
6. Hixson S, Sole ML, King T. Nursing strategies to prevent ventilator–associated pneumonia. Practice in Acute and Critical Care 1998; 9 (1): 76-90.
7. Craven DE. Epidomology of ventilator–associated pneumonia. Chest 2000; 117: 186-187.
8. İlgün S, Owayolu N. Yoğun bakım ünitelerinde görülen hastane enfeksiyonları ve alınması gereken önlemler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005; 9 (1): 14-19.
9. İltuş F, Durmaz A. Dahili yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005; 9 (1-2): 35-40.
10. Pruitt B, Jacobs M. How can you prevent ventilator–associated pneumonia? Nursing 2006; 36 (2): 36-41.
11. Coffin SE, Klompas M, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ. et all. Strategies to prevent ventilator–associated pneumonia in acute care hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology 2008; 29 (1): 31-40.
12. Saltoğlu N. Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesi ve Kontrolü. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 2008, 60, 89-103.
13. Biberoglu K. Ventilatör ilişkili pnömoni. Yoğun Bakım Dergisi 2001;1 (2): 98-105.
14. Pruitt WC, Jacobs M. Can you prevent ventilator–associated pneumonia?. Critical Care Choices 2005; 4-7.
15. Koenig SM, Truwit JD. Ventilator-associated pneumonia: diagnosis, treatment, and prevention. Cilm. Mic. Reviews 2006; 637-657.
16. Dodek P, Kenan S, Cook D, Heyland D, Jacka M, Hand L, et all. (For the Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Critical Care Society) Evidence – based clinical practice guideline for the prevention of ventilator–associated pneumonia. Ann Intern Med 2004; 141: 305-313.
17. Augustyn B. Ventilatör–associated pneumonia risk factors and prevention. Critical Care Nurse 2007; 27(4): 32-39.
18. Ferrer R, Artigas A. Clinical Review: Non–antibiotic strategies for preventing ventilator–associated pneumonia. Critical Care 2002; 6 (1): 45-51.
19. Karaman R. Yoğun bakım enfeksiyonlarında hemşirenin rolü: yoğun bakım hemşiresinin rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2002; 2 (1): 5-8.
20. Cason CL, Tyner T, Saunders S, Broome L. Nurses’ implementation of guidelines for ventilator–associated pneumonia from the centers for disease control and prevention. American Journal of Critical Care 2007; 16 (1): 28-36.

21. Tolentino-Delos Reyes AF, Ruppert SD, Shiao SYPK. Evidence –based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator–associated pneumonia. *American Journal of Critical Care* 2007; 16 (1): 20-27.
22. Karabey S, Çetinkaya Şardan Y, Alp E, Ergönül Ö, Esen Ş, Kaymakçı H. El Hijyen Klavuzu. Sağlık Bakanlığı ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2009; 1-30.
23. Arman D, Arda B, Şardan Çetinkaya Y, Kavacan ÇB, Esen F, İskit Topeli, A ve ark. Sağlık ile hizmeti ilişkili pnömoninin önlenmesi klavuzu. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2008; 12 (2):1-14.
24. Ruffel, A, Adamcova L. Ventilator–associated pneumonia: prevention is better than cure. *British Association of Critical Care Nurses* 2008; 13 (1): 44-53.
25. Akyol AD. Hand hygiene among nurses in turkey: opinions and practices. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 431-437.
26. Bischoff WE, Reynolds TM, Sesler CN, Edmond MB, Wenzel RP. Handwashing Compliance by Health Care Workers. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1017-1021.
27. Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları. (2008/25). T.C. Resmi Gazete, 11395, 03 Nisan 2008.
28. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21: 381-386.
29. Dezfulian C, Shojania K, Collard HR, Kim HM, Matthay MA, Saint S. Subglottic secretion drainage for preventing ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis. *The American Journal of Medicine* 2005; 118 (1): 11-18.
30. American Association of Critical – Care Nurses. AACN Practice Allert: Oral care in the critically ill. *AACN Clin Issus Adv Pract Acute Crit Care Adv Pract Nurs* 2007; 1: 1-2.
31. Fagon JY. Prevention of ventilator–associated pneumonia. *Intensive Care Medicine* 2002; 28: 822-823.
32. American Association of Critical – Care Nurses. AACN Practice Allert: Ventilator – associated pneumonia. *AACN Clin Issus Adv Pract Acute Crit Care Adv Pract Nurs*, 2008; 1: 1-4.
33. Çelik S. Mekanik ventilasyonda hasta bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2006; 10 (1-2): 19-25.
34. Blot SI, Labeau S, Vandijck D, Aken PV, Claes B. (Executive Board of the Flemish Society for Critical Care Nurses). Evidence–based guidelines for the prevention of ventilator – associated pneumonia: results of a knowledge test among intensive care nurses. *Intensive Care Medicine* 2007; 33 (8): 1463-1467.
35. Özden D. Kapalı Sistem Aspirasyon Yöntemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11 (3): 29-37.
36. Bourgalut AM, Ipe I, Weaver J, Swartz S, O’Dea PJ. Development of evidence-based guidelines and critical care nurses’ knowledge of enteral feeding. *Critical Care Nurse* 2007; 27 (4): 17-29.
37. Usluer G, Esen Ş, Dokuzoğuz B, Ural O, Akan H, Yörük C, Şahin H. İzolasyon Önlemleri Klavuzu. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2006; 10 (2): 1-28.
38. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. T.C. Resmi Gazete, 28208, 18 Şubat 2012.
39. Hemşirelik bakım planları, URL: <http://www.bakimplanlari.com/>, 29 Temmuz 2013.
40. Akbayrak N, Erkal-İlhan S, Ançel G, Albayrak SA. Hemşirelik bakım planları, Ankara: Alter Yayıncılık; 2007. ss. 211-222.

Yayın Kabulü ile İlgili İlkeler

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

Makale Gönderimi

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

Genel Bilgiler

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

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

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

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Yazım Kuralları

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

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

Başlık Sayfası

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

Özet Sayfası ve Anahtar Kelimeler

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

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

Metin Sayfası

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

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

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

Kaynaklar

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

Metin İçinde

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

Örneğin;

Bu konuda yapılan bir çalışmada¹

..... ilgili çalışma².....

Reeves³ makalesinde

.....şeklinde tanımlamaktadır^{4,5}.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

Örneğin;

.....hastanın bilgi düzeyi⁶, yaşam biçimi⁷.....

Metin Sonunda

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

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

Kaynak Kitap Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

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

Kitap Bölümü

Örneğin;

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

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

Kongre Özet Bildirileri

Örneğin;

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

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

Kongre Tam Metin Yayınları

Örneğin;

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

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

Kaynak Makale Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarın Kurum Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarı Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Elektronik Kaynaklar

Örneğin;

Elektronik dergi

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

İnternet Sitesi

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

CD-ROM

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

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

İletişim

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Nilay ERCAN ŞAHİN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

INFORMATION FOR AUTHORS

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

Submitting An Article

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

General Information

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

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

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

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

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

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

All manuscripts submitted must be accompanied by “Copyright Transfer Form”.

Publication Types

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

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

- o Result
- o Discussion
- o Conclusion
- o References

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

Manuscript Preparation

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

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

Title Page

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

Abstract and Keyword Page

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

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

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

- Title must be written bold and 12 fonts with Times New Roman.

- Abstract, manuscript text page, and references must be written 12 fonts with Times New Roman.
- Tables must be written 10 fonts with Times New Roman.
- All pages must be written double-spaced, and justify text on both sides.
- Pages should have 2.5 cm spaces among all sides.
- Footnotes shouldn't be used in manuscripts, explanations should be given in the text.
- Figures, graphics, and photographs should be 11 cm in width, 8 cm in length.
- Manuscript text shouldn't contain author information for unbiased evaluation.
- Abbreviations used should be defined in parenthesis where the full word is first mentioned.

References

Vancouver style is used in referencing.

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

References in Text

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

Example:

A study¹ about this issue is.....

.....study²

In his article Reeves³

..... defined as.....^{4,5}.

..... found positive effect on life style⁶, knowledge of patient⁷.....

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

Reference List

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

Books

Personal Author/s

Example

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

Organization as author and publisher

Example

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

Chapter in a book

Example

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

Conference Proceedings

Example

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

Conference Paper

Example

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

Articles in journals

Standard Journal Article

Example

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

Organization as author

Example

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

No Author Given

Example

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

Issue With No Volume*Example*

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

No Issue and Volume*Example*

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

Electronic Material***Journal article in electronic format****Example*

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

Web/ Internet*Example*

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

CD-ROM

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

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

Communication

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Nilay ERCAN ŞAHİN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

YAYIN İZİNİ (Taahhütname)

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

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

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

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
06100 Ankara