

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU  
DERGİSİ**

---

---

Cilt: 25

Sayı: 3

2009

---

---



# HYO

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU  
DERGİSİ**

Cilt 25, Sayı 3

2009

### **Yayın Sahibi**

Prof. Dr. Gülümser ARGON  
Hemşirelik Yüksek Okulu Adına

### **Sorumlu Müdür**

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

### **Yayın Alt Komisyonu**

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (Başkan)  
Prof. Dr. Gülümser ARGON  
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL  
Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL  
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

### **Dergi Yayın Kurulu**

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör)  
Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd)  
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN  
Prof. Dr. Aynur ESEN  
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY  
Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL  
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

### **Basım Yeri**

Ege Üniversitesi Basımevi  
Bornova - İzmir

### **Baskı Tarihi**

Haziran 2010

### **Yönetim Yeri**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (EÜHYO) tarafından  
yılda üç sayı/bir cilt olarak yayınlanır.

**HAKEMLİ DERGİ**

## **AÇIKLAMALAR**

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

### **Yayın Türleri**

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orjinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

### **Yayın Hakları**

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

**HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ**  
**DERGİ HAKEM KURULU**

**PROFESÖRLER**

AKBAYRAK Nalan  
AKDEMİR Nuran  
AKYOLCU Neriman  
ALGIER Lale  
ARGON Gülümser  
ARSLAN Hediye  
AŞTI Nesrin  
AŞTI Türkinaz  
BAHAR Zuhâl  
BAŞBAKKAL Zümrüt  
BAYIK TEMEL Ayla  
BAYRAKTAR Nurhan  
BEDÜK Tülin  
BULDUKOĞLU Kadriye  
BUZLU Sevim  
ÇAM Olcay  
ÇAVUŞOĞLU Hicran  
ÇİMETE Güler  
DOĞAN Selma  
ECEVİT ALPAR Şule  
ENÇ Nuray  
ERCİ Behice  
ERDİL Fethiye  
ERDOĞAN Semra  
EROĞLU Kafiye  
ESEN Aynur  
EŞER İsmet  
ETİ ASLAN Fatma  
FADİLOĞLU Çiçek  
GÖKDOĞAN Feray  
GÖRGÜLÜ Selma  
GÖZÜM Sebahat  
HATİPOĞLU Sevgi  
KANAN Nevin  
KARADAKOVAN Ayfer  
KARANİSOĞLU Hacer

KARATAŞ Nimet  
KHORSHID Leyla  
KIZILKAYA BEJİ Nezihe  
KOCAMAN Gülseren  
KÖMÜRCÜ Nuran  
NAHÇİVAN Nursen  
OCAKÇI Ayşe  
OKUMUŞ Hülya  
OLGUN Nermin  
ÖZ Fatma  
ÖZBAŞARAN Ferda  
ÖZHAN ELBAŞ Nalan  
ÖZSOY Süheyla  
PASİNLİOĞLU Türkan  
PINAR Rukiye  
SABUNCU Necmiye  
SAVAŞER Sevim  
SEVİĞ Ümit  
SEVİL Ümran  
ŞİRİN Ahsen  
TAŞOCAK Gülsün  
ÜSTÜN Besti  
YILDIRIM Aytolon

**DOÇENTLER**

ABAAN Süheyla  
AKYOL Asiye  
ÇELİK Sevilay  
DİNÇ Leyla  
EMİROĞLU Oya Nuran  
ERDEMİR Firdevs  
KARADAĞ Ayişe  
KARADENİZ Gülten  
UÇAR Hülya  
TERZİOĞLU Füsün  
YAVUZ Meryem  
YILDIZ Suzan



## İÇİNDEKİLER

Editörden

### Araştırmalar

- Endotrakeal Tüp Uygulamasına Bağlı Rahatsızlıkların İncelenmesi  
*Investigation of Discomfort Depending on Endotracheal Tube Application*  
Nurten TAŞDEMİR, Esmâ ÖZŞAKER, Fatma DEMİR KORKMAZ,  
Zeynep KÖSELER..... 1-8
- Hemşirelik Öğrencilerinin Karar Verme ve Problem Çözme  
Becerilerinin Belirlenmesi  
*Determine of Ability Problem Solution and Make a Decision of Nursing  
Students*  
İsmet EŞER, Leyla KHORSHID, Nilay ÖZKÜTÜK, Fatma ORGUN..... 9-25
- Diabetes Mellitus'lu Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı ve  
Alternatif Tedavi Yöntemleri  
*Complementary and Alternative Therapy Method That Patients' Use in  
Diabetes Mellitus*  
Esra OKSEL, Fatma Nevin ŞİŞMAN..... 27-36
- Şok Dalgaları ile Taş Kırma İşleminde Tens'in Ağrıyı  
Gidermedeki Etkisinin İncelenmesi  
*Examining the Effect of Tens For Pain Relief During Shock Wave  
Lithotripsy Procedure*  
Esmâ ÖZŞAKER, Alev DIRAMALI..... 37-53
- Hemşirelik Öğrencilerinin Güdülenme Düzeylerinin Belirlenmesi  
*Examining the Effect of Tens For Pain Relief During Shock  
Wave Lithotripsy Procedure*  
Sultan ÖZKAN, Emel YILMAZ..... 55-68
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelere  
Yönelik Doğum Sonrası Depresyon Eğitiminin Etkililiğinin İncelenmesi  
*The Examination of Effect of Postpartum Depression Training  
For Primary Health Care Workers In The Midwives And Nurses*  
Olca ÇAM, Satı DOĞAN BOZKURT, Nalân BEŞER GÖRDELES,  
Tülay SAĞKAL..... 69-82

### Derleme Yazılar

- Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Duygusal Zekâ  
*The Job Satisfaction and Emotional Itelligence in Employees of Health Care*  
Ayşe BÜYÜKBAYRAM, Ayça GÜRKAN..... 83-94
- Kadın-Liderlik ve Hemşirelik  
*Female-Leadership and Nursing*  
Ebru ŞAHİN, Füsün TERZİOĞLU..... 95-104
- Cerrahi Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar  
*New Approaches During Preoperative Fasting Process in Surirical Patients*  
Emel YILMAZ..... 105-118





**Editörden Okura,**

**Değerli Okuyucularımız,**

Dergimizin yayın kalitesinin artarak devam etmesi için, 2010 yılında mevcut tüm hakemlerimize ve bununla birlikte alanda kariyerde yükselerek yeni eklenen hakemlere de başvurarak, hem yıllardır emeği geçen hakemlerimizin yükünü azaltmak, hem de genç arkadaşların enerji ve taze bilgilerinden yararlanmak amacıyla 2010 yılındaki sayılarımız için hakemlik konusundaki görüşlerini aldık. Hakemliği kabul eden arkadaşlarla 2010 yılını yürüteceğiz. 2009 yılının bu son sayısını 6 araştırma ve 3 derleme makale olmak üzere, 9 bilimsel makale ile bilgi paylaşımına sunuyoruz. Bu sayının da bilgi birikimine ve mesleki gelişime katkısının olacağı inancımla emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı ve verimli günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

**Prof. Dr. Olcay ÇAM  
EDİTÖR**

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

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

**Posta Adresi:** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu  
Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR



## ENDOTRAKEAL TÜP UYGULAMASINA BAĞLI RAHATSIZLIKLARIN İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF DISCOMFORT DEPENDING ON ENDOTRACHEAL TUBE APPLICATION

**Ar.Gör. Nurten TAŞDEMİR\***      **Yard.Doç.Dr. Esmâ ÖZŞAKER\***  
**Yard.Doç.Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ\*\***      **Zeynep KÖSELER\*\*\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

\*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dalı

10. Ulusal Kalp Damar Cerrahi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, endotrekeal tüp uygulamasına bağlı görülen rahatsızlıkları incelemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma İzmir ilinde bir Üniversite Hastanesinin Kalp Damar Cerrahi Kliniğinde 1 Ocak –1 Haziran 2008 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemini genel anestezi altında ameliyat olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 103 hasta oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen ve 22 sorudan oluşan veri toplama formu aracılığı ile ekstübasyondan sonraki ilk 12 saat içinde, hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü belirlemek için Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizi SPSS 11.0 paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde ve ki- kare testi kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların %40.5'i kendilerini en çok rahatsız eden durumun yutma güçlüğü olduğunu ifade ettikleri belirlendi. Hastaların %28.2'sinin 39.31±22.66 şiddetinde boğaz ağrısı olduğu, %35'inin 42.00±26.95 şiddetinde yutma güçlüğü olduğu ve %32'sinin sesle ilgili sorunlar yaşadığı bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Endotrakeal tüp, ağrı, rahatsızlık, hemşirelik

### ABSTRACT

**Purpose:** This study was conducted to examine discomfort depending on endotracheal tube practice.

**Methods:** This descriptive study was carried out in Cardiovascular Surgery Department of a university hospital in Izmir City, between January 1 and June 1 2008. The sample of the study included 103 patients who had surgery under general anesthesia and volunteered to include the research. The data were collected by a 22 item questionnaire which developed by researchers. For defining

throat pain and swallowing difficulty Visual Analog Scale were used. Patients were interviewed using face to face technique during first 12 hour after extubation. SPSS 11.0 package software was used to analyses. The numbers, and percentage estimations and chi- square test implemented to evaluate the collected data.

**Results:** Of the patients' 40.5% were determined that the most discomforting condition were swallowing difficulty. Of the patients' 28.2% were had throat pain 39.31±22.66 intensity, 35.0% were had swallowing difficulty 42.00±26.95 intensity and 32% had lived problem with voice.

**Key Words:** Endotracheal tube, pain, discomfort, nursing

## GİRİŞ

Genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda hava yolu kontrolünün sağlanması için, entübasyonun gerekliliği bilinmektedir (Lezitia ve ark. 2003, Ahmed ve ark. 2007). Genel anestezi sonrası sıklıkla boğaz ağrısı deneyimlendiği ifade edilmektedir (McHardy ve Chung 1999, Ahmed ve ark. 2007). Entübasyon sırasında dudaklar, dişler, burun, boğaz ve larinkste travmanın oluşabileceği ve bunun da ses kısıklığı, ağrı ve yutma güçlüğüne yol açabileceği bildirilmektedir. Endotrakeal entübasyonda, faringeal travmanın yutma güçlüğü, laringeal travmanın ses kısıklığı ve disfoni ile seyrettiği gözlenmektedir (Snow 1986).

Endotrakeal entübasyona bağlı gelişen laringeal komplikasyonları uygulanma anı, erken ve geç komplikasyonlar olarak üç grupta ele almak olasıdır. Entübasyon sırasında abrazyon, laserasyon, tüpün yanlış yerleştirilmesi, vokal kord paralizi ve aspirasyon oluşması söz konusuyken, erken dönemde görülebilen komplikasyonlar ödem, ülserasyon ve enfeksiyondur. Geç komplikasyonlar arasında granülom, stenoz ve yapışıklık gelişebileceği belirtilmektedir (Şener ve ark. 2006).

Entübasyon tüpünde balonun yetersiz hacimde şişirilmesinin, ventilasyon ve oksijenasyonda sorunlara yol açabileceği, aşırı şişirilmesi durumunda da trakea mukozasına basınç sonucu iskemi, nekroz ve kıkırdak hasarına neden olabileceği bildirilmektedir. Trakea duvarında basınca bağlı oluşabilecek yaralanmaları engellemek amacıyla, balon basıncının sürekli izlenmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (Çelik 2006). Literatürde, hayvanlarla yapılan çalışmalarda, kaf-trakea basıncının 30 mm Hg'nin üzerinde olmasının trakeal mukozada iskemiyeye neden olduğu belirtilmekte, bu nedenle kaf basıncının 20 mm Hg'nin altında tutulması önerilmektedir (Özkan ve ark. 2000).

Endotrakeal entübasyonda ameliyat sonrası dönemde en sık görülen komplikasyonlardan birinin boğaz ağrısı olduğu, literatürde görülme sıklığının %20-%100 arasında değiştiği ve daha çok kadınlarda geliştiği bildirilmektedir (Snow 1986, Yentür 2007). Boğaz ağrısında travma başlıca neden olarak kabul edilmekte ağrıya neden olan

travmanın laringoskopi sırasında meydana gelmiş olabileceği vurgulanmaktadır. Diğer nedenleri arasında statik basınç, tüp ile farinks ve larinks'in arka duvarı arasında aşırı sürtünme bu bölgedeki cerrahi girişimin etkileri ve özefagogastrik tüpün uygulanmış olması sayılmaktadır (Snow, 1986). Hastanın sigara içme alışkanlığı, laringoskop blade'si ve entübasyon tüpünde kullanılan kaf tipi, kaf basıncı, entübasyon süresinin boğaz ağrısının sıklığını ve yoğunluğunu etkilediği belirtilmektedir. Düşük basınçlı-yüksek volümlü kaf, lidokain spreyleri ve jelleri kullanımının ameliyat sonrası boğaz ağrısını engellemede uygulanabileceği üzerinde durulmaktadır (Maruyama ve ark. 2004, Yentür 2007).

## **AMAÇ**

Bu araştırma, genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda, endotrakeal tüp uygulamasına bağlı rahatsızlık görülme oranını, görülen rahatsızlıkların türünü ve düzeyini incelemek amacı ile yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma bir üniversite hastanesinin Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde yürütüldü. Araştırmamız, ameliyatların genel anestezi altında yapılması ve ameliyat sonrası hastaların entübe olarak yoğun bakım ünitesinde izlenmesi nedeniyle bu klinikte gerçekleştirildi. Araştırma evrenini 01 Ocak-31 Haziran 2008 tarihleri arasında söz konusu hastanenin Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde planlı olarak ameliyat olan tüm hastalar oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul eden 103 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü izin alındı.

En az altı saat süre ile entübe kalan, yoğun bakımdan servise transferi yapılmış olan, 18 yaşından büyük, okuma yazması olan, anlama güçlüğü bulunmayan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

## **VERİ TOPLAMA ARACI**

Veriler araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür tarandıktan sonra hazırlanan, hastaların bireysel özellikleri ve endotrakeal tüp uygulamasına bağlı görülen rahatsızlıkları belirleyen 22 sorudan oluşan veri toplama formu aracılığı ile toplandı. Veri toplama formunda 6 soru açık uçlu olarak soruldu. Boğaz ağrısını ve yutma güçlüğüne değerlendirmek için Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ, Vizüel Analog Skala, VAS) (Eti- Aslan 2002) kullanıldı. GKÖ 0-100 mm. Aralığında; 0 ağrı ve yutma güçlüğü olmadığını, 100 ise dayanılmaz şiddette ağrı ve yutma güçlüğü belirtmektedir. Veriler, endotrakeal tüp çıkarıldıktan

sonraki ilk 12 saat içinde hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

## VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizi SPSS 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı.

## ETİK

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan ve ilgili hastanenin başhekimliğinden yazılı izin, araştırmaya katılan hastalardan sözel izin alındı, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara veri toplama formu uygulandı.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel özelliklerine baktığımızda, yaş ortalamasının  $55.38 \pm 15.35$  (minimum: 18, maksimum: 82) olduğu, %60.2'sinin erkek, %76.7'sinin evli, %40.8'inin ilkökul mezunu olduğu görüldü. Hastaların %55.3'ünün daha önce genel anestezi ile ameliyat olduğu, %49.5'inin beden- kitle indeksinin normal olduğu belirlendi (Tablo 1).

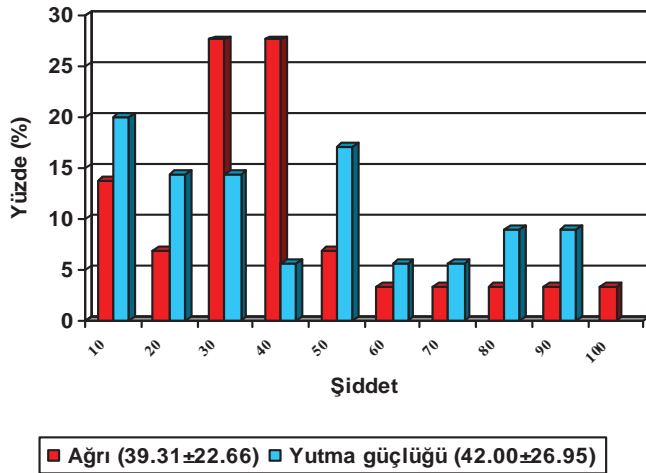
**Tablo 1:** Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	41	60.2
Erkek	62	39.8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	79	76.7
Bekâr	24	23.3
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur- yazar	18	17.5
İlkokul	42	40.8
Ortaokul- Lise	26	25.2
Yüksekokul- Fakülte	17	16.5
<b>Ameliyat Deneyimi</b>		
Var	57	55.3
Yok	46	44.7
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
Zayıf	3	2.9
Normal kilolu	52	50.5
Hafif şişman	34	33.0
1.derece şişman obez	12	11.7
İleri derece obez	2	1.9
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

**Tablo 2:** Hastaların endotrekeal tüp uygulamasına bağlı ifade ettikleri yakınmalara göre dağılımı

Rahatsızlıklar	Yaşayan		Yaşamayan	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ağrı	29	28.2	74	71.8
Yutma güçlüğü	36	35.0	67	65.0
Ses kısıklığı/ seste çatlama	33	32.0	70	68.0

Hastaların %28.2'sinin  $39.31 \pm 22.66$  şiddetinde (minimum:10, maksimum:100) boğaz ağrısı olduğu, %35'inin  $42.00 \pm 26.95$  şiddetinde (minimum:50, maksimum:90) yutma güçlüğü olduğu ve %32'sinin ses kısıklığı ve seste çatlama gibi sorunlar yaşadığı görüldü (Tablo 2). Hastaların ifade ettikleri boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü'nün dağılımı grafik 1'de görülmektedir.



**Grafik 1:** Hastaların endotrekeal tüp uygulamasına bağlı ifade ettikleri ağrı ve yutma güçlüğü şiddetinin dağılımı

Hastaların cinsiyeti, beden kitle indeksi ve endotrakeal tüp numarası ile boğaz ağrısı, yutma güçlüğü ve ses değişikliği yaşama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde yapılan istatistiksel analiz sonucu aralarında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

Hastaların yaşadıkları rahatsızlıkları sağlık çalışanlarına iletme durumları incelendi, yalnızca %44'ü bu rahatsızlıkları hekim veya hemşireye ilettilerini belirtti. Yaşanılan rahatsızlıklara yönelik sağlık çalışanlarının herhangi bir uygulama yapma durumu sorulduğunda ise hastaların %35.7'si hekim ve hemşirelerin kendilerine "öksürme", "balgam çıkarma" ve "ılık su içme" önerilerinde bulduklarını ifade etti.

## TARTIŞMA

Ameliyat sonrası hastaların rahatsızlıklarının başında gelen ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren akut bir ağrı şeklidir (Eti- Aslan 2006). Ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrısının insizyon bölgesinde olmasından dolayı hastalar ve sağlık ekibi daha çok insizyon bölgesinde yaşanan ağrıya odaklanmaktadır. Genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda oluşabilecek sorunlardan biri de endotrekeal entübasyona bağlı rahatsızlıklardır. Ameliyat sonrası dönemde endotrekeal tüp uygulamasına bağlı rahatsızlık görülme oranını, görülen rahatsızlıkların türünü ve düzeyini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmaya 103 hasta alındı.

Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası entübasyona bağlı rahatsızlıklarla ilgili olarak en sık olarak boğaz ağrısı yaşandığı ve boğaz ağrısı oranının %20-%100 arasında değiştiği belirtilmektedir. (Snow 1986, Yentür 2007). Çalışmamızda entübasyona bağlı boğaz ağrısı oranı %28.2 olarak belirlendi.

Ameliyat sonrası dönemde boğaz ağrısı ile ilgili yapılan çalışmalarda; Watt- Watson ve ark. (2004) laparoskopik kolesistektomi geçiren 180 hastada ağrıyı incelemişler, ameliyat sonrası boğaz ağrısını % 11 olarak belirtmişlerdir. Hamdan ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada ekstübasyon sonrası 2. saatte hastaların %52.9'unda 24. saatte %19.2'sinde boğaz ağrısı olduğu belirtilmiştir (Hamdan ve ark. 2007). Planlı cerrahi geçiren 381 hasta ile yapılan bir çalışmada, boğaz ağrısı oranı %26 olarak belirtilmiştir (Ahmed ve ark. 2007). Gününbirlik cerrahi geçiren hastalarda entübasyona bağlı rahatsızlıkların oranı 12.1 olarak belirtilmiştir (Higgings, Chung ve Mezei 2002).

Çalışmamızda yutma güçlüğü oranı %35.0 ve ses kısıklığı, seste çatlama gibi sorunların oranı ise %32 olarak belirlendi. Grap ve arkadaşlarına (2002) göre endotrakeal entübasyon sonrası görülen rahatsızlıklar arasında konuşma yetersizliğinden sonra, ağrının ikinci sırada yer aldığı ve hastaların %86'sında ağrı görüldüğü belirtilmiştir (Grap ve ark., 2002). Bu çalışmada boğaz ağrısı oranı %28.2 olarak belirlenmiş olup, ameliyat sonrası entübasyona bağlı yaşanan sorunlardan yutma güçlüğü (%35.0) ilk sırada yer aldı.

Literatürde ameliyat sonrası boğaz ağrısının kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir. Çalışmada boğaz ağrısı açısından kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ( $p > 0.05$ ).

Ameliyat sonrası dönemde hastaların, entübasyona bağlı yakınmaları hekim veya hemşireye iletme durumunun yarıya yakın (%44) olduğu görüldü. Hastaların hissettikleri rahatsızlıkların



giderilmesi için hekim ve hemşirelerin “öksürme”, “balgam çıkarma” ve “ılık su içme” önerilerinde buldukları saptandı. Boğaz ağrısına yönelik uygulamalar arasında; buz parçalarının emilmesi de bulunmaktadır (Fuangmanakul, Mart 2009). Ancak çalışmamızda hekim ve hemşirelerin önerileri arasında bu uygulamanın yer almadığı belirlendi.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda endotrakeal tüp uygulamasına bağlı görülen yakınmaları incelemek amacı ile yapılan bu çalışma sonucunda; hastaların entübasyona bağlı değişik derecelerde ağrı, yutma güçlüğü ve seste değişiklikler yaşadığı saptandı. Bu çalışma sonuçları doğrultusunda aşağıda belirtilen önerilerde bulunuldu:

- Hemşirelerin, uzun süre endotrakeal entübasyon uygulanan hastalarda boğaz rahatsızlıklarının oluşabileceğinin farkında olmaları,
- Ameliyat sonrası boğaz yakınmalarını değerlendirmeleri,
- Rahatsızlık oluşan hastalara; ılık sıvı alımı, katı gıda almamaları, buz parçalarının emilmesi, pastil kullanımı gibi yakınmaların azaltılmasını sağlayan uygulamaları yapmaları önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ahmed A, Abbasi S, Bin Ghafoor HB, et al. (2007). Postoperative sore throat after surgical elective procedures. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 19(2).
2. Çelik S (2006). Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1- 2): 19- 25.
3. Eti-Aslan F (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 9- 16.
4. Eti-Aslan F (2006). Postoperatif ağrı. Editör: Ağrı Doğası ve Kontrolü. *Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti*, İstanbul.
5. Grap MJ, Blecha T, Munro J (2002). A description of patients' report of endotracheal tube discomfort. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(4); 244-249.
6. Hamdan AL, Sibai A, Rameh C, et all. (2007) Short-Term Effects of Endotracheal intubation on voice. *Journal of Voice*, Vol. 21, No: 6.
7. Higgins P.P, Chung F, Mezei G. (2002). Postoperative sore throat after ambulatory surgery. *British Journal of Anesthesia*, 88(4): 582- 584.
8. Letizia M, O'Leary J, Vodvarka J (2003). Laryngeal edema: perioperative nursing considerations. *Medsurg Nursing*, 12(2): 111- 115.
9. Maruyama K, Sakai H, Miyazawa H. Et all. (2004). Sore throat and hoarseness after total intravenous anesthesia. *British Journal of Anesthesia*, 92(4): 541-543.

10. McHardy FE, Chung F (1999). Postoperative sore throat: cause, prevention and treatment. *Anesthesia*, 54: 444-453.
11. Şener M, Yılmaz İ, Yilmazer C ve ark. (2006). Endotrakeal Entübasyon Komplikasyonu: Laringeal Granülom, *Anestezi Dergisi*, 14 (2): 120-124.
12. Snow JC (1986). Laringoskopi ve Endotrakeal Entübasyon, *Anestezi El Kitabı*, çev. Zahide Elar, İzmir Güven Kitapevi, s: 119-137.
13. Yentür EA (2007). Ağrı ve Yaşam Kalitesi, 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, Meta Basım Matbaacılık, Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi, İzmir, 12-15.
14. Özkan T, Talu GK, Şentürk M ve ark. (2000). Trakeal tüp balonu içeriğinin postoperatif boğaz ağrısına etkisi, *Ağrı Dergisi*, 12(3): 15-18.
15. Watt-Watson J, Chung F, Chan VW. Et all. (2004). Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. *Journal of Nursing Management*, 12(3): 153-161.
16. Fuangmanakul K. (2009, Mart 13) The effects of ice chips on reducing sore throat after extubation patients undergone surgery with general anaesthesia at Sampran Hospital in Nakhon pathom province. <http://www.christian.ac.th/~english/international%20conference/data/Sept.8-afternoon/Group%202/5-Kulitsara.ppt#1> adresinden indirildi.

## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KARAR VERME VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİN BELİRLENMESİ

DETERMINE OF ABILITY PROBLEM SOLUTION AND MAKE A DECISION OF NURSING STUDENTS

**Prof.Dr. İsmet EŞER\***      **Prof.Dr. Leyla KHORSHID\***  
**Ar.Gör.Dr. Nilay ÖZKÜTÜK\*\***      **Yard.Doç. Fatma ORGUN\*\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları AD.

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Öğretim AD.

Bu araştırma, 4. Uluslararası & 11. Ulusal Hemşirelik Kongresinde (5-8 Eylül 2007, Ankara) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerini ve karar verme stillerini belirlemek amacı ile yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

**Gereç ve Yöntem:** Veri toplamada; araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu (yaş, cinsiyet, bölüm, vs.), Heppner Peterson (1982) tarafından geliştirilen ve Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından uyarlanan Problem Çözme Envanteri ve Scott ve Bruce (1995) tarafından geliştirilen ve Taşdelen (2002) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Karar Verme Stilleri ölçeği kullanılmıştır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 2004-2005 öğretim yılında öğrenim gören 1. sınıf (N=174) ve 4. sınıf (N=120) öğrencileri araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formuna yanıt veren öğrenciler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (1.sınıf n=147 ve 4. sınıf n=89). Veriler, araştırma için kurumdan yazılı izin alınarak, 15 Nisan – 30 Haziran 2005 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre; araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin orta düzeyde, karar verme stili ölçeğinin rasyonel, sezgisel ve bağımlı alt boyutlarında puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Karar verme, problem çözme, hemşirelik öğrencisi

### ABSTRACT

**Objective:** This study is a descriptive study aimed to determine ability problem solution and make a decision of the students of nursing.

**Material and Methods:** In data collection, a Personal Information Form developed by the researchers (age, sex, department, ect.), and a Problem Solving

*Inventory (PSI) developed by Heppner Peterson (1982) and adapted by Şahin, Şahin & Heppner (1993), and Make a Decision Styles Inventory (MDSI) developed by Scott and Bruce (1995) and adapted to Turkish by Taşdelen (2002) were used.*

*First year students (n=174) and fourth year students (n=120) students who received education School of Nursing in Ege University between 2004 and 2005 were included to study. Students who accepted to participate and answered to questionnaire form were formed the sample of the study (1st class n=147 and 4th class n=89). The data were collected by researchers between 15 April – 30 June 2005, by accepting written permission from institution in order to research.*

**Results and Conclusion:** *According to the research findings, the nursing students who accepted in scope of the study were determined that the problem solving ability was medium level, and that the mean scores in the rational, intuitive and dependent subscale of make a decision styles inventory was high level.*

**Key Words:** *Make a decision, problem solving, nursing student*

## GİRİŞ

Problem, birey ya da toplumların karşılaştığı, başarıya ulaşmaları için çözülmesi gerekli güçlüklerdir (Tan 2001). Problem çözme ise, istenilen hedefe varabilmek için etkili ve yararlı olan araç ve davranışları çeşitli olanaklar arasından seçme ve kullanmadır. Problem çözme işleminde başarı, öncelikle problemin doğru tanımlanmasına bağlıdır. Problemin doğru tanımlanmasının yanı sıra problematik durumla ilgili yeterli bilgi sahibi olunmalı ve güçlüğü gidereceği düşünülen çeşitli davranış tarzları formüle edilmeli ve en iyi çözüme götüreceği düşünülen seçenekten başlanmalıdır. Mevcut seçenekler uygulamaya konur ve değerlendirilmesi yapıldıktan sonra başarılı olunmuşsa o yolda devam edilir aksi halde başka seçenek uygulamaya konur (<http://www.sanalpsikolog.com/> ProblemCozmeBecerisi.doc).

Problem çözme, öğrenci merkezlidir, öğrencide ilgi ve güdülenmeyi artırır ve bilimsel yöntemi kullanmayı öğretir (Demirel 2000). Karar verme yeteneğini geliştirir, eleştirel düşünmeye yardımcı olur, aktif katılım sağlar, geniş ilgi ve merak uyandırır. Gözlemlene, rapor etme, karşılaştırma, bilgileri düzenleme, yorumlama, değerlendirme ve özetleme gibi yeteneklerin gelişmesine katkıda bulunur. Yaratıcı düşünceyi, demokratik tavır ve tutumları geliştirir (Özden 1999).

İnsan hayatı çözülmesi gereken değişik biçim ve yapıda problemlerle doludur. Hemşirelik öğrencisi hem okul hem de özel yaşamlarında çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmakta ve bu problemlere etkili çözüm yolları bulmak durumundadırlar. Hemşirelik öğrencilerinin sezgi gücünü kullanarak problemleri görebilme, problemin çözümüne yönelik yaratıcı düşünme, olaylar ve kavramlar arasında bağlantı kurma becerilerini kazanmaları gerekmektedir (Özden 1999).

Bugünün toplumu, değerlere körü körüne uyan kişileri değil, yaratıcı, kritik ve analitik düşünebilen, karşılaştığı değişik problemleri çözebilen ve bu problemleri çözebilmek için doğru kararlar alabilen bireyleri gerektirmektedir. Problem çözme sürecinin önemli basamaklarından biri olan karar verme ise; bir amaca ulaşmak, bir sorunu çözmek için belirlenen alternatifler arasından en uygun olanı seçme, uygulama ve değerlendirme süreci olarak tanımlanabilir (Kaya 2000). Karar verme, problem çözme sürecinin en önemli aşamasını oluşturmaktadır. Karar verme sürecinin amacı, bireyin kararından memnun olma olasılığını artıracak bir dizi eyleme girmesine yardımcı olabilmektir (<http://www.sanalpsikolog.com/ProblemCozmeBecerisi.doc>). Karar verme bilimsel sorun çözme sürecidir. Etkili doğru karar verme, ancak, sistematik düşünme ve bilimsel yaklaşımla mümkündür.

Çağımızda insan hızla değişen, gelişen ve sınırları giderek büyüyen bir çevre içinde yaşamakta, bu durum insanı bireysel ve profesyonel yaşamında çeşitli kararlar vermeye ve verilen bazı kararlara uyum sağlamaya zorunlu kılmaktadır. Günümüzde hemşirelerin oldukça karmaşık yasal, mesleki ve eğitim sorunlarıyla karşı karşıya olduğu ve bu durumun, hemşirelerin etkili ve doğru kararlar almalarını zorunlu kıldığı bir gerçektir. Bilimsel yaklaşımla karar verme artık yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline almıştır (Kaya 2000).

Gittikçe karmaşıklaşan ve zorlaşan yaşam koşullarında, hemşirelik öğrencileri de, hem okul hem de özel yaşamlarında çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmakta bu durum performanslarını azaltmakta, fizyolojik ve psikolojik problemlere yol açabilmektedir. Yaşadığımız bilgi çağında da, hemşirelik öğrencilerinden, sezgi gücünü kullanarak problemleri görebilme, problemin çözümüne yönelik yaratıcı düşünme, olaylar ve kavramlar arasında bağlantı kurma becerilerini kazanması ve çözüm yolları üretebilen, yaratıcı, pozitif düşünen yeni bilgilere nasıl ulaşılacağını, bunları beceriye nasıl dönüştüreceğini bilen ve doğru kararlar alabilen bireyler olması beklenmektedir (Özkütük, Silkü ve Saracaloğlu, 2002).

Bu bağlamda hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin ve karar verme stillerinin belirlenmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Söz konusu gereksinimden kaynaklanan bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve karar verme becerilerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın problemi; "Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve karar verme stilleri nedir?" biçiminde ifade edilmiştir. Bu amaçtan hareketle şu alt problemlere yanıt aranmıştır;

- Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve karar verme becerileri sosyo-demografik değişkenler açısından anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ile karar verme becerileri arasında ilişki var mıdır?

## YÖNTEM

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerini ve karar verme stillerini belirlemek amacı ile yapılmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 2004-2005 öğretim yılında öğrenim gören 1. sınıf (N=174) ve 4. sınıf (N=120) öğrencileri oluşturmakta olup, araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formuna yanıt veren öğrenciler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur ( 1.sınıf n=147 ve 4. sınıf n=89). Veriler, araştırma için kurumdan gerekli yazılı izin ve araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerden sözlü onam alınarak, 15 Nisan-30 Haziran 2005 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde, araştırmacılar tarafından geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” yer almaktadır. Burada; yaş, cinsiyet, bölüm gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular sorulmuştur.

İkinci bölümde, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini algılayışını ölçen ve Heppner Peterson (1982) tarafından geliştirilmiş ve Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından uyarlanmış olan “Problem Çözme Envanteri (PÇE)” kullanılmıştır.

PÇE, 35 sorudan oluşmakta olup, puan ranjı 32-192 arasındadır. Toplam puanın değişimi, bireyin problem çözmeye kendilerini algılama düzeylerini belirlemektedir. Verilerin yorumlanmasında, ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendisini yetersiz olarak algıladığını gösterir. Ölçek, 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; Aceleci Yaklaşım  $r=.58$ , Düşünen Yaklaşım  $r=.76$ , Kaçınan Yaklaşım  $r=.75$ , Değerlendirici Yaklaşım  $r=.72$ , Kendine Güvenli Yaklaşım  $r=.75$  ve Planlı Yaklaşım  $r=.66$  alt boyuttur. Ölçekteki her madde 1'den 6'ya kadar puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan, 1,2,3,4,11,13,14,15,17,21,25,26,30 ve 34. maddeler ise, ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı  $r=.88$ 'dir. Ölçeğe ilişkin tarafımızdan bulunan güvenilirlik katsayısı ise  $r=.87$ 'dir.

Üçüncü bölümde, bireylerin karar verme sürecinde sorunlara yaklaşırken kullandıkları karar verme stillerindeki bireysel farklılıkları ölçmek amacıyla Scott ve Bruce (1995) tarafından geliştirilen ve Taşdelen (2002) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan “Karar Verme Stilleri Ölçeği (KVSÖ)” kullanılmıştır. KVSÖ, 24 sorudan ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri; “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4) ve “kesinlikle katılıyorum” (5) şeklinde sıralanan likert tipi 5'li bir dereceleme göre puanlanmaktadır.

Bu alt boyutlar;

**Rasyonel Karar Verme Stili (5 madde):** 1,2,3,4,5. maddelerdir. Alternatiflerin mantıklı değerlendirildiği ve araştırıldığı bir yaklaşımdır (r=.84).

**Sezgisel Karar Verme Stili (5 madde):** 6,7,8,9,10. maddelerdir. Ön sezilere ve duygulara güvenin yaşandığı yaklaşımdır (r= .76).

**Bağımlı Karar Verme Stili (4 madde):** 11,12,13,14. maddelerdir. Başkalarının öneri ve yönergelerinin değerlendirildiği bir yaklaşımdır (r=.77).

**Kaçınma Karar Verme Stili (5 madde):** 15,16,17,18,19. maddelerdir. Karar vermeden kaçınma eğiliminin yaşandığı bir yaklaşımdır (r=.78).

**Kendiliğinden Anlık Karar Verme Stili (5 madde):** 20,21,22, 23,24. maddelerdir. Anında, düşünmeden, alternatifleri değerlendirmeden ve hızlıca işleyen bir yaklaşımdır (r=.79).

Verilerin çözümlenmesinde, SPSS programı kullanılarak, yüzde dağılımları alınmış, varyans, Tukey HSD, korelasyon analizleri ve t-testi yapılmış, önem düzeyi .05 olarak alınmıştır.

**Tablo 1:** KVSÖ ve PÇE Puan Aralığı

		Düşük	Orta	Yüksek
KVSÖ	Rasyonel	5 - 11.6	11.7 - 18,3	18.4 - 25
	Sezgisel	5 - 11.6	11.7 - 18,3	18.4 - 25
	Bağımlı	5 - 10	10.1 - 15	15.1 - 20
	Kaçınma	5 - 11.6	11.7 - 18.3	18.4 - 25
	Kendiliğinden/ Anlık	5 - 11.6	11.7 - 18.3	18.4 - 25
PÇE		138.8 - 192	85.4 - 138.7	32 - 85.3

## BULGULAR VE TARTIŞMA

### I-Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin % 62.9'unun I. Sınıf (n=146), % 37.1'inin IV. Sınıf (n=86), %43.1'inin 21-23 yaş grubunda, % 39.2'sinin 19-20 yaş grubunda, % 31.9'unun şehirde yaşadığı, % 34.1'inin yurttta, % 33.2'sinin ailesiyle birlikte yaşadığı, %76.3'ünün orta düzeyde sosyo-ekonomik duruma sahip olduğu ve %78.4'ünün problem çözme ve karar verme konularında herhangi bir seminer veya toplantıya katılmadıkları belirlenmiştir.

Öğrencilerin mesleki tutumlarına bakıldığında; öğrencilerin %40.9'unun hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, % 47.4'ünün

mesleğini sevdiği, % 46.1'inin de kısmen sevdiği ve % 65.9'unun hemşirelik mesleğini orta düzeyde kendine uygun bulduğu saptanmıştır. Bu bulgu Özkütük ve Erdal (2009) tarafından yapılan çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Öğrencilerin problem çözme ve karar verme becerilerine ilişkin tutumlarına bakıldığında; %75.0'ının baş etmede güçlük yaşadığı problemlerinin olduğu, % 67.2'sinin karar vermede güçlük yaşadığı, %91.8'inin bu problemleri çözebileceğini ve %88.8'inin de doğru karar verebileceğini düşündüğü belirlendi.

## **II-Problem Çözme Envanterinin ve Karar Verme Stilleri Ölçeğinin Sosyo-demografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

### **1.Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının yaş, sınıf ve mezun olduğu lise türüne göre incelenmesi**

Yaş değişkenine ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda; PÇE ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > .05$ ). Erdem (2001) tarafından hemşireler üzerinde yapılan araştırmada da problem çözme becerisi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bulguya göre yaş değişkeninin problem çözme becerisi üzerinde etkili olmadığı söylenebilir.

KVS Ölçeği ile yaş değişkeni arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda; KVSÖ'nin sadece Bağımlı karar verme stili alt boyutu ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $F=2.863$ ,  $p = .38$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda; farklılığın 16-18 yaş grubundaki hemşirelik öğrencilerinden ( $x=16.17$ ) kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin bağımlı karar verme stili düzeylerine bakıldığında, tüm yaş gruplarındaki öğrencilerin karar verme stili düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ancak 16-18 yaş grubundaki hemşirelik öğrencilerinin bağımlı karar verme stili düzeyi diğer yaş grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde ise karar verme yetkinliğinin yaşa bağlı olarak arttığı bulunmuştur (Taşdelen, 2001). Bu bulgu ilgili literatürle paralellik göstermemektedir.

Sınıf değişkenine ilişkin yapılan t-testi sonucunda hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve karar verme stillerine ilişkin algıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p > .05$ ).



Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının mezun olduğu lise türüne göre incelenmesinde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır ve sonuçlar Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2:** Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerine ve Karar Verme Stillerine İlişkin Algılarının Mezun Olduğu Lise Türüne Göre Dağılımı

Mezun Olduğu Lise	Akademik / Klasik (86 )		Sağlık Meslek Lisesi (16)		Süper Lise (80)		Anadolu Lisesi (50)		F	p	
	X	S	X	S	X	S	X	S			
PÇE	<b>PÇE Top.</b>	91.36	17.75	82.81	15.14	83.64	15.37	83.68	14.47	4.242	.006*
	<b>Aceleci</b>	28.92	5.61	29.38	5.95	25.75	5.09	26.10	4.33	6.871	.000*
	<b>Düşünen</b>	13.97	4.64	10.75	3.17	12.90	3.43	12.48	4.13	3.545	.015*
	<b>Kaçınan</b>	9.74	3.88	9.25	4.37	8.70	3.45	9.80	3.23	1.448	.230
	<b>Değerlendirici</b>	7.86	2.91	6.06	1.29	7.06	2.11	6.84	2.07	3.828	.011*
	<b>Kendine Güvenli</b>	16.52	4.72	15.00	2.76	16.15	4.28	15.82	4.73	.644	.588
KVSÖ	<b>Planlı</b>	11.06	3.55	9.13	2.60	10.22	2.83	9.62	2.43	3.448	.017*
	<b>Rasyonel</b>	20.07	4.35	22.06	4.33	20.58	4.24	21.98	2.73	2.989	.032*
	<b>Sezgisel</b>	19.53	3.77	20.06	3.73	19.20	4.12	19.72	3.51	.334	.801
	<b>Bağımlı</b>	14.59	3.67	15.31	3.22	14.41	3.59	15.68	3.22	1.576	.196
	<b>Kaçınma</b>	13.20	4.37	11.06	3.09	12.64	4.32	11.70	3.30	2.177	.092
	<b>Kendiliğinden /Anlık</b>	13.70	4.51	12.75	3.84	13.81	4.51	13.76	4.33	.265	.851

Tablo 2 incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin mezun olduğu lise ile PÇE arasında yapılan varyans analizi sonucunda, PÇE toplamında (F=4.242, p=.006), Aceleci Yaklaşım (F=6.871, p=.000), Düşünen Yaklaşım (F=3.545, p=.015), Değerlendirici Yaklaşım (F=3.828, p=.011) ve Planlı Yaklaşım (F=3.448, p=.017) alt boyutları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<.05).

Yapılan analiz sonucu, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeylerine ilişkin ortalamalara bakıldığında, PÇE toplamında; düz lise mezunu olan öğrencilerin (x=91.36) problem çözme becerileri “orta düzeyde” bulunurken diğer liselerden mezun olan öğrencilerin problem çözme becerileri “yüksek düzeyde” bulunmuştur.

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farklılığın Akademik/Klasik lise mezunu olan hemşirelik öğrencilerinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin mezun olduğu lise ile KVSÖ arasında yapılan varyans analizi sonucunda, sadece KVSÖ’nin Rasyonel (F=2.989, p=.032) alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 2).

Rasyonel karar verme stili alt boyutunda, hemşirelik öğrencilerinin mezun oldukları tüm liselere göre rasyonel karar verme stili düzeylerinin

yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu mezun olunan lise türünün rasyonel karar verme stili üzerinde etkili olmadığını düşündürmektedir. Ancak sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin rasyonel karar verme stili ortalamasına ( $x=22.06$ ) bakıldığında ise bu lise türünün diğer liselerden biraz daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin rasyonel karar verme stili düzeylerinin diğer liselere göre daha yüksek bulunması, bu liselerden mezun olan öğrencilerin, erken yaşta karar verme sorumluluğunu üstlenmeleri ve eğitimleri sırasında alternatiflerin mantıklı değerlendirildiği ve araştırıldığı hemşirelik sürecini kullanmış olmalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

## 2. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerine ve Karar Verme Stillere İlişkin Algılarının Mesleki Tutum Değişkenlerine Göre İncelenmesi

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının mesleği sevme durumlarına göre incelenmesinde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır ve sonuçlar Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3’deki veriler incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin mesleğini sevme durumları ile PÇE arasında yapılan varyans analizi sonucunda, PÇE toplamında ve tüm alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 3:** Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerine ve Karar Verme Stillere İlişkin Algılarının Mesleği Sevme Durumlarına Göre Dağılımı

	Mesleği Sevme Durumu	Evet (110)		Kısmen (107)		Hayır (15)		F	p
		X	S	X	S	X	S		
PÇE	PÇE Toplam	85.07	17.19	87.71	15.70	87.60	16.23	.735	.481
	Aceleci Y	27.05	5.25	27.12	5.42	29.67	6.07	1.622	.200
	Düşünen Y	12.92	4.37	13.30	3.84	12.33	4.30	.476	.622
	Kaçınan Y	8.87	3.82	9.78	3.52	10.00	2.83	1.924	.148
	Değerlendirici Y	7.37	2.56	7.24	2.28	6.27	2.55	1.363	.258
	Kendine Güvenli	15.66	4.44	16.65	4.34	15.93	5.28	1.360	.259
	Planlı Y	10.14	3.27	10.64	2.67	9.53	4.14	1.251	.288
KVSÖ	Rasyonel	20.48	4.58	20.79	3.59	23.20	2.27	3.000	.052*
	Sezgisel	19.07	3.81	19.79	3.75	20.53	4.37	1.537	.217
	Bağımlı	14.25	3.76	15.22	3.19	16.07	3.69	3.065	.049*
	Kaçınma	12.42	4.23	12.60	3.96	12.93	4.37	.127	.881
	Kendiliğinden/Anlık	13.19	4.39	14.13	4.19	14.13	5.84	1.320	.269

Hemşirelik öğrencilerinin mesleğini sevme durumları ile KVSÖ arasında yapılan varyans analizi sonucunda, KVSÖ’nin Rasyonel Karar Verme Stili ( $F=3.000$ ,  $p=.052$ ) ve Bağımlı ( $F=3.065$ ,  $p=.049$ ) Karar

Verme Stili alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 3).

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda Rasyonel karar verme stili alt boyutunda mesleğini seven ( $x=20.48$ ) ve mesleğini kısmen seven hemşirelik öğrencileri ( $x=20.79$ ) ile mesleğini sevmeyen hemşirelik öğrencileri ( $x=23.20$ ) arasında ve Bağımlı Karar verme stili alt boyutunda mesleğini seven hemşirelik öğrencileri ( $x=14.25$ ) ile mesleğini kısmen seven ( $x=15.22$ ) ve mesleğini sevmeyen hemşirelik öğrencileri ( $x=16.07$ ) arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Mesleğini seven hemşirelik öğrencilerinin, bağımlı karar verme stilini, mesleğini kısmen seven ve sevmeyen öğrencilere göre daha az kullanması kararlarında başkalarına daha az bağımlı olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgu mesleğini seven öğrenciler lehinedir.

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının hemşirelik mesleğini kendisine uygun bulma durumlarına göre incelenmesinde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır ve sonuçlar Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4’deki veriler incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğini kendisine uygun bulma durumları ile PÇE arasında yapılan varyans analizi sonucunda, PÇE toplamında ( $F=3.822$ ,  $p=.011$ ), Kaçınan Yaklaşım ( $F=4.474$ ,  $p=.004$ ) ve Planlı Yaklaşım ( $F=3.491$ ,  $p=.016$ ) alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<.05$ ).

Yapılan analiz sonucu, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeylerine ilişkin ortalamalarına bakıldığında, hemşirelik mesleğini kendisine “Hiç” uygun bulmayan öğrencilerin ortalamalarının PÇE toplamında ( $x=90.67$ ), Aceleci ( $x=29.33$ ) ve Kaçınan ( $x=11.22$ ) yaklaşımda “Çok, Orta ve Az” bulan öğrencilere göre daha yüksek olması, mesleği kendisine uygun bulmayan öğrencilerin problem çözme becerileri konusunda çok başarılı olmadıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğini kendisine uygun bulma durumları ile KVSÖ arasında yapılan varyans analizi sonucunda, KVSÖ’nin Kaçınma ( $F=3.056$ ,  $p=.029$ ) ve Bağımlı ( $F=2,987$   $p=.032$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 4).

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD testi sonucunda; farklılığın Kaçınma ve Bağımlı Karar Verme Stili alt boyutlarında mesleğini kendisine “Çok uygun bulan ( $Kx=11.22$ ;  $Bx=13.61$ )” hemşirelik öğrencilerinden kaynaklandığı ve puan ortalamalarının diğerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4:** Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerine ve Karar Verme Stilllerine İlişkin Algılarının Hemşirelik Mesleğini Kendisine Uygun Bulma Durumlarına Göre Dağılımı

Hemşirelik Mesleğini Kendisine Uygun Bulma	Çok (51 )		Orta (153)		Az (19)		Hiç (9)		F	P
	X	S	X	S	X	S	X	S		
<b>PÇE Toplam</b>	80.31	16.63	88.63	16.34	83.37	13.26	90.67	15.42	3.822	.011*
<b>Aceleci</b>	26.39	5.59	27.56	5.30	26.11	5.94	29.33	4.25	1.331	.265
<b>Düşünen</b>	12.24	4.44	13.46	4.07	12.21	3.17	12.67	4.47	1.461	.226
<b>Kaçınan</b>	7.86	3.49	9.76	3.75	9.26	2.60	11.22	1.99	4.474	.004*
<b>Değerlendirici</b>	6.78	2.73	7.44	2.35	7.00	2.16	7.00	2.65	1.021	.384
<b>Kendine Güvenli</b>	14.80	4.21	16.58	4.62	16.11	3.18	16.33	4.44	2.047	.108
<b>Planlı</b>	9.27	3.18	10.76	3.01	9.58	2.14	10.56	3.91	3.491	.016*
<b>Rasyonel</b>	20.92	4.16	20.42	4.25	22.32	1.95	23.33	1.66	2.558	.056
<b>Sezgisel</b>	19.12	3.89	19.35	3.84	21.37	3.00	20.22	4.18	1.890	.132
<b>Bağımlı</b>	13.61	4.16	15.11	3.30	15.84	2.71	14.44	3.88	2.987	.032*
<b>Kaçınma</b>	11.22	3.70	13.10	4.08	11.84	4.52	11.89	4.40	3.056	.029*
<b>Kendiliğinden/Anlık</b>	13.08	4.40	13.75	4.27	14.95	4.98	13.44	5.59	.858	.464

Mesleğini kendisine çok uygun bulan öğrencilerin bağımlı ve kaçınma karar verme stillerini diğer öğrenci gruplarına göre az kullanması onların kararlarında bir başkasına bağımlı olmadan kararlarını verebildiklerinin ve karar almaktan kaçınmadıklarını göstermektedir. Bu bulgu mesleğini seven hemşirelik öğrencilerinin kararlarını bağımsız bir şekilde ve kaçınmadan karar alabileceklerini göstermektedir. Bu durumun hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Nitekim, çeşitli hemşire kuramcılar tarafından hemşirelerin klinik alanda en önemli gereksinimlerinin problem çözme ve karar verme becerileri olduğu belirlenmiştir. İlgili alan yazında hemşirelik ve karar verme üzerinde yapılan çalışmalarda hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin en önemli stres kaynaklarının hasta ile ilgili kararlara katılmada ve otonomide yetersiz olmaları ve bireysel yeteneklerine değer verilmemesi olduğu gösterilmiştir (Taşçı 2005). Mesleğini daha öğrencilik yıllarında seven, daha az bağımlı karar verebilen ve karar vermekten kaçınmayan öğrencilerin ileriki meslek yaşamlarında da bu beceriyi sürdürebilecekleri düşünülmektedir.

### 3.Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin ve Karar Verme Stilllerinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Problem Çözme ve Karar Verme Becerilerine İlişkin Algılarına Göre İncelenmesi

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının karşılaşılan problemlerle baş etmede güçlük çekme durumlarına göre incelenmesinde t testi kullanılmıştır ve sonuçlar Tablo 5’de verilmiştir.

**Tablo 5:** Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin ve Karar Verme Stilllerinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Karşılaşılan Problemlerle Baş Etmede Güçlük Çekmeye İlişkin Algılarına Göre Dağılımı

Karşılaşılan Problemlerle Baş Etmede Güçlük Çekme		Güçlük Çeken (174 )		Güçlük Çekmeyen (58)		t	P
		X	S	X	S		
PÇE	<b>PÇE Toplam</b>	88.07	16.46	81.60	15.55	2.626	.009*
	<b>Aceleci</b>	27.68	5.53	25.97	4.804	2.109	.036*
	<b>Düşünen</b>	13.22	4.14	12.55	4.06	1.077	.283
	<b>Kaçınan</b>	9.65	3.72	8.50	3.29	2.094	.037*
	<b>Değerlendirici</b>	7.28	2.42	7.12	2.52	.435	.664
	<b>Kendine Güvenli</b>	16.33	4.45	15.55	4.46	1.157	.248
	<b>Planlı</b>	10.66	3.02	9.33	3.07	2.904	.004*
KVSÖ	<b>Rasyonel</b>	20.58	4.16	21.45	3.72	1.410	.160
	<b>Sezgisel</b>	19.44	3.86	19.67	3.76	.405	.686
	<b>Bağımlı</b>	14.74	3.61	15.03	3.32	.546	.585
	<b>Kaçınma</b>	12.45	4.21	12.78	3.81	.517	.606
	<b>Kendiliğinden/Anlık</b>	13.62	4.35	13.88	4.62	.386	.700

Tablo 5'deki veriler incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemlerle baş etmede güçlük çekme durumları ile PÇE arasında yapılan varyans analizi sonucunda, PÇE toplamında (t=2.626, p=.009), Aceleci Yaklaşım (t=2.109, p=.036), Kaçınan Yaklaşım (t=2.094, p=.037) ve Planlı Yaklaşım (t=2.904, p=.004) alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<.05).

Yapılan analiz sonucu, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeylerine ilişkin ortalamalarına bakıldığında, PÇE toplamında; karşılaşılan problemlerle baş etmede güçlük çektiğini ifade eden öğrencilerin (x=88.07) ortalamalarının güçlük çekmeyen öğrencilere (x=81.60) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendisini yetersiz olarak algıladığını göstermektedir (Şahin, Şahin, Heppner, 1993). Bu bulguya göre, problem çözme konusunda güçlük çektiğini söyleyen öğrencilerin problem çözme beceri düzeylerinin “orta” düzeyde olduğu söylenebilir.

Hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemlerle baş etmede güçlük çekme durumları ile KVSÖ arasında yapılan varyans analizi sonucunda (Tablo 5), KVSÖ'nin tüm alt boyutları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>.05).

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının karşılaşılan problemleri çözerken karar vermede güçlük çekme durumlarına göre incelenmesinde t testi kullanılmıştır ve sonuçlar Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6:** Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin ve Karar Verme Stillerinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Karşılaşılan Problemleri Çözerken Karar Vermede Güçlük Çekme Durumlarına Göre Dağılımı

Karşılaşılan Problemleri Çözerken Karar Vermede Güçlük Çekme		Güçlük Çekenler (156 )		Güçlük Çekmeyenler (21)		t	P
		X	S	X	S		
PÇE	<b>PÇE Toplam</b>	89.40	16.45	78.57	11.87	2.913	.004*
	<b>Aceleci</b>	27.94	5.59	25.95	4.61	1.561	.120
	<b>Düşünen</b>	13.43	4.18	11.71	3.27	1.806	.073
	<b>Kaçınan</b>	9.83	3.74	8.00	3.11	2.149	.033*
	<b>Değerlendirici</b>	7.33	2.50	6.86	1.42	.854	.394
	<b>Kendine Güvenli</b>	16.68	4.46	14.33	3.88	2.295	.023*
	<b>Planlı</b>	10.87	3.00	9.00	2.43	2.735	.007*
KVSÖ	<b>Rasyonel</b>	20.47	4.19	21.90	3.79	1.492	.137
	<b>Sezgisel</b>	19.31	3.91	20.81	3.25	1.681	.095
	<b>Bağımlı</b>	14.84	3.54	14.19	3.94	.779	.437
	<b>Kaçınma</b>	12.78	4.19	9.90	3.06	3.031	.003*
	<b>Kendiliğinden/Anlık</b>	13.73	4.52	12.90	2.41	.821	.202

Tablo 6'daki veriler incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemleri çözerken karar vermede güçlük çekme durumları ile PÇE arasında yapılan varyans analizi sonucunda, PÇE toplamında ( $t=2.913$ ,  $p=.004$ ), Kaçınan Yaklaşım ( $t=2.149$ ,  $p=.033$ ), Kendine Güvenli Yaklaşım ( $t=2.295$ ,  $p=.023$ ) ve Planlı Yaklaşım ( $t=2.735$ ,  $p=.007$ ) alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<.05$ ).

Yapılan analiz sonucu, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeylerine ilişkin ortalamalarına bakıldığında, PÇE toplamında; karşılaşılan problemleri çözerken karar vermede güçlük çektiğini ifade eden öğrencilerin ( $x=89.40$ ) ortalamalarının, güçlük çekmeyen öğrencilere ( $x=78.57$ ) göre yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu durum karşılaşılan problemleri çözerken karar verme konusunda güçlük çektiğini söyleyen öğrencilerin problem çözme beceri düzeylerinin “orta”, güçlük çekmediğini ifade eden öğrencilerin ise “yüksek” düzeyde olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemleri çözerken karar vermede güçlük çekme durumları ile KVSÖ arasında yapılan varyans analizi sonucunda (Tablo 6), sadece KVSÖ'nin Kaçınma ( $t=3.031$ ,  $p=.003$ ) alt boyutu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<.05$ ).

Yapılan analiz sonucu, hemşirelik öğrencilerinin karar verme stillerine ilişkin ortalamalarına bakıldığında, karşılaşılan problemleri çözerken karar vermede güçlük çektiğini ifade eden öğrencilerin kaçınma karar verme stili düzeyinin ( $x=12.78$ ), güçlük çekmeyen öğrencilere ( $x=9.90$ ) göre yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum karşılaşılan problemleri çözerken karar verme konusunda güçlük çektiğini söyleyen öğrencilerin kararlarını verirken daha çok kaçınma karar verme stilini kullandıklarını düşündürmektedir.

**Tablo 7:** Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerine ve Karar Verme Stillerine İlişkin Algılarının Karşılaşılan Problemleri Çözebileceğini Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Karşılaşılan Problemleri Çözebileceğini Düşünme		Düşünenler (213)		Düşünmeyenler (19)		t	P
		X	S	X	S		
PÇE	<b>PÇE Toplam</b>	85.77	16.07	94.05	19.00	2.119	.035*
	<b>Aceleci</b>	27.34	5.47	26.26	4.57	.831	.407
	<b>Düşünen</b>	12.88	3.89	15.00	5.90	2.164	.032*
	<b>Kaçınan</b>	9.30	3.67	10.11	3.31	.927	.355
	<b>Değerlendirici</b>	7.22	2.39	7.53	2.99	.531	.596
	<b>Kendine Güvenli</b>	15.81	4.20	19.79	5.66	3.836	.000*
	<b>Planlı</b>	10.17	2.97	12.10	3.75	2.663	.008*
KVSÖ	<b>Rasyonel</b>	20.84	4.12	20.32	3.42	.538	.591
	<b>Sezgisel</b>	19.54	3.76	19.05	4.56	.526	.599
	<b>Bağımlı</b>	14.89	3.51	13.95	3.75	1.117	.265
	<b>Kaçınma</b>	12.45	4.05	13.47	4.62	1.042	.298
	<b>Kendiliğinden/Anlık</b>	13.68	4.36	13.73	5.01	.053	.958

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının karşılaşılan problemleri çözebileceğini düşünme durumlarına göre incelenmesinde t testi kullanılmıştır ve sonuçlar Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7’deki veriler incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemleri çözebileceğini düşünme durumları ile PÇE arasında yapılan varyans analizi sonucunda, PÇE toplamında (t=2.119, p=.035), Düşünen Yaklaşım (t=2.164, p=.032), Kendine Güvenli Yaklaşım (t=3.836, p=.000) ve Planlı Yaklaşım (t=2.663, p=.008) alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<.05).

Yapılan analiz sonucu, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeylerine ilişkin ortalamalarına bakıldığında, PÇE toplamında; karşılaşılan problemleri çözemeyeceğini düşünen öğrencilerin (x=94.05) ortalamalarının, problemleri çözebileceğini düşünen öğrencilere (x=85.77) göre göreceli olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak her iki gruptaki öğrencilerinde problem çözme beceri düzeylerinin “orta” düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemleri çözebileceğini düşünme durumları ile KVSÖ arasında yapılan varyans analizi sonucunda (Tablo 7), KVSÖ’nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>.05).

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerine ve karar verme stillerine ilişkin algılarının karşılaşılan problemleri çözerken doğru karar verebileceğine inanma durumlarına göre incelenmesinde t testi kullanılmıştır ve sonuçlar Tablo 8’de verilmiştir.

**Tablo 8:** Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerine ve Karar Verme Stillerine İlişkin Algılarının Karşılaşılan Problemleri Çözerken Doğru Karar Verebileceğine İnanma Durumlarına Göre Dağılımı

Karşılaşılan Problemleri Çözerken Doğru Karar Verebileceğine İnanma		İnananlar (206)		İnanmayanlar (26)		t	P
		X	S	X	S		
PÇE	PÇE Toplam	85.25	16.00	95.96	17.11	3.191	.002*
	Aceleci	27.31	5.41	26.77	5.35	.481	.631
	Düşünen	12.77	3.93	15.31	4.93	3.009	.003*
	Kaçıngan	9.18	3.72	10.81	2.58	2.162	.032*
	Değerlendirici	7.20	2.42	7.58	2.63	.744	.458
	Kendine Güvenli	15.68	4.19	19.81	4.86	4.650	.000*
KVSÖ	Planlı	10.08	3.02	12.27	2.89	3.497	.001*
	Rasyonel	20.98	4.11	19.38	3.46	1.890	.060
	Sezgisel	19.58	3.77	18.81	4.29	.973	.332
	Bağımlı	14.84	3.58	14.62	3.20	.305	.761
	Kaçınma	12.37	4.12	13.85	3.72	1.739	.083
	Kendiliğinden/Anlık	13.63	4.42	14.12	4.40	.527	.599



Tablo 8'deki veriler incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemleri çözerken doğru karar verebileceğine inanma durumları ile PÇE arasında yapılan varyans analizi sonucunda, PÇE toplamında ( $t=3.191$ ,  $p=.002$ ), Düşünen Yaklaşım ( $t=3.009$ ,  $p=.003$ ), Kaçınan Yaklaşım ( $t=2.162$ ,  $p=.032$ ), Kendine Güvenli Yaklaşım ( $t=4.650$ ,  $p=.000$ ) ve Planlı Yaklaşım ( $t=3.497$ ,  $p=.001$ ) alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<.05$ ).

Yapılan analiz sonucu, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeylerine ilişkin ortalamalarına bakıldığında, PÇE toplamında; karşılaşılan problemleri çözerken doğru karar verebileceğine inanan öğrencilerin ( $x=85.25$ ) ortalamalarının, problemleri çözerken doğru karar veremeyeceğine inanan öğrencilere ( $x=95.96$ ) göre daha düşük olması, karşılaşılan problemleri çözerken doğru karar verebileceğine inanan öğrencilerin problem çözme beceri düzeylerinin “yüksek” düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak her iki gruptaki öğrencilerinde problem çözme beceri düzeylerinin “orta” düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin karşılaşılan problemleri çözerken doğru karar verebileceğine inanma durumları ile KVSÖ arasında yapılan varyans analizi sonucunda (Tablo 8), KVSÖ'nin tüm alt boyutları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>.05$ ).

#### 4. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri İle Karar Verme Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**Tablo 9:** Problem Çözme Envanteri İle Karar Verme Stilleri Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

		<b>X</b>	<b>Ss</b>
<b>PÇE Toplam</b>		86.45	16.44
<b>KVSÖ</b>	<b>Rasyonel</b>	20.80	4.07
	<b>Sezgisel</b>	19.50	3.83
	<b>Bağımlı</b>	17.94	4.25
	<b>Kaçınma</b>	12.53	4.10
	<b>Kendiliğinden / Anlık</b>	13.69	4.41

Tablo 9 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin ( $86.45\pm 16.44$ ) orta düzeyde bulunduğu görülmektedir. Orgun, Özkütük ve Yalçınkaya (2003)'nın hemşirelik öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada da, hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri orta düzeyde bulunmuştur. Bu bulgu çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Karar verme stili ölçeğinin alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında ise; hemşirelik öğrencilerinin rasyonel ( $20.80\pm 4.07$ ),

sezgisel (19.50±3.83) ve bağımlı (17.94±4.25) karar verme stilleri alt boyutlarında puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu, kaçınma (12.53±4.10) ve kendiliğinden / anlık (13.69±4.41) karar verme stilinde ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ile karar verme stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapılmış ve sonuçlar tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10:** Problem Çözme Envanteri İle Karar Verme Stilleri Ölçeğinin Birbirleriyle Korelasyonu

	PÇE		KVSÖ									
	PÇE Toplam		Rasyonel		Sezgisel		Bağımlı		Kaçınma		Kendiliğinden/Anlık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>PÇE Toplam</b>	-	-	.37	.00*	.12	.06	.06	.35	.32	.00*	.27	.00*
<b>Rasyonel</b>	.37	.00*	-	-	.50	.00*	.31	.00*	.00	.98	.03	.63
<b>Sezgisel</b>	.12	.06	.50	.00*	-	-	.28	.00*	.00	.99	.09	.16
<b>Bağımlı</b>	.06	.35	.31	.00*	.28	.00*	-	-	.32	.00*	.11	.09
<b>Kaçınma</b>	.32	.00*	.00	.98	.00	.99	.32	.00*	-	-	.90	.00*
<b>Kendiliğinden/Anlık</b>	.26	.00*	.0	.63	.09	.16	.11	.09	.40	.00*	-	-

Tablo 10'da görüldüğü gibi PÇE toplam puanı ile KVSÖ'nin Rasyonel, Kaçınma ve Kendiliğinden/Anlık alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < .05$ ).

KVSÖ'nin Rasyonel, Sezgisel ve Bağımlı alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < .05$ ). KVSÖ'nin Kaçınma alt boyutu ile Bağımlı ve Kendiliğinden/Anlık alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < .05$ ).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin orta düzeyde, karar verme stili ölçeğinin rasyonel, sezgisel ve bağımlı karar verme stilleri alt boyutlarında puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu, kaçınma ve kendiliğinden/ anlık karar verme stilinde ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulguları ışığında geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Hemşirelik öğrencilerinin kararlarında etkili olması için yaşantı zenginliği sağlanarak, uygun bir karar verme stratejisi geliştirmelerine katkıda bulunulmalıdır.

- Bağımlı ve kaçınma karar verme stillerini daha fazla kullanan öğrencilere yönelik karar verme becerileri eğitimi ve problem çözme beceri düzeyi düşük olan öğrencilere yönelik olarak da problem çözme beceri eğitimi hemşirelik programlarında uygulamaya konulabilir.
- Bu çalışmaya benzer çalışmaların farklı örneklem grupları ile farklı üniversite ve bölümlerde yapılması önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Çoban A E, Hamamcı Z (2006). Kontrol Odakları Farklı Ergenlerin Karar Stratejileri Açısından İncelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi, Cilt:14 No:2393-402
2. Demirel Ö (1999). Planlamadan Değerlendirmeye Öğretme Sanatı. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
3. Erdem Y (2001). Yüksekokul ve Sağlık Meslek Lisesi Mezunu Hemşirelerin Problem Çözme Becerileri. Ankara :Yeni Tıp Dergisi 18(1): 11-13.
4. Karçkay Taşdelen A (2004). Öğretmen Adaylarının Farklı Psikososyal değişkenlere Göre Karar Verme Stilleri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim dalı (Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı) Yayınlanmamış Doktora Tezi,
5. Kaya H (2000). Karar Verme ve Hemşirelik Eğitimi. Hemşirelik Bülteni, Cilt XII, Sayı, 46.
6. Orgun F, Özkütük N ve Yalçınkaya M (2003). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme ve Atılganlık Becerilerinin Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19 (1-3): 91-101.
7. Özden Y (1999). Öğrenme ve öğretme. Ankara: Pegem Yayıncılık.
8. Özkütük N, Silkü A ve Saracaloğlu A.S (2002). Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Stratejileri, Lefkoşa, KKTC: XI.Eğitim Bilimleri Kongresi (Sözlü Bildiri)
9. Özkütük N ve Erdal Ö (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Karar Verme Becerilerinin İncelenmesi, İzmir:Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınlanmamış Lisan Tezi.
10. Sardoğan M E, Karahan T F, Kaygusuz C (2006). Üniversite Öğrencilerinin Kullandıkları Kararsızlık Stratejilerinin Problem Çözme Becerisi, Cinsiyet, Sınıf Düzeyi ve Fakülte Türüne Göre İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, ss. 78-97.
11. Şahin N, Şahin H N ve Heppner P (1993). Problem Çözme Envanterinin Bulunduğu Kaynak: Savaşır, I. ve Şahin, H.N. Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997, 79-85.
12. Tan Ş, Erdoğan A (2001). Öğretimi Planlama ve Değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık.
13. Taşçı S (2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences), 14 (Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı) 73-78
14. www.sanalpsikolog.com/ProblemCozmeBecerisi.doc).



---

**DIABETES MELLİTUS'LU HASTALARIN KULLANDIKLARI  
TAMAMLAYICI VE  
ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

*COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE THERAPY METHOD THAT  
PATIENTS' USE IN DIABETES MELLITUS*

**Yrd. Doç. Dr. Esra OKSEL**

**Fatma Nevin ŞİŞMAN**

Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

---

**ÖZET**

**Amaç:** Diabetes Mellitus, hastaları ve yanı sıra sağlık sistemini etkileyen çok boyutlu önemli kronik metabolik bir hastalıktır. Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi diyabette de hastalar bazı alternatif uygulamaları kullanmaktadır. Son zamanlarda literatürde popüler olan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler, genel olarak klasik tıp yöntemlerine tamamlayıcı olarak katkıda bulunan, tanı, tedavi ve hastalıktan korunma olarak tanımlanmaktadır. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma diyabet hastalığında tıbbi tedavi yöntemi dışında kullanılan tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin neler olduğunu ve kullanım sıklığını incelemek amacı ile planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma kapsamına Şubat-Nisan 2007 tarihleri arasında Ödemiş Devlet Hastanesinde Dahiliye klinik ve polikliniklerine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve diyabet tanısı olan toplam 82 hasta alınmıştır (n=82). Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu onayı, ilgili kurumdan onay ve hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından ilgili literatür ışığında oluşturulmuş toplam 24 sorudan oluşan anket formu ile bire bir görüşme tekniği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Diyabetli bireylerin yaş ortalamasının 61,8±8,28 yıl, hastalık tanı süresi ortalamasının 11,2±7,01 yıl olduğu ve %50'sinin alternatif yöntemlere başvurduğu, bu yöntemlerin, bitkisel ürünler olduğu saptanmıştır. Hastaların %24,4'ünün bu yöntemlere başvurmasında yakın çevresinin etkili olduğu, %96,6'sının kullandıkları yöntem ile tıbbi tedavilerinin etkileşimi konusunda bilgi sahibi olmadıkları, %79,4'ünün hekim ve hemşiresine kullandığı yöntemi söylemediği ve %81,0'ünün hekim ve hemşiresinin kullandığı yöntem hakkında ne düşündüğünü bilmediği saptanmıştır. Sosyo-demografik özellikler ve alternatif yöntemlere başvurma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

**Sonuç:** Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi, diyabetli bireyler de tamamlayıcı ve alternatif yöntemlere başvurmaktadır. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının ve hastaların alternatif yöntemler konusunda bilgilendirilmesi, yanı sıra tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin tıbbi tedavi ile etkileşimleri ve

kan glikoz düzeyi üzerine etkileri konularında tanımlayıcı, ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri, Diabetes Mellitus, Fitoterapi

### ABSTRACT

**Objective:** *Diabetes Mellitus is a multidimensional chronic metabolic disease that has a impact on the patients health, as well as on the health care system. As a many chronic disease, patients have been used several alternative therapy methods in diabetes. Recently, complementary and alternative therapies which is popular in literature is defined diagnostic, therapeutic and preventive application contributing to general medicine. This descriptive study has been planned to determine which alternative methods are using in diabetes what it is using frequency.*

**Material and Method:** *This study has been carried out between February-April2007 in Ödemiş State Hospital medical disease clinics, has been involved 82 patients who has a diabetes and accepted to be involved in this research (n=82). Before starting research, having the permission E.U. Ödemiş Health School Scientific Ethics Commite and Ödemiş State Hospital. Data were collected by form contains 24 questions formated by researchers and by face to face interview technique.*

**Results:** *Age mean of the patients was 61,8±8,28 year, disease duration mean was 11,2±7,01 year, 50% of them used to complementary and alternative method, this method were naturel product. It was determined that 24.4% of patients were effected their relatives, 96,6% of patients said that they didn't know anything about medical treatments-natural products interactions, 79,4% of patients didn't said using method to doctors and nurses and 81,0% of patients didn't know what their doctors and nurses are thinking about using methods. There was not meaningfull relationship between sociodemographic characterictics and using complemantary and alternative methods.*

**Conclusion:** *As a many chronic disease, patients have been used several alternative therapy methods in diabetes. In this direction, health team and patients should be informed about complementary and alternatif methods as well as it is necessary that descriptive and progressive investigations should be about complemantary and alternative therapy and its interactions with medical therapy and effects of its on blood glucose level.*

**Key Words:** *Complementary and alternative therapy methods, Diabetes Mellitus, Fitotherapy*

## GİRİŞ ve AMAÇ

Diabetes Mellitus sık görülen ve görülme sıklığı da giderek artan kronik bir sağlık problemidir. Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak, yaşam süresinin uzaması diyabetin pandemik yapısının daha da büyümesine yol açmaktadır. Hastalık seyrinde karbonhidrat metabolizmasının yanı sıra lipid ve protein metabolizmasında oluşan bozukluklar, diyabete özel olan ve/veya

olmayan komplikasyonların varlığı, yaşam boyu tedavi ve tedaviye uyum zorluğu, özellikle de hastanın öz bakım gücü, öz etkililik düzeyi, aldığı eğitimi istendik davranışa dönüştürme becerisindeki aksamalar ile ilgili sorunlar nedeni ile Diabetes Mellitus en önemli kronik, dahili hastalıklardan biridir (Esen 2004, Bayraktar 2003, Satman ve ark. 2002).

Diabetes Mellitus, mikrovasküler-makrovasküler düzeyde neden olduğu akut ve kronik komplikasyonları, bu komplikasyonların diyabetli bireyde kalıcı hasarlar yaptığı ve bu nedenle hastalığın maliyetinin artması, iş gücü kaybı, yaşam kalitesinin bozulması, bütün bu olumsuz durumların diyabetli hastanın yakınlarını da etkilemesi göz önünde bulundurulduğunda ekonomik ve toplumsal düzeyde etkileri olan çok boyutlu toplumsal bir hastalık olarak da gündemde kalmaktadır (Esen 2004, Bayraktar 2003).

Son yıllarda literatürde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin tanımı ve kullanımı popülerlik kazanmıştır. Genel olarak klasik tıp yöntemlerine tamamlayıcı olarak katkıda bulunan, tanı, tedavi ve hastalıktan korunma uygulamaları tamamlayıcı ve alternatif tedaviler olarak isimlendirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health, NIH) kapsamında, dünyada giderek yaygınlaşan bu uygulamalar ve literatürdeki bu konu ile ilgili eksikliklerin saptanması, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek amacı çalışan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) kurulmuştur. NCCAM tarafından tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini 5 kategoride sınıflandırılmıştır (NCCAM 2007):

1. Bütün tıbbi sistemler (homeopati benzeri alternatif tıbbi uygulamalar, geleneksel, Çin tıbbı, ayurveda)
2. Vücut-zihin teknikleri (meditasyon, müzik, dans terapileri... gibi)
3. Biyolojik tabanlı uygulamalar (Bitkisel tedaviler, diyet destekleri, vitaminler, diğer köpek balığı kıkırdağı gibi doğal ürünler... gibi)
4. Manüplasyon ve vücut temelli uygulamalar (masaj, osteopatik veya chiropractic manüplasyonlar)
5. Enerji temelli tedaviler (qi gong, reiki, terapötik dokunma, biyoelektromanyetik teknikler... gibi)

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaların kronik hastalıklarda özellikle de kanser hastaları arasında kullanımının yaygın olduğu bilinen bir gerçektir. Diyabette ise diyabetin bireysel ve çok boyutlu etkileri ve bireyin yaşam boyunca devam eden bir hastalık oluşu bireyleri medikal tedavinin yanı sıra alternatif diğer uygulamalara yönelttiği düşünülmektedir.

Amerikan Ulusal Diyabet ve Sindirim ve Böbrek Hastalıkları Enstitüsü (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, NIDDK) diyabetli bireylerin bazılarının hastalıklarının tedavilerinde tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurduklarını ve bu tedavilerden bazılarının etkili olurken bazılarının etkisiz hatta zararlı olduğunu vurgulamıştır. NIDDK diyabette kullanımı tartışılan tedaviler olarak akupunktur, biofeedback, krom, ginseng, magnezyum ve vanadyumu sıralamıştır (NIDDK 1999).

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma diyabet hastalığında tıbbi tedavi yöntemi dışında kullanılan tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin neler olduğunu, nasıl kullanıldıklarını ve kullanım sıklığını incelemek amacı ile planlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmanın evrenini Şubat-Nisan 2007 tarihleri arasında Ödemiş Devlet Hastanesinde Dahiliye kliniğinde yatan ve polikliniklerine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve Tip 2 diyabet tanısı olan hastalar oluşturmuştur. Araştırma örnekleme araştırma evreninden araştırmaya katılmayı kabul eden 82 tip 2 diyabetli birey alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu onayı, ilgili kurumdan onay ve hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından ilgili literatür ışığında oluşturulmuş anket formu ile bire bir görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kullanılan anket formu bireyin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, meslek, gelir durumu, sosyal güvence varlığı gibi sosyo-demografik özellikleri tanımlayan 7 soru, diyabet yılı, tedavi şekli, başka kronik hastalık varlığı, diyabetik komplikasyon varlığı'nı tanımlayan 6 soru ve alternatif tedavi kullanımına yönelik kullanılan tedavi yöntemi, nereden öğrendiği, çevresinde kaç kişinin kullandığı, yöntemin yan etkileri, ne amaçla kullanıldığı, yöntemin yararlılığı, sağlık ekibinin yöntem hakkında iletilen görüş ve düşüncelerini tanımlayan 11 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşmuştur. Veriler SPSS programında araştırmacılar tarafından analiz edilmiştir.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan bireylerin %63,4'ü kadın %36,6'sı erkek, %41,5' ilköğretim mezunu, %28,0'ı okur-yazar, %20,7'si ortaöğretim mezunu, %9,8'i okuryazar değildir. %62,2'si ilçede, %37,8'i köyde yaşamaktadır. Mesleki durumlarına bakıldığında %45,1'inin emeklilerden, %41,5'i ev hanımlarından, %11,0'ünün serbest çalışanlardan, %2,4'ünün memurlardan oluştuğu saptanmıştır. Diyabetli bireylerin gelir durumlarına bakıldığında %68,3'ünün gelirinin giderine denk, %28,0'ının gelirinin giderinden az ve %3,7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu görülmektedir (Tablo 1).



**Tablo 1:** Hastaların Sosyo-Demografik Durumlarına İlişkin Veriler

<b>Değişken</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	52	63,4
Erkek	30	36,6
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	8	9,8
Okur yazar	23	28,0
İlköğretim	34	41,5
Ortaöğretim	17	20,7
<b>Yaşadığı alan</b>		
İlçe	51	62,2
Köy	31	37,8
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	34	41,5
Memur	2	2,4
Serbest Meslek	9	11,0
Emekli	37	45,1
<b>Ekonomik Durum</b>		
Gelir giderden az	23	28,0
Gelir gidere denk	56	68,3
Gelir giderden fazla	3	3,7
<b>Sosyal Güvence</b>		
Emekli Sandığı	12	14,6
SSK	18	22,0
Bağ-kur	32	39,0
Yeşil kart	20	24,4

Diyabetli bireylerin yaş ortalamasının  $61,8 \pm 8,28$  yıl, hastalık tanı süresi ortalamasının  $11,2 \pm 7,01$  yıl olduğu, %95,1'inin insülin kullandığı, %4,9'unun oral antidiyabetik kullandığı saptanmıştır. Tablo 2'de hastaların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin veriler görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, hastaların %70,7'si alternatif yöntem kullandıklarını, alternatif yöntem kullananlardan ise %20,7'si ise alternatif yöntem kullanmayı bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Kullanılan alternatif yöntemlere bakıldığında ise, tüm hastaların bitkisel ürünleri kullandıkları görülmektedir. En çok kullanılan bitkisel ürünlerin başında %25,86 ile kekik suyu, %17,24 ile tarçın, %15,51 ile ısırgan otunun geldiği ve bunların yanı sıra, ayva yaprağı, grefurt, papatya, nar ekşisi, karabaş otu, enginar suyu, zeytin yaprağı, yasemin, yaban mersini yağı, ayrık kökü, pıtırak otu, çam yaprağı gibi diğer bitkilerin kullanıldığı ve kullanılan bitkilerin %46,3 oranında kaynatılarak (çay halinde), %3,7'si direkt içilerek, 20,7'si direkt yenerek (grefurt, tarçın, ceviz...) tüketildiği görülmüştür. Hastaların %24,4'ünün tamamlayıcı ve alternatif yöntem başvurusunda yakın çevresinin etkili olduğu, %20,7'sinin diğer hastalardan ve %19,5'inin medyadan öğrendiği saptanmıştır. Alternatif yöntem kullanım amaçlarına bakıldığında ise %89,6'sının kan şekerini düşürmek, %8,7'sinin diyabetik ayağı engellemek, %1,7'sinin kilo vermek, açlığı gidermek,

diyabetik komayı önlemek gibi diğer nedenlerin olduğu görülmüştür. Diyabetik bireylerin %96,6'sının kullandıkları yöntem ile tıbbi tedavilerinin etkileşimi konusunda bilgi sahibi olmadıkları %3,4'ünün bilgi sahibi olduğu, %44,8'inin yöntemi yararlı olarak ifade ettiği %34,6'sının yöntemi yararsız olarak ifade ettiği ve %20,6'sının kullandıkları yöntemin yararlılığı konusunda kararsız olduğu saptanmıştır.

Hastaların %79,4'ünün hekim ve hemşiresine kullandığı yöntemi söylemediği %20,6'sının söylediği ve %81,0'ının hekim ve hemşiresinin kullandığı yöntem hakkında ne düşündüğünü bilmediği, %19,0'ının hekim ve hemşiresinin yöntem kullanımı hakkında olumsuz düşündüğünü ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırma sonuçlarına göre sosyo-demografik özellikler ve alternatif yöntemlere başvurma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2:** Hastaların Kullandıkları Alternatif Tedavi Yöntemlerine İlişkin Veriler (n=58)

<b>Değişken</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Alternatif Yöntem Kullanma</b>		
Evet	41	50,0
Bıraktım	17	20,7
<b>Yöntem</b>		
Fitoterapi	58	100
<b>Yöntem çeşidi</b>		
Kekik Suyu	15	25,86
Tarçın	10	17,24
Isırgan otu	9	15,51
Diğer	24	41,37
<b>Uygulama yöntemi</b>		
Kaynatarak (çay gibi)	38	46,3
Direkt içerek	3	3,7
Direkt yiyerek	17	20,7
<b>Yöntemi Kullanma Amacı</b>		
Kan şekerini düşürmek	52	89,6
Diyabetik ayağı engellemek	5	8,7
Diğer	1	1,7
<b>Yöntemin Medikal Tedavi İle Etkileşimi</b>		
Biliyorum	2	3,4
Bilmiyorum	56	96,6
<b>Yöntemin Yararlılığı</b>		
Evet	26	44,8
Hayır	20	34,6
Kararsızım	12	20,6
<b>Yöntem ile İlgili Hemşire ve Doktorunuza Bilgi Verdiniz Mi?</b>		
Evet	12	20,6
Hayır	46	79,4
<b>Yöntem ile İlgili Hemşire ve Doktor Görüşü Nedir?</b>		
Olumlu	0	0,00
Olumsuz	11	19,0
Fikrim yok	47	81,0

## TARTIŞMA

Literatürde, tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının giderek arttığı ve bu başlık altında birçok yöntemin uygulandığı ifade edilmektedir. Örnek olarak; Eisenberg ve ark. (1998) yaptığı çalışmada Amerika'da tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımının 1990–1997 yılları arasında giderek arttığı ve 1997 itibarı ile alternatif tedavi kullanma yüzdesinin ise 42,1 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kullanılan alternatif tedavi yöntemlerinin çoğunlukla bitkisel tedavi, masaj, mega vitaminler, öz yardım grupları, folklorik ilaçlar, enerji çalışmaları olduğu belirtilmektedir. Amerika'da yapılan diğer bir çalışmada da tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım oranı %62 ve aynı çalışmada doğal ürünlerin kullanımı %18,9 olarak saptanmıştır (Barnes ve ark. 2002).

Thomas ve Coleman (2004) tarafından yapılan bir çalışma sonucunda ise İngiltere'de popülasyonun %10'unun tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandıkları ve %6,5'inin akupunktur, homeopati, elle uygulama (chiropractic), osteopathy veya bitkisel tedavi olmak üzere temelde bu beş tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemini kullandıkları tahmin edilmektedir.

Egede ve ark. (2002) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin %8'inin, Yeh ve ark. (2002) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin %57'sinin tamamlayıcı ve alternatif yöntem kullandıkları, ve %35'inin kullandığı yöntemi diyabete spesifik olarak kullandığı, ve %7'sinin bitkisel tedavi kullandığı saptanmıştır.

Ülkemizde Pehlivan ve ark. (2007) diyabetli bireyler ile yaptığı çalışmada hastaların %77,9'unun alternatif bir yönetime başvurduğu ve alternatif yöntem kullanan hastaların tümünün bitkisel ürünler kullandığı saptanmıştır. Bu sonuç bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Yeh ve ark. (2002) yaptığı çalışmada diyabete yönelik yöntem kullananların %61,5'inin kadın, %43,9'unun yüksekokul mezunu olduğu, %30'unun insülin kullandığı saptanmıştır. Thomas ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da yaşlılıkta alternatif tedavi kullanımının azaldığı ve kadınların erkeklere oranla daha çok alternatif yöntem kullandıkları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastaların yaş ortalamalarının 61,8±8,28 olduğu, yöntem kullanan hastaların %95,1'inin insülin kullandığı saptanmış ve cinsiyete göre kullanma oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırma sonuçlarımıza göre, en çok kullanılan bitkisel yöntemlerin başında %25,86 ile kekik suyu, %17,24 ile tarçın, %15,51 ile ısırgan otu, bunların yanı sıra, ayva yaprağı, greyfurt, papatya, nar ekşisi,

karabaş otu, enginar suyu, zeytin yaprağı, yasemin, yaban mersini yağı, ayrık kökü, pıtırak otu, çam yaprağı gibi diğer bitkilerin kullanıldığı ve kullanılan bitkiler %46,3 oranında kaynatılarak (çay halinde), %3,7 direkt içilerek, %20,7'si direkt yenerek (greyfurt, tarçın, ceviz...) tüketildiği görülmüştür. Pehlivan ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada kullanılan ürünler kekik, zahter (%29,9), maydanoz, ısırgan otu (%26,0), peryavşanı (%21,3), acı badem (%12,6), tarçın (%10,2) olarak saptanmıştır. Bu çalışma Gaziantep ilinde yapılmış olup, coğrafi, ve bölgesel farklılıklar açısından farklı ürünlerin kullanılması beklenen bir sonuç olmak ile birlikte, kekik, tarçın ve ısırgan otunun ortak kullanımı önemli bir sonuç olarak bulunmuştur. Schoenberg ve ark. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada da tamamlayıcı ve alternatif yöntem kullanımının etnik köken ve yaşanan yere ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Egede (2004)'nin diyabette kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına ilişkin makalesinde Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezinin (NCCAM, 1999) listelemiş olduğu hipoglisemik etki gösteren tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri verilmiştir, bu listede yer alan bitkisel ürünlere bakıldığında ise ginseng, arpa tanesi, kaba yonca, aloe vera, civan perçemi (kasık otu), enginar, acı kavun, dul avrat otu kökü, aromaterapi, ağaç kömürü, kişniş, karahindiba kökü, şeytan, okaliptüs, keçi sedefi otu, havuç yağı, mührü süleyman, sarımsak, glukomannan (konjak), kırmızı üzüm çekirdeği, guayusa (çoban püskülü türünden bir bitki), guar sakızı, gurmar (gymnema), meyan kökü, mantar, soğan, Cezayir menekşesi, yaban mersini, patates, sarı kök gibi bitkiler görülmektedir. Bu liste ve bizim çalışmamız sonuçları ile ortak olan bitkilerin ise sadece enginar ve yaban mersini olduğu saptanmıştır.

Pehlivan ve ark. (2007)'nin çalışmasında, hastaların %40,2'sinin alternatif yöntem kullanmasında yakın çevresinin etkili olduğu bizim çalışmamızda ise hastaların kullandıkları tedavi yöntemlerini %24,4'ünün arkadaş çevresinden, %20,7'sinin diğer hastalardan ve %19,5'inin medyadan öğrendiği saptanmıştır.

Hastaların %96,6'sının kullandıkları yöntem ile tıbbi tedavilerinin etkileşimi konusunda bilgi sahibi olmadıkları, %79,4'ünün hekim ve hemşiresine kullandığı yöntemi söylemediği ve %81'inin hekim ve hemşiresinin kullandığı yöntem hakkında ne düşündüğünü bilmediği saptanmıştır. Pehlivan ve ark. (2007)'nin çalışmasında, diyabet hastalarının %68,1'inin alternatif yöntemler hakkında bilgisinin olmadığı, %88,2'sinin kullandığı yöntemi sağlık ekibine söylemediği, %67,7'sinin bu yönteme tıbbi tedaviye ek yarar sağlamak amacı ile başvurduğu ve %63,0'ünün kullandığı yöntemden kısmen yarar gördüğü saptanmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi diyabetli bireyler de tamamlayıcı ve alternatif yöneme başvurmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif yöntem olarak kullanılan bitkisel ürünlerin hastalar tarafından doğal ürünler olarak kabul edilip herhangi bir yan etkisinin olmayacağı düşünülmektedir. Sevindirici olan, bitkisel ürünlerin alternatif değil tamamlayıcı tedavi olarak kabul edilmesidir. Fakat bu noktada kullanılan bu ürünlerin tıbbi tedavi ile etkileşimlerinin ve hastalık üzerine etkilerinin tam olarak bilinmemesi çelişki yaratmaktadır. Bu bağlamda, diyabette tıbbi tedaviyi belirleyen hekimler ve diyabet eğitimcisi hemşireler açısından hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıp kullanmadıkları, kullanılan yöntemlerin hastayı ve hastalığı nasıl etkilediği önem kazanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında öncelikle sağlık çalışanlarının ve onların önderliğinde hastaların tamamlayıcı ve alternatif yöntemler konusunda bilgilendirilmesi ve hastaların kullandıkları yöntemler ile ilgili sağlık ekibiyle bilgi alışverişinde bulunması için yönlendirilmesi önerilmektedir. Bunun yanı sıra kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin tıbbi tedavi ile etkileşimlerini ve kan glikoz düzeyi üzerine etkileri üzerinde tanımlayıcı ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir

## KAYNAKLAR

1. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K et al (2004). Complementary and alternative medicine use among adults: United States 2002. *Adv Data.*, 27; (343), s: 1-19.
2. Bayraktar F (2003). Diabetes Mellitus'un önemi ve tanı kriterleri. I. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı, Meta Basım Matbaacılık, İzmir; s: 9-12.
3. Egede LE. Complementary and alternative medicine use with diabetes. *Geriatric Times*, 2004, Vol: 5, Issue: 3.,
4. Egede LE, Ye X, Zheng D, Silverstein MD (2002). The prevalence and pattern of complementary and alternative medicine use in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25(2): 324-329.
5. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al (1998) Trends in alternative medicine use in the United States 1990-1997: Results of a Follow-Up National Survey. *JAMA*, 11; 280(18), p: 1569-75
6. Esen A (2004) Diyabetin tanımı, sınıflandırılması ve risk faktörleri. Editör: Fadiloğlu Ç, Diyabet Hemşireliği, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2004, s: 21-34.
7. NCCAM (Erişim tarihi: 25.10.2007) What is CAM. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
8. NIDDK (1999), Alternative therapies for diabetes. Bethesda, Md.: National Institutes of Health. Available at: <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/alternativetherapies/index.htm>

9. Pehlivan S, Ovayolu N, Uçan Ö (2007) Diabetes Mellitus'lu hastaların kullandıkları alternatif tedavi yöntemleri. 9. İç Hastalıkları Kongresi 5-9 Eylül 2007 Antalya, Kongre Özet Kitabı, Pozitif Matbaacılık, s: 356.
10. Schoenberg NE, Stoller EP, Kart CS et al (2004) Complementary and alternative medicine use among a multiethnic sample of older adults with diabetes. *J Altern Complement Med*, 10(6): 1061-1066.
11. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A (2002). Population- based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care*, 25: 1551- 1556.
12. Thomas K, Coleman P (2004). Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus Survey. *J. Public Health (Oxf)*, 26(2), p:152-7.
13. Yeh GY, Eisenberg DM, Davis RB et al (2002). Use of complementary and alternative medicine among persons with Diabetes Mellitus: Results of a national survey. *American Journal of Public Health*, Vol 92, No. 10, p: 1648-1652.

## ŞOK DALGALARI İLE TAŞ KIRMA İŞLEMİNDE TENS'İN AĞRIYI GİDERMEDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

*EXAMINING THE EFFECT OF TENS FOR PAIN RELIEF DURING SHOCK WAVE LITHOTRIPSY PROCEDURE*

**Ar. Gör. Dr. Esmâ ÖZŞAKER**

**Prof. Dr. Alev DIRAMALI**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

Bu araştırma 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde (2009) sözel bildiri olarak sunuldu.

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma şok dalgaları ile taş kırma işleminde TENS'in ağrıyı gidermedeki etkisini incelemek amacıyla planlanmış yinelenen ölçüm düzenli deneysel bir çalışmadır.

**Gereç ve Yöntem:** 15 Mayıs 2006-15 Şubat 2007 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Taş Kırma Ünitesinde şok dalgaları ile taş kırma tedavisi için gelen fiziksel özellikleri ASA sınıflamasına göre I ve II'ye uyan, yaşları 18-65 yaş arasında değişen 50 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Aynı örneklem grubu kendi kontrolü olarak yani hem deney, hem kontrol grubu olarak kullanılmıştır. Şok Dalgaları ile taş kırma tedavisi için gelen hastalara ilk seansta (I.Uygulama) rutin taş kırma işlemi uygulanmış, ikinci seansta ise (II.Uygulama) ek olarak TENS uygulanmıştır. Etkili bir stimülasyon için TENS cihazının bir çift elektrodu lomber vertebra seviyesine ve vertebranın her iki yanına, diğer bir çift elektrot ise litotripsi tüpünün yakınlarına yerleştirilmiştir Verilerin toplanmasında, ağrı şiddetini değerlendirmek amacıyla görsel kıyaslama ölçeği-VAS, Ağrı İzlem Formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** TENS uygulanan hastalarda uygulanmayanlara göre ağrı puanı ve analjezik istek sayısı, başarılı istek sonucu hasta kontrollü analjezi cihazının verdiği bolus sayısı ve buna paralel olarak yan etki görülme durumu anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak; TENS'in şok dalgaları ile taş kırma işleminde ağrı şiddetini, analjezik istek miktarını ve yan etki görülme durumunu azalttığı bunun yanı sıra hasta memnuniyetini yükselttiği görülmüş

olup TENS'in şok dalgaları ile taş kırma işleminde ağrının kontrol edilmesinde kullanılabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Vücut Dışı Şok Dalgaları İle Taş Kırma, Deri Yoluyla Elektriksel Sinir Uyarımı, Ağrı

### ABSTRACT

**Aim:** *This study was planned as an experimental study with repeated measures design for the purpose of examining the effect of TENS for pain relief during shock wave lithotripsy procedure.*

**Material Method:** *The research sample was comprised of 50 patients between 18-65 years of age who met ASA I and II classification criteria and were scheduled for shock wave lithotripsy treatment in the Ege University Medical Faculty Hospital Urology Department's Shock Wave Lithotripsy Unit between May 15, 2006, and February 15, 2007. The same sample group was used as their own control, that is, they were both experimental and control group. The first time patients came for shock wave lithotripsy treatment (1st Application) they were given the routine stone crushing procedure, but the second time they came (2nd Application) they are also given the TENS. For effective stimulation one set of the TENS instrument's double electrodes were at the lumbar vertebral level on both sides of the vertebra, the other set of double electrodes were placed near the lithotripsy tube. Pain Monitoring Form and Visual Analogue Scale for evaluating the severity of pain were used for data collection.*

**Results:** *A statistically significant difference was found between the patients who were administered TENS and those who were not for Visual Analogue Scale score and number of analgesic requests, successful request result from the PCA instrument for number of boluses given and in parallel with this a low level of side effects ( $p < 0.05$ ).*

**Conclusion:** *In conclusion, TENS decreased patients' pain severity and amount of analgesic requests, and, related to that, decreased the incidence of side effects, and increased patients' satisfaction during shock wave lithotripsy and it is suggested that TENS can be used for pain control during shock wave lithotripsy procedures.*

**Key Words:** *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, Pain*

### GİRİŞ

Şok Dalgaları ile Taş kırma (Extra-Corporeal Shock Wave Lithotripsy- ESWL) tıptaki en büyük yeniliklerden birisidir. ESWL yönteminin böbrek ve üreter taşı hastaların tedavisinde basit, etkili bir yöntem olması, hospitalizasyona gerek olmaması, çoğu olguda anestezi gereği olmaması, komplikasyonunun çok düşük olması, minimal morbidite oluşturması ve başarı şansının yüksek olması bu tedaviyi güncel hale getirmiştir (Bal ve Hatipoğlu 2002, Issa ve ark. 1999, Reichelt ve ark.1999).



ESWL işleminin ağrı yaratan bir durum olduğu ve ağrıyı ortadan kaldırmak için birçok farmakolojik yöntem kullanıldığı yapılan çalışmalarda görülmüştür (Becker ve ark. 1999, Chin ve ark. 1997, Issa ve ark. 1999, Özcan ve ark. 2002, Reichelt ve ark.1999, Ünsal ve ark. 2001). ESWL süresince ağrı iki farklı nedenle meydana gelebilir. Birincisi: böbreğe doğru ilerleyen şok dalgalarının cilt ve kaslardan geçerken ciltteki ağrı reseptörleri üzerine yaptığı travma sonucu dış kaynaklı ağrıdır. İkincisi ise; visseral ağrıdır ki etkilenen alanın etrafındaki renal kapsülün gerilmesi ve böbrek içi basıncının katlanarak artması ile oluşan derin organ ağrısıdır. Bunun yanında ESWL süresince taş fragmanlarının hareketi ve şok dalgalarının 12. Kosta üzerinde oluşturduğu etkinin de ağrıya katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Torrecilla ve ark. 2000, Yılmaz ve ark. 2002). Ayrıca hasta ile ilgili faktörlerin dışında, şok dalgasının oluşumu ve fokuslanması, şok dalgasının yapısı ve en yüksek tepe basıncı, odaklanan bölgenin alanı ve şok dalgasının cilde giriş yeri ağrıyı oluşturmaya yardımcı fiziksel faktörlerdir (Ayyıldız ve ark. 2004, Chin ve ark. 1997, Resim ve ark. 2005).

ESWL esnasında taşın rahatlıkla kırılabilmesi için hastanın koopere olması ve ağrı hissetmemesi ESWL'nin etkinliğini arttırmada önemlidir. Şimdiye kadar ESWL esnasında ağrının azaltılması için genel anestezi, spinal-epidural anestezi, lokal anestezi-analjezi sağlayan ajanlar, akapunktur, narkotik analjezikler, analjezik antienflamatuarlar, sedatifler ağrı giderme ve ağrı oluşumunu azaltma yöntem ve ilaçları olarak kullanılmıştır (Ayyıldız ve ark. 2004, Turan ve Nazlı 2005, Yılmaz ve ark. 1997).

Fentanyl, alfentanyl, ketamine ve midazolam gibi intravenöz sedatif analjezikler özellikle kısa etkili olmaları nedeni ile gününbirlik bir girişim olan ESWL uygulamasında ağrıyı azaltmada yaygın olarak kullanılan ilaçlardır (Kararmaz ve ark. 2004, Resim ve ark. 2005, Ünsal ve ark. 2001). Opioid türeviden olan bu ilaçlar güvenli ve etkili sedasyon sağlamalarına rağmen, özellikle yüksek dozda kullanıldıklarında hastalar üzerinde, solunum depresyonu, bradikardi, hipotansiyon, bulantı, kusma ve ayılma süresinin uzaması gibi yan etkiler görülebilmektedir (Özcan ve ark. 2002).

En başarılı ağrı kontrolü ve etkin hemşirelik bakımı, doğru ve bilinçli analjezik kullanımının diğer ağrı hafifletme yöntemleri ile kombine edilmesi ile mümkündür (Baran 2000). Ağrı yönetimi için periferik ya da merkezi stümlasyonu içeren bir çok tedavi yöntemi vardır ve bu tekniklerin çoğu özel eğitim gerekmeden hemşirelerin uygulayabileceği girişimlerdir (Kocaman 1994).

TENS cilde yerleştirilen elektrotlarla sinirlerin elektriksel olarak uyarıldığı bir methoddur. TENS, kaslarda, kemiklerde ve sinir yapılarında patolojinin neden olduğu akut ve kronik ağrılı durumlarda yaygın olarak kullanılır ve iyi sonuçlar verir (Kararmaz ve ark. 2004, Reichelt

ve ark.1999, Yavuz M. 2006). Deri stimülasyon yöntemlerinde ağrının giderilmesi, kapı kontrol teorisi veya vücudun doğal morfini olan endorfinlerin artması esasına dayanır. Deri stimülasyon tekniklerinin; ağrının şiddetini azaltma bazende giderme, kas spazmını hafifletme, fiziksel aktiviteyi arttırma, genel gevşeme yaratma ve anksiyeteyi azaltma ve hasta-hemşire ilişkisini güçlendirme gibi yararları vardır (Kocaman 1994, Yavuz M. 2006). Dolayısıyla, ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanılması daha etkin ve yararlı bir girişim olabilir ve ağrı; farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımların kombinasyonu ile daha etkili bir şekilde yönetilebilir (Mccaffery 2002).

Analjeziklerle birlikte nonfarmakolojik yöntemlerin de uygulanması, ağrıyı kontrolde etkinliği arttıracaktır. Bu yöntemle hala süregelmekte olan hafif ağrıda bile opioid grubu analjeziklerin kullanımı ortadan kalkacak; gereksiz yere hastaya analjezik kullanımı yerine nonfarmakolojik hemşirelik girişimleri uygulanabilecektir. Bunun sonucu olarakda fazla ilaç kullanımına bağlı gelişen komplikasyonlar ortadan kalkacaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu araştırma, şok dalgaları ile taş kırma işleminde non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinden TENS'in ağrıyı gidermedeki etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Bu araştırma yinelenen ölçüm düzenli (Repeated-Measures Design) deneysel bir çalışmadır. Aynı örneklem grubunun kendi kontrolü olarak yani hem deney, hem kontrol grubu olarak kullanımı söz konusudur (Emiroğlu 2004, Polit ve ark 2001).

15 Mayıs 2006- 15 Şubat 2007 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Taş Kırma Ünitesine başvuran, American Society of Anesthesiologist' (ASA) physical status I or II, beden kitle indeksi 30'un altında olan, İşlem öncesinde herhangi bir analjezik veya anestetik ilaç kullanmamış olan, 18-65 yaş arası, okur-yazar, görme ve işitme sorunları olmayan, İlaç –alkol alışkanlığı olmayan, antidepresan, histamin bloker ve anksiyolitik gibi kronik ilaçları kullanmayan, böbrek taşı olan ve en az iki seans ESWL tedavisi alacak ve araştırmaya katılmaya istekli olan 50 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Örneklemin büyüklüğü istatistiksel olarak Güç Analizi (Power Analysis) ile belirlendi (Özdamar 2003). VAS değeri baz alındığında uygulamalar arası farkı %99.9 güçle, zamanlar arası farkı %100 güç ile test edebilmek için yapılan power analizi sonucunda 50 deneğin yeterli olabileceği bulundu.

Verilerin toplanmasında; hastalara ait tanıtıcı bilgileri elde etmek amacıyla 13 sorudan oluşan "*Hasta Tanıtım Formu*", işlem öncesi hastaların anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla "*Kendini*

Değerlendirme Anketi STAI-I", işlem esnasında ve sonrasında hastanın ağrı düzeyini belirlemek için "Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visüel Analog Skala-VAS)", ağrıyı kaydetmek için " Ağrı İzlem Formu" ve uygulama için TENS cihazı kullanıldı

**Visüel Analog Skala-VAS;** Ağrının şiddetini değerlendirmede bir çok skala kullanılmaktadır. Bunlardan VAS, tekrarlı ölçümlerde güvenli, geçerli ve kullanılabilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir (Williamson ve Hoggart 2005). Buna ek olarak, birçok yazar ESWL işlemi esnasında yaşanan ağrı şiddetini ölçmede VAS kullanmışlardır (Ayyıldız ve ark. 2004, Çetintaş ve ark. 2004, Kararmaz ve ark. 2004, Özcan ve ark. 2002, Reichelt ve ark.1999, Yılmaz ve ark. 2003). VAS; 10 cm. (100 mm.) uzunluğunda, yatay ya da dikey olarak kullanılabilen "ağrı yok" ile başlayıp "dayanılmaz ağrı" ile biten bir skaladır. Bu araştırmada ağrı şiddetini değerlendirmek için 10 cm. uzunluğunda dikey VAS kullanıldı.

**Spilberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I):** Bireyin belirli bir anda ve koşulda kendini nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılan durumluluk kaygı ölçeği (DKÖ)'dir (Özgüven 1994). Uygulanan Spilberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I) 1977 yılında Öner tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Durumluk Kaygı ölçeğinde 20 soru yer almakta ve hastanın işleme yönelik kaygısı hakkında bilgi vermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği hesaplanması: 1,2, 5,8,10,11,15,16,19 ve 20 no'lu sorular pozitif sorulardır, ters çevrilerek (4-3-2-1) puanlanmaktadır. 3,4,6,7,9,12,13,14,17 ve 18 no'lu sorular negatif sorulardır, çevrilmeden (1-2-3-4) puanlanmaktadır. Puanlama yapıldıktan sonra sayılar toplanarak bireyin aldığı puan Durumluluk Kaygı Puanı hesaplanmaktadır (Aydemir ve Köroğlu 2007, Öner 1997). Ölçekten elde edilen puan 20 ile 80 arasında değişir. Ölçekten elde edilen 0-19 puanın anksiyete olmadığını, 20-39 puanın hafif, 40-59 puanın orta, 60-79 puanın ağır anksiyete anlamına geldiği ve puanı 60 ve üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Aydemir ve Köroğlu 2007, Eti-Aslan 1997).

Ağrı İzlem Formu (EK IV); Ağrı izlem formu iki bölümden oluşmaktadır.

**A. Hastalığa İlişkin Veriler;** taşın yeri, tedavi yeri, taşın büyüklüğü, ASA sınıflaması, şok sayısı, işlem süresi, maximum voltaj gibi bilgiler yer almaktadır. Bu bilgilerin bir kısmı hasta dosyasından alındı.

**B. Ağrıya İlişkin Veriler;** işlem öncesi, işlem esnasında 10 dakikada bir ve işlem sonunda kaydedilmek üzere, şok sayısı, voltaj, ağrı şiddeti, solunum, nabız ve kan basıncı, bulantı, kusma olup olmadığı ve hastanın talep ettiği ve cihazın verdiği bolus sayısına ilişkin bilgiler, ağrının niteliği, yan etki görülme durumu yer almaktadır.

**Memnuniyet Ölçeği;** İşlem sonunda hastaların uygulanan ağrı tedavisinden memnuniyetlerini belirlemeye yönelik olarak Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanıldı. Bu ölçek 10 santimetre (cm) uzunluğunda olup bir ucunda “hiç memnun değilim”, diğer ucunda ise “çok memnunum” ifadeleri yer almaktadır. Ölçekte 0-10 cm arasında hasta tarafından isaretlenmiş değerler dikkate alındı (Eti Aslan F. 2002, Deborah E. 2003).

**TENS Cihazı:** Araştırmada, çift kanallı dört elektrodlu (5 cm x 5cm) Enraf Nonius marka, TENS MED 931 model TENS cihazı kullanıldı.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Taş Kırma Ünitesine ESWL tedavisi için gelen, araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve çalışmayı kabul eden hastalara ilk seansta (1.Uygulama) rutin taş kırma işlemi uygulandı ek bir uygulama yapılmadı, ikinci seansta ise TENS uygulandı. Ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişiklik gösterdiği için (Eti-Aslan 2002) iki uygulama da aynı hasta üzerinde yapıldı.

**I. Uygulama:** İşlem öncesinde, hastalara ait tanıtıcı bilgileri elde etmek amacıyla “*Hasta Tanıtım Formu*” ve hastaların anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla “*Kendini Değerlendirme Anketi STAI*” dolduruldu, hastalar VAS ve Hasta Kontrollü Analjezi(HKA) konusunda eğitildi.

ESWL işlemi sırasında hastanemizde rutin olarak uygulanan kısa etkili bir opioid olan remifentanil Hasta Kontrollü Analjezi pompası ile kullanıldı. Hasta kontrollü analjezi pompası (Abbott Pain Management Provider) klinik anestezi doktor tarafından programlandı: rutinde kullanılan Remifentanil yükleme dozu 5 mg olacak şekilde 100 cc %0.9'luk NaCl ile sulandırılıp hasta kontrollü analjezi cihazı ile bolus doz 0.4 cc (20 mcg) ve kilitli kalma süresi 5 dk olarak ayarlandı. Hastalar işlem süresince EKG ile monitorize edildi.

Ünitede ESWL uygulamaları, Dornier MPL 9000 cihazı ile 16 kilovolt ile başlanmakta ve hastanın dayanabileceği kadar yükseltilmekte (~22-23 kilovolt) ve yaklaşık 2000 şok dalga uygulanmaktadır.

Hastanın ağrı şiddeti, solunum hızı, nabız hızı ve kan basıncı değerleri işlem öncesinde, işlem esnasında 10 dakikada bir ve işlem sonunda değerlendirilerek ağrı izlem formuna kaydedildi. Yine işlem sırasında 10 dakikada bir ve işlem sonunda bulantı, kusma olup olmadığı ve hastanın talep ettiği ve cihazın verdiği bolus sayısı forma kaydedildi. Hastalık ile ilgili olan bazı bilgiler (taşın yeri, tedavi yeri, taşın büyüklüğü) hasta dosyasından alınarak dolduruldu. Ayrıca işlem sonunda, toplam şok sayısı, maximum voltaj, işlemin süresi ile işlem sırasındaki ağrının niteliği, yan etki görülme durumu, uygulanan ağrı tedavisinden memnuniyet düzeyi sorularak ağrı izlem formuna kayıt edildi.

**II. uygulamada;** I. Uygulamada yapılan işlemlerden farklı olarak hastalara işlem öncesinde TENS ile ilgili bilgi verildi ve işlem sırasında hastaya TENS uygulandı. Literatürde, yapılan denemeler sonucu optimal tedavi için en uygun medyan stimülasyon frekansının konvensiyonel TENS için 85 Hz olduğu (Bjordal ve ark. 2003), amplitüdü (akım hızı) hasta parestezi algılayacak fakat ağrı duymayacak şekilde artırmanın daha doğru olduğu ve atım genişliğinin 50-250 milisaniye (msn) arasında ayarlanabileceği belirtilmektedir (Aldemir 2000, Johnson 2002). Bizim çalışmamızda literatür bilgileri doğrultusunda, atım genişliği 250µs'ye, frekans 85 Hz'e, akım şiddeti ise hastaların toleransına göre ignelenme veya karıncalanma hissedilinceye kadar arttırılarak konvensiyonel TENS uygulaması yapıldı. Etkili bir stimülasyon için TENS cihazının bir çift elektrodu lomber vertebra seviyesine ve vertebranın her iki yanına, diğer bir çift elektrot ise litotripsi tüpünün yakınlarına yerleştirildi (Reichelt ve ark. 1999).

Birinci uygulamada işlem öncesi, işlem esnası ve işlem sonunda yapılan ölçümler bu uygulamada da aynen tekrarlandı.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulundan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden ve araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırma kapsamına alınan hastalardan yazılı onam alındı.

Araştırmadan elde edilen veriler; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'nda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde dağılımları ile Bağımlı Örneklem T Testi, Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi, Nonparametrik Wilcoxon Signed Ranks Testi, Ki-kare testi ve Pearson korelasyon Analizi kullanıldı.

## **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Bu çalışmada; aynı hasta üzerinde birinci seansta TENS kullanılmadan, ikinci seansta ise TENS kullanılarak vücut dışı şok dalgaları ile taş kırma işlemi gerçekleştirildi.

Araştırmaya alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bazı verileri incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması: 40.62±14.14 yıl olduğu bulundu. Hastaların %50.0'i kadın, %68.0'i evli, %40.0'i yüksekokul/fakülte mezunu olduğu, %54.0'ında tedavi yerinin sol böbrek olduğu, %46.0'ında taşın orta kalikte olduğu %56.0'ının taş çapı 10.1-20 mm arasında olduğu görülmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1:** Hastaların Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b> <i>X:40.62±14.14 (min:20, Max:65)</i>		
18-41	25	50.0
42-65	25	50.0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	25	50.0
Erkek	25	50.0
<b>Medeni Durum</b>		
Evlü	34	68.0
Bekar / Dul	16	32.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	18	36.0
Ortaöğretim	12	24.0
Yükseköğretim / Fakülte	20	40.0
<b>Tedavi Yeri</b>		
Sağ Böbrek	23	46.0
Sol Böbrek	27	54.0
<b>Taşın Yeri</b>		
Üst Kaliks	6	12.0
Orta Kaliks	23	46.0
Alt Kaliks	21	42.0
<b>Taşın Çapı</b>		
0-10 mm	21	42.0
10.1-20 mm	28	56.0
20.1 mm üstü	1	2.0
<b>Toplam</b>	50	100.0

Hastaların işlem öncesi anksiyete puanları ve ESWL işlemine ait bulgular Tablo2’de verildi. ESWL işleminden önce hastaların anksiyete puanları incelendiğinde, 1.uygulamada  $32.86 \pm 7.49$ , 2. uygulamada  $36.86 \pm 9.06$  olduğu ve uygulamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (T: 5.50 p=.000). Arada anlamlı bir fark olsa da iki uygulamada da hastaların işlem öncesi anksiyetelerinin “hafif” düzeyde (20-39 puan) olduğu görüldü. Bal ve Hatipoğlu’nun (2002) çalışmasında ESWL tedavisi uygulanacak bireylerin %62’sinde durumluluk anksiyete seviyesinin “orta” düzeyde (40-59 puan) olduğu tespit edildi (Bal ve Hatipoğlu 2002). Benzer şekilde Brown’un çalışmasında da ESWL öncesi hastaların anksiyete seviyesi “orta” düzeyde bulundu (Brown 1990). Margalith ve Shapiro (1997) çalışmalarında, eğitimin hastalık ve stresli bir durumla baş etmede etkili olduğunu ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde, eğitim seviyesi düşük olan bireylere göre anksiyetenin daha düşük olduğunu, bu durumun yüksek eğitimli hastaların anksiyete ve baş etme mekanizmalarını kullanmada daha ilgili, yeni bilgilere daha açık ve uyumlu olmalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Bal ve Hatipoğlu 2002).

Yapılan bir çalışmada, ESWL işleminden önce hastaya bilgi verilen grupta, bilgi verilmeyenlere göre durumluluk anksiyete düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve ark. 2002). Bizim çalışmamızda hastalar ikinci seansa geldiklerinde uygulamayı daha önceden bildikleri halde anksiyeteleri daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Benzer şekilde Bal ve Hatipoğlu'nun (2003) yaptığı çalışmada; ESWL tedavisi uygulanacak hastaların işlem sayılarına göre anksiyete ortalamaları karşılaştırıldığında; ikinci, üçüncü, dördüncü işlemlerde anksiyete puan ortalamalarının, ilk kez işlem uygulanacaklara göre daha yüksek olduğu, fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmış. Bal ve Hatipoğlu (2002), bu durumu davranışsal teorilere göre yani ilk işlemde yaşanan anksiyetenin nedenini, daha önce işlemin deneyimlenmemiş olması nedeniyle bilinmeyene karşı duyulan korkudan kaynaklandığı, ikinci ve daha sonraki uygulamalarda ise anksiyetenin öğrenilmiş bir davranış olarak içsel ve çevresel uyarılara olan duyarlılık nedeniyle arttığı şeklinde açıklamışlardır.

**Tablo 2:** Hastaların İşlem Öncesi Anksiyete Puanlarının ve ESWL İşlemine Ait Bulguların Dağılımı

	I. Uygulama X±SD	II. Uygulama (TENS'li) X±SD	İstatistik	P
Anksiyete Puanı	32.86±7.49	36.86±9.06	t=5.50	0.000
ESWL İşleminin Süresi	27.66±2.42	28.04±2.28	t=-1.373	0.176
Maksimum Voltaj	19.98±1.33	19.96±0.90	t=.136	0.892
Şok Sayısı	1954.0±80.07	1977.00±44.27	t=-2.250	0.029

ESWL işlemi sırasında uygulanan toplam şok dalga sayısı önemli parametrelerden biridir ve klinik uygulamada bu sayı 2000-2500 dolayındadır. Literatürde, uygulamanın bir defada ve yüksek dozda yapılmasının periglomerüler ve intratübüler fibröz alanını artırması yüzünden böbrek zararını azaltmak üzere, çok sayıda küçük dozlarla yapılması önerilmektedir (Turna ve Nazlı 2005). Araştırmanın yapıldığı klinikte her hastaya yaklaşık 2000 şok dalgası uygulanmaktadır. Hastaya uygulanan şok sayısı bakımından iki uygulama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı. 2. uygulamada şok dalga sayısının (1977±44.27) 1. uygulamaya göre (1954±80.07) daha fazla olması TENS uygulaması ile hastaların ağrı toleransının artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

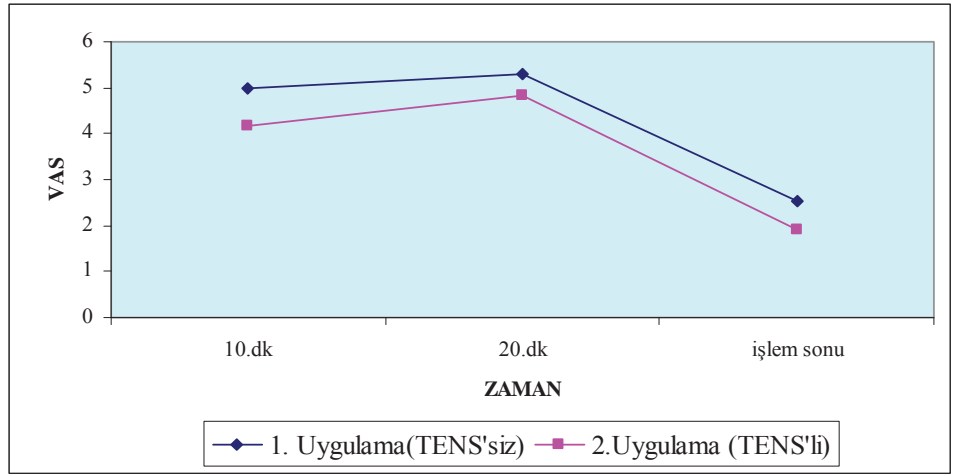
Hastaların I. ve II. uygulamalarda ölçüm zamanlarına göre algıladıkları ağrı (VAS) puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3 ve Grafik-1'de görülmektedir.



**Tablo 3:** Hastaların I. ve II.Uygulamalarda Ölçüm Zamanlarına Göre Algıladıkları Ağrı (VAS) Puan Ortalamalarının Dağılımı

VAS	I. Uygulama (TENS'siz)		II. Uygulama (TENS' li)	
	X	SD	X	SD
10 DK.	4.97	1.66	4.16	1.61
20.DK	5.30	1.06	4.82	.91
İŞLEM SONU	2.54	.84	1.92	.81
n= 50	Uygulama	F=56.674	p=.000 *	p<0 .05
	Zaman	F=142.570	p=.000*	p<0.05
	Uygulama x Zaman	F=1.868	P=.160	p> 0.05

**Grafik 1:** Hastaların I. ve II.Uygulamalarda Ölçüm Zamanlarına Göre VAS Değerlerinin Dağılımı



TENS uygulanan hastalarda (2.Uygulama), uygulanmayanlara göre (1.uygulama) VAS puanı anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p<.05$ ). Zamanlara göre (10.dk, 20.dk, ve işlem sonu) VAS değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<.05$ ). İşlem sırasında 20. dakikalardaki VAS değeri 10. dakika ve işlem sonuna göre daha yüksek bulundu. Zamanla meydana gelen etkinin büyüklüğü bakımından iki uygulama arasında fark olmadığı görüldü ( $F=1.868$ ,  $P=.160$ ).

Literatürde, TENS'in ağrıyı azaltıcı veya yok edici etkisi ağırlı hastaların bir çoğunda %30-%77 oranında gözlemlendiği belirtilmektedir (Reichert ve ark. 1999). Ayyıldız ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada şok dalgaları ile taş kırma işleminde TENS uygulanan 56 hastanın 31 (%55.35)'inde ESWL esnasında oluşan ağrı azalması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ )(Ayyıldız ve ark.. 2004). Benzer şekilde Kararmaz ve arkadaşlarının (2004), ESWL sırasında analjezi üzerine



transkutan elektriksel sinir stimülasyonunun sıklığının etkilerini inceledikleri araştırmada konvensiyonel TENS uygulanan grupta diğer gruplara göre VAS ağrı skorunun özellikle yüksek enerji seviyelerinde anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ( $p<.0001$ )(Kararmaz ve ark. 2004). Yine, Reichelt ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışma sonucu TENS kullanımı ile şok dalgaları ile taşkıma işleminde hastaların %70'inin ağrılarının anlamlı derecede azaldığını göstermiştir (Reichelt ve ark. 1999). Öncel ve ark.'nın (2002) kosta fraktürü olan hastalarda ağrı yönetiminde TENS'in etkinliğini inceledikleri çalışmada, TENS'in non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlardan daha etkili olduğu bulunmuştur (Öncel ve ark. 2002). Rakel ve Frantz'in (2003) yaptığı çalışmada da TENS'in postoperatif ağrı kontrolünde farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında hastalarda yürüme ve derin soluk alıp verme esnasında ağrı şiddetini anlamlı derecede azalttığı ( $p<.05$ ) belirtmişlerdir (Rakel ve Frantz 2003).

Bizim çalışmamızda da aynı hasta üzerinde yapılan iki uygulama arasındaki VAS puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastalara TENS uygulandığında (2.Uygulama) VAS puanı anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $F=56.674$   $p =.000$ ,  $p<.05$ ). TENS uygulamasının hastalarda ağrının azaltılmasında etkili olduğu görüldü. Ayrıca, hastaların II. Uygulama öncesinde anksiyete düzeylerinin birinci uygulamaya göre yüksek olmasına rağmen II. Uygulamada işlem esnası ve sonrasında ağrı düzeyinin daha düşük olması TENS uygulamasının sonucu olduğu düşünülmektedir. Literatürde, analjeziklerle birlikte baş etme yöntemlerinin kullanılması anksiyeteyi dolayısıyla ağrıyı azalttığı belirtilmektedir (Yavuz ve Özbayır 2000).

Literatürde, ağrıyı etkileyen hastaya bağlı ve çevresel çeşitli faktörlerinde göz önünde bulundurulması gerektiği, yaş ve cinsiyetin ağrı yoğunluğu üzerine etkileri olduğu ve yapılan bir çalışmada genç kadınlarda ağrı düzeyinin daha yüksek olduğu, yaş ile birlikte hastaların ağrı duyarlılığının azaldığı belirtilmektedir (Eti-Aslan 1997, Yücel 2000). Salinas ve arkadaşları(1999) tarafından yapılan ESWL işleminde analjezik ve sedatif ihtiyacını belirleyen faktörler konulu çalışmada analjezi alımının genç hastalarda daha yüksek olduğu( $p:0.003$ ), en büyük sedatif alımının ( $p: 0.0026$ ) genç hastalarda ( $p<0.001$ ) olduğu bulunmuştur (Salinas ve ark. 1999).

Bu çalışmada I. uygulama ve II. Uygulamada işlemin 10.dakikasında ve işlem sonunda ağrı (VAS) puan ortalamaları 42-65 yaş grubunda daha düşük bulunmasına rağmen yapılan istatistiksel analiz sonucunda ağrı (VAS) puan ortalamaları bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Çalışmada cinsiyet ile VAS puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, I. uygulamada erkek hastalarda VAS puan ortalamaları

kadın hastalara göre daha yüksek bulunurken, II. Uygulamada erkek hastalarda VAS puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve TENS kullanımının erkek hastalarda ağrı (VAS) puan ortalamalarını daha da düşürdüğü bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel analiz sonucunda I. uygulama ve II. uygulamada kadın ve erkek hastalar arasında ağrı (VAS) puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark olmadığı saptandı (I.Uygulama  $F=.393$ ,  $p=.534$ ; II.Uygulama  $F=.174$ ,  $p=.678$ ). Benzer şekilde literatürde, postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisini belirlemek için yapılan bir çalışmada da cinsiyetin ağrı bildirimini üzerine etkili olmadığı belirtilmiştir (Kuğuoğlu 2006).

Literatürde, ESWL işlemi sırasında taşın yeri ve çapının ağrı deneyimi üzerinde etkili olduğu, küçük taşların büyük taşlara göre tedavi sırasında daha ağrılı olduğu belirtilmektedir (Berwin ve ark.2009). Bu çalışma da taşın yeri ile hastaların algıladıkları ağrı (VAS) puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen (I.Uygulama  $F=.393$ ,  $p=.677$   $p>.05$  , II.Uygulama  $F=.040$   $p=.961$   $p>.05$ ) üst kaliks taşlarında ağrı (VAS) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Bu durum, üst kaliks taşlarında taşın 12. kostaya daha yakın olması nedeniyle şok dalgalarının 12. kosta üzerine yaptığı basıya bağlı olarak ağrıyı arttırdığı şeklinde açıklanabilir (Yılmaz ve ark. 2002). Taşın çapı ile hastaların algıladıkları ağrı (VAS) puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>.05$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda bizim çalışmamızda ESWL işleminde taş lokalizasyonu ve büyüklüğünün hastanın ağrısı üzerinde etkili olmadığı sonucuna varıldı (I.Uygulama  $F=.004$ ,  $p=.996$ , II.Uygulama  $F=.055$ ,  $p=.947$ ).

Hastaların I. ve II. uygulamalarda fizyolojik belirtilerin ölçüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde; Uygulamalar arasında nabız hızı, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, solunum hızı değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $P>.05$ ).

Literatürde TENS uygulanan hastalarda narkotik analjezik gereksiniminin azaldığı belirtilmektedir (Domaille ve Reeves 1997). Benzer şekilde Kararmaz ve arkadaşlarının (2004), ESWL sırasında analjezi üzerine transkutan elektriksel sinir stimülasyonunun sıklığının etkilerini inceledikleri araştırmada da konvensiyonel TENS uygulanan grupta diğer gruplara göre alfentanil tüketiminin önemli derecede düşük olduğu bulunmuştur ( $p<.0001$ ) (Kararmaz ve ark. 2004). Bjordal ve arkadaşları (2002) postoperatif ağrı kontrolünde TENS'in ağrı şiddetini ve analjezik ihtiyacını azalttığını (Bjordal ve ark. 2003), Reichelt ve arkadaşları (1999) ise TENS kullanımı ile hastaların yalnızca %38'inin ağrı tedavisine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Reichelt ve ark. 1999).

Literatürde, Konvensiyonel TENS'in postoperatif ağrı tedavisinde ve postoperatif opioid gereksiniminin azaltılmasında oldukça etkili bir yöntem olduğu, major abdominal ve torakal cerrahi sonrası hastaların %80'inde etkin analjezi elde edildiği ve çift kör, plasebo kontrollü çalışmada TENS uygulanan hastaların %77'sinin postoperatif daha az opioide gereksinim gösterdikleri belirtilmiştir (Aldemir 2000). Hastaların analjezik istek sayılarının uygulamalara göre dağılımı incelendiğinde her iki uygulama arasında hastaların analjezik istek sayıları ( $t= 9.966$ ,  $p= .000 * < 0.05$ ) ve hastaların başarılı istekleri sonucu HKA cihazının verdiği bolus sayısı bakımından ( $t= 6.348$ ,  $p= .000 * < 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. TENS uygulanan 2. uygulamada hastaların analjezik istek sayıları 1. uygulamaya göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 4). İki uygulama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4:** Hastaların İşlem Sonu Analjezik İstek Sayılarının Uygulamalara Göre Dağılımı

	I. Uygulama (TENS'siz)		II. Uygulama (TENS'li)	
	X	SD	X	SD
<b>Analjezik İstek Sayısı</b>	7.16	3.18	4.14	2.17
	$t= 9.966$ , $p= .000 * p < 0.05$			

I. Uygulamada (TENS'siz) hastaların %36.0'ında yan etki görüldüğü, II. uygulamada (TENS'li) hastaların %20.0'ında yan etki görüldüğü saptandı. İşlem sırasında hastalarda baş dönmesi yada antiemetik tedavi gerektirmeyecek düzeyde hafif bulantı gözlemlendi. Opioidler beyindeki kemoreseptör tetik bölgesinin uyarılması, gastrointestinal motilitenin inhibe edilmesi ve vestibüler sinirin uyarılması sonucu kişide bulantı oluşturmaktadırlar (Kocaman 1994). İki uygulama arasında yan etki görülme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p < .05$ ), TENS'in hastalarda yan etki görülme durumunu azalttığı saptandı. Bu durum, hastaların TENS uygulaması ile hastaların analjezi isteğinin daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca literatürde, TENS'in analjezik etkisinin yanında antiemetik etkisinin de olduğu, opioid tedavisi ile ilişkili postoperatif bulantı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Johnson 2002). Yine yapılan çalışmalarda TENS'in ameliyat sonrası atelektazi oluşumunu, bulantı ve kusma sıklığını azalttığı (Bjordal ve ark. 2003), postoperatif analjezide opioidlerle kombine edilerek kullanıldığında daha etkili olduğu ve hastaların opioid gereksinimini %50'den daha fazla azaltarak opioidlere bağlı yan etkilerin daha az görülmesini sağladığı bildirilmiştir (Aldemir 2000). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kararmaz ve arkadaşlarının ESWL işleminde analjezi üzerine transkutan elektriksel sinir stimülasyonu sıklığının etkilerini inceledikleri çalışma sonucunda da konvensiyonel TENS uygulanan hastalarda bulantı ve baş dönmesi insidansının düşük olduğu

bulunmuştur ( $p < .05$ ) (Kararmaz ve ark. 2004). Araştırmadan elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Hastaların ağrı nitelikleri incelendiğinde I.uygulama (TENS'siz) ve II. Uygulama (TENS'li) arasında hastaların ağrı nitelikleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $x: 20.395$   $P: .004 < .05$ ) (Tablo 5) .TENS uygulaması ile hastaların bir kısmında hissedilen ağrı niteliğinin değiştiği saptandı. Bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Bilgehan ve Akçalı (2002) doğum ağrısında transkutaneal elektriksel sinir stimülasyonunun etkinliğini inceledikleri çalışmada, TENS'in Plaseboya göre belirgin bir üstünlüğünün olmadığını fakat ağrının niteliğini değiştirerek ağrı toleransını arttırdığı belirlendi (Bilgehan ve Akçalı 2002).

**Tablo 5:** Hastaların I. ve II. Uygulamada Ağrı Niteliklerinin Karşılaştırılması

Ağrının Niteliği	I. Uygulama (TENS'siz)		II. Uygulama (TENS' li)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Künt</b>	31	62.0	40	80.0
<b>Keskin</b>	19	38.0	10	20.0
	$X^2:20.395$ $p=0.004$ $P<0.05^*$			

Bakım kalitesi için çok yaygın kabul gören görüşlerden biride kalitenin hasta memnun kalmadan sağlanamayacağıdır. Bu çalışmada TENS kullanılan II.uygulamada hasta memnuniyeti I. uygulamaya (TENS'siz) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $Z= -5.816$ ,  $p=0.00$ ). Bu durum TENS uygulaması ile hastanın ağrısının azalmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Yapılan analiz sonucunda da uygulamalar esnasında hastaların algıladıkları ağrı (VAS) puanı ile hasta memnuniyeti arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi. Hastaların ağrı (VAS) puan ortalamaları azaldıkça yapılan işlemde memnuniyetin arttığı görüldü.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Geçmişte yalnızca çeşitli hastalıkların bir bulgusu olarak düşünülen ağrı, artık başlı başına bir sendrom olarak ele alınmaya başlandı. Ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik analjezi, ağrı tedavisinde zaman zaman etkili olamamakta bu nedenle ağrıyla baş etmede bunlara ek olarak ilaç dışı yöntemler kullanılması önerilmektedir. Şok dalgaları ile taş kırma işleminde TENS'in ağrıyı gidermedeki etkisinin incelenmesi amaçlanan bu araştırmanın sonuçlarına göre: ESWL işleminde II. uygulamada kullanılan TENS ile hastaların ağrı şiddetlerinin azaldığı ve daha az analjezik talebinde buldukları ve daha az yan etki görüldüğü ve hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu saptandı. Bu çalışma

sonucunda, bulgularımız ESWL işleminde TENS'in güvenli olduğunu ve tamamlayıcı analjezi yöntemi olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

### ***Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;***

- TENS uygulaması sonucunda hastaların ağrı şiddetlerinin azaldığı ve daha az analjezik talebinde buldukları görüldüğünden, TENS gibi nonfarmakolojik yöntemlerinde farmakolojik yöntemlerle beraber tamamlayıcı tedavi olarak kullanılması,
- TENS gibi ilaç dışı ağrı giderme yöntemleri kullanılarak ve hastanın kendi ağrısını değerlendirmesine izin verilerek daha etkili bir ağrı yönetimi elde edilmesi,
- TENS gibi ilaç dışı ağrı giderme yöntemlerinin hemşirelik bakımına dahil edilmesi için hemşirelere bu konuda hizmetiçi eğitim programları verilmesi, bu konu ile ilgili güncel gelişmelerden haberdar olmalarının sağlanması ve ağrının giderilmesinde bağımsız hemşirelik girişimlerinin önemini vurgulanması,
- Ülkemizde benzer çalışmaların daha farklı frekans ve akım yoğunluğu ile daha geniş hasta gruplarına uygulanması önerilebilir.

### **KAYNAKLAR**

1. Aldemir T(2000). Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS), Ağrı, Ed:Erdine S., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 533-538
2. Aydemir Ö, Köroğlu E (2007). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, HYB Basım Yayın, Ankara, ss: 153-163
3. Ayyıldız A, Nuhoglu B, Huri E ve ark.(2004). Ekstrakorporeal Şok Dalgası ile Taşın Kırılması (ESWL) Esnasında Oluşan Ağrının Azaltılması Amacıyla Transkutanöz Elektrik Sinir Stimülasyonu (TENS) Uygulaması, Türk Üroloji Dergisi, 30:4, 446-450.
4. Bal V, Hatipoğlu S (2002). Şok Dalgaları İle Taş Kırma Tedavisi Uygulanacak Hastaların Ağrı ve Anksiyete Düzeyleri, Hemşirelik Forumu Dergisi, 5:6, 26-31
5. Baran G(2000). Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Analjezik Yöntemine İlişkin Bildirimleri, Hemşirelik Forumu Dergisi, 3:6, 39-43
6. Becker AJ, Stief CG, Truss MC ve ark. (1999). Petroleum Jelly is An Ideal Contact Medium for Pain Reduction and Successful Treatment with Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, The Journal of Urology, 162, 18-22
7. Berwin JT, Husseiny TE, Papatsoris AG ve ark. (2009). Pain in extracorporeal shock wave lithotripsy. Urol Res, 37, 51-53
8. Bilgehan H, Akçalı İ (2002). Doğum Ağrısında Transkutaneal Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Etkinliği, MN-Klinik Bilimler &Doktor, 8:3, 374-378
9. Bjordal MJ, Johnson IM ve Ljunggreen AE (2003). TENS Can Reduce Postoperative Analgesic Consumption, A Meta Analysis With Assesment Of Optimal Treatment Parameters For Postoperative Pain, The European Journal Of Pain, 7, 181-188

10. Brown S (1990). Quantitive Of Anxiety in Patient Undergoing Surgery For Renal Calculus Disease, *Journal Of Advanced Nursing*, 15, 962-970
11. Chin CM, Tay KP, Ng FC ve ark. (1997). Use of Patient Controlled Analgesia In Extracorporeal Shock Wavv Lithotripsy, *British Journal of Urology*, 79, 848-851
12. Çetintaş Y, Zengin RD, İşler D ve ark. (2004). ESWL Sırasında Hasta Kontrollü Sedasyonda Remifentanil İle Propofol Meperidin Kombinasyonunun Karşılaştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, 46:4, 280-286
13. Deborah E. Pain management. In: Mewberry L, ed. *Emergency Nursing*. 1st ed. Georgia: Mosby; 2003. p.156-68.
14. Domaille M, Reeves B (1997). TENS and Pain Control After Coronary Artery Bypass Surgery, *Physiotherapy*, 83:10, 510-515
15. Emiroğlu ON(2004). Deneysel Tasarımlar. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Ed: Erefe İ., odak ofset, İstanbul, s:96
16. Eti-Aslan F(1997). Postoperatif Ağrının Bireysel Özelliklerle İlişkisi, *Türk Hemşireler Dergisi*, 47:6, 3-8
17. Eti-Aslan F(2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6:1, 9-16
18. Issa MM, El-Galley R, McNamara DE ve ark. (1999). Analgesia During Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy Using The Medstone STS Lithotriptor: A Randomized Prospective Study, *Urology*, 54, 625-628
19. Johnson MI (2002). Transcutaneous Electrical Nevre Stimulation. In: Kitchen S.(Eds.), *Electrotherapy: Evidence-Based Practice*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 259-286
20. Karamaz A, Kaya S, Karaman H ve ark. (2004). Effect Of The Frequency Of Transcutaneous Electrical Nevre Stimulation On Analgesia During Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, *Urological Research*, 32,411-415
21. Kocaman G(1994). Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları, Saray tıp Kitabevi, 1.Baskı
22. Kuğuoğlu S(2006). Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler, Ağrı Doğası ve Kontrolü, Ed: Fatma Eti Aslan, Mert Matbaacılık, İstanbul 51-59
23. Mccaffery M (2002). What İs The Role of Nondrug Methods in The Nursing Care of Patients With Acute Pain ?, *Pain Management Nursing*, 3:3, 77-80
24. Oncel M, Sencan S, Yıldız H ve ark.(2002) Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation For Pain Management İn Patients With Uncomplicated Minor Rib Fractures, *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 22, 13-17
25. Öner N (1997) Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Baskı, İstanbul
26. Özcan S, Yılmaz E, Büyükcak U ve ark. (2002). Comparison of Three Analgesics for Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, *Scand J Urol Nephrol*, 36, 281-285
27. Özdamar K (2003). Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Kaan Kitabevi, I.Baskı, Eskişehir, 109
28. Özgüven İE(1994). Stres ile kaygı Ölçüleri ve Sosyometri, Psikolojik Testler, Yeni Doğuş matbaası, 1. Baskı, Ankara, 321-324
29. Polit DF, Beck CT, Hungler BP(2001). *Essential of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*, J.B.Lippincott company, fifth Edition, philadelphia, 173

30. Raket B, Frantz R(2003). Effectiveness Of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation On Postoperative Pain With Movement, *The Journal of Pain*, 4(8); 455-464
31. Reichelt O, Zermann DH, Wunderlich H ve ark. (1999). Effective Analgesia For Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, *Urology*, 54, 433-436
32. Resim S, Gumusalan Y, Ekerbiçer H ve ark. (2005). Effectiveness of Electro-Acupuncture Compared to Sedo-Analgesics In Relieving Pain During Shockwave Lithotripsy, *Urol Res*, 33, 285-290
33. Salinas AS, Lorenzo-Romero J, Segura M ve ark. (1999). Factors Determining Anagesic and Sedative Drug Requirements During Extracorporeal Shocks Wave Lithotripsy, *Urologia Internationalis*, 63, 92-101
34. Torrecilla Ortíz C, Rodríguez Blanco LL, Díaz Vicente F ve ark. (2000). Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy:Anxiety And Pain Perceptions, *Actas Urology Espania*, 24:2, 163-168
35. Turna B, Nazlı O (2005) Beden Dışı Şok Dalga İle Taş Kırma (ESWL), *Türk Üroloji Dergisi*, 31:2, 229-235
36. Ünsal A, Çimentepe E, Bozoklu A ve ark (2001). Comparative Study of Etopenamate and Fentanyl For Out Patient Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, *Scand J Urol Nephrol*, 35, 502-504
37. Williamson A, Hoggart B (2005). Pain: A Review of Three Commonly Used Pain Rating Scales, *Journal of Clinical Nursing* 14, 798-804
38. Yavuz A, Özbayır T(2000). Postoperatif Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Girişimler ve Hastanın Kendi Ağrısını Değerlendirmesine Göre Analjezik Uygulaması Yönteminin Karşılaştırılması, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.*
39. Yavuz M.(2006). Ağrıda kullanılan Nonfarmakolojik yöntemler, *Ağrı Doğası ve Kontrolü* (Ed: Eti-Aslan F), *Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd., Bilim Yayınları*:42, 135-147
40. Yılmaz E, Batislam E, Tuğlu D ve ark. (2002). Extracorporeal Shock Wave Litotripsi Sırasında Hastalarda Anksiyete-Ağrı Yoğunluğu İlişkisi, *Türk Üroloji Dergisi*; 29:1, 80-83
41. Yılmaz E, Ozcan S, Basar M ve ark (2003). Music Decreases Anxxiety and Provides Sedation in Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, *Urology*, 61, 282-286
42. Yılmaz Y, Dediler R, Kara M ve ark. (1997). ESWL'de Analjezi Türü Seçiminde Ağrı Eşiğinin Rolü, *Türk Üroloji Dergisi*, 23:3, 325-329
43. Yuçel A(2000). Ağrı Kontrolünde Hemşirelerin Rolü, *Ağrı Kitabı*, Ed:Serdar Erdine, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 695-698.





## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN GÜDÜLENME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

### DETERMINING OF NURSING STUDENTS LEVEL OF MOTIVATION

**Yard.Doç.Dr. Sultan ÖZKAN\***

**Yard.Doç.Dr. Emel YILMAZ\*\***

\* Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu

\*\* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma; hemşirelik öğrencilerinin eğitim güdülenmeleri ve güdülenme sorunlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve uygulandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 142 öğrenci oluşturdu (katılım oranı %97). Veriler 2007- 2008 öğretim yılında Aralık ayı içinde araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve "Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği", kullanılarak elde edildi. Araştırma öncesinde ilgili kurumdan yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alındı. Verilerin analizi, SPSS 11.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, Mann Whitney U, ANOVA ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması  $20.30 \pm 1.46$ , %93.7'si kız ve %28.9'u birinci sınıfta okumaktadır. İçsel güdülenme puan ortalaması:  $44.75 \pm 5.57$ , dışsal güdülenme puan ortalaması  $21.33 \pm 2.21$ , olumsuz güdülenme puan ortalaması  $19.73 \pm 3.68$  olarak bulundu. Araştırma sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin güdülenme puan ortalamalarının orta düzeyin biraz üstünde olduğu belirlendi. Öğrencilerin içsel güdülenmesinde cinsiyet, sınıf, şu anda kalınan yer ve okunan bölümün tercih sırası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p < 0.05$ ). Dışsal güdülenme alt ölçeği ile baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Olumsuz güdülenme puan ortalamaları mezun olunan lise arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Bulgularımız hemşirelik öğrencilerinin güdülenme düzeylerini geliştirilmeye ihtiyacı olduğunu gösterdi. Eğitim müfredatında motivasyonun arttırılmasına yönelik eğitimlere daha fazla yer verilmesi önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik öğrencileri, güdülenme, hemşirelik eğitimi

## ABSTRACT

**Objective:** This study, as a descriptive research, was planned and applied to determine education motivations and motivation problems of nursing students with regard to their various variables.

**Material and Methods:** The universe of the study consisted of 142 students currently attending at Bandırma School of Health, Balıkesir University (participation rate 97%). Data were collected by using personal knowledge form and by using Motivation Sources and Problems Questionnaire 2007-2008 academic year in December. Before the study, permission was taken from the school management and during the study it was taken from students. The analyses of the data were obtained by using descriptive statistical, Student's t test, Mann-Whitney U, ANOVA and Kruskal Wallis test in SPSS 11.0.

**Results:** The mean of age students was  $20.30 \pm 1.46$ , 93.7% were woman and 28.9% was first class. Mean score of intrinsic motivation was  $44.75 \pm 5.57$ , mean score of extrinsic motivation was  $21.33 \pm 2.21$  and mean score of amotivation was  $19.73 \pm 3.68$ . The results showed that motivation levels of the nursing students were slightly above average. Students in intrinsic motivation gender, class and stay in place right now and attending the section of the order of preference as between the statistically significant difference was found ( $p < 0.05$ ). Father education level between intrinsic motivation the statistically significant difference was found ( $p < 0.05$ ). There was found a statistically significant difference between the high school graduation and the mean score amotivation ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Our results showed that the motivation skills of nursing students are not satisfying and need to be improved. It was suggested that increasing motivation for training in curriculum should be given more education.

**Key Words:** Nursing students, motivation, nursing education

## GİRİŞ

Ertürk (1972) eğitimi en genel anlamda, “bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istendik değişme, meydana getirme süreci” olarak tanımlamıştır (Ertem 2006). Bu süreçte etkili olan kavramlardan biri de güdülenmedir. Öğrenme-öğretme etkinliklerinin gerçekleşmesinde güdülenme temel bir öğedir (Ertem 2006, Gençay ve Gençay 2007).

Güdülenme kelimesi motivasyon kelimesi ile dilimizde eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Motivasyon kelimesi Latince “movere”, yani “hareket ettirme, hareketlendirme” kelimesinden gelmektedir. Güdülenme kavramı birden fazla anlamda kullanılmaktadır. Tam ve kesin bir tanımlama yapılamamakla birlikte; “güdülenme insan davranışlarının ortaya çıkmasına sebep olan ve davranışlara yön veren içsel durum” şeklinde basit bir tanımlama yapılabilir (Ertem 2006).

Öğrenme, güdülenmeyle çok yakından ilişkilidir. Çünkü güdü organizmayı belirli tepkilerde bulunmaya ve sonuç olarak bir şeyler

öğrenmeye zorlamaktadır. Buna bağlı olarak da güdülenme öğrenme için gerekli ön şartlardan biri olmaktadır. Yeterince motive olamamış bir öğrenci, öğrenmeye hazır hale gelmemiş demektir. Buna paralel olarak, kişiyi öğrenmeye sevk edecek önemli neden olmadıkça öğrenmeye karşı ilgi gelişmez. Motivasyon öğrencinin öğrenme sonuçlarını etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir (Gençay ve Gençay 2007).

Deci ve Ryan tarafından geliştirilen teoriye göre güdülenme üç çeşitten oluşmaktadır ve kendini gerçekleştirme sürecinde ortaya çıkmaktadır.

Bunlar:

1. İçsel güdülenme
2. Dışsal güdülenme
3. Olumsuz güdülenme (Güdülenmesizlik-Amotivasyon) (Deci ve Ryan 2000)

**1. İçsel Güdülenme:** İçsel güdülenme, kendini gerçekleştirmek için bireyin çevre ile olan ilişki kurma ihtiyacıdır. Öğrenmenin teşvik edilmesinde daima içsel güdülenme yeterli olmayabilir. Benzer şekilde okullarda ilerleyen sınıflarda içsel güdülenmenin giderek zayıfladığı da görülür. Bu nedenle öğrencide öğrenme eylemine yol açan dışsal güdülenme kaynaklarının da iyi bilinmesi gerekmektedir (Deci ve Ryan 2000). İçsel güdülenmeye örnek olarak öğrenciler yeni bir şey öğrendiğinde memnuniyet ve zevk yaşamaları verilebilir (Onuk 2007).

**2. Dışsal güdülenme:** İçsel güdülenme ile karşılaştırıldığında, dışsal güdülenme hareket hedeflerinin ötesinde hareketin kendine özgü bir davranış çeşididir. Dışsal güdülenme bireyin davranış sonucunda bir ödül ya da olumlu geri bildirim alacağı beklentisiyle harekete geçmesidir (Deci ve Ryan 2000). Öğrencinin dışında oluşan faktörler; ödül, ceza, takdir edilmek, baskı, rica, sevilme, kabul görmek vb. faktörlerdir. Başarılı öğrencilere verilen teşekkür ve takdir belgesi, öğrencinin yaptığı ödevi imzalamak ve ödevde yıldız koymak birer dışsal güdülenme araçlarıdır (Karip 2003).

**3. Olumsuz güdülenme (Güdülenmesizlik-Amotivasyon):** Bireyler hareketleri ile sonuçların meydana getirdikleri arasında bir bağlantı kuramazlarsa güdülenme meydana gelmez. Güdülenmesiz bireyler ne içsel olarak, ne de dışsal olarak güdülenmemiş olabilirler. Bireyler güdülenmesizlik yaşadıklarında kendi davranışlarının kontrollerinin dışında bir şeyin sonucu olduğuna inanırlar (Vallerand ve Bissonette 1992).

Her insan davranışının arkasında bir istek ve önünde bir amaç vardır. Amaca ulaşmak için insan isteklerinin doyurulması gerekir (Acar ve Demirel 2002).

Bireyi bir iş veya eyleme yönelten güdülerden en önemlisi bireyin içinden gelen güdülerdir. Daha iyi güdülenme ve performans sağlamak için dışsal güdülenmenin içsel güdülenmeye dönüştürülmesi gerekmektedir. Öğrenciler dışsal güdülenme ile öğrenme eylemini gerçekleştirirken isteksizlik, ilgisizlik ve direnç gösterebilirken, içsel güdülenme; yaratıcı ve yüksek kalitede öğrenmeye yol açtığı için eğitimciler tarafından öğrenmenin önemli bir kaynağı olarak kabul edilmektedir (Gençay ve Gençay 2007).

Hemşireliğin bilgi birikiminin artmasında ve profesyonelleşmesinde kaliteli eğitim önemli yer tutar (Ünlü 2004). Yaşadığımız yüzyılda teknolojik gelişmeler, demografik değişimler ve bilginin artması hızlı bir şekilde sağlık bakım sistemlerinde ve sağlık eğitiminde de değişimi zorunlu kılmaktadır (Acat ve Köşgeroğlu 2006). Kaliteli bakım, iyi eğitim almamış ve sayıca yetersiz hemşirelerle başarılamaz. Sağlık çalışanlarının bakım verici, karar verici, iletişimci, toplum lideri ve yönetici olarak yeterli olmaları gerekir (Ünlü 2004). Hemşirelik mesleğine yönelik güdülenme kaynakları, hemşirelik mezuniyet öncesi eğitiminden yararlanma ve mezuniyet sonrası hizmet niteliklerini önemli ölçüde etkileyecektir.

Bir mesleğin saygınlığı, topluma verdiği hizmetin niteliği ile değerlendirilir. Bir mesleğin topluma ne verdiği, o mesleğin üyeleri ve sunulan hizmetten yararlanacak olan kişiler tarafından tam olarak anlaşılması gerekir. Toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik mesleğinin önemli rolü vardır. Günümüzde hemşirelik mesleğinin gelişimini, geçerliliğini ve saygınlığını etkileyen pek çok faktör vardır. Topluma sunulacak hemşirelik hizmetinin etkinliği, bu faktörlerin ve yönlerinin değerlendirilmesine bağlıdır (Demirkan 2007).

Meslek seçimi bireyin yaşamında çok önemli bir olaydır. Birey bu tercihi yaparken belli bir çalışma ortamı ve yaşam biçimini de seçmiş olur. Böylece en iyi yapabileceğini düşündüğü faaliyetlerle, kendisini doyuma ulaştıracağına inandığı alana yönelir (Çam ve ark. 2000). Öğrencilerin hemşirelik mesleğinin özelliklerine ve değerlerine ilişkin doğru ve yeterli bir şekilde bilgilendirilmesi, motivasyonu yüksek ve uyumu kolay kişilerin mesleğe yönelmeleri açısından önemlidir (Ünal ve ark. 2008). Hemşirelik eğitimi öğrencilere hemşirelik mesleğini kazandırmayı amaçlayan planlı bir eğitim programıdır (Çam ve ark. 2000).

Hemşirelik eğitiminde çeşitli sorunların yaşandığı araştırmalarla ortaya konmuştur. Hemşire öğrencilerin okula yeni başladıklarında hemşireliği oldukça geleneksel biçimde algıladıkları ve bu algılarının eğitimleri süresince değişmeden devam ettiği belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelik okuluna gelen öğrencilerin hemşireliğe ilişkin yeterli istek ve bilgiye sahip olmadıkları gösterilmiştir (Bahar ve Keskin 1996, Karaöz 2002, Beydağ ve ark. 2008). Bu isteksizliğin

temelinde toplumun olumsuz hemşirelik imgesine sahip olmasının rol oynadığı söylenebilir (Acat ve Köşgeroğlu 2006).

Hemşirelik öğrencileri bir üniversite öğrencisi olarak yaşadıkları çatışmaların yanı sıra, okul ve hastane çevresinin yarattığı birtakım sorunlarla da karşılaşmaktadırlar. Özellikle barınma, ders çalışma olanakları ve derslerle ilgili problemler, klinik uygulama/staja çıkma, hasta bireylerle uğraşma, eğitimciler ve hastanede çalışanlarla olan iletişim gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Hemşirelik eğitimi bu yönleriyle oldukça stres yüklü bir eğitimidir. Böylesine stresli bir eğitim de öğrencileri olumsuz olarak etkilemektedir (Dinçer 2008). Bütün bu nedenler öğrencilerde güdülenmeyi azaltmaktadır. Oysa öğrenme, problem çözme gibi yeteneklerin gelişmesi için öğrencinin güdülenmesi çok önemlidir (Acat ve Köşgeroğlu 2006).

Hemşirelik eğitiminde yaşanan sorunlara çözüm üretmek ve eğitim kalitesini yükseltmek için öğrencilerin öğrenme ve farklılaşma isteğini artıracak önlemlerin alınması gerekmektedir. Öğrenmeyi etkileyen önemli unsurlardan biri olarak kabul edilen güdülenme etkeninin nasıl kontrol edilebileceği önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu sorunun çözümü için öncelikle hemşire öğrencilerin güdülenmesini etkileyen ve sorun oluşturan yapıların belirlenmesi gerekmektedir (Acat ve Köşgeroğlu 2006). Hemşirelik öğrencilerinin niteliğini artırmak, başarısızlıkları en alt seviyeye indirmek, öğrencileri güdüleyen ve güdüleme sorunu oluşturan faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik bazı düzenlemelerin yapılması ile olanaklı olacaktır.

Tüm bunlardan hareketle, bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin eğitim güdülenmeleri ve güdülenme sorunlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amaçlandı.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı türdeki bu çalışmanın evrenini 2007–2008 öğretim yılında Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan 147 hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Çalışmada örneklem seçim yöntemine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak, çalışmaya katılmayı kabul etmeme, çalışmanın yapıldığı tarihte okula gelmeme gibi nedenlerle çalışma kapsamına toplam 142 öğrenci alındı (katılım oranı %97). Veri toplama aracı olarak öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren 18 soruluk kişisel bilgi formu, Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği (GKSÖ) kullanıldı. Kişisel bilgi formunda öğrencilerin sınıfı, yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, mezun olduğu lise, büyüdüğü/ yetiştirildiği yer, ailesinin gelir durumunu nasıl değerlendirdiği, okuduğu bölümün kaçınıcı tercih olduğu, okuduğu bölümü seçme nedeni ve okuduğu bölümden memnun olma durumu, vb. sorular yer aldı.

**Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği (GKSÖ):** Acat ve Köşgeroğlu (2006) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış 24 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılık (Cronbach alfa katsayısı) katsayısı 0.82 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin 3 alt boyutu vardır. 1. İçsel güdülenme alt ölçeği, 11 maddeden oluşmaktadır. 2. Dışsal güdülenme alt ölçeği, 5 maddeden oluşmaktadır. 3. Olumsuz güdülenme alt ölçeği, 8 maddeden oluşmaktadır. İçsel ve dışsal güdülenme alt ölçeklerini oluşturan maddelerde 'Hiç katılmıyorum' yanıtına 1, 'Katılmıyorum' yanıtına 2, 'Kararsızım' yanıtına 3, 'Katılıyorum' yanıtına 4, 'Kesinlikle katılıyorum' yanıtına 5 puan verilir. Olumsuz güdülenme alt ölçeğini oluşturan maddelerde 'Hiç katılmıyorum' yanıtına 5, 'Katılmıyorum' yanıtına 4, 'Kararsızım' yanıtına 3, 'Katılıyorum' yanıtına 2, 'Kesinlikle katılıyorum' yanıtına 1 puan verilir. Her alt ölçeğin puanı, alt ölçeğin maddelerinden alınan puanların aritmetik ortalaması alınarak belirlenir. Elde edilen üç alt ölçeğin puanlarının ortalaması kişinin mesleksi öğrenme güdülenmesi düzeyinin puanını oluşturur. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar sırasıyla; içsel güdülenme (11- 55), dışsal güdülenme (5-25), olumsuz güdülenme (8-40) ve toplam güdülenme (24-120) arasındadır (Acat ve Köşgeroğlu 2006).

Veriler 2007- 2008 öğretim yılında Aralık ayı içinde, birbirleriyle etkileşimi en aza indirmek amacıyla aynı gün, sınıf ortamında uygulandı. Anketler öğrenciler tarafından 15–20 dk'da dolduruldu ve doldurulan formlar araştırmacılar tarafından geri toplandı. Araştırma öncesinde kurumdan ve araştırmacının amacı anlatıldıktan sonra öğrencilerden sözel onam alındı.

Bu araştırmada; öğrencilerin güdülenmelerini azaltabilecek sorunların tümü ele alınamamıştır. Bu da araştırmanın sınırlılığıdır.

Anket sonucunda elde edilen veriler, SPSS 11.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizi için, tanımlayıcı istatistikler Student t testi, Mann Whitney U testi, ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılığın belirlenmesinde alfa ( $\alpha$ ) yanılma düzeyi  $P < 0.05$  olarak alındı.

## BULGULAR

**Tablo 1:** Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (n=142)

Değişkenler	Sayı (%)	İçsel Güdülenme Ort±ss	Dışsal güdülenme Ort±ss	Olumsuz güdülenme Ort±ss	Toplam güdülenme Ort±ss
<b>Yaş (ort±ss: 20.30±1.46)</b>					
20 yaş ve altı	83 (58.5)	44.35±5.72	21.27±2.25	20.01±3.45	85.63±6.92
21 yaş ve üzeri	59 (41.5)	45.31±5.35	21.42±2.18	19.32±3.97	86.05±6.61
		t=-1.019 p=0.310	t=-0.420 p=0.675	t=1.103 p=0.272	t=-0.367 p=0.714

<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	9 (6.3)	40.44±6.42	21.00±2.65	21.00±4.36	82.44±9.48
Kız	133(93.7)	45.04±5.42	21.35±2.19	19.64±3.63	86.03±6.54
		U=328.000 p=0.023	U=583.000 p=0.895	U=462.000 p=0.251	U=455.500 p=0.230
<b>Sınıf</b>					
1. sınıf	41(28.9)	44.95±5.90	21.15±2.19	20.32±3.54	86.41±6.63
2. sınıf	40(28.2)	42.40±5.71	21.70±2.19	20.30±3.01	84.40±7.83
3. sınıf	32(22.5)	46.69±4.62	20.72±2.50	18.59±4.43	86.00±6.34
4. sınıf	29(20.4)	45.55±4.96	21.76±1.84	19.34±3.64	86.66±5.84
		$\chi^2=11.849$ p=0.008	$\chi^2=4.121$ p=0.249	$\chi^2=5.661$ p=0.129	$\chi^2=2.630$ p=0.452
<b>En son bitirilen okul</b>					
Sağ. mes lisesi	6 (4.2)	46.83±3.82	21.00±1.55	17.17±4.36	85.00±4.60
Genel lise	84(59.2)	44.17±5.70	21.50±2.30	20.33±3.58	86.00±7.33
Süper/Anadolu lisesi	52 (36.6)	45.44±5.47	21.10±2.14	19.04±3.58	85.58±6.08
		$\chi^2=1.998$ p=0.368	$\chi^2=1.317$ p=0.518	$\chi^2=6.542$ p=0.038	$\chi^2=0.551$ p=0.759
<b>En uzun yaşanan yer</b>					
Köy/kasaba	23(16.2)	45.00±4.06	21.48±1.56	20.00±4.45	86.48±6.56
İl/ilçe	119(83.8)	44.70±5.83	21.30±2.32	19.67±3.53	85.67±6.83
		U=1326.00 p=0.813	U=1352.000 p=0.926	U=1344.00 p=0.892	U=1352.500 p=0.929
<b>Şu an kalınan yer</b>					
Aile ile	12 (8.5)	48.58±3.68	20.92±3.32	20.00±2.89	89.50±5.18
Yurtta	65(45.8)	45.09±5.30	21.32±2.10	19.69±3.39	86.11±5.72
Ark ile evde	65(45.8)	43.69±5.84	21.42±2.11	19.71±4.10	84.82±7.75
		$\chi^2=8.478$ p=0.014	$\chi^2=0.182$ p=0.913	$\chi^2=0.077$ p=0.962	$\chi^2=4.795$ p=0.091
<b>Okunan bölümün tercih sırası</b>					
8 ve altı	74(52,1)	44.30±6.16	21.55±2.48	19.82±3.85	85.68±7.98
9 ve üzeri	68(47.9)	45.24±4.85	21.09±1.88	19.62±3.51	85.94±5.21
		t=-1.002 p=0.0318	t=1.255 p=0.212	t=0.334 p=0.739	t=-0.233 p=0.816
<b>Okunan bölümün tercih edilme nedeni</b>					
İdealdeki ve ilgi duyulan meslek olması	27(19.0)	44.48±5.54	21.63±2.48	19.26±3.23	85.37±7.35
Aile, ark., ögr. istemesi	16(11.3)	43.00±7.44	20.75±1.95	22.38±3.83	86.13±10.45
Puanın bu bölümü tutması	50(35.2)	45.20±5.17	21.62±1.90	19.72±3.70	86.54±6.15
İş bulma sorunu olmaması	49(34.5)	45.00±5.35	21.06±2.42	19.12±3.56	85.18±5.62
		$\chi^2=0.798$ p=0.850	$\chi^2=3.063$ p=0.382	$\chi^2=8.915$ p=0.030	$\chi^2=2.131$ p=0.546
<b>Okunan bölümden memnun olma durumu</b>					
Memnun olanlar	48(33.8)	44.88±4.64	21.49±2.18	19.79±3.73	86.15±6.19
Kısmen memnun olanlar	59(41.5)	44.66±6.53	21.41±2.41	19.44±3.53	85.51±7.46
Memnun olmayanlar	35(24.6)	44.71±5.12	21.00±1.91	20.11±3.91	85.83±6.49
		F=0.020 p=0.980	F=0.529 p=0.590	F=0.377 p=0.687	F=0.116 p=0.890

t: Student t testi, U:Mann Whitney U testi, F:ANOVA ,  $\chi^2$ : Kruskal wallis test

Araştırmaya katılan öğrencilerin %58.5'inin 20 yaş ve altında (yaş ortalaması 20.30±1.46 yıl), %93.7'sinin kız, %28.9'unun birinci sınıfta okuduğu, %59.2'sinin genel liseden mezun olduğu, %83.8'sinin uzun



süre il/ilçede yaşadığı, %45.8'inin arkadaşlarıyla evde kaldığı saptandı. Öğrencilerin %52.1'i okuduğu bölümü üniversite yerleştirme kılavuzunda sekizinci ve ↓ sırada tercih ettiklerini (tercih sıralaması ortalaması:8.55±5.84), %35.2'si puanının bu bölümü tuttuğu için hemşirelik bölümüne devam ettiğini ve %41.5'i okuduğu bölümden kısmen memnun olduğunu ifade etti (Tablo 1).

Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeğinin (GKSÖ) alt boyutlarının öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; içsel güdülenme ile cinsiyet, devam edilen sınıf, şu anda kalınan yer ve okunan bölümün tercih sırası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ). Kız öğrencilerin, üçüncü sınıfta okuyan, ailesi ile birlikte yaşayan ve okuduğu bölümü dokuz ve ↑ sırada tercih eden öğrencilerin içsel güdülenme puan ortalamaları daha yüksektir. Olumsuz güdülenme ile en son bitirilen okul ve okunan bölümün tercih edilme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Genel lise mezunlarının, aile, arkadaş ve öğretmenlerinin önerisi ile bu bölümü tercih edenlerin olumsuz güdülenme puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 1).

**Tablo 2:** Öğrencilerin Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (n=142)

Değişkenler	Sayı (%)	İçsel Güdülenme Ort±Ss	Dışsal güdülenme Ort±Ss	Olumsuz güdülenme Ort±Ss	Toplam güdülenme Ort±Ss
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	125 (88.0)	44.70±5.59	21.38±2.19	19.78±0.32	85.86±6.99
Geniş aile	17(12.0)	45.06±5.58	21.00±2.40	19.35±1.07	85.41±5.01
		U=1326.000 p=0.813	U=1352.000 p=0.926	U=1344.000 p=0.892	U= 981.500 p=0.610
<b>Kardeş sayısı (ort±ss: 3.21±1.56)</b>					
3 kardeş ve altı	100(70.4)	44.73±5.73	21.35±2.20	19.64±3.58	85.72±6.58
4 ve üzeri	42(29.6)	44.79±5.23	21.29±2.27	19.93±3.93	86.00±7.29
		t=-0.056 p=0.955	t=0.157 p=0.875	t=-0.426 p= 0.671	t=-0.224 p= 0.823
<b>Ailenin gelir durumu</b>					
Gelir Giderden ↓	44(31.0)	44.98±5.85	20.95±2.21	19.18±4.06	85.11±7.11
Gelir Gidere= /↑	98(69.0)	44.65±5.47	21.50±2.21	19.97±3.49	86.11±6.63
		t=0.330 p=0.742	t=-1.361 p=0.177	t=-1.182 p=0.239	t=-0.812 p=0.418
<b>Anne eğitim düzeyi</b>					
Okuryazar değil	11(7.7)	44.64±6.89	20.45±1.92	20.55±5.91	85.64±10.26
İlköğretim	115(81.0)	44.44±5.62	21.33±2.24	19.88±3.37	85.65±6.65
Lise ve üzeri	16(11.3)	47.00±3.78	21.94±2.14	18.06±3.75	87.00±4.77
		$\chi^2=3.213$ p=0.201	$\chi^2=3.241$ p=0.198	$\chi^2=4.315$ p=0.116	$\chi^2=0.640$ p=0.726



<b>Baba eğitim düzeyi</b>					
İlköğretim	100(70.4)	44.44±5.86	21.06±2.15	20.09±3.59	85.59±7.15
Lise ve üzeri	42(29.6)	45.48±4.80	21.98±2.25	18.86±3.77	86.31±5.84
		t= -1.011 p= 0.314	t= -2.283 p=0.024	t= 1.839 p= 0.068	t= -0.576 p= 0.565
<b>Anne iş</b>					
Ev hanımı	127(89.4)	44.52±5.69	21.29±2.19	19.84±3.77	85.65±6.98
İşçi/emekli	15(10.6)	46.67±4.13	21.67±2.47	18.73±2.69	87.07±4.67
		U=707.500 p=0.103	U=849.000 p=0.487	U=764.500 p=0.210	U= 816.000 p=0.364
<b>Baba iş</b>					
Emekli	47(33.1)	45.00±5.57	20.83±2.48	19.96±3.27	85.79±6.79
İşçi/memur	42(29.6)	45.67±5.78	21.88±2.27	19.33±3.66	86.88±7.30
Serbest meslek	53(37.3)	43.79±5.36	21.34±1.83	19.83±4.06	84.96±6.32
		F=1.406 p=0.249	F=2.555 p=0.081	F=0.351 p=0.705	F=0.940 p=0.393

t: student t testi, U:Mann Whitney U testi, F:ANOVA ,  $\chi^2$ : Kruskal wallis test

Araştırma grubunun ailesi ile ilgili özelliklerine bakıldığında; %88.0'nın çekirdek aileye, %70.4'ünün üç ve daha az kardeşe sahip olduğu (kardeş sayısı: ort±ss:3.21±1.56), %69.0'nın ailesinin gelirinin giderine eşit veya fazla, %81.0'nın annesinin, %70.4'ünün babasının ilköğretim mezunu olduğu, %89.4'ünün annesinin ev hanımı ve %37.3'ünün babasının serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 2).

GKSÖ'nin alt boyutlarının öğrencilerin ailelerini tanıttıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; sadece dışsal güdülenme alt ölçeği ile baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0.05$ ). Babası lise ve üzerinde eğitim alan öğrencilerin dışsal güdülenme puan ortalamaları daha yüksektir. Diğer bağımsız değişkenler ile ölçeğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 2).

**Tablo 3:** Öğrencilerin Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (Ort±Ss) ve En Düşük-En Yüksek Değerleri (n=142)

<b>Ölçekler</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>En düşük-en yüksek</b>
İçsel Güdülenme	44.75±5.57	22-55
Dışsal güdülenme	21.33±2.21	14-25
Olumsuz güdülenme	19.73±3.68	12-30
Toplam güdülenme	85.80±6.77	57-101

Tablo 3'de öğrencilerin GKSÖ ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ve en düşük-en yüksek değerler gösterildi.

## TARTIŞMA

Günümüz eğitim sisteminde güdülenme kavramı, oldukça fazla kullanılmaktadır. Bunun en önemli sebebi, öğrenci merkezli eğitim sisteminin benimsenmesi ile birlikte öğrencilerin öğrenmedeki rolünün artmasıdır. Öğrencilerin öğrenmeye istekli hale getirilmesi onların öğrenme ile ilgili güdülenmelerinin artırılması ile mümkündür. Öğrenci güdülenmesini arttıran ve azaltan nedenlerin bilinmesi öğrenmedeki kalitenin de artmasını sağlayacaktır. Öğrenci güdülenmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, her öğrencinin farklı karakterlere sahip olmasından dolayı farklı etkilere sahip olarak güdülenmelerinde de farklılıklar yaratmaktadır (Ertem 2006).

Bu çalışmada, Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan hemşirelik öğrencilerini güdüleyen ve güdülenme sorunu oluşturan faktörler çeşitli değişkenler açısından belirlenmeye çalışıldı.

Hemşirelerle yapılan çalışmaların bazılarında yaş arttıkça hemşirelerin iş motivasyonlarının arttığı (Öztürk 2002, Engin 2004), bazılarında ise yaşın motivasyonu etkilemediği (Fadıloğlu ve ark. 2004) bildirilmiştir. Bu çalışmada yaş ile güdülenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 1). Bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Acat ve Yenilmez'in (2004) çalışmasında Eğitim Fakültesi'ndeki kız öğrencilerin erkeklere oranla daha yüksek düzeyde olumlu güdülenme kaynağına sahip oldukları, erkeklerin ise daha çok güdülenme sorunu yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise GKSÖ alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemesine karşın olumsuz güdülenme alt boyutu puan ortalaması kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. (Gencay ve Gencay 2007). Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da erkek öğrencilerin motivasyon düzeyleri düşük bulunmuştur (Arda 1990). Bu çalışmada erkek öğrencilerin olumsuz güdülenme puan ortalamaları daha yüksek bulunmasına karşılık toplam güdülenme puan ortalamaları erkeklerde daha düşüktür. Bu bulgu literatür ile uygunluk göstermektedir. Bunun hemşirelik alanına erkeklerin yeni kabul edilmiş olması nedeniyle mezun olduktan sonra mesleki kariyerleri ile ilgili kaygılarından ve Türkiye'de hemşirelik mesleğinin kadın mesleği gibi algılanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 1).

Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada birinci sınıf öğrencilerinin "dışsal güdülenme" alt boyutu puan ortalamaları dördüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek bulunmuştur (Gencay ve Gencay 2007). Bu çalışmada dışsal güdülenme ile devam edilen sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamasına karşın dördüncü sınıf öğrencilerinin dışsal güdülenme puan ortalamaları diğer sınıflardan yüksek bulundu. Bu

araştırmadan elde edilen bulgular literatür ile benzerlik göstermemektedir. Farkın bu bölümde okuyan öğrencilerin dışsal güdülenmeden farklı olarak içsel güdülenmeyi kullanmalarından kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Bu çalışmada üçüncü sınıfta okuyan öğrencilerin içsel güdülenme puan ortalamaları diğer sınıflardan daha yüksek saptandı (Tablo 1). Bunun öğrencilerin oryantasyon dönemi olarak kabul edilebilecek ilk iki yılı bitirmeleri, mesleklerine ilişkin bilgilerinin artması, mesleğe kendilerini daha yakın hissetmeleri nedeniyle yaptıkları işe olan farkındalıklarının oluşmasından kaynaklandığı kanısındayız. Bu hemşirelik öğrencileri için olumlu ve istendik bir davranıştır. Bu sonuç hemşirelik eğitimi açısından sevindiricidir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin içsel güdülenme puan ortalamalarının üçüncü sınıf öğrencilerinden düşük olması; son sınıfta öğrencilerin iş ve mesleğe atılma kaygıları nedeni ile içsel güdülenmeyi daha az kullanmaları ile açıklanabilir.

Eğitim Fakültesi ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencileri ile yapılan araştırmalarda öğrenciler okudukları bölümü ilgi duydukları için seçtiklerini ifade etmişlerdir (Acet ve Yenilmez 2004, Gencay ve Gencay 2007). Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrenciler ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin hemşirelik bölümünü daha çok kendi tercihleri dışında üniversite sınav sisteminin sonucu olarak seçtikleri saptanmıştır (Çelebi 2006, Ünal ve ark. 2008, Beydağ ve ark. 2008). Bu çalışmada öğrencilerin hemşirelik bölümünü seçme nedeni olarak, puanı bu bölümü tuttuğu için hemşireliği tercih ettikleri saptandı (Tablo 1). Beydağ ve ark.nın (2008) çalışmasında öğrencilerin yarıdan fazlası okudukları bölümü ilk 10 tercih içinde seçmişlerdir. Bu çalışmada da hemşirelik bölümünü seçme nedeni ve tercih sırası için literatüre benzer sonuçlar alındı. Ayrıca çalışmamızda okunan bölümü tercih etme sırası ile içsel güdülenme, okunan bölümü tercih etme nedeni ile olumsuz güdülenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ). Tercih sırası dokuz ve  $\uparrow$  olan öğrencilerin içsel güdülenme puan ortalamaları ve okuduğu bölümü aile, öğretmen gibi kişilerin isteği ile seçen öğrencilerin olumsuz güdülenme puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 1).

Beydağ ve ark.'nın (2008) çalışmasında öğrencilerin şu andaki derslerden kısmen memnun oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada da öğrencilerin büyük çoğunluğu okudukları bölümden kısmen memnun olduklarını belirttiler (Tablo 1). Araştırmadan elde edilen bulgular Beydağ ve ark.'nın çalışmasına benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin kendi istekleri ile ideallerindeki mesleği seçmeyip, aile, öğretmen gibi çevredeki kişilerin isteği ile bu bölümü seçtiklerinden bunun beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Onuk'un (2007) çalışmasında öğrencilerin mezun oldukları lisenin güdülenme üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada mezun olunan lise ile içsel ve dışsal güdülenme arasında

anlamli bir fark saptanmazken, olumsuz güdülenme ile genel liseden mezun olma durumu arasinda anlamli bir fark saptandi ( $p<0.05$ ) (Tablo 1). Genel liseden mezun olan öğrencilerin olumsuz güdülenme puan ortalamalari daha yüksektir. Bunun genel lisede okuyan öğrencilerin diğeri liselerde okuyan öğrencilere göre içsel ya da dışsal olarak gdlenmemeleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Müzik ğretmenliği ğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin şu anda kaldıkları yerin güdülenme düzeyleri üzerinde etkisinin bulunmadığı belirtilmiştir (Onuk 2007). Bu çalışmada ise aile ile birlikte kalan öğrencilerin içsel motivasyon alt boyut puan ortalamalari daha yüksek bulundu (Tablo 2). Bu ailesi ile birlikte kalan öğrencilerin barınma, beslenme gibi sorunlardan uzaklaşarak içsel güdülenmelerini arttıracak durumlara daha fazla odaklanmalarından kaynaklandığı kanısındayız.

Aytaç'ın (2006) alışmasında anneleri niversite mezunu olan öğrencilerin güdülenme düzeyleri düşük, annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerin ise yüksek olarak tespit edilmiştir. Baba eğitim düzeyi ile güdülenme düzeyi arasinda anlamli bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada anne eğitim düzeyi ile güdülenme arasinda istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamasına karşın annesi lise ve üzerinde eğitime sahip olan öğrencilerin içsel, dışsal ve toplam güdülenme puan ortalamalari yüksek bulundu. Baba eğitim düzeyi ile dışsal güdülenme arasinda istatistiksel olarak anlamli bir fark saptandi ( $p<0.05$ ). Babasının eğitimi lise ve üzerinde olan öğrencilerin içsel, dışsal ve toplam güdülenme puan ortalamalari daha yüksektir (Tablo 2). Bu araştırmadan elde edilen bulgular Aytaç'ın (2006) alışması ile paralellik göstermemektedir. Bu fark, anne ve baba eğitim düzeyi yükseldikçe çocuklarına meslek edinme ile ilgili daha çok olumlu telkinlerde bulunması ve çocuklarını eğitim konusunda daha iyi yönlendirmeleri ile aklanabilir.

Yapılan bazı çalışmalarda ailenin gelir durumu ile güdülenme arasinda anlamli bir fark bulunmamasına rağmen (Aytaç 2006, Gençay ve Gençay 2007), bazı çalışmalarda anlamli bir fark saptanmıştır (Onuk 2007). Bu çalışmada ailenin gelir düzeyi ile güdülenme arasinda anlamli bir fark belirlenmedi ( $p>0.05$ )(Tablo 2). Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin motivasyon düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (ztrk 2002, Engin 2004). Servis hemşireleri ile yapılan bir çalışmada güdülenme alt boyutlarından içsel güdülenme puanlari yüksek belirlenmiştir (Akbaş 2007). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu ğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin dışsal motivasyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gençay ve Gençay 2007). Müzik ğretmenliği ğrencileri ile yapılan çalışmada ise öğrencilerin güdülenme puanlarının yüksek olduğu

belirtmiştir (Onuk 2007). Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin güdülenme düzeyleri ortalamasının biraz üzerinde bulundu (Tablo 3). Araştırmadan elde edilen bulgu literatüre benzerlik göstermektedir. Bir mesleği en iyi şekilde yapmaya aday bu öğrencilerin güdülenme düzeylerinin daha yüksek olması beklenebilirdi. Ancak ülkemiz koşullarında hemşirelik eğitiminde yaşanan sorunlar dikkate alındığında bu sonuç normal olduğu söylenebilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonucunda hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyin biraz üzerinde güdülendikleri saptandı. Öğrencilerin içsel güdülenmesinde cinsiyet, devam edilen sınıf, şu anda kalınan yer ve okunan bölümün tercih sırası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ). Dışsal güdülenme alt ölçeği ile baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,05$ ). Olumsuz güdülenme puan ortalamaları mezun olunan lise arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ( $p<0.05$ ).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Bu araştırmanın daha geniş bir örneklem ile diğer üniversitelerin hemşirelik bölümlerinde tekrar yapılması
- Hemşirelik öğrencilerinin hemşireliğin sosyal statüsü ve gelecekte toplumda edinecekleri yer konusunda sahip oldukları olumsuz yarguları giderici eğitim çalışmalarına yer verilmesi
- Eğitim süreci içinde verilen derslerde teorik bilginin yanında öğrencilerin kendi yeterliliklerinin farkına varmalarını sağlayıcı projelere ve uygulama çalışmalarına ağırlık verilerek hemşirelik mesleğini güdüleyici duruma getirmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Acar MB, Demirel S (2002). Türkiye’de yabancı dil öğreniminde motivasyon kaynakları ve sorunları. Kuramdan Uygulamaya Eğitim Yönetimi, 3, 312-329.
2. Acat M.B, Köşgeroğlu N (2006). Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği. Anatolian Journal of Psychiatry, 7, 204-210.
3. Acat MB, Yenilmez K (2004). Eğitim Fakültesi öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine ilişkin motivasyon düzeyleri. Manas Sosyal Bilimler Dergisi, 53: 12, 125-138.«Манас» университети. КООМДУК ИЛИМДЕР ЖУРНАЛЫ (<http://yordam.manas.kg/ekitap/pdf/Manasdergi/sbd/sbd12/sbd-12-11.pdf> Erişim tarihi: Haziran 2009).
4. Akbaş G (2007). Servis hemşirelerinin stres ve motivasyon düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 7-81.
5. Arda B (1990). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin Mesleki Motivasyonları ve Değer Sistemleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı, 1-82.

6. Aytaç B. (2006). Yatılı okullarda öğrenim gören öğrencilerin motivasyonları üzerine bir çalışma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmit: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 6-53.
7. Bahar Z, Keskin S (1996). Hemşire öğrencileri hemşirelik mesleğini seçme nedenleri ve kendi mesleklerine ilişkin görüşleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12, 45-55.
8. Beydağ KD, Gündüz A, Özer FG (2008). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin eğitimlerine ve mesleklerine bakış açıları, meslekten beklentileri. Pamukkale Tıp Dergisi, 1:3, 137-142.
9. Çam O, Khorshid L, Altuğ SÖ (2000). Bir Hemşirelik Yüksekokulu'ndaki benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1, 33- 40.
10. Çelebi E (2006). Malatya ve Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin buldukları programı seçme nedenleri. Hemşirelik Formu Dergisi, Ocak-Şubat, 108- 114.
11. Deci EL, Ryan RM (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55, 68-78.
12. Demirhan E (2007). Hemşirelerde mesleki motivasyon eksikliğinin nedenleri ve sonuçları üzerine sosyolojik bir çözümleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, 44- 71.
13. Dinçer F (2008). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı, 4- 74.
14. Engin E (2004). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke düzeyleri ile iş motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, 8- 167.
15. Ertem H (2006). Ortaöğretim öğrencilerinin kimya derslerine yönelik güdülenme tür (içsel ve dışsal) ve düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Kimya Eğitimi Ana Bilim Dalı, 1- 56.
16. Fadiloğlu Ç, Yıldırım YK, Sevim B (2004). Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin irdelenmesi. Hastane Yönetimi Dergisi, 7: 3, 32- 36.
17. Gençay ÖA, Gençay S (2007). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine ilişkin motivasyon düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17, 241- 253.
18. Karaöz S (2002). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında mesleğe ilişkin algılarındaki değişimin incelenmesi: hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6: 2, 10- 20.
19. Karip E (2003). Çatışma Yönetimi. 3. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık, 119.
20. Onuk Ö (2007). Müzik öğretmenliği lisans programı öğrencilerinin öğretmenliğe güdülenmeleri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Güzel Sanatlar Eğitimi Anabilim Dalı, Müzik Eğitimi Bilim Dalı, 15- 97.
21. Öztürk H (2002). Hemşirelerde motivasyon düzeyleri ve performans düzeyleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 3- 155.
22. Ünal S, Gürhan N, Saral E ve ark. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ve hemşirelik mesleğini seçme nedenleri. İ.Ü.F.N. Hem. Derg., 16:63: 179-187.
23. Ünlü H (2004). Öğrenci gözü ile hemşirelik eğitimi ve araştırma. II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu "Araştırma Kültürü ve Hemşirelik Neredeyiz?" Kongresi Kitabı, HEMAR-G Derneği, Ankara: Odak Ofset, 91- 94.
24. Vallerand RJ, Bissonette R (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: A prospective study. Journal of Personality, 60, 599-620.

---

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE  
HEMŞİRELERE YÖNELİK DOĞUM SONRASI DEPRESYON  
EĞİTİMİNİN ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ**

*THE EXAMINATION OF EFFECT OF POSTPARTUM DEPRESSION  
TRAINING FOR PRIMARY HEALTH CARE WORKERS IN THE MIDWIVES  
AND NURSES*

**Prof.Dr. Olcay ÇAM\***      **Öğr.Gör. Satı DOĞAN BOZKURT\*\***  
**Nalân BEŞER GÖRDELES\*\*\***      **Öğr.Gör. Tülay SAĞKAL\*\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

\*\*Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu

\*\*\*Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu

---

**ÖZET**

**Amaç:** Doğum sonrası depresyon ciddi, yaygın ve tedavi edilebilir bir sağlık sorunudur. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde gebe-loğusa izlemeleri sırasında göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Bu konuda ebe ve hemşirelere önemli görevler düşüldüğü düşünülerek, doğum sonrası depresyon konusunda ebe ve hemşirelere yönelik eğitim düzenlenmiş ve verilen eğitiminin etkililiğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Ön test-son test olarak desenlenmiş, yarı deneysel bir çalışmadır. Çalışmaya, Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığına bağlı olarak çalışan toplam 32 ebe ve hemşire katılmıştır. Ebe ve hemşirelere eğitimden önce araştırmacılar tarafından hazırlanan Anket Formu ve Bilgi Formu uygulanmıştır. Anket Formu, 12 sosyo-demografik özelliklerden oluşan soruları içermektedir. Bilgi Formu ise 12 bilgi sorularını içermektedir. Ebe ve hemşirelere 3 grup halinde, 6 saatlik iki oturumdan oluşan bir eğitim verilmiştir. Eğitimden bir hafta sonra Bilgi Formu tekrar uygulanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında alınan puan ortalamaları ve sosyo-demografik verileri arasındaki ilişki incelenmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; doğum sonrası depresyonu tanılama, girişim, önlemeye ilişkin bilgi düzeyi ve genel bilgi düzeyine (toplam bilgi puan) ilişkin puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Ebe ve hemşirelerin aldıkları eğitimden yararlandıkları sonucuna varılmıştır. Doğum sonrası depresyon konusunun birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına alınması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum sonrası depresyon, ebe-hemşireler, eğitim



## ABSTRACT

**Objective:** Postpartum depression is a severe, common and treatable health problem. Postpartum depression that must be taken into consideration during pregnancy-puerperancy in primary health care services is a condition. An important responsibility in this subject falls to midwives and nurses. In research was aimed to examining the effectiveness of the training given to midwives and nurses who were given the postpartum depression training organized by researchers.

**Methods:** The research was made as a semi-experimental study with pretest and posttest. Total of 32 midwives-nurses who were working attended to Odemiş Health Group Administration were participated to the study. Before training program, a Survey Form and an Information Form developed by the researchers were applied to midwives-nurses The Survey Form has 12 socio-demographic characteristics. The Information Form has 12 information questions. Subsequently, they were given the training program in two sessions containing total six hours in the three groups. On week after training program, Information Form has been again applied on them. The pre-and-post training program mean scores of this form were compared. After that, It was determined the relationship between the pretest-posttest training mean scores and the socio-demographic data.

**Results:** When the midwife-nurses' pretest and posttest training knowledge mean scores were evaluated, it was detected that the mean scores of identification (Target 1), management (Target 2) and prevention (Target 3) the postpartum depression and level of information (total information score) were significantly higher in posttest training than pretest training.

**Conclusion:** According to these findings, It was arrived the conclusion that the midwives-nurses have been benefit from the education. It is recommended that midwives-nurses working in primary health care services should be provided continuous and systematic trainings about this subject.

**Key Words:** Postpartum depression, midwives-nurses, education

## GİRİŞ

Günümüzde psikiyatrik bozukluklar hem bireysel hem de toplumsal boyutta, önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Savrun 1999, Longsdon ve ark. 2003). Dünya nüfusunun yaklaşık beşte birini üreme yaşındaki (15-49 yaş) kadınlar oluşturmaktadır. Gebelikte yaşanan sorunlar psikiyatrik bozukluk riskini artırabilmektedir. Kadınlar, özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif - kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından önemli düzeyde risk altındadırlar. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde en sık olanıdır (Hazar ve Sevil 2004, Nonacs ve Klein 2004).

Doğum sonrası depresyon (DSD) konusunda Türkiye'de yapılan çalışmalara baktığımızda; genellikle DSD görülme sıklığı ve nedenleri incelenmiştir. Bu çalışmalar sonucunda ülkemizde DSD'nin prevalansı diğer ülkelere göre, daha yüksek bulunmuştur ve ülkemiz için önemli



bir sağlık sorunudur; Trabzon rneğinde Edinburg DSD leğine göre doğum sonu depresyon görülme sıklığı %28.1, Samsun ilinde %23,1, İzmir Bornova ilçesinde %29, Manisa %36.9, Konya'da %19,4 (sınır değer 13 alarak), Sivas'ta % 28 olarak bulunmuştur (Ayvaz ve ark. 2006, eber ve ark. 2002, Danacı ve ark. 2000, Sünter ve ark. 2006, zdemir ve ark. 2008, Nur ve ark. 2004). Torun ve ark.(2007), demiş bölgesinde yaptıkları çalışmada, annelerin %42.2'sinde DSD riski belirlemiştir. Kara ve ark. (2001), Beck Depresyon leği ile yapılan çalışmada %17(sınır değer 17), %41(sınır değer 10) olarak belirlenmiştir. Bu nedenle doğum sonrası depresyonun erken tanılanması ve uygun girişimlerle tedavi edilmesi önemlidir. Ülkemizde anne-bebek sağlığının korunması ve izlenmesi ile yetkilendirilen ebe/hemşireler (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge), temel sağlık hizmetlerinin her alanında, hizmet verdikleri kadınları doğum sonrası depresyon yönünden değerlendirebilir ve yardıma ihtiyacı olanlara uygun girişimlerde bulunabilirler (Tezel 2006, Tezel ve Gözüm 2005).

Doğum sonrası depresyon ciddi, yaygın ve tedavi edilebilir bir sağlık sorunudur. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde, gebe-loğusa izlemleri sırasında göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur (zdemir ve ark. 2008). Doğum sonrası depresyon geçiren kadınlarda ilerde depresyon geçirme açısından yüksek risk taşımaktadır ve bu dönemde fiziksel gereksinimlerin yanında ruhsal gereksinimlerinin de karşılanması önemlidir. Bu doğrultuda verilecek destek, kadının loğusalık dönemini sağlıklı ve mutlu geçirmesine yardımcı olacaktır (Torun ve ark 2007, zdemir ve ark. 2008).

Doğum sonrası dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir evre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rollerini grenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu bakımdan doğum sonu dönem aile için krize neden olabilmektedir (Hana ve ark. 2004, Harman 2007, Savrun 1999, Orhon 2007, zdemir ve ark. 2008). Gebe kadınlarda doğum öncesi ve doğum sonu dönemde eşleri ve yakın akrabalarının yanında en önemli destekleyici kişiler ebe ve hemşirelerdir. Çağdaş Sağlık ekibinin yesi olan ebe ve hemşireler, kadınlarda gebelik ve loğusalık döneminde fiziksel değerlendirilmesinin yanında psiko-sosyal değerlendirmesinde de önemli görevler üstlenirler (Sealy 2009, Torun ve ark. 2007, Sobey 2002, Beydağ 2007). DSD yalnızca kadını değil, kadının yaşamında bulunan çok sayıda insanı olumsuz olarak etkiler. Bu nedenle içinde pratisyen hekim, ruh sağlığı, kadın sağlığı, ocuk sağlığı hekimlerinin, hemşire, ebe, beslenme uzmanı ve sosyal hizmet uzmanının yer aldığı çok disiplinli bir ekip ile ancak iyi bir bakım sağlanabilir (Büyük 2003, zkan 1993).

Annenin taşıdığı doğum sonrası depresyon risklerini belirleme, ruhsal durumunu değerlendirme, uygun tedavi edici müdahaleyi yapma

ve gerekli olduğunda sevk etme ebe/hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Tezel 2006). Beck; hemşirenin doğum sonrası depresyon yaşayan anne ile iletişimini sağlayan yedi temadan söz etmiştir. Bunlar: Doğum sonrası depresyona ilişkin yeterli bilgiye sahip olma, hızlı ve doğru tanı koymak için dikkatli gözlem yapma, annelere bu sorunun biteceğine ilişkin umut aşılama ve empati yapma, onlara zaman ayırma, gerektiğinde yönlendirme ve bakımın sürekliliğini sağlamadır (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>)

Doğum sonrası depresyon dünyada sıkça ele alınan ve incelenen bir konu olarak ebe ve hemşirelere yönelik eğitimler yaygın bir şekilde yürütülmektedir (Logsdon ve ark. 2006). Ancak ülkemizde bu konuda önemli sorumluluk ve görevleri bulunan ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimine yönelik yeterli ve sistemli bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Doğum sonrası depresyonu tanımak hem depresyonlu anneye yardım etmek, hem de yeni bebek veya diğer çocukların güvenliğini sağlamak açısından önemlidir. Anne ve bebeğin korunması için ebe/hemşirelerin doğum sonrası depresyon konusunda eğitilmeleri önemli bir adım olabilir. Ebe/hemşireler, doğum sonrası depresyon belirtileri ve belirtilerin varlığında yapılacak girişimler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar (Tezel 2006). Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin doğum sonrası depresyon konusunda farkındalıklarını arttırmak amacıyla verilen eğitimin etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma, ebe ve hemşirelere doğum sonrası depresyonu konusunda verilen eğitimin etkinliği değerlendirilen ön test-son test uygulanan yarı deneysel nitelikte bir çalışmadır. Evrendeki tüm ebe ve hemşireler araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Bu nedenle evren(n=32) örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak (Akdolun 2002, Arslan ve ark 2006, Hana ve ark 2004, Harman 2007, Sobey 2002, Tezel 2006) hazırlanan Ön test, Son test ve Eğitim materyali kullanılmıştır. Araştırma verileri Mayıs 2007 tarihinde anket formu ve bilgi formu uygulanarak toplanmıştır.

Araştırma Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığına bağlı ve çalışmayı kabul eden ebe ve hemşirelerle sınırlıdır. Araştırma, Ödemiş Sağlık Grup başkanlığından yazılı izin, araştırmaya katılacak ebe ve hemşirelerden sözel izin alınarak yapılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelere verilen doğum sonrası depresyona yönelik eğitimin etkinliğinin incelenmesini amaçlayan bu çalışmada, Sağlık Grup Başkanlığına bağlı olarak çalışan toplam 32 ebe ve hemşire 10, 11, 11 kişilik 3 grup olarak

iki oturumdan oluşan birer günlük eğitime alınmıştır. Eğitim Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu'nun toplantı salonunda barkovizyon gösterimiyle yapılmıştır. Her bir oturumu psikiyatri hemşireliğinde uzman öğretim görevlisi statüsünde üç eğitimci yapmıştır. Eğitimin içeriği literatür taranarak (Akdolun 2002, Arslan ve ark 2006, Hana ve ark 2004, Harman 2007, Sobey 2002, Tezel 2006) hazırlanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeyleri ölçülerek eğitim öncesi ve sonrasında bilgi düzeyleri saptanmıştır.

Ebe ve hemşirelere eğitimden önce belirlenen eğitim hedefleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 12 sosyo-demografik özelliği içeren anket formu ve 12 bilgi sorusunu içeren bilgi formu uygulanmıştır. Bilgi formu eğitim hedeflerini ölçen açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Bu forma verilen yanıtlar 100 puan üzerinden hesaplanmıştır. Veri toplama araçları yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Eğitimden 1 hafta sonra 12 soruluk bilgi formu son test olarak tekrar uygulanmıştır. Son test 1 hafta ve 1 ay sonra uygulanması planlanmıştı fakat araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin bazılarının köylerde hizmet vermesi, ve aile hekimliği sistemine ilk geçiş dönemi olması nedeniyle yeterli katılım olmadığı için 1 ay sonraki son test uygulanamamıştır. Bilgi Formundan alınan puanlar Hedef 1, Hedef 2, Hedef 3 ve toplam Bilgi Puanı olarak 4 grup altında toplanarak ortalamaları alınmıştır.

1. Hedef;1, 2, 3, 4, 5, 7, 12. soruları, 2. Hedef; 6, 8. soruları, 3. Hedef ise; 9, 10, 11. soruları içermektedir.

Hazırlanan eğitim 3 hedef ve bunları içeren alt hedeflerden oluşmuştur. Bunlar:

**Hedef 1:** Ebe ve hemşirelerin 1. Basamak Sağlık Hizmetlerine başvuran kadınlarda doğum sonrası depresyonu tanımlamaya yönelik bilgileri ve ölçütleri sıralayabilmeleri

#### **Alt Hedefler**

- Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığını bilmesi
- Doğum sonrası depresyonu açısından risk taşıyan loğusa dönemini bilmesi
- Anne-bebek bağlanma sürecini değerlendirebilmesi
- Doğum sonrası depresyonu açısından risk oluşturabilecek durumları ve gözlemlemesi gerekenleri bilmesi
- Doğum sonrası depresyona ilişkin belirti ve bulguları tanımlayabilmesi
- Doğum sonrası depresyonu tanımaya ilişkin veri toplama formları geliştirebilmede kriterleri bilmesi ve ölçeklerin kullanımını bilmesi

**Hedef 2:** Ebe ve hemşirelerin doğum sonrası depresyona yönelik girişimleri sıralayabilmeleri

**Alt Hedefler:**

- Doğum sonrası depresyona yönelik hemşire-ebe girişimleri ve tıbbi tedavi yöntemlerinin neler olduğunu ifade edebilmesi
- Doğum sonrası depresyonuna ilgili kadının durumuna uygun ebe-hemşire girişimlerini bilmesi ve hangi durumlarda diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği gerektiğini bilmesi
- Doğum sonrası depresyonla ilişkili intiharı riski için ipuçlarını bilmesi ve önleme girişimlerinin neler olduğunu sıralayabilmesi

**Hedef 3:** Ebe ve hemşirelerin doğum sonrası depresyonunu önlemeye yönelik çalıştıkları alanda yapabileceklerini sıralayabilmeleri

**Alt Hedefler:**

- Doğum sonrası depresyon açısından risk taşıyan kadınlara yönelik eğitim planlama ve ulaşılabilir destek hizmetlerinden yararlanmasına yönelik neler yapılabileceğini bilmesi
- Doğum sonrası depresyon açısından risk taşıyan kadınların eşlerine yönelik eğitim ve destek olarak neler yapılabileceğini bilmesi
- Doğum sonrası depresyonu açısından risk taşıyan kadınlara broşür ve eğitim materyali hazırlarken ve sunarken içeriğinde neler olacağını ve neleri dikkate alacağını bilmesi

Bu hedefler doğrultusunda ebe ve hemşirelere depresyon, doğum sonrası depresyonu, anne-bebek sağlığına ve aileye olan etkileri, doğum sonu depresyonu önleme, tanılama ve tedavi yöntemleri ile Edinburg Doğum Sonu Depresyon Tarama Ölçeği'nin kullanımı ve değerlendirilmesi (EDSDÖ, Cox ve ark. 1987 tarafından DSD'ü değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizde de geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe formunun kesme puanı 12/13 olan ve toplam 10 soru içeren dördümlü likert tipte bir ölçektir. Bu ölçekten 12'nin üzerinde puan alanlar doğum sonrası depresyonu olan olarak kabul edilmiştir) konularındaki bilgiyi içeren eğitim verilmiştir (Cox 1987, Sünter ve ark. 2006, Eren 2007).

Daha sonra bu ortalamalar eğitim öncesi ve eğitim sonrası t testi ile karşılaştırılmıştır. Ebe ve hemşirelerin mesleklerine, yaşlarına, eğitim düzeylerine ve çalışma sürelerine göre hem eğitim öncesi, hem de eğitim sonrası 4 grup (Hedef 1, Hedef 2, Hedef 3 ve toplam bilgi puanı) puan ortalamaları ile Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testleri ile karşılaştırılmıştır.

## BULGULAR

**Tablo 1:** Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=32)

<b>SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER</b>	<b>SAYI</b>	<b>YÜZDE</b>
<b>GÖREVLERİ</b>		
Ebe	23	71.9
Hemşire	9	28.1
<b>YAŞ</b>		
22-35 yaş	15	46.9
36 ve üzeri	17	53.1
$X=36.19 \pm 7.24$		
<b>EĞİTİM DURUMU</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	11	34.4
Ön Lisans Mezunu	11	34.4
Lisans Mezunu	9	28.1
Yüksek Lisans Mezunu	1	3.1
<b>MEDENİ DURUM</b>		
Evli	28	87.5
Bekâr	14	12.5
<b>ÇALIŞMA YILI</b>		
4-10 yıl	8	25.0
11-20 yıl	16	50.0
21 ve üzeri	8	25.0
<b>DOĞUM SONRASI DEPRESYONU KONUSUNDA DAHA ÖNCE EĞİTİM ALMA DURUMU</b>		
Alanlar	4	12.5
Almayanlar	28	87.5
<b>EĞİTİMİ KİMDEN ALDIĞI</b>		
Almayanlar	28	87.4
Okuldan	2	6.3
Çalıştığı Yerlerden	2	6.3
<b>DOĞUM SONRASI RUHSAL SORUNLA KARŞILAŞMA DURUMU</b>		
Karşılaşan	16	50.0
Karşılaşmayan	16	50.0
<b>KARŞILAŞTIKLARI DOĞUM SONRASI RUHSAL SORUNLAR</b>		
Karşılaşmayan	16	50.0
Sıkıntı-huzursuzluk-paniklik	4	12.5
Bebegi reddetme	7	21.9
Doğum sonu depresyon	2	6.3
Beden imajında bozulmaya bağlı sosyal izolasyon	1	3.1
Doğum sonu psikoz	1	3.1
Annelik hüznü	1	3.1
<b>DOĞUM SONRASI RUHSAL DURUMLARIN KADIN SAĞLIĞI SORUNLARI İÇERİSİNDEKİ ÖNEMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ</b>		
Önemli diyenler	10	31.2
Çok önemli diyenler	22	68.8
<b>DOĞUM SONRASI DEPRESYONU TANILAMA VE ÖNLEME EBE VE HEMŞİRELERİN SORUMLULUKLARI ARASINDA MIDIR?</b>		
Sorumluluğundadır diyenler	32	100
Sorumluluğunda değil diyenler	0	0

Araştırmaya katılan grubun %71.9'u ebe olarak görev yapmaktadır. Yaş ortalaması 36.19 ±7.24, %46.9'u 36 yaş ve üzerinde, %87.5'i evlidir. Katılımcıların %50.0'si 11-20 yıldır çalışmakta olup, %28.1'i lisans mezunudur. Ebe ve hemşirelerin çoğunluğu (%87.5) doğum sonrası depresyonu konusunda daha önce herhangi bir eğitim almamıştır. Ebe ve hemşirelerin %50'si çalışma yaşamlarında doğum sonrası ruhsal sorunla karşılaştıklarını ve %21.9'u bu ruhsal sorunun bebeği reddetme şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin, %68.8'i doğum sonrası depresyonun kadın sağlığı sorunları arasında çok önemli bir yere sahip olduğunu ve %100'ü bu sorunun ebe ve hemşirelerin görev ve sorumlulukları arasında olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1).

**Tablo 2:** Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Eğitim Hedeflerine Göre Puan Ortalamaları ve Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hedefler	Eğitim öncesi puan ortalamaları X±SS (n=32)	Eğitim sonrası puan ortalamaları X±SS (n=32)	t	p
Hedef 1 (tanıma)	20.50±7.72	31.46±9.06	-7.062	0.000* p<0.005
Hedef 2 (girişim)	7.56±4.21	12.25±3.16	-6.494	0.000* p<0.005
Hedef 3 (önleme)	12.43±8.95	20.06±7.26	-5.982	0.000* p<0.005
Bilgi Düzeyi (toplam bilgi puanı)	40.50±18.53	64.09±17.08	-7.743	0.000* p<0.005

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi formu'ndan aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; doğum sonrası depresyonu tanıma (Hedef 1), girişim (Hedef 2), önleme (Hedef 3) ve bilgi düzeyi (toplam bilgi puanı) puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre daha yüksek olduğu ve bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.000, p<0.05) (Tablo 2).

Ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre eğitim hedefleri puan ortalamaları ve bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde hem ebelerin hem de hemşirelerin doğum sonrası depresyonu tanıma(Hedef 1), girişim Hedef 2), önleme (Hedef 3) ve bilgi düzeyi (toplam bilgi puan) puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre daha yüksek olduğu ve bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Eğitim öncesi ve sonrasında ebe ve hemşirelerin puanları karşılaştırıldığında; hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında doğum sonrası depresyonu tanıma ebelerin, önleme, girişim ve toplam bilgi puan ortalamasında ise

hemşirelerin ebelere göre, daha yüksek puan aldığı, ancak bu puan farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Ebe ve hemşirelerin yaşlarına göre, eğitim hedefleri puan ortalamaları ve bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; hem 22-35 yaş grubunda olan hem de 36 yaş ve üzeri olan ebe ve hemşirelerin doğum sonrası depresyonu tanıma (Hedef 1), girişim (Hedef 2), önleme (Hedef 3) ve bilgi düzeyi (toplam puan) puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre daha yüksek olduğu ve bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Eğitim öncesi ve sonrasında her iki grup ebe ve hemşirenin aldıkları puanları karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde DSD'yi tanılama'da ve toplam bilgi puan'ında 22-35 yaş grubunun, tedavi ve önleme'de de 36 yaş ve üzeri olan ebe ve hemşirelerin diğerlerine göre daha fazla puan aldığı ancak bu puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre eğitim hedefleri puan ortalamaları ve bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; herbir eğitim düzeyindeki ebe ve hemşirelerin doğum sonrası depresyonu tanıma (Hedef 1) girişim (Hedef 2), önleme (Hedef 3) ve bilgi düzeyi puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre daha yüksek olduğu ve bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Mezun oldukları okullara göre incelendiğinde; eğitim öncesi ön lisans mezunlarının, eğitim sonrası ise lisans ve yüksek lisans mezunlarının diğerlerine göre, doğum sonrası depresyonu tanıma, önleme girişim ve toplam bilgi puanı'ndan daha yüksek puan aldıkları ancak bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Ebe ve hemşirelerin çalışma yıllarına göre eğitim hedefleri puan ortalamaları ve bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; ebe ve hemşirelerin hepsinin doğum sonrası depresyonu tanıma (Hedef 1), girişim (Hedef 2), önleme (Hedef 3) ve bilgi düzeyi (toplam bilgi puan) puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre daha yüksek olduğu ve bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çalışma yıllarına göre incelendiğinde ise eğitim öncesi, doğum sonrası depresyonu tanıma, girişim ve toplam bilgi puanı puan ortalamalarında 11-20 yıl çalışan, doğum sonrası depresyonu önlemede 4-10 yıl çalışanların, eğitim sonrası ise tüm alanlardan 4-10 yıl çalışan ebe ve hemşirelerin diğerlerine göre, daha yüksek puan aldığı, ancak bu puan farkının sadece eğitim sonrası tanıma ve toplam bilgi puanı'da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).



## TARTIŞMA

Ebe ve hemşirelerin çoğunluğu (%87.5) bu konuda daha önce herhangi bir eğitim almamıştır. Ebe ve hemşirelerin %50'si çalışma yaşamlarında doğum sonrası ruhsal sorunla karşılaştıklarını ve %21.9'u bu ruhsal sorunun bebeği reddetme şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1). DSD, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (Sünter ve ark. 2006). Sabuncuoğlu ve Berkem (2006), DSD belirtilerini, güvensiz bağlanma biçimiyle anlamlı olarak ilişkili bulmuştur. Çeber ve ark. (2002), DSD'nin saptanmasının en önemli amaçlarından birinin, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemek olduğunu belirtmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşireler doğum sonrası dönemdeki kadınlarla en sık karşılaşan sağlık çalışanlarıdır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın önerisine göre, loğusalık izlemleri, doğumdan sonraki 24 saat içinde bir kez, daha sonra ise 2. ve 4. haftalarda da birer kez olmak üzere toplam üç kez, çoğunlukla da ebeler tarafından yapılmaktadır (Ergin ve ark. 2005, Sağlık Bakanlığı Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005). Logsdon ve ark. (2006), birinci basamak sağlık çalışanlarının DSD açısından kadını gözleme, tanıma ve girişim konusunda yetersiz ve isteksiz olduğunu belirtmişlerdir. Oysa birinci basamakta görevli sağlık çalışanları DSD'lu kadını tanıma, tedavi ve eğitmede sorumluluk almalı ve DSD'un öneminin kavranmasında ikna edici rol oynamalıdır. Bunun içinde kendileri iyi bir eğitim almalıdır (Sealy 2009). Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %68.8'i doğum sonrası depresyonun kadın sağlığı sorunları arasında çok önemli bir yere sahip olduğunu ve tüm hemşireler bu sorunun tanınması önlenmesi ve girişiminin ebe/hemşirelerin görev ve sorumlulukları arasında olduğunu ifade etmişlerdir. Bu ebe ve hemşirelere verilecek eğitimden yararlanmayı artıracaktır. Benimsedikleri ve iyi eğitim aldıkları alanda doğal olarak verimli bir şekilde çalışacaklardır.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi formu'ndan aldıkları puan ortalamalarının farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 2). Bu sonuca göre, doğum sonrası depresyonu önleme, tanıma ve girişimine yönelik verilen eğitimin ebe ve hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerini anlamlı düzeyde artırdığı ve eğitimin hedeflerine ulaştığı görülmektedir.

Yaş grupları karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ve sonrasında istatistiksel bir fark olmamasına karşın, eğitim sonrasında 22-35 yaş grubunun diğerlerine göre anlamlı derecede daha fazla puan alması



diğerlerine göre, daha genç olduğu için anlama ve kavrama yeteneklerinin daha fazla olması ve motivasyonlarının yüksek olması nedeni ile eğitimden daha fazla yararlandıklarından söz edilebilir.

Eğitim düzeylerine göre ise, eğitim sonrası tüm ebe ve hemşirelerin doğum sonrası depresyonu önleme, tanıma ve girişim ve toplam bilgi puanı puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yükseldiği görülmüştür. Ön lisans mezunlarının diğerlerine göre, daha yüksek puan alması bu grubun küçük yaştan beri alanda görev yapması ve açık öğretimle eğitimlerini pekiştirmiş olmalarından kaynakladığı düşünülmektedir.

Ancak eğitim sonrası puanlara bakıldığında, lisans ve yüksek lisans mezunlarının teorik bilgiye daha yatkın olduklarından, verilen eğitimi daha kolay kavradıkları için diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha fazla puan aldıkları düşünülmektedir. Eğitim öncesi belirtilen puan farkının anlamlı olmaması denek sayısının az olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Eğitim sonrası tüm ebe ve hemşirelerin yüksek puan alması verilen eğitimin yararlı ve verimli olduğunu vurgulamaktadır. Eğitim öncesi 11-20 yıl çalışanların tanıma, girişim ve toplam bilgi puanı'ndan diğerlerine göre daha fazla puan alması 4-10 yıl çalışanlardan daha deneyimli, 21 yıl üzeri çalışanlardan daha dinamik olmasından, 4-10 yıl çalışanlarında önlemede yüksek puan alması bilgilerinin diğerlerine göre daha yeni olması sonucunu ortaya koymaktadır. Ancak puan farklarının anlamlılık vermemesi denek sayısının az olmasından kaynaklanabilir. Eğitim sonrası ise tüm alanlarda 4-10 yıl çalışan hemşirelerin daha yüksek puan alması onların dinamik, genç olmaları nedeni ile eğitim motivasyonlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırma sonucunda, doğum sonrası depresyonun erken tanıma, önleme ve girişiminde birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin bu konuya yönelik özgün eğitimlerin yararlı olduğu ortaya çıkmıştır. Literatür incelendiğinde de benzer sonuçlara rastlamaktadır. Literatüre göre dünyada çeşitli sertifikasyon programlarında ve mezuniyet sonrası programlarında bu konuya yönelik eğitimler yapıldığı görülmektedir. Hemşirelerin mezuniyet öncesi aldıkları eğitimin bu konuda yeterli olmadığını, ancak mezuniyet sonrası programlara katılan hemşirelerin yaptıkları müdahalelerin doğum sonrası depresyonu önlemede etkili olduğu ifade edilmektedir (Logsdon ve ark. 2006, Beck ve ark. 2001, <http://www.mind.org.uk>, [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Ülkemizde doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranı %67.5'dir. DSÖ, dünyada kadınların sadece %35'inin doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir. Ülkemizde doğum

sonrası bakım hizmeti alan kadınlara ilişkin bir veriler yetersizdir. Doğum sonrası bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile hastalık nedenleri (doğum sonrası kanama, enfeksiyon, preeklamsi) ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verildiği için doğum sonu hizmetler sınırlıdır ([http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG\\_Post\\_Partum\\_Depression.pdf](http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_Post_Partum_Depression.pdf)). Bu çalışmadakine benzer eğitimler arttıkça sağlık personeli doğum sonrası psiko-sosyal sorunlara da duyarlı olabilecektir.

Sonuç olarak; doğum sonrası depresyonu, tanıma, önleme ve girişimine yönelik verilen eğitim, ebe ve hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerini anlamlı düzeyde artırarak eğitim hedeflerine ulaşmasını sağlamıştır. Bu sonuçlara dayanarak aşağıdakiler önerilebilir;

- Birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin doğum sonrası depresyonu tanıma önleme ve girişimine yönelik sürekli ve sistemli eğitim almaları yararlı olacaktır. Yapılan çalışmadan yaklaşık bir yıl sonra Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığına bağlı olarak çalışan ebe ve hemşirelere, hizmet içi eğitim programı kapsamında doğum sonrası depresyon eğitiminin tekrarı yapılmıştır. Bu hizmet içi eğitim programına, hem bu araştırmadaki katılımcılar hem de daha önceden doğum sonrası depresyona yönelik eğitim almamış ebe ve hemşireler katılmıştır.
- Doğum sonrası depresyonu önlemeye yönelik çalışmaları ebe ve hemşirelerin uygulamaları ve bu konuda standartların oluşturulması ve görev tanımlarında yer alması gerekmektedir.
- Doğum sonrası bakım konusundaki gereksinimler analiz edilerek kapsamlı ve kesintisiz hizmet birimleri oluşturularak deneyimli ve eğitilmiş ebe ve hemşireler görevlendirilebilir.

## **KAYNAKLAR**

1. Akdolun BN (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6: 2, 42-49.
2. Arslan H, Gürkan CÖ, Ekşi Z ve ark. (2006). Doğum sonrası depresyonun annelik yaşamına etkileri. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 8: Temmuz-Ağustos-Eylül, 71-76
3. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 17: 4, 243-251.
4. Beck CT, Gable RK. (2001). Comparative Analysis of the Performance of the Postpartum Depression Screening Scale With Two Other Depression Instruments. Nurs Res, 50: 4, 242-250.
5. Beydağ KD (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. Kor Hek., 6: 6, 479-484

6. Büyük YN. (2003). İlk Doğumunu Yapan Kadınlarda Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
7. Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ. (2002). İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 858-861.
8. Cox, JL, Holden JM, Sagovsky R (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150: 782-786.
9. Danacı AE, Dinç G, Devenci A ve ark. (2000). Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11: 204-211.
10. Eren İT (2007). Pospartum Depresyon Prevelansı ve Soryodemografik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
11. Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E. (2005). Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4: 6, 321-329.
12. Hana B, Jarman H, Savage S, Layton K. (2004). The Early Detection of Postpartum Depression: Midwives and Nurses Trial a Checklist, *JOGNN*, 33:191-197.
13. Harman PJ. (2007). Recognizing and Treating Postpartum Depression:A Practitioner's Guide. *Journal Midwifery Wom Heal*,52.
14. Hazar H, Sevil Ü.(2004). Postnatal Depresyon Tanılamada Kullanılan Ölçekler ve Hemşirelik Bakımı. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20: 93-104.
15. Kara B, Çakmak P, Nacak E ve ark. (2001). Doğum Sonrası Depresyon. *Sted*, 10:9, 33-334.
16. Logsdon MC, Wisner K, Billings D ve ark. (2006). Raising The Awareness of Primary Care Providers About Postpartum Depression. *Issues Ment Health*,27: 59-73.
17. Longsdon MC, Wisner K, Hanusa BH, Phillips A. (2003). Role Functioning and Symptom Remission in Women with Postpartum Depression After Antidepressant Treatment, *Archives of Psychiat Nurs*, 17: 276-283.
18. Nonacs FR, Klein L. (2004). More Than Baby Blues: Unmasking Postpartum Depression. *Journal Midwifery Wom Heal*, 49.
19. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA ve ark. (2004). Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 26:2, 55 – 59
20. Orhon FŞ (2007). The Impacts Of Postpartum Depression On Children. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 60: 2, 57-60
21. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S (2008). Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 7: 5, 391-398
22. Özkan S. (1993). Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon –Liyazon Psikiyatrisi, Aralık, İstanbul,
23. Sabuncuoğlu O, Berkem M, (2006). Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17: 252-258.
24. Sağlık Bakanlığı Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı (Sağlık Sektörü İçin)Ulusal Stratejik Eylem Planı, 2005-2015: 15.
25. Savrun BM. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller 1.Sempozyumu, İstanbul, 17: 11-17.
26. Sealy PA, Fraser J, Simpson JP ve ark. (2009). Community Awareness of Postpartum Depression. *JOGNN* 38:2, 121-133

27. Sobey WE. (2002). Barriers to postpartum depression prevention and treatment: a policy analysis. *Journal Midwifery Wom Heal*, 47:331-336.
28. Sünter AT, Güz H, Güz H ve ark. (2006 ). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3:1, 26-31
29. Tezel A, Gözüm S. (2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler Ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62-68.
30. Tezel A. (2006). Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirelerin/ Ebelerin Sorumlulukları. *New/Yeni Symposium Journal*, 44:1, 49-52.
31. Torun N, Şahan Y, Başaran Y ve ark. (2007). İzmir İli Ödemiş İlçe Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, Yayınlanmamış Lisans Tezi, İzmir.*
32. [http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/7ED23EFA-B7E4-4D47-8DF5-1B793F3FB143/0/Understanding\\_postnatal\\_depression.pdf](http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/7ED23EFA-B7E4-4D47-8DF5-1B793F3FB143/0/Understanding_postnatal_depression.pdf) E.T.: 04.04.07.
33. .... Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı [http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/linkdetail.aspx?id=2869](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2869) E.T.: 06.12.2006.
34. ....Interventions for Postpartum Depression [http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG\\_Post\\_Partum\\_Depression.pdf](http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_Post_Partum_Depression.pdf). E.T:08.09.2007.

## SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU VE DUYGUSAL ZEKÂ

### THE JOB SATISFACTION AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN EMPLOYEES OF HEALTH CARE

Ayşe BÜYÜKBAYRAM\*

Yard.Doç.Dr. Ayça GÜRKAN\*\*

\*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

#### ÖZET

Duygusal zeka kavramını günümüze taşıyan kuramcılardan Goleman (2001)'a göre duygusal zeka, bireylerin öncelikle kendi duygularını anlamalarını ve yönetebilmelerini sağlayan, bunun yanında başkalarının duygularını anlayabilme, empati kurabilme, motivasyon artırma ve özgüven duygusunu geliştirme olanağı tanıyan bir kavramdır.

Duygusal zekâ, bireylerin günlük yaşamlarının ötesinde iş yaşamlarındaki performanslarını ölçebilen, başarılarını arttıran/azaltan, iş doyumunu etkileyen, yöneticilik niteliklerinin ölçülmesine katkı sağlayan, örgüt içi iletişimi ve etkileşimi geliştiren önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle duygusal zekânın geliştirilmesi konusuna verilen önem hızla artmaktadır.

İş doyumunun kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olduğu düşünüldüğünde; özellikle meslek dışı yaşamları doğrudan etkilenen ve sürekli özveri gerektiren; yöneticileri, çalışma arkadaşları ve hastalarıyla sürekli iletişim halinde olması gereken sağlık çalışanlarında iş doyumunu ve duygusal zekâ büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde özellikle duygusal zekâsı yüksek bireylere her kademede ihtiyaç duyulduğuna inanılan sağlık sektöründe, bu konuda yapılan çalışmaların yetersizliği nedeniyle sağlık çalışanlarının duygusal zekâlarının iş doyumuna etkisinin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Duygusal Zekâ, İş Doyumu, Sağlık Çalışanları

#### ABSTRACT

According to Goleman (2001) who conveys the concept of emotional intelligence to present day, emotional intelligence is a concept that provides individuals with the comprehension and regulation of their own emotions. Besides, it elicits the understanding of other's emotion, construction of empathy, increase in motivation, and development of self-reliance.

Emotional intelligence, beyond the daily life, is a significant factor which evaluates the individuals' performance in their business life, decreases/increases their achievement, influences their job satisfaction, contributes to the evaluation of their skills as an administrator and develops the communication and interaction

among the team. Therefore, the improvement of the emotional intelligence is considered to be more important today.

*The satisfaction of job is the basic requirement for an individual to be successful, happy and productive. Therefore satisfaction in job and emotional intelligence are more significant for the employees of health care services who have to be in a good relationship with their administrators, colleagues and patients and whose extraprofessional lives are influenced directly and require continuous dedicated efforts.*

*In our country, especially in the health sector in which individuals with high emotional intelligence is needed at all levels, it is thought to be significant to examine the influence of health care employees' emotional intelligence on their job satisfaction due to lack of studies on this subject.*

**Key Words:** Emotional Intelligence, Job Satisfaction, Health Care Employees

## GİRİŞ

Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bilinmektedir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır. Çalışan insanların beden ve ruh sağlığını sürdürdürebilmesi, bireyin çalışma yaşamının fizyolojik ve toplumsal kaynaklı zararlı etkilerden korunması, çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur (Arıcak ve Kasımoğlu 2006).

İnsanın üretkenliğinin, örgüte olan katkısı ve bir değer yaratması, duygusal yeterliliğinin farkında olması ve bunu kullanabilme becerisine sahip olmasıyla ilgili olduğu; özellikle hasta odaklı anlayışın önem kazanması yaygınlaşması ve tatmine yönelik ölçümlerde, duygusal zekâ ölçümü yüksek olan çalışanların ve örgütlerin başarılı oldukları belirtilmektedir (Arıcıoğlu 2002, Kooker ve ark. 2007, Reeves 2005).

## DUYGUSAL ZEKÂ

Sözlük tanımıyla duygusal zekâ, duyguların akıllıca kullanımudur. Diğer bir ifade ile kendi davranışlarımızı yönlendirmek için duygularımızdan yararlanarak olumlu sonuçlar elde edebilmektir. Duygular, Latince'de öylesine derinlik ve güce sahip olan birer unsur olarak; motus anima yani "bizi harekete geçiren ruh" olarak tanımlanmaktadır. Son nörolojik çalışmalara göre, duygunun beynin daha yüksek bir performansa ulaşması için vazgeçilmez bir "yakıt" olduğu; sadece duygulara sahip olmanın yeterli olmadığı belirtilmektedir (Yeşilyaprak 2001).

İlk kez Thorndike (1920) tarafından oluşturulan sosyal zeka kavramının temeline dayanan; Peter Salovey ve John Mayer (1990) tarafından tanımlanan duygusal zeka kavramını günümüze taşıyan kuramcılardan Goleman (2001)'a göre duygusal zeka, bireylerin öncelikle kendi duygularını anlamalarını ve yönetebilmelerini sağlayan,

bunun yanında başkalarının duygularını anlayabilme, empati kurabilme, motivasyon artırma ve özgüven duygusunu geliştirme olanağı tanıyan bir kavramdır (Goleman 2001).

Duygusal zekâ, kendimizin ve başkalarının duygularını tanımayı ve değerlendirmeyi öğrenmemizin yanı sıra duygulara ilişkin bilgileri ve duyguların enerjisini günlük yaşamımıza ve işimize etkin bir biçimde yansıtarak, onlara uygun tepkiler vermemizi de sağlamaktadır (Yeşilyaprak 2001).

Salovey ve Mayer (1999)'in yapmış oldukları çalışmaların temel varsayımına göre duygusal zekâ; bireylerin duyguları algılama, anlama ve bu duygusal bilgiyi kullanabilme yetenekleri birbirinden farklıdır ve bireyin duygusal zekâ seviyesi, gerek entelektüel gerekse duygusal başarısına ve gelişimine çok önemli katkı sağlamaktadır (Mayer ve ark. 2000).

Duygusal zekâ konusundaki çalışmalar zekâ düzeyleri en üst seviyelerde olan bireylerin gerek iş, gerekse özel yaşamlarında neden her zaman en iyi olmadıklarını araştırmakla başlamıştır (Acar ve Özaslan 2007).

Araştırmalar sonucunda; insan davranışlarını yönlendiren, iletişim ve ilişkilerin kalitesini belirleyen, yaşamın anlam ve yaşanabilirliğini ortaya koyan etkenin bilişsel zekâ değil, ağırlıklı olarak duygusal zekâ olduğu; bilişsel zekânın zor öğrenilebildiği, duygusal zekâ'nın hem öğrenilebilir hem de uzun süre sürdürülebilir olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak duygusal zekâ, etkili iletişime önemli katkı sağlamaktadır (Geçikli 2007).

Çakar ve Arbak (2004)'in belirttiğine göre yapılan çalışmalar incelendiğinde duygusal zekâ iki temel yaklaşımla ele alınmıştır. Birincisi yetenek modeli, ikincisi karma modeldir. Bu modeller Cobb ve Mayer (2000) tarafından şu şekilde tanımlanmaktadır (Çakar ve Arbak 2004).

Yetenek Modeli; duygusal zekâyı bir yetenekler grubu olarak tanımlanmaktadır ve duygusal zekânın önemi ve duygulardan yararlanarak mantık yürütmenin potansiyel kullanımları üzerinde durmaktadır. Empati, iyimserlik gibi belirli yeteneklere odaklanmıştır. Mayer & Salovey modeli bir yetenek modelidir (Çakar ve Arbak 2004).

Karma Model; yetenek modeline göre daha popüler bir modeldir. Duygusal zekâ yeteneğini sosyal beceriler, özellikler ve davranışlarla harmanlayan bu model, duygusal zekânın ulaştırabileceği başarılarla ilişkin parlak vaatlerde bulunmaktadır. Bu yaklaşım, duyguların gösterilmesi, tanımlanması gibi iletişim süreçlerine odaklanmıştır. Duygusal zekâ modellerinden Bar-On ve Goleman modelleri karma modellerdir (Çakar ve Arbak 2004). Tablo 1'de duygusal zekâyı sınıflandıran üç model belirtilmektedir.



Tablo 1: Duygusal Zekâyı Sınıflandıran Üç Model

Duygusal Zekâyı Sınıflandıran Üç Model		Goleman (1995)	
Mayer&Salovey (1997)		Bar-On (1997)	
Model İpi	Yetenek modeli	Karma model	Karma model
<b>Tanım</b>	<p>"Duygusal zekâ insanların kendi doğrularındaki duygusal algı ve anlama değişikliğinin açıklamasını yapan yetenekler bütünüdür. Daha biçimsel olarak duygusal zekâ şu şekilde tanımlanabilir: Duyguları anlama ve ifade etme, duyguları düşünceye özümsene, duygu ile anlama ve muhakeme etme, kendimde ve diğelerinde duyguları düzenleyebilmektir."</p> <p><b>Duyguyu Anlama ve İfade Etme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Kişinin fiziksel durumlarında, hislerinde ve düşüncelerinde duyguları tanımlama ve ifade etme</li> <li>* Başkalarıyla, sanat çalışmalarında, dilde vs. duyguları tanımlamak ve ifade etmek</li> </ul> <p><b>Duyguları Düşüncede Özümsene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Duygular; düşünceyi, üretici yollarda önem sırasına göre düzenler.</li> <li>* Duygular karar vermeye ve hatırlamaya yardımcı olurlar</li> </ul> <p><b>Duyguyu Anlama ve Analiz Etme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Karşık duygular ve eşzamanlı hisleri de kapsayan duyguları sınıflama becerisi</li> <li>* Duygunun değişimiyle atakalı ilişkileri anlama becerisi</li> </ul> <p><b>Duygunun Reflektif Düzenlenmesi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Hislere açık olma becerisi</li> <li>*Entelektüel ve duygusal büyümeyle yükseltilecek şekilde duyguları yansıtıcı olarak düzenleyebilme becerisi</li> </ul>	<p>"Duygusal zekâ kişinin çevresel talepler ve baskılar ile başa çıkarak başarıya ulaşma yeteneğini etkileyen, bilşsel olmayan becerileridir."</p> <p><b>Kişiyile İlgili Beceriler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Duygusal öz-farkındalık</li> <li>* Girişkenlik</li> <li>* Kendini kabul</li> <li>* Bağmsızlık</li> </ul> <p><b>Kişilerarası Beceriler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sosyal sorumluluk</li> <li>* Empati</li> </ul> <p><b>Uyum Yeteneği Dereceleri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Problem çözme</li> <li>* Gerçeklik testi</li> <li>* Esneklik</li> </ul> <p><b>Stres Yönetimi Dereceleri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Stres Toleransı</li> <li>* Dürtü kontrolü</li> </ul> <p><b>Genel Ruhsal Durum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Muthlubuk</li> <li>* İyimserlik</li> </ul>	<p>"Burrada duygusal zekâ denen beceriler kişisel kontrolü, heves ve ısrarı ve kendini harekete geçirme becerisini içerir."</p> <p><b>Kendi Duygularını Bilme(Öz Bilinç)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Olduğu anda bir duyguyu tanıyabilmek</li> <li>* Andan ana duyguları kontrol etme</li> </ul> <p><b>Duyguların Yönetimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Duyguları idare edebilmek ve böylece uygun hale getirmek</li> <li>* Kendini kontrol etme becerisi</li> <li>* Önlemesi güç olan kaygı, sıkıntı, stresi ortadan kaldırma</li> </ul> <p><b>Kendini Harekete Geçirme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Amaca hizmet doğrultusunda duyguları düzenleme</li> <li>* Doyumu erteleyebilme ve düşünmeden hareket etmeyi engelleme</li> </ul> <p><b>Diğelerindeki Duyguları Tanuma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Empatik farkındalık</li> <li>* Diğelerinin neye ihtiyacı olduğuna ve neyi istediğine uyum sağlama</li> </ul> <p><b>İlişkileri İdare edebilme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Diğelerindeki duyguların yönetiminde beceri</li> <li>* Diğeleri ile rahatlıkta karşılıklı etkileşimde bulunabilme</li> </ul>
<b>Temel Beceri Alanları ve Spesifik Örnekler</b>			

Mayer J.D., Salovey P. & Caruso D.R. (2000). "Models of emotional intelligence" In R. J. Sternberg (Ed.), Handbook of intelligence, Cambridge, England: Cambridge University Pres, 396-420



## İŞ DOYUMU

İş doyumu, çalışanın yaptığı işe karşı genel tutumu olarak tanımlanmaktadır (Sevimli ve İşcan 2005).

Çalışanlar çalışma hayatı süresince, yaptığı işe çalıştığı firmaya ve iş ortamına dair pek çok deneyimler kazanmaktadır. Çalışanların çalışma hayatı süresince, gördükleri, yaşadıkları, kazandıkları, mutlulukları ve üzüntüleri olmaktadır. Tüm bu bilgi ve duyguların sonucunda çalışanların yaptığı işe ya da çalıştığı firmaya karşı tutumları ortaya çıkmaktadır. İş doyumu tutumların genel sonucudur ve çalışanın fiziksel ve zihinsel açıdan iyi durumda olmasını ifade etmektedir (Sevimli ve İşcan 2005).

İş doyumu kavramı, ilk kez 1920'lerde ortaya atılmış olup, önemi 1930-40'lı yıllarda anlaşılmıştır. Önemli olmasının bir nedeni; kişinin fizik ve ruh sağlığını doğrudan etkileyen yaşam doyumu ile ilişkili olması ve işle ilgili olumlu sonuçlar elde etmenin büyük ölçüde iş doyumunu sağlamaya bağlı olmasıdır (Sevimli ve İşcan 2005; Durmuş ve Günay 2007).

İş doyumunu etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlar, bireysel ve örgütsel faktörler olarak iki grupta toplanabilir. Bireysel özelliklerden başlıcaları; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sosyo-kültürel çevre, zekâ, kişilik özellikleri, meslekte veya işyerinde çalışma süresi, meslek seçimi, meslekle ilgili geleceğe yönelik düşünceler ve genel yaşam tutumudur. Örgütsel özellikler ise, ücret, işin niteliği, güvenlik, gelişme ve yükselme olanakları, çalışma ortamı ve koşulları, yönetim biçimi ve yöneticilerle ilişkiler ve grup etkileşimidir (Durmuş ve Günay 2007).

İş doyumun sağlanması, bireysel mutluluğu arttırıp, bireyin işe bağlanmasını, motivasyonun ve yaşam doyumunun artmasını, hata oranının azalmasını, verimliliğin artmasını sağlamaktadır. Mesleki doyumsuzluk ise işten ayrılma, devamsızlık, sağlık sorunları, kayıtsızlık, performans düşüklüğüne neden olabilmekte ve kişi işten ayrılmazsa, bu durum örgütsel performansı ve iş ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Ersoy ve ark. 2001, Tezcan 2004).

## İŞ DOYUMU VE DUYGUSAL ZEKÂ

Duygusal zekâ becerileri, Bar On Duygusal zekâ modeli dikkate alınarak incelendiğinde; aşağıda belirtildiği üzere beş alt boyut içinde değerlendirilmektedir.

**Kişisel beceriler;** Kişilerin duygularının farkında olma, kendini iyi bulma ve yaşamlarında yaptıkları şeyler hakkında olumlu şeyler

düşünme; duygularını rahatça ifade edebilme; düşüncelerini ve inançlarını ifade etmekte bağımsız, güçlü olma ve kendilerine olan güvenlerini etkilemektedir. Kişisel becerilerin gelişmiş olması, satış, müşteri hizmetleri, sağlık hizmetleri ve pazarlama gibi alanlarda önemlidir.

**Kişilerarası beceriler;** Kişilerin sosyal yetenekleri geliştirme ve sorumluluk sahibi olmalarını diğer bireyleri anlamalarını, ilişki kurmalarını ve iyi geçinmelerini etkilemektedir. Kişilerarası becerilerin gelişmiş olması, takım çalışmasında ve insan ilişkilerinde; müşteri hizmetleri, sağlık hizmetleri, yönetim ve liderlik faaliyetlerinde çok önemlidir.

**Uyumluluk;** Kişilerin problemleri durumları anlamada ve uygun çözümlere ulaşmada, genellikle esnek, gerçekçi ve etkin olmalarını; günlük yaşamlarında karşılarına çıkan güçlüklerle ilgili olarak genellikle uygun çözümler üretebilmelerini etkilemektedir. Uyumluluk becerileri gelişmiş olan kişiler, sağlık hizmetleri, araştırma, geliştirme ve teknik destek alanlarında başarılı olabilmektedir.

**Stresle başa çıkma;** Kişilerin stres toleransı ve dürtü kontrollerinin iyi olmasını, umutsuzluğa kapılmadan veya kontrollerini kaybetmeden stresle baş edebilmelerini sağlamaktadır. Stresle başa çıkma becerileri; polisler, itfaiyeciler, acil servis çalışanları ve örgütlerde özellikle yöneticiler için çok önemlidir.

**Genel ruh durumu;** Kişilerin yaşamdan nasıl zevk alınacağını bilmelerini, neşeli, olumlu, umutlu ve iyimser kişiler olmalarını; işyerinde coşkulu ve pozitif bir iklim oluşturmalarını sağlamaktadır (Bar On ve ark 2000, Acar 2002, Gohm ve ark. 2005, Sy ve ark. 2006, Canbulat 2007, Kafetsios ve Zampetakis 2008).

İş yaşamında duygusal zekâ, kendimizin ve diğer çalışanların duygularını tanımayı ve değerlendirmeyi öğrenmemizin yanı sıra; duygulara ilişkin bilgiler ile duyguların enerjisini, işimize ve günlük yaşamımıza etkin bir biçimde yansıtarak, onlara uygun tepkiler vermemizi sağlamaktadır (Cooper ve Sawaf 1998).

Literatürde bulunan duygusal zekâ ve iş doyumunu konusunda sınırlı sayıdaki araştırmalarda duygusal zekâsı yüksek olan çalışanların iş doyumlarının daha yüksek olduğu; çünkü kendi duygularını düzenlemede ve yönetmede duygusal zekâsı düşük olanlara göre daha becerikli oldukları saptanmıştır (Güleryüz ve ark. 2008).

Cote ve Morgen (2002)'in 111 çalışan üzerinde yaptıkları bir araştırmada, olumsuz duyguların iş doyumunu azalttığına ve aynı iş yerinde çalışan her kişinin işlerinde aynı düzeyde tatmin olmadıklarına ilişkin bulgulara saptanmaktadır. Bu bulgular kişilerin duygularını düzenlemedeki başarılarına bağlanmaktadır (Cote ve Morgen 2002).

Wong ve Law (2002); Sy ve ark. (2006)'ın yapmış oldukları çalışmalarda; Duygusal zeka düzeyleri yüksek olan çalışanların kendi duygularını düzenlemede daha uzman oldukları ve çalışanların işlerinde, görevleri konusunda kendilerine güvenmeleri, kendilerini kontrol etmeleri nedeniyle daha olumlu ve etkili iş sonuçları aldıkları, duygusal zekanın yaşam ve iş doyumunu arttırdığı belirtilmektedir (Wong ve Law 2002, Sy ve ark. 2006).

Ayrıca, Kafetsios Ve Zampetakis (2008)'in öğretmenlerle yaptığı çalışmada; Tezcan (2004)'in özel sektörde ve bankacılık alanında yapmış olduğu araştırmada; Carmeli (2003)'nin İsrail'de resmi bir kurumda çalışan yöneticilerle yapmış olduğu araştırmada çalışanların duygusal zekâları ile iş tatminleri arasında olumlu bir ilişki olduğu; Canbulat (2007)'in Türkiye'deki kamu ve özel kesimin sanayi ve hizmet sektörlerinde çalışanlarla yapmış olduğu çalışmada; çalışanların iş doyumunu ile duygusal zekâ düzeyleri arasında "orta" düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Carmeli 2003, Tezcan 2004, Canbulat 2007, Kafetsios Ve Zampetakis 2008).

Duygusal zekâ becerisi yüksek olan çalışanların stresin nedenini anlayabilme, stratejiler geliştirme ve baş etmede azimli olmaları nedeniyle daha esnek oldukları; başkalarının duygularını değerlendirme ve yönetme becerisini kullanarak kendi morallerinin yanı sıra gruplarının morallerini de arttırdıkları, artan olumlu tepkilerle grup bütünlüğünü sağladıkları belirtilmektedir (Carmeli 2003, Sy ve ark. 2006, Kafetsios Ve Zampetakis 2008).

İş doyumunun, "çalışanların işe karşı hissettikleri" olduğu düşünüldüğünde, duygusal zekâ becerilerini kullanabilen çalışanların artan olumlu tepkilerle işe karşı olumlu tutumlar geliştirdikleri görülmektedir. Sonuç olarak çalışanların duygusal zeka düzeyleri, iş doyumuna önemli bir katkı sağlamaktadır (Sy ve ark. 2006).

## **SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMUNDA DUYGUSAL ZEKÂNIN ROLÜ**

İş doyumunu, işe yönelmeyi sağlayan olumlu bir etkidir ve her meslekte önemlidir. Özellikle meslek dışı yaşamları doğrudan etkilenen ve sürekli özveri gerektiren sağlık çalışanlarında iş doyumunu büyük önem taşımaktadır (Çam ve ark. 2005).

İş doyumunu kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biridir ve iş doyumunu yüksek olan kişilerin işe

güdülenmesi ve verdikleri hizmetin kalitesi yükselmektedir (Çam ve ark. 2005, Sevimli ve İşcan 2005).

Sağlık çalışanları, çalışma ortamı içindeki durumlarından hoşnut olduklarında, iş doyumları artmakta ve enerjilerini hasta bakım kalitesini artırma yönünde yoğunlaştırmaktadırlar. Ancak sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ağır olması, düzensiz çalışma saatleri, düşük ücretle çalışma, mesleki saygınlığının yetersizliği, duygusal stres, hastalarla ve iş arkadaşlarıyla yaşanan iletişim sorunları, rol çatışması ve belirsizliği gibi faktörler, iş doyumunun düşük olmasına neden olabilmektedir (Mcgillis Hall 2003, Çam ve ark. 2005, Sevimli ve İşcan 2005).

Yoğun ve sürekli bir duygusal çatışma, stresli ve yorucu olmakta, sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve ruhsal çöküntüye neden olabilmektedir. Bu nedenle, hastalara yakın ve kişisel ilgi göstermek zorunda olan sağlık çalışanlarının, sağlıklı bir ilişki kurabilmeleri için; kendi kişisel yetersizliklerinin farkına varıp, kendilerini ruhsal çöküntüden koruyacak başa çıkma mekanizmalarını yani duygusal zeka becerilerini kullanabilmeleri gerekmektedir (McQueen 2004).

Duygusal zekâ; kendi duyguların ve başkalarının duygularının farkında olma ve iyi kişiler arası ilişkiler kurma, problemleri durumlarda esnek, gerçekçi ve etkin çözümlerle sonuca ulaşma, stresle baş etme, yaşamdan nasıl zevk alınacağını bilme becerilerini kapsamaktadır (Acar 2002, Gohm ve ark. 2005, Sy ve ark. 2006, Canbulat 2007, Kafetsios ve Zampetakis 2008;).

Landa ve ark. (2007)'nin yapmış oldukları bir çalışmada da sağlık ve stres konusunda duygusal zekâ boyutlarının farklı bir etkisinin olduğu belirtilmektedir. Özellikle sağlık profesyonelleri içerisinde en fazla etkilenen meslek olarak hemşirelik mesleğinde; duygusal zekâ yeteneği yüksek olan hemşirelerin pozitif kişiler arası ilişkiler kurduğu, problem çözme becerilerinin arttığı ve stresi azaltmak için uygun stratejiler kullandıkları saptanmıştır (Landa ve ark. 2007).

Lee ve Lee (2008)'nin bir eğitim hastanesinde çalışan 254 hemşirenin katılımıyla yürütülen iş doyumunu konusunda duygusal zeka ve kurumsal iklimin etkilerinin araştırıldığı çalışmada; duygusal zekanın iş doyumunu konusunda önemli bir etkiye sahip olduğu, aynı zamanda kurumsal ikliminin de iş doyumunu önemli derecede olumlu etkilediği görülmektedir (Lee ve Lee 2008)

McQueen (2004) ve Akerjordet and Severinsson (2007); Rego ve ark. (2007)'in hemşirelerde duygusal zeka ile ilgili yapmış olduğu çalışmalarda duygusal zeka becerilerinin hasta bakımı ve çalışanın iyilik durumunu olumlu bir şekilde etkilediği; hemşirelerin iş doyumunu artırdığı; hemşirelerin stresle daha iyi baş edebildikleri belirtilmektedir (McQueen 2004, Akerjordet and Severinsson 2007, Rego ve ark. 2007) .

Otonomi ve sorumluluk sahibi olma, kişiler arası iyi ilişkiler kurma, sorunlara etkin ve pratik çözümler bulma, sorunlarla baş etme, terapatik ortam oluşturma, danışmanlık, saygılı, güvenilir, bilgili ve aktif olma gibi sorumlulukları olan profesyonel sağlık çalışanları; bireylere, ailelere veya gruplara kaliteli bakım sağlamayı hedeflemektedir. Profesyonel uygulamaların sonucu da, kaliteli hasta bakımı ve iş doyumudur (Kooker ve ark. 2007).

Profesyonel sağlık çalışanları uygulamalarının; kendi duygularının farkında olma, başkalarının duygularını anlama, duyguların yönetimi, çevreye ve şartlara uyum sağlama, problem çözümünde uygun yaklaşımı uygulama, iyimserlik gibi duygusal zekâ becerileriyle ilişkili olduğu görülmektedir (Kooker ve ark. 2007, Quoidbach ve Hansenne 2009).

Duygusal zekânın ekip çalışması içerisinde hasta bakım kalitesini artırma, personelin işe bağlılığı ve iş doyumunu konularında etkili olduğu saptanmıştır (McQueen 2004).

Sağlık çalışanlarının geçmişi incelendiğinde; çalışanların kendi duygularını kontrol altına alma ve hastalarının duygularını anlama yeteneklerinin hizmet sunmada çok değerli olduğu ancak eğitim alanında genellikle duygusal zekâ konusunun göz ardı edildiği görülmektedir (McQueen 2004).

Palmer ve ark. (2003)'ü, duygusal zekânın sağlık çalışanlarını işe alırken gözetilecek önemli bir şart olduğunu; kendi duygularını yönetme ve iletişim, etik, psikoloji ve sosyoloji gibi konuların okul derslerine eklenmesinin ve adayların işe kabulünde etkili bir yöntem olarak duygusal zeka ölçümünün gerekli olduğunu belirtmişlerdir (Palmer ve ark. 2003).

Ayrıca duygusal zeka beceri eğitimleri ve gelişim programlarıyla sağlık çalışanlarının, kişisel farkındalık ve kendi davranışlarını anlam konusunda başkalarından yardım alabilecekleri; bu sayede kendi duygularında farkında; başkalarının duygularını daha iyi kontrol eden; diğerlerinin duygularını anlayan ve etkili bir şekilde idare eden; duygusal kapasiteye sahip, hastalarla ve meslektaşlarıyla olumlu ilişkiler kurabilen kişiler olacakları belirtilmektedir (Freshman ve Rubino 2002, Palmer ve ark. 2003, Güteryüz ve Ark. 2008).

Birçok çalışmada da, sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin ve etkilerinin incelendiği araştırmaların az sayıda olduğu saptanmıştır (Freshman ve Rubino 2002, Kooker ve ark. 2007, Deshpande ve Joseph 2009).

İş doyumu, işe yönelmeyi sağlayan olumlu bir etken olduğu düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının doyumsuz olduğu alanların belirlenerek yeni düzenlemelerin yapılması ve olumsuz etkenlerin kontrol altına alınması açısından hemşirelerin iş doyumu düzeylerinin belirlenmesi önem kazanmaktadır (Arslan Yürümezoğlu 2007).

Sonuç olarak duygusal zekâ, özellikle yöneticileri, çalışma arkadaşları ve müşteri/hastalarıyla sürekli iletişim halinde olması gereken hizmet sektörlerinde daha çok önem taşır. Türkiye’de özellikle duygusal zekâsı yüksek bireylere her kademedeki ihtiyaç duyulduğuna inanılan sağlık sektöründe, çalışanların duygusal zeka becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programlarının uygulanmasının, okullarda duygusal zeka becerilerini geliştirmeye yönelik uygulamaların yapılmasının, bu konuda yapılan çalışmaların yetersizliği nedeniyle sağlık çalışanlarının duygusal zekâlarının iş doyumuna etkisinin araştırılmasının önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Acar F. (2002), “Duygusal Zekâ Ve Liderlik”. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12: 53-68
2. Acar A., Özaslan B. (2007), “Duygusal Zeka Ve İş -Yaşam Dengesi”. Uluslararası Duygusal Zekâ Ve İletişim Sempozyumu Kitabı, İzmir, 393-402
3. Akerjordet, K. Ve Severinson, E. (2008), “Emotionally İntelligent Nurse Leadership: A Literature Review Study”, Journal Of Nursing Management. Clinical Nursing Leadership, 16(5): 565-577
4. Arıca R., Kasımoğlu E. (2006), “Diyarbakır Merkezdeki Hastane Ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü Ve İş Memnuniyetleri”. Dicle Tıp Dergisi, 33(1): 23-30
5. Arıcıoğlu M. (2002), “Yönetmel Başarının Değerlemede Duygusal Zekânın Kullanımı: Öğrenci Yurdu Yöneticileri Bağlamında Bir Araştırma”. Akdeniz İ.İ.B.F., Dergisi, 4: 26-42
6. Arslan Yürümezoğlu H. (2007), “Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan hemşirelerin İş Doyumları Ve Hastaların Hemşirelik Hizmetinden Memnuniyeti”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 30-35
7. Bar-On R., Brown M., Kirkcaldy E.P.ve ark. (2000), “Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i)”, Personality and Individual Differences, 28; 1107-1118

8. Canbulat S. (2007), "Duygusal Zekâ'nın Çalışanların İş Doyumları Üzerindeki Etkisinin Araştırılması", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı, 48-50
9. Carmeli A.(2003), "The Relationship Between Emotional Intelligence And Work Attitudes, Behavior And Outcomes An Examination Among Senior Managers", Israel Journal Of Managerial Psychology, 18(8): 788-813
10. Cooper R.ve Sawaf A.(1998), "Liderlikte Duygusal Zeka", (çev. Ayman Z. Ve Sancar B.), Sistem Yayıncılık, İstanbul, 80-90
11. Cote S. ve Morgan L.(2002), "A longitudinal analysis of the association between emotional regulation, job satisfaction, and intention to quit", Journal of Organizational Behavior, 23: 947-962
12. Çakar U.ve Arbak Y.(2004), "Modern Yaklaşımlar Işığında Değişen Duygu-Zeka İlişkisi Ve Duygusal Zeka", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6(3): 23 -48
13. Çam O., Akgün E., Babacan Gümüş A. ve Ark. (2005), "Bir Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 213-220
14. Deshpande S. Ve Joseph J. (2009), "Zımpact Of Emotional Intelligence, Ethical Climate, And Behavior Of Pers On Ethical Behavior Of Nurses" , Journal Of Business Ethics, 85: 403-410
15. Durmuş S., Günay O. (2007), "Hemşirelerde İş Doyumu Ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler". Erciyes Tıp Dergisi. 29(2): 139-146
16. Ersoy F., Edirne T., Yıldırım C. (2001), "Sağlık Personelinin Mesleki Doyumu", Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı , Kırıkkale Devlet Hastanesi Acil Servisi, [http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/980\\_64sagl~1.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/980_64sagl~1.pdf) (Erişim Tarihi:21.12.2008)
17. Freshman, B. ve Rubino L.(2002), "Emotional Intelligence: A Core Competency For Health Care Administrators", The Health Care Manager, 20:4 1-9
18. Geçikli F. (2007), "Örgütlerde Duygusal Zekâ -Mobbing (Psikolojik Yıldırma) İlişkisi Ve İletişime Yansımaları". Uluslararası Duygusal Zekâ Ve İletişim Sempozyumu Kitabı, İzmir, 355-369
19. Goleman D.(2001), "Duygusal Zeka", Seçkin Yüksel B. (Çev.),Varlık Yayınları A.Ş., Sayı:602. 19. Baskı. Kurtiş Matbaası, İstanbul
20. Gohm C., Corser G., Dalsky D.(2005), "Emotional Intelligence Under Stress: Useful, Unnecessary, Or Irrelevant?", Personality And Individual Differences, 39; 1017-1028, <Http://Www.Olemiss.Edu/Depts/Psychology/Gohm%20Corser%20&%20Dalsky%20005%20EI%20Under%20Stress.Pdf>, (Erişim Tarihi: 21.12.2008)
21. Güleriyüz G., Güney S., Aydın EM. Ve ark. (2008), "The Mediating Effect Of Job Satisfaction Between Emotional Intelligence And Organisational Commitment Of Nurses: A Questionnaire Survey", International Journal Of Nursing Studies, 45: 1625-1635, [www.Sciencedirect.Com](http://www.Sciencedirect.Com) (Erişim Tarihi: 1.12.2008)
22. Kafetsios K. Ve Zampetakis L.(2008), "Emotional Intelligence And Job Satisfaction: Testing The Mediatory Role Of Positive And Negative Affect At Work", Personality And Individual Differences, 44: 712-722, [www.Sciencedirect.Com](http://www.Sciencedirect.Com) (Erişim Tarihi: 1.12.2008).
23. Kooker B., Shoulth J., Codier E.(2007), "Identifying Emotional Intelligence In Professional Nursing Practice", Journal Of Professional Nursing, 23:1: 30-36
24. Landa J, Lopez-Zafra E., Martos M. Ve ark. (2007), "The Relationship Between Emotional Intelligence, Occupationalstress And Health İn Nurses: A Questionnaire



- Survey”, *International Journal Of Nursing Studies International, Journal Of Nursing Studies*, 45; 6; 888 – 901, [www.Elsevier.Com/Locate/ijnurstu](http://www.Elsevier.Com/Locate/ijnurstu) (Erişim Tarihi: 1.12.2008).
25. Lee M. ve Lee S. (2008), “The Influence Of Emotional Intelligence And Organizational Climate For Nurse Job Satisfaction, *Journal of Business Administration* July ,4(1): 1-10
  26. Mcgillis Hall L. (2003), “Nursing outcome: nurses’s job satisfaction”, *Nursing-sensitive outcomes*, Edit: Diane M.Doran, 8. chapter; 283–319 <http://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=CxPP9jaT-TIC&oi=fnd&pg=RA1PA283&dq=%22Hall%22+%22Nursing+Outcome:+Nurses%27+Job+Satisfaction%22&ots=-LbnUjerDa&sig=ACFq6E8RPYu4XyA3xRRqbHxaWBo#PPA1921,M1>, (Erişim Tarihi: 20.09 2008).
  27. Mayer J. D., Salovey P., & Caruso D.R. (2000), “Models Of Emotional Intelligence” In R. J. Sternberg(Ed.), *Handbook Of Intelligence*, Cambridge, England: Cambridge University Pres, 396–420
  28. Mcqueen AC.(2004) “Emotional Intelligence İn Nursing Work”, *Blackwell Publishing Ltd., Journal Of Advanced Nursing*, 47(1):101–108
  29. Quoidbach J. Ve Hansenne M. (2009), “The Impact Of Trait Emotional Intelligence On Nursing Team Performance And Cohesiveness”, *Journal Of Professional Nursing*, 25:1, 23–29
  30. Palmer B. R., Gardner L., ve Stough C. (2003), *The Relationship Between Emotional Intelligence, Personality, And Leadership.*, *Australian Journal Of Psychology*, Melbourne, 55: 140-145
  31. Reeves A. (2005), “Emotional Intelligence:Recognizing And Regulating Emotions”. *Aaohn J.*, April, 53(4);172
  32. Rego A., Godinho L., McQueen A. ve ark.(2007), “ Nurses’ Emotional Intelligence And Caring Behaviours: An Empirical Study”, *Universidade De Aveiro, Departamento De Economia, Gestão E Engenharia Industrial, Miguel Pina E Cunha,1–19* [Http://ibacnet.org/Bai2007/Proceedings/Pages/I.Htm](http://ibacnet.org/Bai2007/Proceedings/Pages/I.Htm) (Erişim: 20. 04. 2009)
  33. Sevimli F. Ve İşcan Ö. F. (2005), “Bireysel Ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu”, *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 5;1-2;55-64 <http://Eab.Ege.Edu.Tr/Pdf/5/C5-S1-2-M7.Pdf> (Erişim Tarihi: 20.09 2007)
  34. Sy T., Tram S.ve O’Hara L. (2006), “Relation Of Employee And Manager Emotional Intelligence To Job Satisfaction And Performance” , *Journal Of Vocational Behavior*, 68 ; 461–473
  35. Tezcan D. (2004) “Duygusal Zekâ Ve İş Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü., Haziran, 5-15, 33-40, 64-80
  36. Yeşilyaprak B. (2001), “Duygusal Zeka (EQ) : İş Performansını Belirleyici Bir Değişken”, *Verimlilik Dergisi*, 2001/2 (Haziran) .<http://Www.Dzeplatformu.Org> (Erişim: 5. 10 .2007)
  37. Wong C.S., Law K.S. (2002), “The Effects Of Leader And Follower Emotional Intelligence On Performance And Attitude: An Exploratory Study. *Leadership Quarterly*, 13: 243–274.09.2007.



## KADIN-LİDERLİK VE HEMŞİRELİK

### FEMALE-LEADERSHIP AND NURSING

Ar.Gör. Ebru ŞAHİN\*

Doç.Dr. Füsün TERZİOĞLU\*\*

\*Ordu Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

\*\*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

Toplumsal açıdan cinsiyet (gender), kadın ve erkeklerden toplumun sosyal ve kültürel rol beklentileridir. Kadın ve erkeğin ilkel toplumdaki başlayarak yaşadığı rol farklılaşması cinsiyet esaslı işbölümünü oluşturmuştur. Günümüzde cinsiyet esaslı iş bölümü sosyo-ekonomik değişimler doğrultusunda yeniden şekillenmesine rağmen, toplumda kadınlara uygun görülen rollere ilişkin görüşler daha yavaş değişmektedir. Bugün kadınlar, az para kazanılan, tekdüze mesleklerde yoğunlaşmaktadırlar. Kadının toplumsal rolü nedeniyle ev hayatı ve iş hayatı arasında denge kurmak zorunda olması, kadınların annelik, eşlik rolünün bir uzantısı gibi değerlendirilen öğretmenlik, hemşirelik, sekreterlik gibi mesleklere yönelmesine yol açmıştır. Hemşirelik mesleği, tarihsel geçmişinde yer alan yara bakımı, şevkat gösterilmesi gibi daha çok annelik rolünden kaynaklanan özellikler nedeniyle kadına has bir meslek olarak kabul edilmektedir. Kadınların çoğunlukta olduğu hemşirelik mesleği, toplumsal cinsiyet kavramından önemli ölçüde etkilenmektedir. Kendini güçsüz hissetme, mesleği benimsememe, eğitim farklılıkları, rol karmaşası, mesleki çıkarlarda birlik oluşturamama, toplumun kadına bakış açısı, olumsuz hemşirelik imajı, güven azlığı nedeniyle liderlik becerilerine sahip olan hemşire sayısı oldukça azdır. Günümüz sağlık hizmetlerinin kompleks ve dinamik olması nedeniyle, hemşirelerin yeni ve güç roller üstlenmeye hazır hale gelmeleri ve sağlık hizmetlerinin planlanması, politikaların oluşturulması ve yönetime tam olarak katılmaları, hemşirelerin özgüven ve otonomisinin artması için liderlik becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Toplumsal cinsiyet, kadın, liderlik ve hemşirelik

### ABSTRACT

*In terms of social aspect, gender is the society's social and cultural role expectations from women and men. The role differentiation of man and woman having started from the primitive society has formed gender-based division of labour. Today, even though gender-based business is reshaped in accordance with socio-economic changes; attitudes and the points of view about the appropriate roles of women in society are changing more slowly. The necessity that the women have to balance between domestic(home) life and work life has caused women to lead to the professions such as teacher, nurse, secretary etc.,*

*which are considered as the extension of their roles of motherhood and femininity. Nursing profession is regarded as a job unique to women owing to the features caused mostly by motherhood roles such as healthcare,feeding,giving affection ,which have been among the limited responsibilities in its historic past. Nursing profession occupied mostly by women has been considerably affected by the perception of 'social gender'. The number of nurses having leadership skills is rather low due to the feeling themselves weak, not being able to adopt to the occupation, education differences, role complexitiy, not having cooperation for professional interests,the society's perspective on women ,negative image of nursing,lack of confidence. In view of the fact that today's health services are complex and dynamic; It is necessary to make them ready for undertaking new and hard roles, to plan health services, to formulate policies and their involvement in management, to improve their leadership skills in order to increase their self-confidence and autonomy.*

**Key Words:** Social Gender, women, nursing and leadership

## GİRİŞ

Toplumsal cinsiyet (gender), toplumun kadın ve erkeklerden sosyal ve kültürel olarak rol beklentileridir (Akın ve Demirel 2003). Biyolojik bir kavram olarak cinsiyet ise, fiziksel farklılıklara işaret etmektedir. Cinsiyet ayrımcılığı ise, bireyin insan haklarından tümüyle yararlanmasını engelleyen sosyal açıdan yapılandırılmış cinsiyet rolleri ve normlarına dayalı olarak herhangi bir ayırım, dışlama ya da kısıtlamaya maruz kalmasıdır (Demirbilek 2007).

Kaynaklara ve fırsatlara ulaşmada eşitsizlik, şiddet, hizmetlerden yararlanmada yetersizlik, çalışma yaşamı ve siyasete katılımında kadınların sınırlı olarak yer alması, kadın ve erkekler arasındaki güç dengesizlikleri cinsiyet ayrımcılığı ile yakından ilişkilidir. Bütün bunların yanında cinsiyet ayrımcılığının içerisine kamusal olanaklardan yararlanamama, sağlıksız koşullarda hayatı sürdürme, çalışma yaşamında hem iş hem de ailesel sorunlara maruz kalma, iş yerinde haksızlığa uğrama ve karar mekanizmalarına katılamama gibi konular dahil edilmektedir.

Sanayi devriminin ardından kadınlar endüstriyel ve mesleki beceriler kazanarak erkeklerle istihdamda rekabete girmişlerdir. Erkekler ise, onları bir rakip grup olarak algılayarak bu rekabeti azaltmak ya da ortadan kaldırmak için ekonomik, yasal ve ideolojik araçları kullanmışlardır. Erkekler kadınları sendikalardan uzak tutmuş, kadınların işe alınmasını önlemek için işverenlerle sözleşmeler imzalamış, evli kadınların istihdamını kısıtlayan yasaları desteklemiş, çalışan kadını eve döndürecek propagandalarda yer almışlardır (Demirbilek 2007).

Kadınların, organizasyonların üst yönetim düzeylerine ilerlemelerini durduran engeller, cam (şeffaf) tavanlar (glass ceiling) olarak adlandırılmaktadır. Cam tavan, kadınlar ile üst yönetim arasında yer alan

ve onların başarılarına bakmaksızın ilerlemelerini engelleyen, açıkça görülmeyen, aynı zamanda aşılamayan engellerdir (Gürol ve Marşap 2007). Kadınlar bu durumu değiştirmek için uğraşmakta, yasa koyucuları etkilemeye çalışmakta, eğitim düzeylerini yükseltmekte ve çalışma yaşamında ilerlemelerinin engellenmesine karşı mücadele vermektedirler. Eğitim-meslek, ekonomi, siyaset ve sosyal yaşamda kadınlar cinsiyet faktörüne bağlı sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Geçmişte, geleneksel olarak sosyalleşme sürecinde erkek çocuklarının eğitim alıp, iş sahibi olmaları bir sosyal değer olarak aktarılmışken; kızların evde kalıp ev işleriyle ilgilenmesini teşvik eden eğitim sistemi oluşturulmuştur. Bu konuda büyük gelişmeler kaydedilse de uygulamada bu ayrımcılık türünün hala devam ettiği söylenebilir.

Kadınların iş yaşamına katılma durumlarına bakıldığında da yine toplumsal cinsiyet rolünden kaynaklanan bazı sorunlar görülmektedir. Çoğu işveren, genellikle kadınların geçici olarak çalıştıklarını, erkeklere oranla kendilerini daha az işlerine verdiklerini, olası hamilelik ve ev işleri yüzünden terfi etmelerinin zor olduğunu, özellikle üst yönetim basamaklarına getirilmemeleri gerektiğini düşünmektedir. Kadından önce anne ve eş olarak toplumsal rolleri üstlenmesi beklenmekte, mesleki başarı ve kariyer ikinci planda kalmaktadır (Gürol ve Marşap 2007).

Kadınların işgücüne katılımı, sürdürülebilir kalkınmanın önemli bir unsuru olarak kabul edilmekle birlikte, işgücüne katılım oranları düşük olup, yıllara göre azalma göstermektedir. Kadınların işgücüne katılma oranı 1990'da yüzde 34,1 civarındayken, 2002 yılında yüzde 26,9, 2004 yılında yüzde 25,4, 2007 yılı için yüzde 24,8'dir. Yine 2007 verilerine göre; kente göre (yüzde 20,2) kırsal alanda daha çok kadın işgücüne katılıyor (yüzde 32,7) gibi görünse de kırdaki 100 kadından 83'ü tarım kesiminde ve bunların yüzde 77'si herhangi bir ücret almaksızın ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (KSGM 2007).

Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü 2007 yılı verilerine göre, istihdama katılan kadınların yüzde 47,3'ü tarım sektöründe, yüzde 14,2'si sanayi sektöründe, yüzde 38,5'i ise hizmet sektöründe çalışmaktadır. İşteki durumları açısından bakıldığında 100 kadından sadece 13'ü kendi hesabına ve işveren konumunda çalışmakta, 49'u herhangi bir ücret ya da yevmiye karşılığında çalışmakta ve 38'i ücretsiz aile işçisi olarak çalışma yaşamında yer almaktadır. Kayıtdışı olarak 2007 yılında ücretsiz aile işçisi konumunda tarımsal faaliyetlerle uğraşanların yüzde 22,7'sini erkekler oluştururken; yüzde 77,3' ünü kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum büyük ölçüde gelir dağılımına da yansımaktadır. Kadın ve kız çocukları yaşamlarının her alanında gelir dağılımındaki dengesizlikten en fazla etkilenen bireylerdir. Gelir düzeyinin, dolayısıyla yaşam standartlarındaki düşme kadınları bir yandan daha çok marjinal işlerde çalışıp azalan gelirlerini artırmaya zorlarken, diğer yandan, ev içi üretime ayırdıkları zamanı artırmıştır

(KSGM 2007). Ücretlendirmede de kadın ve erkek arasında eşitsizlikler söz konusudur. Yapılan bir araştırmada sanayi ve hizmet sektöründe çalışan kadınların ücretleri aynı düzeydeki erkeklerin aldığı ücretin %78'i oranında olduğu belirlenmiştir (Esin ve Öztürk 2005).

Geleneksel olarak siyaset, erkek işi olarak kabul edildiğinden kadınların siyasete katılma oranları da erkeklerden düşüktür. Finlandiya, Norveç, Romanya ve Küba parlamentosunun üçte biri kadınlardan meydana gelirken, bazı Afrika ve Arap ülkelerinde parlamentoda hiç kadın bulunmamaktadır. Japon Kongresindeki kadın oranı da % 2'nin altındadır. Ülkemizde ise, 23. dönem parlamentosunda (2007) kadın milletvekili sayısı 50 olup, TBMM'in % 9.1'ini kadın milletvekillerinden oluşmaktadır (Demirbilek 2007).

Türkiye'de Cumhuriyet'in kabulü ile birlikte kadın erkek eşitliğine dayalı bir gelenek oluşturulmaya çalışılmış, kadının her meslekte yer almasının önü açılmış, seçme ve seçilme hakkı verilmesi (5 Aralık 1934) ile kadının da politik bir unsur hale gelmesine doğru önemli bir adım atılmıştır. Ancak, Türk kadını bu kazanımları daha ileriye götürmede başarılı olamamıştır (Karaöz 2004). Sosyal yaşam açısından kadına yönelik cinsiyet ayrımcılığı; özgür davranma, kendini ifade etme, giyinme, konuşma ve davranışlarına özen gösterme zorunluluğudur. Sosyal yaşamda kadın; kız çocuk, kız kardeş, eş ve anne şeklindeki temel kadın rolleri ile tanımlanmaktadır. Kız çocuk olarak erkek kardeşinden daha fazla ev işlerine yardımcı olması, eş olarak ailede eşine nazaran ikincil bir konumda bulunması, anne olarak çocuk bakımında daha özverili davranması beklenmektedir.

### **Toplumsal Cinsiyet Rolünün Kadınların Liderlik Davranışları Üzerine Etkisi**

Kadın ve erkeğin ilkel toplumdaki başlayarak yaşadığı rol farklılaşması cinsiyet esaslı işbölümünü oluşturmuştur. Günümüzde cinsiyet esaslı iş bölümü sosyo-ekonomik değişimler doğrultusunda yeniden şekillenmesine rağmen, toplumda kadınlara uygun görülen rollere ilişkin görüşler daha yavaş değişmektedir (Akın ve Demirel 2003).

Kadınların karşılaştıkları sorunlar; geleneksel işbölümüne bağlı olarak ev içinde harcadıkları emeğin değersiz görülmesi, çocuk, yaşlı, hasta ve engellilerin bakımı sorumluluğunu üstlenmeleri, karar verme mekanizmalarında ve sosyal kurumlarda yeterince yer alamamaları, aile içi şiddete uğramaları ve işgücüne yeterince katılamamalarından ibaret değildir. Geleneksel kültür, kadınların yüksek öğrenimde yer almalarını ya da kariyerlerine devam etmelerini engellemektedir. Kadınların aileleri, aile gelirine katkı sağlamaları için kimi zaman tarımsal işlerde ya da düşük ücretle fabrikalarda çalışmalarına izin vermektedir. Geleneksel cinsiyet rolleri kadınların baba ve eşlerine itaat etmelerini ve onların ekonomik desteği almalarını teşvik etmektedir. Kadınların maruz

kaldığı ayrımcılık ve istismar küresel boyuta sahiptir ve çok yönlüdür (Demirbilek 2007). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle maruz kaldığı ayrımcılık ve bunun toplumsal yaşamdaki etkileri kadının liderlik davranışları göstermesini de etkilemekte ve sınırlandırmaktadır.

Liderlik kavramı, sosyal bilimciler tarafından yıllardır incelenen, önceleri askeri, politik ve dini alanlarda kullanılan, on dokuzuncu yüzyıl sanayi devrimi ile birlikte örgütsel alanda da önem kazanmaya başlayan bir konudur. Lider kelimesinin ortaya çıkışı 1300'lere kadar uzanmakla birlikte, 'liderlik' kavramı ancak 19. yüzyılın başlarında ilk olarak İngiliz parlamentosunun kontrolünü ve politik etkisini konu alan yazılarda kullanılmaya başlanmıştır (Uzun 2005). Liderlik, bir grup insanı, belli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirme bilgi ve becerilerinin toplamıdır. Etkili bir lider, materyal, zaman ve insan gücü arasındaki etkileşimi kolaylaştıran kişidir (Sullivan ve Decker 2001). Liderlik, herkesin içinde olan potansiyel, öğrenilebilen, büyütülen ve geliştirilebilen becerilerdir (Grossman ve Valiga 2005). Ancak liderliğin bu geliştirilebilir yönü kadınlarda toplumsal cinsiyet rolü nedeniyle aile, iş yaşamı ve toplumda yeterince kendini gösterememektedir.

Türkiye'deki kadın girişimciliğine bakacak olursak; 2006 yılı Hanehalkı İşgücü Anketine göre, kendi hesabına çalışan kadınların toplam kadın nüfusu içindeki oranı % 2'dir. Kadın çalışanlar içinde ise bu oran % 14,2'dir. Ülkemizde; üniversitelerde, hastanelerde, bankalarda, devlet dairelerinde alt ve orta düzey yöneticilik konumlarında bulunan kadın çalışanlar da bulunmaktadır. Ancak bu kuruluşların ve özel sektörde üst düzey yöneticilerin büyük bir çoğunluğunu erkek çalışanlar oluşturmaktadır. Üst düzey yöneticilikte aranan en büyük özelliklerden biri; riski göze almak, diğeri ise liderliktir. Başarılı yöneticilerin bir başka özelliği de çalışanları motive edebilmeleridir. Yönetim kademelerinde daha üst kademelere ilerledikçe, durum kadınlar aleyhine daha da fazla bozulmaktadır (Kaya 2009). Hemşireliğin de bir kadın mesleği olması, otoriteye bağlı kalma ve riske girme davranışının az olması nedeni ile uzun yıllar etkin liderler ve yöneticiler geliştiremediğine inanılmaktadır (Karaöz 2004).

### **Kadın Mesleği Olarak Görülen Hemşirelik Mesleğinde Liderlik Davranışları**

Hemşirelik mesleği, tarihsel geçmişinde yer alan yara bakımı, şevkat gösterilmesi gibi daha çok annelik rolünden kaynaklanan özellikler nedeniyle daha çok kadına özgü bir meslek olarak kabul edilmektedir. Oysa sağlık ekibinin önemli bir parçası olan, bireyin, ailelerin ve toplumun sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde aktif rol oynayan hemşireler; tedavi edici, rehabilite edici ve danışmanlık gibi rolleri olan bir sağlık disiplini olması nedeniyle sadece kadınlara özgü bir meslek olarak görülmemesi gerekmektedir.

Hemşirelik, başlangıçta hasta bakımı ve hastaya yardım etmek iken, 19. yy ortalarında Florence Nightingale sayesinde yerini modern hemşireliğe bırakmıştır. Modern hemşirelik öncesi usta-çırak ilişkisi yöntemiyle bilgi ve beceri kazanılırken, Florence Nightingale formal eğitim konusunda öncülük etmiştir. 21. yy.da hemşirelerden beklenen, yenilikçi, girişimci, kanıta dayalı çalışmalar yapan, kritik düşünebilen, ekip çalışmasına özen gösteren ve hasta bakımında ve iletişimde liderlik özelliklerine sahip olan bir kişi olmasıdır. Hemşirelik mesleğinin gelişmesinde, hemşirelikte yaşanan sorunların saptanmasında, neler yapılabileceğinin belirlenmesinde, eğitim ve hizmet alanında düzenlemelerin yapılmasında, değişimlere uyum sağlanmasında hemşire liderlere ihtiyaç vardır. Ancak hemşirelerin kendilerini yeterince güçlü hissedemedikleri bilinmektedir. Botsford'ın (1997) ifadesine göre, Amerikan Hemşireler Derneği Başkanı Malone; liderliğin zor bir iş olduğunu, yürekli ve cesaret istediğini ve hedeflere ulaşma ile ilgili olduğunu belirtmektedir.

Hemşirelikte liderlik, iş memnuniyeti ve motivasyonu buna bağlı olarak da hasta memnuniyeti ve bakım kalitesini artırmaktadır (Lindholm 2000, Loke 2001). Bilimsel gelişmeleri takip etmek, hemşirelik bakımındaki yenilikleri uygulamaya geçirmek, hasta ve sağlıklı bireylerin değişen gereksinimlerini saptayabilmek ve bunlar doğrultusunda çalışanlarla birlikte değişim yaratabilmek için hemşirelerin liderlik becerilerine sahip olmaları gerekmektedir. Bunların yanında, ekip içinde etkin rol almak, sağlık hizmetlerinde yönetici konumunda olabilmek, çalışanların ve hastaların memnuniyetini ve çalışanların motivasyonunu artırarak kaliteyi yükseltmek, hemşirelik hizmetlerini çağdaş bir düzeye getirebilmek için hemşireler iyi bir lider olmalıdır.

Hemşireler sağlık çalışanları içinde en büyük grubu oluşturmaktadırlar. Bakım verdikleri kişilerle en uzun süre birlikte olmalarına rağmen kendilerini güçsüz hissetmektedirler. Buna neden olan faktörler, hemşireliğin kendisi veya hemşirelik dışı nedenlere bağlanabilmektedir. Hemşireliğin kendisini güçsüz hissetmesinde iç faktörler olarak, meslekte rol karmaşası, çekingenlik, utangaçlık, benlik saygısının düşük olması gibi etmenler sıralanırken, dış faktörler arasında mesleğin süregelen geleneksel rolü, hekimlerin otorite olarak algılanması, yasal işlem tehdidi veya işten çıkarılma korkusu ve sağlık kurumlarında görülen hiyerarşik yapı yer almaktadır (Schiwirian 1998). Toplumsal cinsiyet kavramını tartışırken, eğitim, ekonomi, siyaset, sosyal yaşam gibi alanlarda kadının liderlik davranışlarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştik. Benzer şekilde, kadınların çoğunlukta olduğu hemşirelik mesleği toplumsal cinsiyet kavramından önemli ölçüde etkilenmektedir.

Sağlık bakım sistemi içinde hemşireliğin geçerli bir geleceğe sahip olması için en az lisans düzeyinde eğitim sahibi olmaları gerekmektedir. Eğitim seviyelerindeki farklılıklardan dolayı, hemşireler ortak amaçlar



için birlikte hareket edememekte, kendini güçsüz hissetmekte, politik alanlarda yeterince kendini gösterememektedir (Karaöz 2004). Sağlık bakım sistemindeki gelişmeler ve artan sorumluluklar, hemşirelerin ileri bilgi ve beceriler kazanmasını gerektirmektedir. Hemşirenin eğitim seviyesi ne kadar yüksek olursa otonomisi de o kadar yüksek olur. Böylece, hemşirelerin karar verme yeteneği ve uygulamaları içindeki bağımsızlığı da artmış olur.

Çalışma yaşamında ise, fazla mesai yapmak zorunda olan, oldukça yorucu çalışma koşullarına mecbur bırakılan hemşirelik mesleğinde de ücretlendirme hak edilenin çok altındadır. Kamusal istihdamdaki yetersizlik nedeniyle hemşireler ya kamusal ya da özel sektörde sözleşmeli statüde çalışmaktadırlar. Ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasıyla koruyucu sağlık hizmetlerinde etkisi daha da azaltılarak, güvencesiz çalışma ortamı yaratılmaya çalışılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasıyla, her işi yapan aile sağlığı elemanı olarak görev yapma, uzun mesai saatlerinde yoğun iş yükü ile çalıştırılma, meslek dışı işler yapmak zorunda bırakılma, asgari ücretle veya vekil olarak kadroluların 2/3'si ücretle güvencesiz ve düşük nöbet ücretiyle çalıştırılma bugüne kadar sürdürülen sağlık politikalarının hemşireler üzerindeki etkileridir. Hemşirelerin yaşadığı bu sorunlar, ihtiyaca tam karşılık verecek şekilde çözümlenemediği takdirde bütün sağlık sisteminin bundan olumsuz etkileneceği gerçeği göz ardı edilmemelidir.

Hemşirelerin siyasal katılımlarına bakıldığında yeterli olmadığı söylenmektedir. Karaöz (2004), birçok hemşirenin politika sözcüğünden rahatsız olduğunu, politikayı hissetmediklerini veya politikanın bir parçası olmak istemediklerini vurgulamaktadır (Karaöz 2004). Birçok ülkede çoğunlukla kadınlar tarafından uygulanan bir meslek olan hemşirelik, politikacıları da içeren erkek dünyasından soyutlanmaktadır. Benzer şekilde hemşirelik birçok ülkede kadın hareketinden de soyutlanmıştır (Ehler ve Phil 2000). Oysa hemşirelerin kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde sağlık politikalarının oluşturulmasında etkin olarak yer almaları son derece önemlidir. Hemşirelik mesleği kurumsal düzeyde sağlık bakım politikalarını ve prosedürlerini etkileme fırsatlarını kullanarak hem hemşirelik mesleğinin hem de kaliteli hasta bakımının geliştirilmesinde etkin rol oynayabilir.

Sağlık sistemleri karmaşıklaştıkça, hizmet sunan profesyonellerin uyum gerekliliği de artmaktadır. Günümüzde yönetim kadrosu ve klinik personelin işbirliği yapması, faaliyetlerini koordine etmesi, ortak sonuçlar üretmesi bir zorunluluk halini almaktadır. İşbirliği oluşturmak adına, yönetici hemşirelerin etkin liderlik özelliklerine sahip olmaları gereklidir. Gelişme sürecinde olması nedeni ile sürekli değişen görev, yetki ve sorumluluklar, hemşireyi diğer sağlık disiplinleri ile çatışmaya itmektedir. Doktor hemşireyi kendi yanında onun önerdiği tedaviyi uygulayan bir görevli, hastane idarecileri hastanenin düzeninden, hasta bakım

hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu bir görevli olarak görmektedir. Ayrıca günlük tedavi gereği laboratuvar, röntgen, eczane vs. gibi işlerde hemşire sorumlu tutulabilmektedir. Günümüz hemşiresi doktora asistan, hastane idaresine yardımcı, tedavi ve bakımın düzenleyicisi ve servis koordinatörü olarak görülmektedir. Hemşireliğin bu karmaşadan kurtulması ise etkili liderler yetiştirmesine bağlıdır (Akbayrak ve Tosun 2002).

Doktor hemşire işbirliği, hemşirenin bilgisini, görüşlerini ve yeteneklerini doktor ile paylaşarak, etkin bir hasta bakımını sağlaması açısından önemli bir konudur. İşbirliği, ekip üyeleri olarak birbirlerinin görüşlerine güvenmeyi ve birlikte çalışmayı gerektirir. Ekip işbirliğinin sağlanmasında yönetici hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Üretkenlik, iş doyumunu ve kaliteli bakım için personeli yönlendirmek, yönetici hemşirelerin sorumluluğudur. Bu yaklaşım hemşirelerin karar verme sürecine katılmalarını da artıracaktır. Ancak yönetici hemşirelerin de klinik bilgi ve becerileri, grup yönetimi ve hemşirelerin eğitimi konularında yeterli olmaları beklenmektedir.

Günümüzde sağlık sisteminde değişim hızlı olmaktadır. Hemşirelik de sağlık sisteminde varolan bu değişimden etkilenmekte, zaman zaman da bu değişimi etkileyebilmektedir. Hemşireliğin bu değişime ayak uydurabilmesi için de etkin liderlere ve liderlik ruhunu, tavrını benimsemiş üyelere ihtiyacı vardır. Büyük ve karmaşık sağlık sistemi içinde hizmet veren hemşirelerin rol yapıları da değişmekte, bu nedenle de onlardan güçlü bir lider olmaları beklenmektedir (Ormancı 2005).

Hemşirelik mesleğiyle ilgili sorunların göz ardı edilen sebeplerinden biri, hemşireler arasında liderlik yeteneğine sahip olanların sayısının çok kısıtlı olması ve enerjik, kendini mesleğine adanmış hemşire liderlere her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulmasıdır. Liderlik, hemşirelik uygulamaları açısından incelendiğinde, her hemşirenin hastasına liderlik yaptığı ortaya çıkmaktadır. Hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimleri için bakım planı hazırlaması, problemleri için amaç, amaca ulaşmak için yöntem geliştirmesi çalışmalarını diğer hemşireler ile paylaşarak gruplar oluşturması onların liderlik özelliklerini yansıtmaktadır (Özer 2007).

Hemşirelikte liderlik ve liderlik davranışlarına ilişkin bir çok çalışma yapılmıştır. Hemşirelerin hastane yöneticilerinin liderlik davranışlarına ilişkin görüşlerinin alındığı bir çalışmada, hemşireler yöneticilerinin astların iş doyumuna önem veren ve kendisine güven duyulmasını isteyen babacan rolde olduklarını ve kararları genellikle yöneticilerinin verdiklerini ifade etmişlerdir (Akınal 2002). Yapılan diğer çalışmalarda, yönetici hemşirelerin astların düşüncelerine fazla önem vermedikleri, değişim ve gelişime direnç gösterdikleri belirlenmiştir. Bunlara ek, yönetici hemşirelerin yapılan işlerin denetiminde standart yöntemleri kullanarak astların motivasyonunu ve örgüte olan bağlılığını



kuvvetlendirmeye yönelik çaba içinde bulunmadıkları ifade edilmektedir. Ayrıca, İşlevsel liderlik tarzında hemşirelerin yetkisiz kaldığı, asgari düzeyde özerkliğe sahip olduğu ve yöneticilerin insan odaklı olmaktan çok iş yönelimli liderlik sergiledikleri saptanmıştır (Ayhan 2003, Thyer 2003, Yiğit 2000).

Buna karşılık hemşireler iş pratikleri ve reformlar bakımından sağlık hizmetlerinde dönüşümü sağlayan ekip üyeleri olarak görülmüştür. Bunun gerekçesi olarak hemşirelerin sağduyulu, yaratıcı ve sabırla karar veren durumunda oldukları, mesleki açıdan temel nitelikleri taşıyan ve sağlık hizmetleri sektörünün ihtiyaç duyduğu iletişim stratejilerine sahip oldukları belirlenmiştir. Bunlara ek olarak, yönetici hemşirelerin kurumu temsil etme konusunda oldukça duyarlı oldukları, örgüt- üye bütünleşmesi sağlamada olumlu davranış gösterdikleri ve insan ilişkilerine ve ekip çalışmasına önem verdikleri sonucuna da ulaşılmıştır (Thyer 2003, Yiğit 2000).

Günümüz sağlık hizmetleri kompleks ve dinamik bir yapıya sahiptir. Hemşirelerin yeni ve güç roller üstlenmeye hazır hale gelmeleri ve sağlık hizmetlerinin planlanması, politikaların oluşturulması ve yönetime tam olarak katılmaları gerekmektedir. Bu anlamda liderlik, hemşirenin özgüvenini ve otonomisini de artırır. Liderliğin sadece üst düzey yöneticilerle sınırlı olmayıp aynı zamanda hasta başı hizmetler kapsamında da geliştirilip uygulamaya konulması ve mesleğe yeni başlayan hemşirelere yeterli liderlik olanaklarının sağlanması gerekmektedir.

Sonuç olarak, her meslekte olduğu gibi, var olabilmek, arzu edilen geleceğe doğru ilerlemek, hemşirelik mesleğini geleceğe taşımak için kendi liderlerimizi yetiştirmemiz gerekmektedir. Hemşirelikte profesyonelliğin sağlanması ve geliştirilmesi için, hemşirelerin liderlik becerilerini geliştirmeye yönelik, hizmet içi eğitim programları, sertifika programları, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler önerilmektedir. Hemşirelerin sahip olduğu dönüştürücü, bütünleştirici, savunucu, iyileştirici, katılımcı ve problem çözücü güçlerini kullanarak, mağdur rolünden vazgeçmeli, başarılı olmak için bu güçlerinin farkında olmalı, risk almalı ve seslerini yükseltmelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Akbayrak, N. Tosun, N. (2002) Sağlık Ekibi ve Ekibin Bir Üyesi Olarak Hemşirenin Rolü, Sendrom, 9(2): 133-137.
2. Akın, A., Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4): 73-82.
3. Akınal, Y. (2002). Ankara Dışkapı Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hastane Yöneticilerinin Liderlik Davranışlarına İlişkin Görüşlerinin

- Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
4. Ayhan, T.H. (2003). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ve Cerrahi Klinikleri Hemşirelerinin Hastane Yönetici Hemşirelerinin Liderlik Davranışlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
  5. Bostsford, J (1997) We must empower our leaders to make a difference. Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN), 66(2): 213-214.
  6. Demirbilek, S. (2007). Cinsiyet Ayrımcılığının Sosyolojik Açıdan İncelenmesi. Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar. Cilt: 44 (511): 12-27.
  7. Ehler, W., Phil, D.L. (2000). Nursing and Politics: a South African Perspective. International Council of Nurses, International Nursing Review, 47, 74-82.
  8. Esin, N., Öztürk. N. (2005). Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı. TTB. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. s: 38-42.
  9. Grossman, S. C., Valiga, T. M. (2005). Creating the Future of Nursing. The New Leadership Challenge. Second Edition. F. A. Davis Company. Unites States of America.
  10. Gürol, A., Marşap, A. (2007). Geçmişte ve Günümüz Yaşamında Ücretsiz ve Ücretli İşgücü Olarak Kadın. Bilig; 42: 95-109.
  11. Karaöz, S. (2004). Hemşirelerin Politik Gücü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1): 30-36.
  12. Kaya, S. (2009). Kadın İşgücünün Genel Profili ve Çalışma Yaşamında Karşılaştığı Sorunlar (II). İzmir Ticaret Odası AR-GE Bülten. 29-35.
  13. Lindholm, M. (2000). Leadership styles among nurse managers in changing organizations, Journal of Nursing Management, 8(2): 327-335.
  14. Loke, C. (2001). Leadership behaviors: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment, Journal of Nursing Management, 9(5): 191-204.
  15. Ormancı, A. (2005). Yönetici Hemşirelerin Aldıkları Liderlik Davranışlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
  16. Özer, E. (2007). Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Hastanelerdeki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzlarının, Hemşirelerin İşten Ayrılma Nedenleri Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
  17. Schiwiren, P. M. (1998). Professionalization of Nursing- Current Issues and Trends. Philadelphia, Lippincot, 269-285.
  18. Sullivan, E.J. & Decker, P.J. (2001) Effective Leadership and Management in Nursing, 5th ed. Prentice Hall. U.S.A.
  19. Thyer, G.L. (2003). Dare to be different: Transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage Journal of Nursing Management, Volume:11, p: 73.
  20. Türkiye'de Kadının Durumu. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2007). <http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/tr%20de%20kadinin%20durumu.doc>. Erişim Tarihi: 15.01.2009.
  21. Uzun, G. (2005). Kadın ve Erkek Yöneticilerin Liderlik Davranışları Arasındaki Farklılıklar ve Bankacılık Sektöründe Uygulama. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Adana.
  22. Yiğit, R. (2000). Klinik Sorumlu Hemşirelerin Liderlik Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 4(1): 21-32.

---

## CERRAHİ HASTALARDA AMELİYAT ÖNCESİ AÇLIK SÜRECİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

### NEW APPROACHES DURING PREOPERATIVE FASTING PROCESS IN SURGICAL PATIENTS

**Yard.Doç.Dr. Emel YILMAZ**

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

Bu derleme, Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresinde (4-8 Eylül 2007, Gaziantep) poster bildiri olarak sunulmuştur.

---

#### ÖZET

Elektif ameliyattan önceki gece yarısından sonra hastaların aç kalması pratikte uzun süredir uygulanmaktadır. Bu uygulamanın nedeni; 1840'larda genel anestezi uygulamasından kısa bir süre sonra tanımlanan ve korkulan bir komplikasyon olan aspirasyon riskini azaltmak amacıyla mideyi boşaltmaktır. Geçtiğimiz 10 yıl içinde, ameliyattan önceki gece yarısından sonra aç kalma uygulaması batı dünyasında pek çok ülke tarafından değiştirilmektedir. Cerrahinin hemen öncesinde katı besinlerin yenmesi, anestezi sırasında aspirasyon riski yaratsa da; elektif cerrahi işlem geçiren hastaların çoğunda, anestezi uygulamasından 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların kullanılmasına izin vermenin güvenli olduğuna yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması hastalarda susuzluk, açlık, huzursuzluk, hipovolemi, dehidratasyon ve insülin direncine neden olabilmektedir. Ameliyat öncesinde hastaların daha kısa süre aç kalması anksiyeteyi azaltmakta ve konforu arttırmaktadır. Uygun aç kalma süresinin hastada potansiyel riskleri azaltacağı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi arttıracığı vurgulanmaktadır. Bu makalede cerrahi hastalarda ameliyat öncesi açlık sürecindeki yeni yaklaşımlar gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat öncesi açlık süresi, cerrahi, hasta

#### ABSTRACT

*Fasting from midnight to the day of an elective surgical operation has been accepted practice for a long time. The reason for this routine is to allow the stomach to empty order to reduce the risk of aspiration, a feared complication, described soon after the induction of general anaesthesia in the 1840s. Over the past 10 years, however, the practice of overnight fasting has been challenged, and many countries in the Western world. Although the food intake just before surgery was not recommended for anaesthesia, clear fluid intake until 2 hours before operation was accepted in literature. Prolonged preoperative fasting might cause thirst, hunger, irritability, hypovolaemia, dehydration and insulin resistance for patients. The shorter duration of preoperative fasting improves patient comfort and*

*reduces patient anxiety. It is emphasized that appropriate fasting times will reduce potential risks and will improve postoperative recovery in patients. In this article have been reviewed new approaches during preoperative fasting process in surgical patients.*

**Key Words:** Preoperative fasting time, surgery, patient

## GİRİŞ

Her 20 kişiden biri başka bir deyişle popülasyonun %5'i hayatının bir döneminde elektif bir cerrahi işlem geçirmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Cerrahi hemşirelik bakımı, her bir döneminde hemşirenin önemli rol aldığı, bireyselleştirilmiş bakımda hemşirelik sürecinin kullanıldığı ve cerrahi hastasına yönelik gereksinimlerin karşılandığı özel uygulamaları içerir (Akyolcu 2003). Cerrahi hemşireliğin önemli öğeleri; bilimsel temele dayalı bakım gerçekleştirme, bakıma ilişkin değişik tekniklerin gereğini anlama, bunları ne zaman ve nasıl başlatacağını bilme, esneklik gerektiğinde tekniği sürdürme adına yaratıcı olma, güveni sağlama, bakım hedeflerini ve maliyeti değerlendirmedir Cerrahi hemşireleri hastada ameliyat ile ilgili oluşabilecek komplikasyonların erken fark edilip önlenmesi için yeterli bilgiye sahip olmalı ve hastayı da bu konularda bilgilendirmelidir. Ayrıca hemşireler cerrahi işlemin başarısı ve hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi için gerekli önlemleri almalıdır (Aksoy 2003). Tüm bunlardan hareketle cerrahi hemşirelerin yeni gelişmelerden haberdar olmaları ve bunların uygulamaya aktarılmasındaki rolleri düşünülerek bu makalede ameliyat öncesi açlık süresindeki değişikliklerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

### **Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürecinde Değişen Kavramlar**

Elektif cerrahi girişim uygulanacak hastalara ameliyattan önceki gece boyu açlık uygulaması “Nil Per Os (NPO)” genellikle kabul görmekte ve rutin olarak uygulanmaktadır (Lindahl 2001). NPO uygulaması 1800'lü yıllarda aspirasyon nedeni ile kaybedilen bir hasta sonrası kullanıma girmiş ve yakın döneme kadar son derece katı bir şekilde uygulanmış gelmiştir (Ljungqvist ve Søreide 2003). Buradaki amaç; anestezi öncesi midenin boş olmasını sağlamak ve aspirasyon riskini azaltmaktır (Hessov ve Ljungqvist 1998).

Aspirasyonu önlemek için hastalardan anestezi öncesinde belirli bir süre ağızdan sıvı/katı gıda almamaları istenmektedir. Süre konusunda kesin bir kural olmamakla birlikte, genel olarak erişkin hastalar, ameliyattan önceki geceden itibaren 8-10 saat süreyle aç ve susuz bırakılmaktadırlar (Poyraz 2005, Alagöl ve ark. 2008). Ameliyathanede ameliyat listesindeki gecikmelere bağlı olarak hastanın ameliyat öncesi aç kalma süresi de uzamaktadır (Woodhouse 2006). Ameliyat öncesi

açlık süresi uzadıkça açlığın oluşturduğu katabolik cevap ve insülin direnci artmaktadır (Korkmaz 2004). Uzun süre aç bırakılan hastalarda açlık hissinin verdiği anksiyete ve kan şekerinin düşmesinin yanı sıra, mide sıvısı volümünde artma ve pH'sında düşmeye yol açarak, açlığın kendisi aspirasyon riskini artırabilmektedir (Alagöl ve ark 2008). Ayrıca ameliyat sonrası insülin direnci gelişmesinde en önemli faktörün ameliyat öncesi açlık olduğu bilinmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005).

Bazı anesteziist ve cerrahlar ameliyattan 6–8 saat öncesinden sıvı ya da katı gıda alan hastalarda aspirasyon ve regürjitasyon riskinin artacağı, ameliyattan 6–8 saat önce aç kalanlarda ise bu riskin çok az olduğunu belirtmektedirler (Pandit ve Pandit 1997). Bu konu ile ilgili olarak bazı anesteziistler ve hemşireler arasında da fikir ayrılıkları bulunmaktadır (Baril ve Portman 2007).

### **Aspirasyon Pnömonisi Riski**

Ameliyat sırasında en korkulan komplikasyonlardan biri aspirasyon pnömonisidir. Genel anestezinin komplikasyonu olan aspirasyon aktif ya da pasif regürjitasyonla gastrik içeriğin aspire edilmesiyle oluşur (Yıldız 2006).

Genel anestezinin komplikasyonu olarak belirtilen aspirasyonun, 1946 yılında Mendelson tarafından “asit aspirasyon sendromu” olarak fizyopatolojisi açıklanmıştır. Mendelson, acil sezaryen için genel anestezi uygulanan kadınlarda oluşan aspirasyonun akciğer ödemi gelişimine ve anne ölümüne neden olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya alınan 44016 hastadan 5'i ölümcül olmak üzere 66'sında aspirasyon olayı meydana gelmiştir. Ölümle sonuçlanan 5 vakanın hepsinde katı besinler aspire edilmiş ve bu yüzden obstetrik ameliyatlar için anestezi uygulaması öncesinde oral alımdan kaçınılması gerektiği belirtilmiştir. Daha sonraları bu uygulama obstetrik dışı cerrahiye de genellenerek ameliyattan önceki gece yarısından itibaren aç bırakılma rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır (Mendelson 1946).

Roberts ve Shirley hayvan çalışmalarına dayanarak 25 ml.nin üzerinde (veya 0.4 ml/kg) ve mide pH'sının 2.5'un altında olan hastaların aspirasyon pnömonisi riski taşıdığını belirtmişlerdir (Roberts ve Shirley 1975). 1986 yılında Olsson ve ark. 185000 den fazla cerrahi hastasını değerlendirdikleri çalışmalarında, tüm vakalarda aspirasyon sıklığını 10000 de 4.7 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma sonuçlarından acil ameliyatlarda, ağır vakalarda ve geceleri, aspirasyon riskinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Olsson ve ark. 1986).

### **Aspirasyon pnömonisi için risk faktörleri**

- Özofagus hastalığı (hiatus hernisi, özofajit ve akalazya)
- Paralitik ya da mekanik ileus
- Pilor stenozu

- Çok küçük ya da çok ileri yaş
- Acil cerrahi
- Nörolojik bozukluklar
- Obezite
- Peptik ülser ya da gastrit öyküsü
- Geçirilmiş üst gastrointestinal sistem cerrahisi (gastrektomi vb.)
- Aşırı anksiyete
- Narkotik premedikasyon (Yıldız 2006).

### **Mide Boşalma Hızı**

Mide boşalma hızı, mide ve duodenumdan gelen sinyallerle düzenlenir. Mide içeriğinin bileşimi, yağ ve aminoasit içeriği, mide hacmi, mide pH'sı, osmolarite bu hızı etkileyen en önemli faktörlerdir. Açlık sırasında midede saatte birkaç ml sıvı salgılanırken emosyonel uyarı varlığında ve hipoglisemi durumunda bu salgı saatte 50 ml. ye kadar çıkabilir. Uzun süreli açlık, midenin boşalmasını garantilemediği gibi mide sıvısı hacmi ve asiditesini azaltacak diye bir koşul da bulunmamaktadır. Katı ve sıvı besinlerin mideden boşalmasında farklılıklar olduğu ilk kez 1833 yılında Beaumont tarafından açıklanmıştır. Veriler hem aspirasyon riski hem de aspirasyon olayının sonuçları yönünden katı ve sıvı gıdalar arasındaki farklılıkları ortaya çıkarmıştır (Ersoy ve Gündoğdu 2005).

Su ve benzeri sıvılar mideyi çok hızlı terk etmektedir (iki saat içinde). Yapılan çeşitli çalışmalarda su ve diğer benzer sıvıların (çay, elma suyu) ameliyattan 2-3 saat öncesine kadar aspirasyon riskini arttırmadığı gösterilmiştir. Süt ve sütlü içecekler yağ içeriklerinden dolayı mide boşalması gecikmektedir. İnek sütü ve formül mamaların katı gıda gibi değerlendirilmesi gerektiği, anne sütünün ise ameliyattan 4 saat öncesine kadar verilebileceği belirtilmiştir. Berrak sıvıların boşalması ve yarılanma ömürleri katı gıdalara göre hızlıdır. Katı yiyeceklerin boşalması zamanla doğru orantılıdır. Anne sütü mamalara oranla daha çabuk boşalır. Sonuçta gastrik boşalma volüme ve öğünün içeriğine bağlıdır (Warner ve ark. 1999). Hafif bir kahvaltı (tost ve çay) ameliyattan 6 saat öncesine kadar verilebilir (Pandit ve ark. 2000).

### **Uzun Süre Aç Kalmanın Etkileri**

Ameliyat öncesi dönemde uzun süre aç kalan hastalarda özellikle çocuklarda ciddi tıbbi sorunlar ortaya çıkabilir. Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde uzun süre aç kalan hastalarda susuzluk, açlık, sinirlilik, baş ağrısı ve mutsuzluk olduğu bildirilmiştir. Özellikle bu dönemde uzun süre aç kalan çocuklarda hipoglisemi, hipovolemi ve ameliyat sırasında fizyolojik değişiklikler (hipotansiyon vb.) meydana geldiği belirtilmiştir (Pandit ve Pandit 1997, Anonymous 2008).

Ameliyat öncesi dönemde uzun süre aç kalmak hastalar için çok rahatsız edici olduğu kadar hastanın hastaneden taburcu olmasını geciktirebilir ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı da artırabilir. Açlık nedeniyle meydana gelecek dehidratasyon elektrolit dengesizliği, taşikardi ve oligüri ilerleyen dönemlerde bilinç kaybı ve konfüzyona neden olabilir. Ameliyat sırasında da sıvı kaybı olacağından bu hastalarda daha fazla sıvı açığı oluşacaktır (Tudor 2006).

Cerrahi travma sonrası 24 saat içinde insülin miktarında anlamlı bir artış oluşmaktadır. Ancak bu artışa rağmen glikoz klirensinin artmadığı, aksine düştüğü ve plazma glikoz miktarı beklenenin aksine yükselme gösterdiği, hiperglisemiye rağmen glikoneogenez ve glikojenolizin artmasıyla hipergliseminin daha da derinleştiği bildirilmektedir. Bu durum insüline karşı cevapsızlıkla yani insülin direnci ile açıklanabilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu 2005).

### **Ameliyat Öncesi Beslenme**

Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemlerdeki beslenme desteğinin önemi son yıllarda tartışılmaya başlamıştır (Rahm 2005). Planlanmış ameliyat öncesinde gece yarısından sonra aç kalmak uzun zamandan beri uygulanmasına rağmen, son yıllarda metabolizmanın bu durumunun cerrahi stres için vücudu hazırlamada yetersiz olabileceği belirtilmektedir (Hessov ve Ljungqvist 1998). Birçok ülkede ameliyat öncesi açlık uygulamaları tekrar gözden geçirilmeye başlanmış ve birtakım değişiklikler yapılmıştır (Green ve ark. 1996).

İlk kez 1993 yılında Norveç'te rutin olarak NPO uygulamasından vazgeçilerek hastalara ameliyattan 2 saat öncesine kadar belirli gıdalar verilmeye başlanmıştır. Norveç'i kısa sürede diğer Avrupa ülkeleri ve Amerika izlemiş ve benzer protokoller geliştirilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Yapılan birçok kontrollü klinik çalışmada elektif ameliyat yapılacak sağlıklı yetişkinlerde anestezi uygulamasından 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların regürjitasyon ve aspirasyon riski oluşturmadan verilebileceği belirtilmektedir (Philips ve ark. 1993, Søreide ve ark. 1995, Maltby 2000, Martay ve ark. 2002, McLeod ve ark. 2005, Søreide ve ark. 2005, Brady ve ark. 2005, Maltby 2006). Yapılan diğer çalışmalarda da, ameliyattan 2-3 saat önce berrak sıvıların, 6 saat öncesinde hafif bir kahvaltı verilmesinin ameliyatın ertelenmesine de etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Pandit ve ark. 2000, Murphy ve ark. 2000).

Başlangıçta anesteziden 2 saat öncesine kadar berrak sıvılar verilirken zamanla bunun yeterli metabolik desteği sağlamadığı ortaya çıkmış ve hastalara ameliyat öncesi oral karbonhidrat solüsyonları verilmeye başlanmıştır. Bu solüsyonlar berrak bir sıvı olup, ameliyattan



önceki gece 24.00'te 800 mL ve ameliyattan en geç 2 saat önce 400 mL içilmesi önerilmektedir (Alagöl ve ark. 2008). Bu solüsyonun mideden geçiş zamanı 90 dk.dır. Osmolaritesi 285 mosm/kg/H<sub>2</sub>O olup her 100 ml'sinde 50 kcal bulunmaktadır. 0.46 mg/ml sodyum, 1.93 mg/ml potasyum içermektedir (Korkmaz 2004). Ameliyat öncesi açlık süresi içerisinde özellikle karbonhidrattan zengin sıvı içeceklerin içilmesinin ameliyat öncesi dönemde hastalarda susuzluk, açlık hissi ve anksiyeteyi azalttığı, insülin direncini düşürdüğü, hasta konforunu arttırdığı, ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azaltarak hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağladıkları bildirilmiştir (Nygren ve ark. 1995, Hausel ve ark. 2001, Noblett 2006).

Bu nedenlerle ameliyat öncesi açlık sürecindeki uygulamalar Amerikan Anestezistler Birliği tarafından ameliyat öncesi açlık rehberlerini güncellenmiştir (American Society of Anesthesiologists 1999). Bu rehberlere göre;

### **Yetişkinler için rehber**

## **Gastrointestinal hastalık ya da bozukluğu olmayan sağlıklı yetişkinlerde ameliyat öncesi açlık süresi**

### **1.Ameliyat öncesi açlık süresi içinde oral sıvıların alımı**

- Anestezi ekibi regürjitasyon ve aspirasyon riski yüksek hastaları daha dikkatli değerlendirmelidir.
- Hastaya verilen sıvı volümü standart açlık uygulaması ile karşılaştırıldığında hastanın rezidüel gastrik volümü ve gastrik pH'sı üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir. Elektif cerrahi için anestezi uygulamasından 2 saat öncesine kadar sıvı verilmesi hastanın konforunu arttırmaktadır. Hastalar ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıları (su, meyve suyu, çay ve kahve) alabilir. Bütün hastalar cerrahi kontrendikasyon yoksa ameliyattan 2 saat öncesine kadar berrak sıvıları içmeye teşvik edilmelidir.
- Gıdalar için minimum açlık süresi 6 saattir (katı gıdalar, süt, süt içeren içecekler).
- Süt ve süt içeren içecekler mide içinde kesilebilir. Bu tür içecekler yarı katı ve katı olarak değerlendirilebilir. Önceki rehberlerde kahve ya da çay içindeki çok iyi karıştırılmış sütün mide içinde kesilmediği belirtilmekteydi. Fakat bu durum hastalar ve ameliyat ekibi tarafından yanlış anlaşılabilir. Sütlü çay ve kahve anestezi uygulamasından 6 saat öncesine kadar verilebilir.
- Kahve ve çay içine istenmeden süt eklenmişse ameliyat kararını anestezist vermelidir.
- Berrak olmayan taze meyve suları meyve özünü içerir (örn; taze portakal suyu). Bu sıvılar ameliyattan 6 saat öncesinden itibaren verilmemelidir.



- Meyve parçaları içermeyen berrak jöleler mide içinde artık bırakmaz ve berrak sıvılar olarak değerlendirilebilir.
- Gazlı içecekler, meyve özü içermediği için biraz daha güvenli olabilir. Bazı yayınlanmış rehberlerde berrak sıvı olarak önerilmemesine karşın bu klinik bulgularla desteklenmemiştir.
- Alkol içeren içecekler gastrik boşalma hızını arttırdığı için ameliyattan 24 saat öncesi kesilmelidir (American Society of Anesthesiologists 1999, Westby ve ark. 2005, Palmer 2007).

## **2. Ameliyat öncesi açlık süresi içinde katı gıdaların alımı**

- Katı ve süt içeren içecekler ameliyattan 6 saat öncesine kadar verilebilir.
- Hastalar ameliyattan önceki gün normal beslenmeli, aşırı yemek ve yağlı yiyeceklerden kaçınmalıdır. Yağlı ve lifli yiyecekler, midede diğer yiyeceklerden daha uzun süre kalırlar.
- Hasta öğleden sonra ameliyat olacaksa, ameliyattan 6 saat önce hafif bir kahvaltı yapabilir. Diyabetli hastalarda açlık için önerilen genel diyet rehberlerine dikkat edilmelidir
- Hafif kahvaltuya örnek; Bir küçük kâse yarım yağlı ya da yağsız sütlü tahıllar (pirinç gevreği ya da cornfleks) verilebilir. Başka bir alternatif olarak da bal, reçel, şurup ya da marmelatlı bir dilim beyaz ekmek de (tereyağlı değil) yenilebilir. Kepek ve müsli gibi yüksek lifli gıdalar verilmemelidir (American Society of Anesthesiologists 1999, Westby ve ark. 2005, Palmer 2007).

## **3. Ameliyat öncesi açlık süresi içinde çiklet ve şekerlemeler**

- Çiklet çiğnemeye ameliyat günü izin verilmez. Çiklet çiğneme gastrik volümü önemli derecede arttırmaz fakat istemeden yutulabilir. Bu şekerlemeler için de geçerlidir (Palmer 2007).
- Şekerlemeler katı gıdadır. Ameliyattan 6 saat öncesinden itibaren verilmemelidir (Westby ve ark. 2005).

## **4. Farmakolojik girişimler**

### **Kullanılan İlaçlar**

- Olumsuz bir şey söylenmedikçe düzenli olarak kullanılan oral ilaçlara devam edilmelidir.
- Hastaya oral ilaçlarını alırken 30 ml su (çocuklarda 0.5 ml/kg) verilebilir.
- Bazı ilaçlar ACE inhibitörleri, coumadin ve hipoglisemik ajanlar ameliyattan önce kesilebilir.
- H2 reseptör antogonistlerinin rutin kullanımı sağlıklı yetişkinler için önerilmez.

- Ağrı, gastrik boşalma süresini uzattığı için analjezik ilaçlar ameliyat öncesi kesilmemelidir.
- Diyabetik hastalarda sıvı ve insülin uygulaması ve kan şekeri kontrolü ile açlık güvenli olarak sürdürülebilir.
- Barsak hazırlığı gerektiren ameliyat geçirecek hastalarda dehidratasyonu önlemek için oral ya da IV sıvı tedavisine başlanmalıdır (Westby ve ark. 2005, Palmer 2007).

### **Premedikasyon**

Açlığı etkilemeyen benzodiyazepinler verilebilir.

### **Gecikmiş ameliyatlar**

- Bazı listelerde ameliyatlar erken ya da geç başlayabilir. Bu konuda hastaya bilgi verilmelidir.
- Ameliyat listelerinde sıklıkla zaman problemleri olabilir. Tüm hastalar ameliyattan 2 saat öncesine kadar sıvı almaya teşvik edilmelidir. Elektif ameliyatlar ertelenirse, aşırı susuzluk ve dehidratasyonu önlemek için hastaya yeterli sıvı verilmelidir. Hastanın ameliyatı öğleden sonraya kalacaksa hastaya hafif bir kahvaltı verilebilir (Westby ve ark. 2005, Palmer 2007).

## **5. Yüksek riskli gruplarda (regürjitasyon ve aspirasyon riski yüksek, gastroözofajiyal reflü, diyabet, obezitesi olan hastalar) ameliyat öncesi açlık süresinde genel öneriler**

- Yüksek riskli hastalarda kontrendikasyon olmadıkça sağlıklı yetişkinlerdeki gibi açlık rejimi uygulanır.
- Bu durumda anestezi ekibi tüm klinik duruma uygun başka girişimleri göz önüne almalıdır.
- Acil ameliyata alınacak yetişkinler mideleri dolu olsa bile ameliyat edilebilir.
- Mümkünse bu hastalarda gastrik boşalmaya izin veren normal açlık rehberi uygulanmalıdır (Westby ve ark. 2005).

### **Çocuklar için rehber**

- Çocuklar uzun süre açlığa dayanamayacakları için, mümkünse çocukların ameliyat listesi hazırlanırken yaş sıralaması (en küçükler ilk sırada) yapılmalıdır.
- Çocuklara anestezi uygulamasından 2 saat öncesine kadar berrak sıvılar ve su kısıtlanmadan verilebilir.
- Anne sütü ile beslenen yeni doğanlar ameliyattan 4 saat öncesine kadar beslenebilir. Hazır mamalar ve inek sütü ameliyattan 6 saat

öncesine kadar verilebilir. Bazı anesteziistler, yeni doğanlarda hipoglisemi riskini azaltmak için hazır mamaları ameliyattan 4 saat öncesine kadar verilmesini önermektedir.

- Çocuğa oral ilaçlarını almasına yardımcı olmak için 30 ml (0.5 ml/kg) su verilebilir.
- Yüksek riskli hastalarda kontrendikasyon olmadıkça sağlıklı çocuklardaki gibi açlık rejimi uygulanır. Bu durumda anestezi ekibi tüm klinik duruma uygun başka girişimleri göz önüne almalıdır.
- Ameliyata alınacak çocuk aşırı beslenmişse bu çocuklara daha az su verilmeli ve ameliyat birkaç saat ertelenmelidir.
- Acil ameliyata alınacak çocuklar mideleri dolu olsa bile ameliyata alınabilir. Mümkünse bu çocuklarda gastrik boşalmaya izin veren normal açlık rehberleri uygulanmalıdır (Westby ve ark. 2005).

## **CERRAHİ AÇLIK İÇİN ÖZEL DURUMLAR**

### **Gastroözofajiyal Reflü Riski Yüksek Hastalar**

Gastroözofajiyal reflü, hiatus herni ve morbit obezite hikâyesi olan hastalarda genel anestezi ya da IV sedasyon altında gastrik içeriğin aspirasyonu ve regürjitasyon riski artabilir. Bu vakalarda ameliyat öncesi dönemde antiasidler, H<sub>2</sub> antagonistleri ya da proton pompa inhibitörleri kullanılarak gastrik volüm azaltılıp gastrik pH artırılarak önlem alınabilir. Bölgesel anestezi yapılacak hastalarda da genel anesteziye dönüşme olasılığına karşı benzer önlemler alınmalıdır. Ranitidin 150 mg ameliyat öncesi gece ve ameliyat sabahı verilmelidir (Palmer 2007).

### **Sadece Bölgesel Anestezi Gereken Hastalar**

Genel anestezi için uygulanan rehber uygulanmalıdır. Bu hastalarda IV sedasyon gerekmesi ve genel anesteziye dönüşme olasılığına karşı benzer önlemler alınmalıdır (Palmer 2007).

### **Sadece Lokal Anestezi Gereken Hastalar**

Hastaların aç kalmasına gerek yoktur. Hastalar normal yemek yiyebilir. Bu protokol oftalmik cerrahi içinde geçerlidir (Palmer 2007).

### **IV Sedatiflerin Kullanılması**

IV sedasyon uygulanacak hastaların ameliyat öncesi aç kalması gerekebilir. Genel ya da bölgesel anestezi planlanmıyorsa Temazepam gibi oral sedasyon için hastalar aç bırakılmamalıdır. Entonox gibi inhalasyon yoluyla sedasyon uygulaması yapılacaksa diğer risk

faktörleri olmadıkça ameliyat öncesi hastaların aç bırakılması önerilmemektedir (Palmer 2007).

### **Anestezi Gerektiren Cerrahi Dışı İşlemler**

Bazı cerrahi olmayan işlemler genel/bölgesel ya da IV sedasyon gerektirebilir. Bunlar; radyolojik işlemler, endoskopik işlemler, endovasküler işlemler ve kardiyoversiyon vb.dir. İşlem öncesi aç kalma süreci cerrahi işlemlerdeki gibi uygulanmalıdır (Palmer 2007).

### **Acil İşlemler**

- Acil durumlarda cerrahiyi hızlandırmak için hastanın durumuna göre hazırlık yapılır.
- Anestezistler, regürjitasyon/aspirasyon riskini azaltmak için hızlı anestezi indüksiyonu, antiasid ve prokinetik ajanların kullanılması gibi önlemler alabilir.
- Ameliyat ertelenebiliyorsa diğer ameliyatlardaki kurallar bu durumda da uygulanmalıdır. Ameliyattan 6 saat önce katı gıdalar, 2 saat önce berrak sıvılar kesilmelidir.
- Travma, ağrı, korku ve alkol intoksikasyonunun gastrik boşalmayı uzattığı unutulmamalıdır.
- Hastanın uzun süre sıvısız kalması önlenmelidir. Glikoz içeren IV sıvılar 6 saatten daha uzun süre sıvı almayan tüm hastalara verilmelidir. Çoğu acil vakalarda ameliyat öncesi IV sıvı tedavisi gerekebilir (Palmer 2007).

## **AMELİYAT ÖNCESİ, SIRASI VE SONRASI SIVI TEDAVİSİ**

Hastanın ameliyat öncesi dönemde oral alımı kesildikten sonra hissedilmeyen sıvı kayıplarını karşılamak için koruyucu tipte solüsyonlar (Laktatlı Ringer ya da bazı vakalarda NaCl gibi replasman sıvıları) 2 ml/kg/saat'te verilmelidir (Utkan ve Gönüllü 1988).

Ameliyathanedeki sıvı tedavisinde hedef; açıklar, idame ve kayıplara bağlı volüm gereksinimini karşılamaktır. Anesteziye bağlı sıvı değişiklikleri ile oluşan volüm dengesi için 5–7 ml/kg dengeli tuzlu solüsyon anestezi başlangıcı ile eş zamanlı olarak verilmelidir (Erol 2007).

Ameliyat sonunda her hastada sıvı değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır. Ameliyat sonrası hipovolemi ve taşikardi varlığında olası aktif kanama gibi nedenler araştırılmalıdır. Oligüri, anüri varlığında en kötü olasılıklar, bilateral üreter bağlanması da düşünülerek değerlendirme yapılmalıdır (Erol 2007).

## AMELİYAT SONRASI BESLENME

- Genel anestezi alan hastalar arasında, oral alımın yeniden başlatılması genellikle birkaç gün içerisinde mümkün olmaktadır. Beslenme desteği olarak verilebilecek ürünler bu dönemde gerekli değildir (Selçuk ve Öcal 2006).
- Sağlıklı yetişkinlerde ameliyat sonrası oral alım, hasta sıvı almaya hazır olduğunda tıbbi, cerrahi ve hemşirelik açısından kontrendikasyon yoksa sıvı almaya başlanmalıdır.
- Sağlıklı çocuklarda ameliyat sonrası oral sıvı alımı, anestezinin etkisi tamamen geçtikten sonra tıbbi, cerrahi ve hemşirelik açısından kontrendikasyon yoksa sıvı almaya teşvik edilmelidir. Klinisyenler diğer oral sıvıları vermeden önce anne sütü ya da berrak sıvıların verilmesini önermektedir. Gününbirlik cerrahi uygulanan çocuklar aynı gün taburcu oldukları için ilave sıvı alımı gerekli olmayabilir (Westby ve ark. 2005).
- Cerrahi hastalarda oral alım hastanın bireysel toleransı ve uygulanan cerrahinin özelliklerine göre ayarlanmalıdır.
- Hasta için olumlu bir yararı gösterilmediği halde, hafif-orta düzeyde malnütrisyonu olan hastalarda Total Parenteral Beslenme (TPB) veya enteral beslenme ertelenmemelidir (Selçuk ve Öcal 2006).
- Oral beslenmenin erken başlanamayacağı bazı özel durumdaki hastalara tüple besleme uygulanmalıdır.

Bu durumlar;

- Gastrointestinal kanser cerrahisi
- Büyük baş –boyun kanser cerrahisi
- Ağır travma
- Ameliyat sırasında gözle görülebilir beslenme yetersizliği olanlar
- 10 günden uzun süre oral alımı yetersiz (< %60) olacak hastalardır (Weimann ve ark. 2006).

Tüple beslemeye, ameliyat sonrası 24 saat içinde intestinal tolerans limiti nedeniyle düşük akım oranında başlanmalıdır (örn: En fazla 10-20mL/saat) 5-7 gün içinde hedef değere ulaşılabilir. Ameliyat öncesi ve sonrası beslenme desteği alan hastalarda hastanede kaldığı sürece beslenme durumu yeniden değerlendirilir ve gerekirse taburculuktan sonra da beslenme desteği sürdürülebilir (Weimann ve ark. 2006).

Ciddi malnütrisyonu olan hastaların beslenme durumlarının düzeltilmesi için, ameliyatın geciktirilmesi yarar sağlayabilir. Fakat

ameliyat öncesi ve sonrası TPB uygulamalarında artmış enfeksiyon riski söz konusudur. Bu nedenle şartlar uygun olduğunda hastaların enteral yoldan beslenmesi daha yararlı olabilir.

Malnütrisyonu olan hastalar ameliyat sonrası dönemde enteral beslenmeden daha fazla yarar görürler. Ameliyat sonrası beslenme desteğinin gerekli olduğu hastalar ihtiyaçlarına göre ayrı değerlendirilip, verilecek destek hesaplanmalıdır (Selçuk ve Öcal 2006).

Ameliyat öncesi aç kalma süresinin azalması hastaların ameliyat sonrası dönemde daha hızlı iyileşmesine neden olmaktadır. Klinikte çalışan tüm hemşirelere diğer ekip üyeleri ile birlikte ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili eğitimler yapılarak konunun önemini tekrar gözden geçirilmesi ve protokollerin oluşturulması ile hastaların aldıkları bakımdan memnuniyet düzeylerinin ve hasta konforunun artacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Aksoy G (2003). Perioperatif Hemşirenin Eğitimi ve Oryantasyonu. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, İzmir, 119-132.
2. Akyolcu N (2003). Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, İzmir, 97-108.
3. Alagöl A, Kaya G, Akalın E ve ark. (2008). Genel anestezi öncesinde karbonhidrat içeceği kullanımı. Türk Anest. Rean Der Dergisi, 36(2), 83-89.
4. American Society of Anesthesiologists (1999). American Society of Anesthesiologist Task Force on Preoperative Fasting. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: a report by the American Society of Anesthesiologist task force on preoperative fasting. Anesthesiology, 90(3), 896-905.
5. Anonymous (2008). Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. Australian Nursing Journal, 15(9), 29-31.
6. Baril P, Portman H (2007). Preoperative fasting: knowledge and perceptions. AORN, 86(4), 609-617.
7. Brady M, Kinn S, O'Rourke K ve ark. (2005). Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. Cochrane Database Syst Rev., 18(2), 166-280.
8. Erol DD (2007). Perioperatif sıvı tedavisi: güncel yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27(6), 894-901.
9. Ersoy E, Gündoğdu H (2005). Preoperatif açlıkta değişen kavramlar. Ulusal Cerrahi Dergisi, 21(2), 96-101.
10. Green CR, Pandit SK, Schork MA (1996). Preoperative fasting time: is the traditional policy changing? results of a national survey. Anesth Analg, 83(1), 123-128.
11. Hausel J, Nygren J, Lagerkranser M ve ark. (2001). A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. Anesth Analg, 93(5), 1344-1350.

12. Hessov I, Ljungqvist O (1998). Perioperative oral nutrition. *Curent Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 1(1), 29–33.
13. Korkmaz Ö (2004). Operasyon öncesi oral karbonhidrat solüsyonu alınımın stres yanıtına etkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, 2–43.
14. Ljungqvist O, Søreide E (2003). Preoperative fasting. *British Journal of Surgery*, 90(4), 400–406.
15. Maltby JR (2000). Pre-operative fasting guidelines. *Practical procedures* 12, 1-2.
16. Maltby JR (2006). Fasting from midnight-the history behind the dogma. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(3), 363–378.
17. Martay K, Vater Y, Hunter C ve ark. (2002). Preoperative fasting after soft drink intake: 2 hours may be enough. *J Anesth*, 16(2), 179–180.
18. McLeod R, Fitzgerald W, Sarr M (2005). Canadian Association of General Surgeons and American College of Surgeons evidence based reviews in surgery. 14. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Can J Surg*, 48(5), 409–411.
19. Mendelson CL (1946). The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, 52, 191-205.
20. Murphy GS, Ault ML, Wong HY ve ark. (2000). The effect of a new NPO policy on operating room utilization. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(1), 48 –51.
21. Noblett SE, Watson DS, Huong H ve ark. (2006). Pre-operative oral carbohydrate loading in colorectal surgery: a randomized controlled trial. *Colorectal Disease*, 8, 563–569.
22. Nygren J, Thorell A, Jacobsson H ve ark. (1995). Preoperative gastric emptying effects of anxiety and oral carbohydrate administration. *Annals of Surgery*, 222(6), 728–734.
23. Olsson GL, Hallen B, Hambraeus-Jonzon K (1986). Aspiration during anaesthesia: a computer-aided study of 185358 anaesthetics. *Acta Anaesth Scand.*, 30(1), 84-92.
24. Palmer CD (2007). Pre-operative fasting guidelines, [http://www.dbh.nhs.uk/Library/Patient\\_Policies/PAT%20T%2024%20v.1%20-%20Pre-Operative%20Fasting%20Guidelines.pdf](http://www.dbh.nhs.uk/Library/Patient_Policies/PAT%20T%2024%20v.1%20-%20Pre-Operative%20Fasting%20Guidelines.pdf). (Erişim tarihi: Ağustos 2008).
25. Pandit SK, Loberg KW, Pandit UA (2000). Toast and tea before elective surgery? A national survey on current practice. *Anesth Analg*, 90(6), 1348-1351.
26. Pandit UA, Pandit SK (1997). Fasting before and after ambulatory surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 12(3), 181–187.
27. Philips S, Hutchinson S, Davidson T (1993). Preoperative drinking does not affect gastric contents. *Br J Anaesth*, 70 (1), 6–9.
28. Poyraz Ş (2005). Preoperatif uygulanan oral karbonhidrat solüsyonlarının cerrahi olarak oluşan stres yanıtına etkileri. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İstanbul: TC. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, 7–69.
29. Rahm D (2005). Perioperative nutrition and nutritional supplements. *Plastic Surgical Nursing*, 25(1), 21–28.
30. Roberts RB, Shirley MA (1974). Reducing the risk of acid aspiration during cesarean section. *Anesth Analg*, 53 (5), 859-868.

31. Selçuk H, Öcal S (2006). Abdominal cerrahi hastalarına özel nütrisyonel sorunlar. *Güncel Gastroenteroloji*, 10(2), 183–186.
32. Søreide E, Eriksson L.I, Hirlekar G (2005). Pre-operative fasting guidelines: an update. *Acta Anaesthesiol Scand*, 49(8), 1041–1047.
33. Søreide E, Strømskag KE, Steen PA (1995). Statistical aspects in studies of preoperative fluid intake and gastric content. *Acta Anaesthesiol Scand*, 39(6), 738–743.
34. Tudor G (2006). Fasting: how long is too long? *Australian Nursing Journal*, 13(7), 29–31.
35. Utkan NZ, Gönüllü M (1988). İntraoperatif sıvı tedavisi. *Türkiye Klinikleri*, 8(5), 335–337.
36. Warner MA, Epstein BS, Gibbs CP ve ark. (1999). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 90(3), 896–905.
37. Weimann A, Braga M, Harsanyi L ve ark. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation. *Clinical Nutrition*, 25(2), 224–244.
38. Westby M, Bullock I, Gray W ve ark. (2005). Perioperative fasting in adults and children. *Clinical practice guidelines 2005*. [http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf\\_file/0009/78669/002779.pdf](http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0009/78669/002779.pdf) (Erişim tarihi: Ağustos 2008).
39. Woodhouse A (2006). Pre-operative fasting for elective surgical patients. *Nursing Standard*, 20(21), 41–48.
40. Yıldız H (2006). Preoperatif açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 38(1), 1–5.



## 2009 YILI İKİNCİ SAYIDA YAYINLANAN MAKALELER

Editörden

### Araştırmalar

- Hemşirelik Öğrencilerinin Ötenazi Hakkındaki Görüşleri  
*The Views Of Nursing Students Related To Euthanasia*  
Füsün ÖZKALAY, Ayten ZAYBAK..... 1-9
- Eksternal Fiksatorlü Hastalarda Uzun Süreli Bakım Ve İzlemin  
Komplikasyonlara Etkisinin İncelenmesi  
*The Effect Of Long-Term Care And Follow Up In Patients With External Fixators  
On Complications*  
Rahşan ÇAM, Fatma DEMİR KORKMAZ..... 11-24
- “Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi”Nin Geçerlik Ve Güvenirliği  
*The Validity And Reliability Of The Byrd’s Nursing’ Ethical Sensitivity Test*  
Fatma ORGUN, Leyla KHORSHID..... 25-42
- Klimakterik Donemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları Ve Başetme  
Yöntemleri  
*The Menopausal Complaining And Coping Solutions İn The Climacteric Women*  
Duygu ALTUNBAY, Mine YURDAKUL..... 43-60
- Algılanan Stres Ölçeği (Asö)’Nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik  
Uygunluğu  
*Psychometric Properties Of A Turkish Version Of The Perceived Stress Scale*  
Ayşegül BİLGE, Filiz ÖĞCE, Rabia EKTİ GENÇ, Nazan TUNA ORAN..... 61-72
- Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Ve  
Yalnızlık Düzeyleri  
*The Levels Of Perceived Social Support And Loneliness Of The Patients Who  
Hospitalized In Surgical Clinics*  
Emel YILMAZ, Sultan ÖZKAN..... 73-88
- Larenks Kanserli Trakeostomili Erkek Hastaların Beden Algısı Ve Ruhsal  
Durumunun Değerlendirilmesi  
*The Assesment Of The Body Perceptions And Psychological Status Of Patients  
With Larynx Cancer And Tracheostomy*  
Tuba HASPOLAT, Olcay ÇAM..... 89-103

### Derleme Yazılar

- Sağlık Hizmetleri İle İlişkili Enfeksiyon Kontrolünde Hemşirelik  
Hizmetleri Organizasyonunun Etkisi  
*The Effect Of The Organization Of The Nursing Services On The Control Of He  
Althcare Related Infections*  
Fatma DEMİR KORKMAZ..... 105-114
- Çağımızın Güncel Hastalığı Alzheimer: Destekleyici Hemşirelik Bakımı  
*Alzheimer İs Today’s Disease: Supportive Nursing Care*  
Gülay TAŞDEMİR YİĞİTOĞLU, Fatma ÖZ..... 115-126



## EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ

### SON KONTROL LİSTESİ

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

#### **Başlık Sayfası**

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

#### **Özet Sayfası**

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

#### **Ana Metin**

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

### **Kaynaklar**

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

### **Tablo ve Resimler**

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

### **Tüm Makale**

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

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK  
YÜKSEKOKULU DERGİSİ**

**Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu**

.....

.....

.....

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

**Yazar/ Yazarlar**

**İmza**

**Tarih**



## DERGİ YAZIM KURALLARI

**Yayının Kabulü:** Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, 3 kopya halinde hazırlanıp dergi editörlüğüne gönderilecektir. Adres: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Editörlüğü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 35100 Bornova-İZMİR. Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergiye gönderilen yazılar geri gönderilmez. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret yada karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı eklenip diskete/CD'ye kaydedilerek gönderilmelidir.

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

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

### BAŞLIK SAYFASI

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

### ÖZET SAYFASI

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

Araştırma makalelerinin özetleri; “Amaç”, “Gereç ve Yöntem”, “Bulgular ve Sonuç” bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir.

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; “Objective”, “Methods”, “Results”, “Conclusion” ve “Key Words” bölümlerini içermelidir.

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır. Anahtar

Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

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

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

### **DERGİNİN METİN DİLİ:**

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

### **METİN:**

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşınmalıdır.

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

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

**Tablo ve Şekiller:** Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

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



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

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

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

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

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

#### **KAYNAK KULLANIMI**

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

Örnekler

Graydon (1988), depresyonun...

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

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

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

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

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

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

Örnek:

(Argon 1992, Karadakovan 1992).

**Kaynakçada:** Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş

harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra “ve ark.” Şeklinde belirtilmelidir.

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

### **Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler**

#### **Dergi Makalesi**

Lorig K, Gonzales VM, Ritter P ve ark. (1997). Coparison of three methods of data collecection in an urban Spanish-speaking population. Rurs res, 46:4, 230-234

#### **Dergi Eki (Supplement)**

Weiss ME (1991) Tymapanic infrared thermometry for fullterm and preterm neonates. Clin. Pedatr, 30 (Suppl. 4) , 42-45.

#### **Kitap:**

Karasar N (1995) Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 101-112.

#### **Kitap Bölümü:**

Kaufman CA, Wyatt RJ, (1987). Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde) Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: raven Pres, 1421-31.

#### **Kitap Çevirisi:**

Wise MG, Rundell JR (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev. TT Tüzer, V Tüzer). Compos Mentis yayınları, Ankara, 1997.

Metin içinde “Wise ve Rundell (1994)” şeklinde gösterilir.

#### **Yazar Adı Olmayan Yayınlar**

#### **(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):**

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

Metin içinde “American Psikiyatri Birliği (1994)” şeklinde gösterilir.

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

Metin içinde “Dünya Sağlık Örgütü (1992)” şeklinde gösterilir.

### **Kongre Bildirileri:**

Kayır A (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul: Mimeray Ofset, 546-52.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemişse, sunulduğu kongrenin adı, yeri, yılı ve sözel yada poster bildiri olduğu belirtilmelidir.

### **Yayınlanmamış Tez**

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

### **Yazarı Editör Olan Yayınlar**

Uyer G (Ed) (1986). Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde) Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. şti., 52-61.

### **Basılmamış Yayınlar**

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

### **Gazete Makalesi**

Akbal O (1992). Bilimin özgürlük savaşı. Milliyet Gazetesi, 7 Temmuz 12.

### **İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa;**

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

Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well being. Prevention& Treatment 3, Makale0001a. 20 Kasım 2000'de <http://Journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html> adresinden indirildi.

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



## YAZAR İNDEKSİ

<b><u>Yazar</u></b>	<b><u>Sayı-Sayfa</u></b>	<b><u>Yazar</u></b>	<b><u>Sayı-Sayfa</u></b>
Akduman S	1:25	Orgun F	2:25- 3:1
Altunbay D	2:43	Oksel E	3:1
Bahadır E	1:119	Özmen D	1:51
Bal Yılmaz H	1:101	Özkan S	2:73-1:13
Baysan Arabacı L	1:1		1:37- 3:55
Beşer Gördeles N	3:69	Özkalay F	2:1
Bilge A	2:61	Özkütük N	3:1
Büyükbayram A	3:83	Özşaker E	3: 1- 3:37
Çam R	2:11	Öz F	2:115
Çam O	2:89-1:1-3:69	Özsoy S	1:51
Demir Korkmaz F	2:11-2:105-3:1	San Turgay A	1:81
Doğan Bozkurt S	3:69	Sağkal T	3:69
Dramalı A	3:37	Sarıkaya Karabudak	S 1:101
Ekti Genç R	2:61-1:81	Şahin E	3:95
Ertem G	1:25	Şenol S	1:81
Eroğlu B	1:81	Şişman F N	3:1
Eşer İ	3:1	Taşdemir N	3: 1
Filiz Ö	2:61	Taşdemir Yiğitoğlu G	2:115
Gürkan A	3:83	Terzioğlu F	3:95
Hacıhasanoğlu R	1:87	Tuna Oran N	2:61
Haspolat T	2:89	Yavuz M	1:13
İslamoğlu A	1:81	Yıldırım A	1:81
Karadakovan A	1:71	Yılmaz E	2:73-1:37
Khorshid L	2:25-3:1		1:107-3:55
Köseler Z	3:1		3:105
Okçın F	1:71-1:81	Yurdakul M	2:43
		Zaybak A	2:1

## KONU İNDEKSİ

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Uygunluğu  
25(2): 61-72, 2009

Anoreksiya/Bulimiya Nevroza ve Hemşirelik Yönetimi  
25(1):119-128,2009

"Byrd' in Hemşireler İçin Etik duyarlılık Testi" nin Geçerlik ve Güvenirliği  
25(2):25-42,2009

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelere Yönelik Doğum Sonrası Depresyon Eğitiminin Etkililiğinin İncelenmesi  
25(3):69-82,2009

Cerrahi Hastalarda Ameliyat Öncesi Açlık Sürecinde Yeni Yaklaşımlar  
25(3):105-108,2009

Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeyleri  
25(2):73-88,2009

Çağımızın Güncel Hastalığı Alzheimer: Destekleyici Hemşirelik Bakımı  
25(2):115-126,2009  
Çocuklarda Fiziksel Tespit Uygulamaları  
25(1):81-86,2009

Diabetes Mellitus'lu Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri  
25(3):27-36,2009

Eksternal Fiksatorlü Hastalarda Uzun Süreli Bakım ve İzlemin Komplikasyonlara Etkisinin İncelenmesi  
25(2):11-24,2009

Endotrakeal Tüp Uygulamasına Bağlı Rahatsızlıkların İncelenmesi  
25(3):1-8,2009

Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam kalitesi ve Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi  
25(1):87-100, 2009

Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi İçin Eğitim Materyali Hazırlamaları ve Yaptıkları Eğitimin Değerlendirilmesi  
25(1):13-23,2009

Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Beceri ve İletişim Beceri Düzeyleri İle Bireysel Özellikleri arasındaki İlişki  
25(1):37-50,2009

Hemşirelik Öğrencilerinin Güdülenme Düzeylerinin Belirlenmesi  
25(3):55-68,2009

Hemşirelik Öğrencilerinin Karar Verme ve Problem Çözme Becerilerinin Belirlenmesi  
25(3):9-25,2009

Hemşirelik Öğrencilerinin Ötenazi Hakkındaki Görüşleri  
25(2):1-9,2009

Kadın-Liderlik ve Hemşirelik  
25(3):95-104,2009

Kanserli Hastaya Evde Bakım Veren Yakınlarının Semptom Kontrolüne İlişkin Yeterliliklerinin İncelenmesi  
25(1):71-79,2009

Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Baş etme Yöntemleri  
25(2):43-60,2009

Larenks Kanserli Trakeostomili Erkek Hastaların Beden Algısı ve Ruhsal Durumunun Değerlendirilmesi  
25(2):89-103

Oral Antikoagülan Tedavi Alan Hastaların Perioperatif Hemşirelik Yönetimi  
25(1):107-118,2009

Prematüre Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi  
25(1):25-36,2009

Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme Formu'nun Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği  
25(1):1-12,2009

Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Duyusal Zeka  
25(3):83-94,2009

Sağlık Hizmetleri ile İlişkili Enfeksiyonların Kontrolünde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonunun Etkisi  
25(2):105-114,2009

Şok Dalgaları İle Taş Kırma İşleminde Tens'in Ağrılı Gidermedeki Etkisinin İncelenmesi  
25(3):37-53,2009

Yenidoğanda Ağrının Değerlendirilmesi  
25(1):101-106,2009