

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMİRLİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

**JOURNAL OF EGE UNIVERSITY
SCHOOL OF NURSING**

Cilt/Volume: 27

Sayı/Number: 3

Yıl/Year: 2011

D KKAT!

Dergi yazım kurallarındaki de i ikliklere özen gösteriniz.

AÇIKLAMALAR

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

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeli in 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide e itim ve ara tırma çalı malarına paralel olarak orjinal ara tırma 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 sorumlulu u yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli de i iklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeri i bozmayacak de i iklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

HYO

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU DERGİSİ

Cilt 27, Sayı 3

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Çiçek FADILO LU Hemşirelik Yüksek Okulu Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Ahsen RN

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Çiçek FADILO LU (Başkan) Prof. Dr. Gülümser ARGON
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL Prof. Dr. Zümrüt BA BAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör) Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd)
Prof. Dr. Ahsen RN Prof. Dr. Aynur ESEN
Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY Prof. Dr. Zümrüt BA BAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - zmir

Baskı Tarihi

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

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

Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index.

Yazın Adresi

Özen DURAKO LU: ozen.durakoglu@ege.edu.tr
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Yayınları 35100 Bornova/ ZMR

HEM REL K YÜKSEKOKULU DERG S
DERG HAKEM KURULU

PROFESÖRLER

AKBAYRAK Nalan
AKYOLCU Neriman
ARGON Gülümser
ARSLAN Hediye
A TI Nesrin
A TI Türkinaz
BAHAR Zuhâl
BA BAKKAL Zümrüt
BAYIK TEMEL Ayla
BAYRAKTAR Nurhan
BEDÜK Tülin
BULDUKO LU Kadriye
BUZLU Sevim
ÇAM Olcay
ÇAVU O LU Hicran
Ç METE Güler
ECEV T ALPAR ule
EM RO LU Oya Nuran
ENÇ Nuray
ERC Behice
ERDEM R Firdevs
ERDO AN Semra
ERO LU Kafiye
ESEN Aynur
E ER smet
ET ASLAN Fatma
FADILO LU Çiçek
GÖKDO AN Feray
GÖRGÜLÜ Selma
GÖZÜM Sebahat
HAT PO LU Sevgi
KANAN Nevin
KARADAKOVAN Ayfer
KARAN SO LU Hacer
KARATA Nimet
KHORSHID Leyla
KOCAMAN Gülseren
KÖMÜRCÜ Nuran
NAHÇ VAN Nursen
OCAKÇI Ay e
OKUMU Hülya
OLGUN Nermin
ÖZ Fatma
ÖZBA ARAN Ferda

ÖZHAN ELBA Nalan
ÖZSOY Süheyla
PAS NL O LU Türkan
PINAR Rukiye
SABUNCU Necmiye
SAVA ER Sevim
SEV Ümit
SEV L Ümran
R N Ahsen
TA OCAK Gülsün
ÜSTÜN Besti
YILDIRIM Aytolon
YILDIZ Suzan

DOÇENTLER

ABAAN Süheyla
ACARO LU Rengin
AKYOL Asiye
ALTUN nsaf
BAYKAL Ülkü
ÇEBER Esin
DEM RKIRAN Fatma
DEM R KORKMAZ Fatma
D NÇ Leyla
ENG N Esra
GÜNE Ülkü
KAPTAN Gülten
KARAÇAM Zekiye
KARADA Ayi e
KULAKAÇ Özen
KUKULU Kamile
Ö CE Filiz
ÖZEL EFE Emine
UÇAR Hülya
UYSAL Aynur
UZUN Özge
SAN TURGAY Ay e
SO UKPINAR Neriman
SEREN eyda
ENOL ÇEL K Sevilay
ENUZUN Fisun
TERZ O LU Füsün
YAVUZ Meryem
ZAYBAK Ayten

Ç NDEK LER

Editörden

Ara tirmalar

- ki Farklı E itim Sistemi le Ö renim Gören Hem irelik
Son Sınıf Ö rencilerinin Hem irelik Mesle ini Algılama Durumlarının
Kar ıla tırılması
*The Comparison of the Perceptions of Nursing Professions Among
Senior Nursing Students Receiving Education in Two Different
Education Systems*
ebnem ÇINAR YÜCEL, Elem KOCAÇAL GÜLER,
smet E ER, Leyla KHORSHID.....1-8
 - Bir Üniversitenin Sa lık Bilimleri Fakültesinde Ö renim Gören Son Sınıf
Ö rencilerinin Ele tirel Dü ünme Düzeylerinin Belirlenmesi
*Determining The Senior Students Critical Thinking Abilities in
Health Sciences Faculty in a University*
Ebru AKGÜN ÇITAK, Gülzade UYSAL.....9-20
 - Bir Üniversite Hastanesinde Dü melerin Sıklı ı ve Kök Neden Analizi
Root Cause Analysis and Frequency of Fallings in a University Hospital
eyda SEREN NTEPELER.....21-34
 - Basınç Yaralarının Önlenmesinde % 100 Pamuklu Havlu le Havalı Yatak
Kullanımının Etkinli i
*The Effectiveness of 100 % Cotton Towel and Air Mattress in
Preventing of Pressure Ulcers*
Burcu TOTUR, Alev DIRAMALI.....35-44
 - Günübirlik Cerrahide Çocuk Hastaların Hem irelik Bakımı için
Yeniden Yapılanma
Reorganization in Day Surgery Nursing Care For Child Patient
Eda DOLGUN, Meryem YAVUZ.....45-54
 - Bir Üniversite Hastanesinde Çalı an Hem irelerin Tükenmi lik Düzeyi
Burn-Out Level of Nurses Working in an University Hospital
Ümmü YILDIZ FINDIK.....55-65
- ### Derleme Yazılar
- Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoe itim
Evidence-Based Practice: Psychoeducation
Figen ENGÜN, Hatice ÖNER ALTIÖK, Besti ÜSTÜN.....66-74

Olgu Sunumu

- Özefagus Atrezisi Olan Prematüre Yenidoğana Postoperatif
Dönemde Hemirelik Yaklaşımı
*Nursing Approach to Premature Newborn who has Esophageal Atresia at
Postoperative Period*
Sema BAYRAKTAR, Duygu GÖZEN.....75-87

Editörden Okura,

De erli Okuyucularımız,

Dergimizin yayın kalitesini artırma çabamız devam etmesine karşın, girmiş olduğumuz "Türkiye Atıf Dizini" tarafından yapılan değerlendirmelerde son üç sayımız için "Ulusal Katkı De eri" nin sıfır puan olarak bizlere iletilmesi üzücü olmuştur. Ancak değerlendirmelerde bu sonucun nedeni olarak yazım kurallarının ve anahtar kelimelerin düzenlenmesi gibi hızla düzeltilebilecek detaylı değişiklikler belirtilmiştir. Bundan sonraki sayılarda bu detaylı değişiklikler hemen yapılacaktır ve tüm yazarların bu konuya önem göstermeleri gerekmektedir. Yazarlarımıza dergimizdeki makalelere atıf yapmaları konusunun üzerinde dikkatle duracağımızı hatırlatmak isterim. Makalelerinizin kabul sürecinde bu konu dikkat edeceğimiz bir alan olacaktır.

De erli okuyucularımız, dergimizin kalitesini artırma çabamızdaki motivasyonumuzu artıran bir gelişme de Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu'nun "**Hemirelik Fakültesi**" olarak eğitimini sürdürmesi kararının Bakanlar Kurulu'nda onaylanmış olmasıdır. Bu olumlu gelişmenin sonucu olarak, dergimizin isminde de bir değişiklik olacaktır. Bu kararı Dergi Yayın Kurulu önümüzdeki en kısa sürede verecektir. 2012 yılı sayılarımızda kalitenin artmaya devam etmesi ümidiyle önemli indekslere girmeyi planlamaktayız.

Bu sayımızda, sekiz makale bulunmaktadır. Bu makalelerin altısı araştırma, bir değerlendirme, bir de olgu sunumu şeklinde olmuştur. Bu sayıda yayınlanan tüm makalelerin içerisindeki bilimsel bilgilerin, mesleğimizin bilimsel bilgi birikimini arttıracak inancındayım.

Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı ve verimli günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Olcay ÇAM
ED TÖR

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

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

KLASİK VE İNTEGRE EDİTİM SİSTEMİ İLE ÖĞRENİM GÖREN HEMİRELİK SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN HEMİRELİK MESLEKİ ALGILAMA DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

*THE COMPARISON OF THE PERCEPTIONS OF NURSING PROFESSIONS AMONG SENIOR
NURSING STUDENTS RECEIVING EDUCATION IN TWO DIFFERENT EDUCATION SYSTEMS*

Yard.Doç.Dr. ebnem ÇINAR YÜCEL Ar.Gör. Elem KOCAÇAL GÜLER
Prof.Dr. smet E ER Prof.Dr. Leyla KHORSHID

Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu Hemirelik Esasları Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırma, klasik ve entegre eğitim sistemi ile öğrenim gören hemirelik son sınıf öğrencilerinin hemirelik mesleğine algıma durumlarını karşılaştırma amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini, Hemirelik Yüksekokulu'nun 2007–2008 öğretim yılında klasik sistemle (N=166), 2008–2009 öğretim yılında entegre sistemle öğrenim gören (N=169) son sınıf öğrencileri, örneklemi ise; araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 139 entegre eğitim sistemi ve 135 klasik sistem öğrencisi oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında; "Tanıtım Formu" ve öğrencilerin hemirelik mesleğine algılamalarını ölçmek amacıyla "Hemirelik Mesleğine Algılama Ölçeği (HMAÖ)" kullanıldı. HMAÖ, 22 maddeden, "Mesleki Nitelikler" ve "Mesleki Statü" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmanın yürütülmesi için gerekli etik izinler alındı ve çalışmaya gönüllülerle yürütüldü. Araştırma verilerinin analizi, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 23.10 ± 1.05 olduğu, %49.3'ünün klasik ve % 50.7'sinin entegre sistem ile öğrenim gördüğü belirlendi. HMAÖ toplam puan ortalaması, klasik sistemle öğrenim gören öğrencilerde 87.57 ± 17.27 iken entegre sistemle öğrenim gören öğrencilerde 84.29 ± 15.96 olarak saptandı. İkili farklı eğitim sistemi ile öğrenim gören öğrencilerinin HMAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). Klasik ve entegre sistem ile öğrenim gören öğrencilerin Mesleki Nitelikler ($p > 0.05$) ve Mesleki Statü ($p > 0.05$) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Sonuç olarak; ikili farklı eğitim sistemi ile öğrenim gören öğrencilerin meslek algıları arasında fark olmadığı ve hemirelik mesleğine yüksek düzeyde algıladıkları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemirelik öğrencileri, Hemirelik mesleğine algıma

ABSTRACT

Objective: This descriptive research was conducted to compare the perception of nursing profession among fourth year senior nursing students receiving classical or integrated education.

Material and Methods: The scope of the research was composed of 166 fourth year senior nursing students attending in classical education system during the 2007-2008 academic year and

169 fourth year senior nursing students attending in integrated education system during the 2008-2009 academic year; the research sample comprised 139 students in integrated system and 135 students in classical system who voluntarily accepted to participate in research. For data collection, "Personal Identification Form" and "Perception of Nursing Profession Scale" (PNPS) are used. Scale has 2 sub-scales: "Professional Qualities" and "Professional Statute". The research was conducted in accordance with ethical principles and volunteers. The percentages, standard deviation, Independent Sample T test, Chi-Square test were used in the analysis of the data.

Results: The students' mean age was found to be 23.10 ± 1.05 (Range: 21-27) years, 49.3% were receiving education in classical system and 50.7% receiving education in integrated system. It was found that PNPS total score mean for students receiving education in classical system was 87.97 ± 7.17 , while it was 84.29 ± 15.96 for students receiving education in integration system. There was no statistically significant difference in PNPS mean points of the students educated in two different education systems ($p > 0.05$). There was any statistically significant difference between the "Professional Status" and "Professional Qualities" sub-scale mean scores of the students receiving education in classical and integrated systems ($p > 0.05$).

Conclusion: As a result, it was found that there was no significant difference between perceptions of nursing profession among the students receiving education in two different education systems and that nursing students perceived nursing profession in high level.

Key Words: Nursing students, Perception of nursing profession

G R

Hem ireli i algılama, bireylerin kendilerini, çevrelerini, hem irelik hakkında hissettiklerini ve dü ündüklerini tanımlar. Hem irelik ö rencileri için mesle i algılama, ö rencilerin kendileri, çevreleri, hem irelik ve hem irelikteki eylemlerin uygunlu u hakkında hissettiklerini, dü üncelerini ve hem irelik e itimini nasıl gördüklerini tanımlar. Algılama, ö rencilerin hem irelik uygulamalarını ve bu uygulamalarda en önemli faktörün bilgi oldu unu kavramalarında ve bakı açılarının geli mesinde ilgili deneyimlerin bir filtresi olarak i lev görür (Andersson 1993).

Meslek seçiminde, mesle e uyum sa lamada ve verimli bir çalı ma ya amı sürdürmede o mesle e ili kin olumlu bir görü ve tutuma sahip olmak mesle in geli imi açısından önemlidir (Demirkıran ve ark. 2005). Toplumdaki önyargılarla ve mesle i tanımadan hem irelik e itimine ba layan ö rencilerin okula ilk ba ladıklarında mesle e ili kin tutarlı bir görü e sahip olmaları beklenemez (Dereli ve Demir 1998). Meslek bilincinin temeli okul ya amı sırasında atılır, tüm meslek ya amı boyunca devam eder ve mesleki felsefenin olu masını sa lar (Bilecan ve ark. 2005, Özsoy ve ark 1999, Ulusoy 1992). Ö rencilerin meslekle ilgili dü ünceleri, aldıkları teorik ve uygulamalı e itimler sonunda olumlu ya da olumsuz yönde de i ebilmektedir (Erdemir 1997, Karadakovan 1996).

Hem irelik yüksekokulu son sınıf ö rencileri mesleki ya ama atılacak olan hem ire adaylarıdır. Bu adayların hem irelik algısı motivasyonlarını, özgüvenlerini, di er disiplinlerin üyeleri ve hastalarla olan ili kilerini etkileyebilece inden önemlidir. Dört yıllık ö renim ya antıları sırasındaki deneyimleri mesle i algılamalarını farklı e kilde etkileyebilir.

Klasik sistem ö rencileri dört yıllık e itimleri boyunca teorik dersi izleyen klinik uygulamalara ö retim elemanı denetiminde çıkarak e itimlerini tamamlarlar. Entegre sistemde ise; son sınıf ö rencileri bir ders yılı boyunca intörn olarak e itimlerini sürdürürler. Bu süre içinde klinik hem ireleri ile daha yakın çalı ma fırsatı bulurken, hastalar, aileleri ve ekip ile daha yakın ili ki içinde olurlar. Aynı zamanda entegre e itim sisteminde müfredata yeni eklenen Giri kenlik, Hem irelikte Ele tirl Dü ünme, Ki isel Geli im gibi seçmeli dersler bulunmaktadır. Dolayısıyla iki farklı e itim sisteminde ö rencilerin ya adıkları deneyimler farklıdır. Bu nedenle farklı e itim sistemlerinin ö rencilerin mesleklerine ili kin algılarını farklı yönde etkileyebilece i dü ünülmektedir.

AMAÇ

Bu ara tırma, klasik ve entegre e itim sistemi ile ö renim görmenin hem irelik mesle ini algılamaya etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ara tırma evrenini, Hem irelik Yüksekokulu'nun 2007–2008 ö retim yılında klasik sistemle (N=166) ve 2008–2009 ö retim yılında entegre sistemle ö renim gören (N=169) son sınıf ö rencileri, örneklemini ise; olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen ve ara tırmanın sınırlılıklarına uyan ve ara tırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 139 entegre e itim sistem ve 135 klasik sistem ö rencisi oldu. Ara tırmada ö rencilerin %81.8'ine (274 ö renci) ula ıldı.

Ara tırma verileri ara tırmacılar tarafından "Tanıtım Formu" ve ö rencilerin hem irelik mesle ini algılamalarını ölçmek amacıyla E er ve arkadaş ları (2006) tarafından geli tirilen "Hem irelik Mesle ini Algılama Ölçe i (HMAÖ)" kullanılarak sınıf içinde toplanmı tır. Soruların yanıtlanması 10-15 dakikalık bir süre aldı.

HMAÖ, 5'li likert tipi bir ölçek olup 22 maddeden, mesle in de i ik yönlerini tanımlayan ifadeleri içeren "Mesleki Nitelikler" (17 madde) (min 17, max 85) ve mesle in toplumdaki yerini içeren ifadelerden olu an "Mesleki Statü" (5 Madde) (min 5, max 25) olmak üzere iki alt boyuttan olu mu tur. "Mesleki Nitelikler" alt boyutu; hem irelik yo un ileti im, fedakarlık gerektiren, ba ımsız uygulamaları olan, bilgiye, beceriye dayalı, doyum verici, yorucu, stresli, çalı ma ko ulları a ır, ekip çalı ması, teknoloji kullanımını, problem çözüme becerilerinin kullanımı ve yüksek ö retim gerektiren bilime dayalı meslektir gibi mesle in pek çok yönünü tanımlayan ifadeleri içermektedir. "Mesleki Statü" alt boyutu ise; hem ireli in di er sa lık meslekleri arasındaki konumunu, prestijini, toplumdaki yerini içeren ifadelerden olu maktadır. Ölçe in Cronbach Alpha kat sayısı 0.83 ve alt ölçeklerin Cronbach Alpha kat sayıları "Mesleki Nitelikler" için 0.85 "Mesleki Statü" için ise; 0.79 olarak bulunmu tur. Ölçekten elde edilen toplam puanın yükselmesi, meslek algısının olumlu yönde oldu unu göstermektedir (min 22, max 110).

Ara tırmanın yürütülmesi için; Hem irelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan yazılı izin, ara tırmaya katılan tüm ö rencilerden sözel izin ve ölçe in uygulanması için yazardan izin alınmıştır.

Ara tırma verilerinin analizi SPSS 15.0 paket programından yararlanılarak, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve ki-kare testi kullanılarak yapıldı.

BULGULAR VE TARTI MA

Ara tırma kapsamına alınan ö rencilere ait tanıtıcı özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Ö rencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Da ılımı

n=274	n	%
Ya		
21-23 ya	191	69.7
24-27 ya	83	30.3
E itim		
Entegre e itim	139	50.7
Klasik e itim	135	49.3
Ya anılan Yer		
Köy	27	9.9
İçe	72	26.3
ehir	89	32.5
Büyük ehir	86	31.4
Annenin E itim Düzeyi		
Okur-yazar de il	3	1.1
Okur-yazar	19	6.9
İkö retim	200	73.0
Lise	35	12.8
Üniversite	17	6.2
Babanın E itim Düzeyi		
Okur-yazar de il	2	0.7
Okur-yazar	6	2.2
İkö retim	150	54.8
Lise	82	29.9
Üniversite	34	12.4

Ara tırmaya katılan ö rencilerin ya ortalamasının 23.10 ± 1.05 oldu u, %69.7'sinin 21-23 ya grubunda oldu u, %49.3'ünün klasik ve % 50.7'sinin ise entegre sistem ile ö renim gördü ü belirlendi (Tablo 1).

Ara tırma sonucunda, ö rencilerin %31.4'ünün en uzun süreyle büyük ehirde ya adını saptandı. Benzer çalı malarda da hem irelik yüksekokulu ö rencilerinin uzun süre bir il merkezinde ya adıkları görülmektedir (Akba ve ark. 2003, Bayık ve ark. 1999, E er ve ark. 2008, Turgay ve ark. 2005).

Ö rencilerin ailelerine ili kin tanıtıcı özellikleri incelendi inde, %73'ünün annesinin, %54.8'inin babasının ilkö retim mezunu oldu u saptandı (Tablo 1). Çalı mamızda ö rencilerin ço unun anne ve babalarının ilkö retim mezunu olması,

yapılan pek çok çalı ma ile benzerlik göstermektedir (Akba ve ark. 2003, Atalay 1988, Ba er 1995, Bayık ve ark 1999, E er ve ark. 2008, Kuzulu ve Koçak 1993, Özsoy ve ark. 1999, Öztürk ve Bahçecik 2003, Turgay ve ark. 2005). Ba er (1995)'in de belirtti i gibi hem irelik yüksekokullarında okuyan ö rencilerin anne ve babalarının e itim düzeyleri di er fakülte ve yüksekokullara göre daha dü üktür. Bu durum 1988'lerden 2008 yılına kadar neredeyse hiçbir farklılık göstermemi tir (Ba er 1995, E er ve ark. 2008, Öztürk ve Bahçecik 2003).

Tablo 2: Ö rencilerin Meslek Seçimine İlişkin Görü leri ne Göre Da ılımı

n=274	n	%
İsteyerek seçme durumu		
Seçen	139	50.7
Seçmeyen	135	49.3
Meslek Seçiminde etkili olan ki i		
Kendisi	108	39.4
Ailesi	125	45.6
Ö retmenleri	19	6.9
Arkada ları	12	4.4
Tercih sırası		
1. sırada	63	23
2. sırada	26	9.5
3. sırada	13	4.7
4. sırada	26	9.5
5. sırada	23	8.4
Di er	123	44.9

Pek çok meslekte ki inin ba arılı olabilmesi, mesle i bilerek ve isteyerek seçmeleri ile yakından ili kildir (Özsoy ve ark. 1999). Ara tırmamıza katılan ö rencilerin meslek seçimi ile ilgili görü leri incelendi inde; %50.7'sinin mesle i isteyerek, %39.4'ünün kendi iste i ile seçti i saptandı (Tablo 2). Çalı ma sonucunda ö rencilerin meslek seçiminde öncelikle ailenin daha sonra kendisinin etkili oldu u, aile dı ndaki sosyal çevrenin çok fazla etkili olmadı ı görülmektedir.

Ö rencilerin üniversite sınavında hem irelik mesle ini tercih sıralamaları incelendi inde; %55.1'inin hem ireli i ilk 5 sırada tercih etti i, %23'ünün ise birinci sırada tercih etti i saptandı (Tablo 2). Yapılan pek çok benzer çalı mada ö rencilerin çok dü ük bir oranının hem ireli i ilk sıralarda tercih ettikleri bulunmu , mesle i ailelerinin iste i ve çe itli zorunlu nedenlerle tercih ettikleri saptanmı tir (Erdemir 1997, E er ve ark. 2008, Fadılo lu ve ark. 1999, Özsoy ve ark. 1999, Öztürk ve Bahçecik 2003, Ulupınar ve Ekizler 1997, Ulusoy 1992). Son yıllarda yapılan çalı malarda ise; ö rencilerin hem ireli i ilk be tercih sıralamasına aldıkları saptanmı tir (Akba ve ark. 2003, Bezci ve Bayık 2005, Demirkıran ve ark. 2005, E er ve ark. 2008, Öztürk ve Bahçecik 2003). Ara tırmamızın sonuçları son yıllarda yapılan çalı maları destekler nitelikte olmakla birlikte, ö rencilerin yarıya yakınınının mesle i istemeden seçmesine ra men, hem irelik mesle ini ilk 5 sırada tercih eden ö renci oranının artması çeli kili bir bulgu olarak görülmektedir. Bu durumun üniversite sınav sistemindeki

de i ikliklerden kaynaklandı ı dü ünülebilir. Günümüz sınav sisteminde ö renciler aldıkları sınav sonuç puanlarına göre tercih yapmaktadırlar.

Tablo 3. Klasik ve Entegre Sistem Ö rencilerinin Hem ireli e ve Mezun Olunca Çalı mayı Dü ündükleri Alanlara li kin Görü lerinin Da ılımı

n=274	Klasik Sistem	Entegre Sistem
Hem ireli e li kin duygular		
Hem irelik mesle ini seviyorum	115 (%85.2)	117 (%84.2)
Hem irelik mesle ini sevmiyorum	20 (%14.8)	22 (%15.8)
	$X^2=0.05$	$p=0.81$
Mezun Olunca Çalı ması Dü ünülen Alan		
Hastanede hem ire	52 (%38.5)	54 (%38.8)
Hastanede yönetici hem ire	34 (%25.2)	44 (%31.7)
Hem ire okulunda e itimci	35 (%25.9)	28 (%20.1)
Sa ıklı ilgili hem irelik dı ında ba ka bir meslek	9 (%6.7)	8 (%5.8)
Hem irelik dı ında ba ka bir meslek	5 (%3.7)	5 (%3.6)
	$X^2=7.76$	$p=0.10$
Mesle e hazır hissetme durumu		
Evet	95 (%70.4)	99 (%71.2)
Hayır	40 (%29.6)	40 (%28.8)
	$X^2=0.02$	$p=0.87$
Toplam	135	139

Klasik sistemle ö renim gören ö rencilerin %85.2'sinin, entegre sistemle ö renim gören ö rencilerin ise %84.2'sinin hem irelik mesle ini sevdi i ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda aralarında anlamlı bir fark olmadı ı saptandı ($p>0.05$)(Tablo 3).

Ö rencilerin mezun olduklarında çalı mayı dü ündükleri alan incelendi inde; klasik (%38.5) ve entegre (%38.8) sistemle ö renim gören ö rencilerin mezun olduktan sonra en yüksek oranda hastanede hem ire olarak çalı mak istedikleri belirlendi ve yapılan analiz sonucu aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$)(Tablo 3). Yapılan pek çok çalı mada ö rencilerin yüksek oranda akademisyen hem ire ya da yönetici hem ire olmak istedikleri saptandı (Dereli ve Demir 1998, Öztürk ve Bahçecik 2003). Bu sonuçta, klinik uygulama sırasında bilgi ve becerileri kullanmanın, ba kalarına yardım etmenin, hastayla birebir ileti im kurmanın ö renciye verdi i doyumun etkisi olabilece i gibi ö rencilerin klinik ortamda mesleklerini daha yakından tanımaları ve klinikte çalı an hem ireleri kendilerine rol modeli almalarının da etkili olabilece i dü ünülmektedir.

Her iki sistemle de ö renim gören ö rencilerin tamamına yakınının kendilerini mesle e hazır hissettikleri belirlendi (Tablo 3). Entegre sistemle ö renim gören ö rencilerin bir yıl süreyle daha yo un bir klinik uygulama deneyimi (nöbet tutma, hastalar ve ekip üyeleriyle daha fazla birlikte olmaları gibi) ya amaları nedeniyle klasik sistem ö rencilerine göre kendilerini daha hazır hissetmeleri beklenebilir. Ancak her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ülkemizde birinci sınıf hem irelik ö rencileriyle yapılan çalı malarda ö rencilerin dönem sonunda kendilerini bu mesle e uygun gördükleri saptanmı tır (Atalay ve ark 1994, Bezci ve Bayık 2005, Turgay ve ark. 2005).

Tablo 4: Ö rencilerin Ö renim Gördükleri E itim Sistemine Göre Hem irelik Mesle ini Algılama Puanlarının Da ılımı

Hem irelik Mesle ini Algılama Ölçe i Alt Boyutları	Klasik Sistem	Entegre Sistem	t	p
	X± SS	X± SS		
Algılama Ölçeği Toplam Puanı	87.57±17.27	84.29±15.96	-1.63	0.10
Mesleki Nitelikler	70.20±14.65	68.82±13.42	-0.80	0.41
Mesleki Statü	17.37±4.22	15.46±4.66	-3.55	0.06

HMAÖ toplam puan ortalaması, klasik sistemle ö renim gören ö rencilerde; 87.57±17.27 iken entegre sistemle ö renim gören ö rencilerde 84.29±15.96 yüksek düzeyde oldu u saptandı (Tablo 4). Ülkemizde son sınıf hem irelik ö rencileriyle yapılan çalı malarda ö rencilerin meslek algılarının orta düzeyde oldu u, sınıf ilerledikçe hem irelik hakkındaki dü üncelerinin olumlu olarak de i ti i belirlenmi tir (Bezci ve Bayık 2005, Çakmakçı ve Aycan 2003, Özsoy ve ark. 1999, Turgay ve ark. 2005, Ulusoy 1992). Bu sonuç çalı mamızla benzerlik göstermektedir. ki farklı e itim sistemi ile ö renim gören ö rencilerin HMAÖ puan ortalamaları, Mesleki Nitelikler ($p>0.05$) ve Mesleki Statü ($p>0.05$) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Her iki e itim sisteminde; ders içeriklerinin benzer olması ve klinik ortamın aynı olması nedeniyle ö rencilerin hem irelik meslek algılarının benzer oldu u dü ünülmektedir. Entegre e itim sisteminde müfredata eklenen seçmeli derslerin ve intörn uygulamasının ö rencilerin hem irelik mesle i algılarını de i tirmed i görülmektedir. Ülkemizde hem irelik ö rencileriyle yapılan çalı malarda ö rencilerin e itimleri süresince hem irelik algılarının olumlu yönde de i ti ini ifade ettikleri saptanmı tır (Atalay ve ark. 1994, Bezci ve Bayık 2005, Turgay ve ark 2005). Görüldü ü gibi ülkemizde hem irelik e itimi sırasında ö rencilerin hem irelik mesle ini algılamaları olumlu yönde de im göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNER LER

Sonuç olarak; klasik ve entegre e itim sistem ile ö renim gören ö rencilerin meslek algıları arasında fark olmad ı ve hem irelik mesle ini yüksek düzeyde algıladıkları belirlendi. Çalı ma sonuçları do rultusunda; entegre sistemle ö renim gören farklı hem irelik okullarında çalı manın tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbaş M, Alparslan N, Öztunç G (2003). Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu I. sınıf öğrencilerinin mesleği tercih etme, okula başlama ve devam etmelerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. I. Uluslar arası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, Dstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık, 187-190.
- Andersson E.P (1993). The perspective of student nurses and their perceptions of professional nursing during the nurse training programme. Journal of Advanced Nursing, 18, 808-815.

- Atalay M (1988). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği isteyerek seçip seçmeme durumları ile okuldaki başarıları arasındaki ilişkinin açıklanması. I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, 11-12: Eylül 1986 İstanbul: Hlal Matbaacılık, 117-124.
- Atalay M, Tel H, Altun E, Tel H (1994). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamada yaşadıkları güçlükler ve yardım beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1: 1, 19-25.
- Başer G (1995). Hemşirelik yüksekokullarında öğrenim gören öğrencilerin sosyal özellikleri, okulu tercih sıralamaları ve seçme nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 1, 11-20.
- Bayık A, Durmuş H, Uysal A (1999). Lise son sınıf kız öğrencilerinin hemşirelik mesleğini seçme ve bu mesleğe ilişkin görüşlerinin incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum; A.Ü.H.Y.O., 390-394.
- Bezci G, Bayık A (2005). Hemşirelik öğrencilerinin hemşireliği algılamaları. IV. ulusal hemşirelik öğrencileri kongresi, Ankara: Kök Yayıncılık, 51.
- Bilecan D, Çakır Z, Demircan H ve ark. (2005). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki yeterlilik açısından kendilerini algılayış düzeylerinin belirlenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ankara: Kök Yayıncılık, 42.
- Çakmakçı A, Aycan N (2003). Lise son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğine bakış açıları ile mesleği tercih etme durumları; Manisa örneği. Hemşirelik Forumu, 6: 1, 33-42.
- Demirkıran F., Türk G, Denat Y (2005). İlk klinik uygulama öğrencilerin mesleklerine ilişkin görüşlerini etkiler mi? Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Özel Sayısı.
- Dereli N, Demir Ü (1998). Hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin mesleğe ilişkin düşüncelerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksekokulu Dergisi., 14: 2, 119-128.
- Erdemir F (1997). Hemşirelik yüksekokulu 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik yüksekokulunu tercih etme, okula başlamaya karar verme özellikleri ve okula devam etmede etkili faktörler. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, Dstanbul: Çevik Matbaacılık, 322-327.
- Eşer İ, Khorshid L, Denat Y (2008). Hemşirelik Mesleğini Algılamada İlk Klinik Uygulamanın Etkisi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 24:1, 15-26.
- Eşer, D., Khorshid, L., Denat, Y. (2006) "Hemşirelik Mesleğini Algılama" Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Çınar Dergisi, 10 (1).
- Fadıloğlu C, Esen A, Akyol AD (1999). Öğrenci ve mezun hemşirelerin klinik uygulamalara ilişkin beklentilerinin karşılaştırılması. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı (Uluslararası Katılımlı), İstanbul: Çevik Matbaacılık, 30-36.
- Karadakovan A (1996). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin eğitimin başlangıcında ve mezuniyetten önce meslek seçimi beklentileri ve çalışmak istedikleri alanlar ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. Türk Hemşireliğinde Yükseköğrenimin 40. Yılı Sempozyumu Kitabı, Dzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 301.
- Kuzulu K, Koçak F (1993). H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu 1. sınıf öğrencilerinin mesleğe yönelmelerini etkileyen faktörler ve değer sistemleri. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı (Uluslar arası Katılımlı), Dstanbul: D.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 120-125.
- Özsoy SA, Uysal A, Bayık A, Erefe İ. (1999). Hemşire öğrencilerin mesleğe ilişkin görüşlerinin ileriye dönük incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum: A.U.H.Y.O., 345-350.
- Öztürk H, Bahçecik N (2003). Öğrencilerin meslek olarak hemşireliği seçmelerini etkileyen faktör ve gelecekteki mesleki beklentileri. I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık, 387-392.
- Turgay AS, Karaca B, Ceber E, Aydemir G. (2005). Hemşirelik öğrencilerinin mesleği algılayışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 1, 54-62.
- Ulupınar S, Ekizler H (1997). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin okulları ile ilgili görüşlerine ilişkin niteliksel bir çalışma. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, İstanbul: Çevik Matbaacılık, 188-189.
- Ulusoy MF (1992). Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin meslek bilinçlerinin araştırılması. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas: Esnaf Ofset Matbaacılık, 24-26.

**B R ÜN VERS TEN N SA LİK B L MLER FAKÜLTES NDE Ö RENİM GÖREN SON
SINIF Ö RENC LER N N ELE T REL DÜ ÜNME DÜZEYLER N N BEL RLENMES**

*DETERMINING THE SENIOR STUDENTS CRITICAL THINKING ABILITIES IN HEALTH SCIENCES
FACULTY IN A UNIVERSITY*

Yard.Doç.Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK Ar.Gör. Gülzade UYSAL

Ba kent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; bir üniversitede sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören son sınıf öğrencilerinin ele tirdü ünme düzeylerini belirlemek ve karşılaştırmaktır.

Yöntem: Araştırma; tanımlayıcı bir araştırmadır. Özel bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören 211 son sınıf öğrencisinin katılımı ile Mart-Haziran 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplamada araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilmiş 20 sorudan oluşan soru formu ve California Ele tirdü ünme E ilimi Ölçeği (CCDTI) kullanılmıştır. Veriler SPSS 11.5 paket programında ki-kare testi, ANOVA testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin % 62,6'sı, 21-23 yaş arasında olup %74,4'ü kadındır. Öğrencilerin %56,4'ünün Anadolu/ Fen lisesi/Kolej mezunu olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin % 69,7'sinin ele tirdü ünme e ilim puanları düşük düzeyde iken, % 30,3'ünün ele tirdü ünme e ilim puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bölümlere göre CCDTI ele tirdü ünme e ilim düzeyi toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hemirelik bölümü puan ortalaması; 237,69, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü puan ortalaması; 230,56, beslenme ve diyetetik bölümü puan ortalaması; 225,41, sosyal hizmet bölümü puan ortalaması 220,24; spor bilimleri bölümü puan ortalaması 218,40; sağlık kurumları işletmeciliği bölümü puan ortalaması 210,27 olarak saptanmıştır. ($p<0.05$). Çalışmaya katılan öğrencilerden Anadolu/ fen lisesi/ kolejde eğitim almış olanların ele tirdü ünme e ilim puanları $229,49\pm 23,8$ olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar: Sonuç olarak; üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde ele tirdü ünme e ilim düzeylerinin düşük olduğu saptanırken bazı sosyo-demografik özelliklerinin ele tirdü ünme e ilim düzeylerini etkilediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Ele tirdü ünme, ele tirdü ünme e ilimi, hemirelik ve ele tirdü ünme, dü ünme

ABSTRACT

Objectives: Aim of this study is to determine and compare critical thinking dispositions of the senior students in health sciences faculty in a university.

Methods: This descriptive study was conducted with 211 senior students in health sciences faculty in a private university in March- July 2010. The California Critical Thinking Disposition Inventory and a self report questionnaire survey which was developed by the researchers with the

help of the material based on the literature was used to collect the data in the study. The questionnaire was developed by the researchers. Chi-square, ANOVA and t tests were used in the data analysis in the program of SPSS 11.5.

Results: The majority (62.6 %) of the students participating in the research were in the 21-23 year old age group and 74.4 % of them were women. Most of the students (%56,4) graduated from anatolian/science high school or college. According to the findings of this study, it was determined that % 69.7 of the student's have low level critical thinking skills, % 30.3 of the students have moderate level critical thinking skills. It was determined that the mean scores of the CCTDI according to departments were for nursing department 237.69; for physical treatment and rehabilitation department 230.56; for nutrition and dietetic department 225.41, for social services department 220.24, for sports sciences department 218.40, and for health institutions management department was 210.27 ($p<0.05$). It was significantly meaningful that, the students who were graduated from anatolian/science high school or college CCTDI mean scores higher than the other students.

Conclusion: As a conclusion; it was determined that students have low level critical thinking skills in health sciences faculty in a university. Some socio-demographic data had influence on critical thinking skills.

Key Words: Critical thinking, critical thinking disposition, critical thinking skills, nursing and critical thinking

G R

21. yüzyıl için gereken temel becerilerden biri olan ele tirel dü ünme, literatürde önemi giderek artan bir kavram olarak kar ımıza çıkmaktadır.

Ele tirel dü ünme aktif, ba ımsız, yeni fikirlere açık, fikirleri destekleyen ve göz önünde tutan, fikirlerin organizasyonuna önem veren, çok boyutlu bir dü ünme biçimi olarak tanımlanmaktadır (Cücelo lu 1998). Di er bir tanımı ise; ara tırma, sezgi, mantık ve deneyime dayanan, evrensel de erleri olan bir süreçtir. Ele tirel dü ünme, çok yönlü dü ünmeyi, bazen de kar ıt dü ünmeyi gerektirir (Ta cı 2005).

Ele tirel dü ünme; bireyin bir bilginin ya da iddianın do rulu unu, gerçekli ini ve güvenilirli ini kanıtlama, bir konu hakkında karar vermede çe itli kriterlerden yararlanma, okudu u ya da duydu u bir eye ili kin kanıt elde etmeye çalı ma, ba kalarının iddia ve dü üncelerini kabul etmeden önce, onlardan bunu çe itli dayanaklara göre kanıtlamalarını isteme, açıklık, dürüstlük, tutarlılık, do ruluk gibi zihinsel ya da entelektüel becerilerdir (Özdemir, 2005). Ele tirel dü ünme becerisi de ele tirel dü ünebilme için gereken dü ünme yetene i olarak tanımlanır. Ele tirel dü ünme sürecinin içerdi i beceriler; kanıtlanmı gerçekler ve öne sürülen iddialar arasındaki farklılı ı yakalayabilme, elde edilen bilgilere ait kaynakların güvenilirliklerini test edebilme, ili kisiz bilgileri kanıtlardan ayıklayabilme, önyargı ve bili sel hataların farkında olabilme, tutarsız yargıların farkına varabilme, etkili soru sorabilme, sözlü ve yazılı dili etkili kullanabilme ve bireyin kendi dü üncelerinin farkına vardı ı üst bili ve benzerleri yer alır (Kökdemir, 2000). Ele tirel dü ünebilme için yalnızca ele tirel dü ünme becerilerine sahip olmak yeterli de ildir. Ki inin, bu becerilerini kullanabilmesi, ki inin ele tirel dü ünme e ilimini göstermektedir (Dirime e, 2006). Amerikan Felsefe Derne i tarafından hazırlanan "California Ele tirel Dü ünme

Eleştirilen Önceki ile ele tirel düşünmeyi oluşturan yedi temel eleştirilen belirlenmiştir. Bu eleştirilenler aşağıda açıklanmaktadır (Kökdemir, 2003):

Doğru arama: Seçenekleri ya da birbirinden farklı düşünceleri değerlendirme eleştirilenlerini içeren bu boyutta ki gerçek arama, soru sorma becerisi, kendi düşünçesine ters olan veriler karşısında bile nesnel davranma eleştirileni gösterir.

Açık fikirlilik: Kişinin farklı yaklaşımlara karşı hoşgörüsünü ve kendi hatalarına karşı duyarlı olmasını ifade etmektedir. Bu boyutta birey, herhangi bir karar verirken bakış açilerinin görüşlerini de göz önüne alır.

Analitiklik: Sorun çıkabilecek durumlara karşı dikkatli olma ve zor problemler karşısında bile akıl yürütme ve nesnel kanıtları kullanma eleştirilenini gösterir.

Sistematiçlik: Örgütlü, planlı ve dikkatli araştırma eleştirilenidir.

Kendine güven: Kişinin kendi akıl yürütme süreçlerine duyduğu güveni ifade eder.

Meraklılık: Herhangi bir çıkar ya da beklentisi olmaksızın kişinin bilgi edinme ve yeni şeyler öğrenme eleştirilenini yansıtır.

Olgunluk: Zihinsel olgunluk ve bilişsel gelişimi ifade eder (Kökdemir, 2003).

Günümüzde hızla değişen sağlık sistemi ve teknoloji nedeniyle insan sağlığıyla ilgilenen disiplinlerin, uygulamalarını gerçekleştirebilmesi ve toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilmesi için bilgiyi araması, sorgulaması, eleştirel düşünmebilmesi, sorunlara çözüm getirebilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının hizmet sunumunda bu becerilerini etkin bir şekilde kullanmaları güvenli ve etkili bakım sağlamada, hizmet kalitesini yükseltmede önemli bir faktördür (Zaybak ve Khorshid, 2006). Bu nedenle, mesleğebakımdan önce, öğrencilerin üniversite eğitimleri esnasında, eleştirel düşünme becerilerini kazanması gerekmektedir.

Farklı alanlarda eğitim veren sağlık bilimleri programlarında (Çıkrıkçı 1996, Kaya 1997, Dil ve Çoğun 2001, Çenturan ve Alpar 2005, Dirime ve 2006) ve bu bölümlerindeki programlarda da (Kökdemir 2003, Özdemir 2005, Saçlı ve Demirhan 2008, Korkmaz 2009) öğrenim gören üniversite öğrencileri ile yapılmış olan çalışmalarda öğrencilerin eleştirel düşünme becerilerinin olması gerektiği düzeyin altında olduğu ve genellikle orta düzeyde eleştirel düşünme becerisine sahip oldukları görülmektedir.

Öğrencilerde eleştirel düşünme becerisinin geliştirilmesi; bireysel, mesleki gelişimin ve toplumun sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından gereklidir. Bu nedenle bu araştırmada sağlık bilimleri fakültesinden mezun olacak öğrencilerin (hem sağlık ve sağlık hizmetleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, sağlık kurumları işletmeciliği, sosyal hizmetler ve spor bilimleri bölümleri) eleştirel düşünme düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel niteliktedir. Araştırma, bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören son sınıf öğrencileri ile Mart-Haziran 2010

tarihleri arasında yapılmı tır. Fakültede 869 ö renci ö renim görmekte olup ara tırmanın ö rneklemine fakültenin 6 bölümünün (Beslenme ve Diyetetik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Hem irelik ve Sa lık Hizmetleri, Sa lık Kurumları letmecili i, Sosyal Hizmet ve Spor Bilimleri) son sınıfında ö renim gören 211 ö renciden olu turmaktadır. Ara tırmada ö rneklem seçimine gidilmemi , ara tırmaya katılmayı kabul eden ö renciler ara tırmaya dahil edilmi tir. Ö rneklem tımüne ula lımlı tir.

Verilerin toplanmasında California Ele tirel Dü ünme E ilimleri Ölçe i (CCTDI) ve soru formu kullanılmı tır. Soru formu, ö rencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve ele tirel dü ünme e ilimlerini etkileyen faktörleri içeren 20 sorudan olu maktadır. CCTDI 51 maddeden olu makta olup 1990 yılında Amerikan Felsefe Derne inin yürüttü ü Delphi projesinde geli tirilmi tir. Ölçe in Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalı ması Kökdemir (2003) tarafından yapılmı tır. Ölçe in Türkçe'ye uyarlanması altı alt ölçekten olu maktadır. Ölçe in alt ölçekleri do ruyu arama, açık fikirlilik, analitik dü ünen, sistematiklik, kendine güven ve meraklılıktır. Bu alt ölçeklerde, ayrı ayrı de erlendirme amacıyla ölçeklerin toplamından olu an puanlama sistemi kullanılmaktadır. Her bir madde 1 ve 6 arasında (Hiç katılmıyorum: 1 puan, katılmıyorum: 2 puan, kısmen katılıyorum: 3 puan, kısmen katılmıyorum: 4 puan, katılıyorum: 5 puan, tamamen katılıyorum: 6 puan) de erlendirilmi tir. Ölçekten alınan toplam puan ele tirel dü ünme düzeyini yansıtır. 240 puanın altı dü ük, 240-300 puan arası orta, 300 puanın üstü yüksek ele tirel dü ünme e ilimini göstermektedir. Ölçe in iç tutarlılı ı 0.88'dir.

Elde edilen veriler Statistical Package For Social Science (SPSS 11,5 for Windows) kullanılarak analiz edilmi tir. Verilerin analizi bilgisayar ortamında de erlendirilmi tir. Veriler istatistiksel analizlerde ki-kare t testi, ANOVA testi yapılarak, yüzdeler ve sayısal da lımlar incelenerek analiz edilmi tir.

Ara tırma için Üniversitenin Sosyal ve Be eri Bilimler Ara tırma Kurulu'ndan ve Sa lık Bilimleri Fakültesi Dekanlı r'ndan gerekli izinler alınımı tır.

BULGULAR

Ara tırmaya katılan ö rencilerin tanıtıcı özelliklerine bakıldı nda; % 62,6'sı, 21-23 ya arasında olup %74,4'ü, kadındır. Ö rencilerin %97,2'si bekâr ve %59,2'si bir karde e sahiptir. Ö rencilerin %56,4'ünün Anadolu/ Fen lisesi/Kolej mezunu oldu u belirlenmi tir.

Ö rencilerin, üniversite e itimi alırken çalı ma durumları incelendi inde; %64,5'inin (n=136) hiç çalı mamı oldu u, çalı anların ise %23,2'sinin e itimleriyle ilgili bir i te çalı tıkları belirlenmi tir. Ö rencilerin % 55,9'u sosyo-ekonomik durumlarını "gelir gidere e it" olarak ifade etmi tir.

Ö rencilerin aile ili kisi örüntüleri incelendi inde; %52,6'sı demokratik, %20,9'u ise koruyucu aileye sahip olduklarını belirtmi lerdir.

Tablo 1: Öğrencilerin Bölümlerine Göre Ele Tirel Dönme E ilim Puan Düzeylerinin Da ılımı (n=211)

SBF BÖLÜMLER	Dü ük düzey (239 puan ve altı)		Orta düzey (240-299puan)	
	n	%	n	%
Hem irelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü	26	12,3	24	11,4
Beslenme ve Diyetetik Bölümü	23	10,9	12	5,7
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü	28	13,3	17	8,1
Sosyal Hizmetler Bölümü	25	11,8	5	2,4
Sa ılık Kurumları İetmecili i Bölümü	24	11,4	1	0,5
Spor Bilimleri	21	10,0	5	2,4
Genel Toplam	147	69,7	64	30,3
X =21,1 P=0,001				

Tablo 1’de öğrencilerin bölümlerine göre ele tirel dönme e ilim puanlarının da ımları görülmektedir. Öğrencilerin % 69,7’sinin ele tirel dönme e ilim puanları dü ük düzeyde iken, % 30,3’ünün ele tirel dönme e ilim puanlarının orta düzeyde oldu u belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre, Hem irelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü’nün orta düzey e ilim puanı di er bölümlere göre yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur ($p<0,05$).

Tablo 2: Öğrencilerin CCTDI Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Da ılımı (n=211)

CCTDI Alt Ölçekleri	CCTDI Alt Ölçek Puan Ortalamaları		t	p
	X	Sd		
Do ruyu arama	26,21	± 5,8	1,9	0,02
Açık fikirlilik	48,33	± 8,7	1,0	0,43
Analitik dönme	49,43	± 7,3	1,1	0,30
Sistematiklik	26,30	± 4,0	0,6	0,81
Kendine güven	30,15	± 5,6	1,8	0,03
Meraklılık	35,39	± 6,7	1,2	0,27
Toplam	226,03	± 23,6	1,4	0,12

Tablo 2’de öğrencilerin ele tirel dönme e ilim alt ölçek puan ortalamaları incelendi inde; alt ölçek puan ortalamalarının dü ük oldu u görülmü ; do ruyu arama (26,21±5,8) ve kendine güven (30,15±5,6) alt ölçek puan ortalamalarının dü ük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur ($p<0,05$).

Tablo 3: Öğrencilerin Bölümlerine Göre Ele Tirel Dönme E ilimi Alt Ölçek Puan Ortalamaları (n=211)

CCTDI ve Alt Ölçekleri	HSB (n=50)	BD (n=35)	FTR (n=45)	SH (n=25)	SB (n=26)	SK (n=30)	F	p
	X Sd	X Sd	X Sd	X Sd	X Sd	X Sd		
Do ruyu Arama	28,05±5,8	25,23±4,7	28±5,3	24,23±6,4	25,04±5,9	23,91±5,6	3,7	0,00
Açık Fikirlilik	50,24±9,1	49,58±7,7	51,69±8,6	46,41±7,3	44,26±8,2	43,25±8,2	5,5	0,00
Analitik Dönme	51,43±6,5	49,25±7,4	50,63±7,0	48,07±8,3	47,53±6,7	47,13±7,4	2,1	0,06
Sistematiklik	39,16±5,5	34,41±7,4	34,47±6,2	35,01±5,8	34,81±3,1	31,92±6,8	1,3	0,25

Kendine Güven	32,54±5,0	30,01±6,1	29,03±5,1	30,07±5,9	30,06±5,3	27,81±5,4	3,2 0,00
Meraklılık	26,77±3,7	26,35±3,1	27,21±4,6	25,72±4,2	25,09±3,1	25,61±4,9	5,2 0,00
Toplam	237,69±21,8	225,41±23,8	230,56±21,6	220,24±21,0	218,40±25,1	210,27±19,0	6,6 0,00

Tablo 3' de ö rencilerin bölümlere göre ele tirel dü ünme e ilimi alt ölçek puanları görülmektedir. Do ruyu arama ve kendine güven alt ölçek ve genel puan ortalamalarında hem irelik bölümü ö rencilerinin di er bölümlere göre daha yüksek puan aldıkları; do ruyu arama, açık fikirlilik ve meraklılık alt ölçek puan ortalamalarında ise fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü ö rencilerinin di er bölümlere göre daha yüksek puan aldıkları görülmü olup sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalı maya katılan ö rencilerin mezun oldukları lise türlerine göre ele tirel dü ünme e ilimi ve alt ölçek puan ortalamaları kar ıla tırıldı nda, Düz lise/ Meslek lise'sinde e itim görmü ö rencilerin ele tirel dü ünme e ilim puanları 221,55±22,7, Anadolu/Fen lisesi/Kolej'de e itim görmü ö rencilerin ele tirel dü ünme e ilim puanları ise 229,49±23,8'dir ($p<0,05$).

Anadolu/ Fen lise/Kolej'de e itim görmü ö rencilerin do ruyu arama ve açık fikirlilik alt ölçek puan ortalamaları di er lise türlerine göre yüksek düzeyde ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur ($p<0,05$).

Çalı maya katılan ö rencilerinin mevcut not ortalamalarına göre ele tirel dü ünme e ilimi ve alt ölçek puan ortalamaları incelendi inde; 1-2,49 not ortalamasına sahip ö rencilerin ele tirel dü ünme e ilim puanları 219,63±21,0, 2,5-2,99 not ortalamasına sahip ö rencilerde 229,05±25,5, 3-4 not ortalamasına sahip ö rencilerde 230,64±20,7'dir ($p<0,05$).

Ö rencilerin not ortalamasına göre alt ölçek puan ortalamalarına bakıldı nda ise; 3-4 not ortalamasına sahip ö rencilerin do ruyu arama ve meraklılık alt ölçek puan ortalamaları di er not ortalamalarına göre yüksek düzeyde olup aralarındaki ili ki istatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur ($p<0,05$).

Ö rencilerin karde sayılarına göre ele tirel dü ünme e ilimi ve alt ölçek puan ortalamalarının kar ıla tırılması incelendi inde; karde i olmayan ö rencilerin ele tirel dü ünme e ilim puanları 215,34±23,5, 1 karde e sahip ö rencilerin puanları 228,5±23,6, 2 ve üzeri karde e sahip ö rencilerin puanları 224,99±22,8'dir. Ö rencilerin karde sayısına göre ele tirel dü ünme e ilim puanları arasında 1 karde e sahip ö rencilerin ele tirel dü ünme e ilim puanları yüksek düzeyde ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur ($p<0,05$).

Çalı maya katılan ö rencilerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre ele tirel dü ünme e ilimi ve alt ölçek puan ortalamaları kar ıla tırıldı nda; geliri giderinden az olan ö rencilerin ele tirel dü ünme e ilim puanları 222,50±28,9, geliri giderine e it olan ö rencilerin puanları 227,62±23,1 ve geliri giderden fazla olan ö rencilerin e ilim puanları 224,28±23,5'tir ($p>0,05$).

Öğrencilerin çalıştığı deneyimlerine göre ele tiri düzeyi ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; çalıştığı deneyimi olan öğrencilerde ele tiri düzeyi ve alt ölçek puan ortalamaları yüksek düzeydedir ($p=0,05$). Çalıştığı deneyimi olan öğrencilerin analitik düşünme, kendine güven ve meralilik alt ölçek puan ortalamaları, çalıştığı deneyimi olmayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Öğrencilerin aileleri ile ilişkilerine göre ele tiri düzeyi ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; aile özellikleri otoriter olan öğrencilerin ele tiri düzeyi ve alt ölçek puanları $231,43\pm 23,3$, demokratik olanların puan ortalamaları $227,41\pm 23,7$, aileleri ilgili olanların puan ortalamaları $221,15\pm 23,3$ tür. Ayrıca aileleri ile ilişkisi koruyucu olanların puan ortalamaları $224,81\pm 22,2$, ilgisiz olanların puan ortalamaları $206,61\pm 22,8$ ve diğer aileleri kullanan öğrencilerin puan ortalamaları ise $237,53\pm 42,3$ tür.

TARTI MA

Ara tırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin CCTDI' den aldıkları puan ortalamasına göre ele tiri düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, literatürdeki diğer ara tırma bulguları ile farklılık göstermektedir.

Literatürdeki ara tırmaların eğitim bilimleri, mühendislik, fen edebiyat, sosyal bilimler ve sağlık bilimleri alanında yoğunlukla hem ilişki öğrencileri üzerinde yürütüldüğü görülmüştür. Kaya (1997)'nin mühendislik, sosyal bilimler ve sağlık bilimleri öğrencileriyle, Gülveren (2007)'in eğitim fakültesi öğrencileriyle, Kökdemir'in 2003 yılında İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmaları sonuçlarında öğrencilerin ele tiri düzeyi ve alt ölçek puanları "orta düzey" olarak belirlenmiştir.

Dil ve Coşkun (2001)'un sağlık teknolojisi beslenme ve diyetetik bölümü, Dicle ve Dirime (2005)'nin hem ilişki yüksekokulu, Saçlı ve Demirhan (2008)'in beden eğitimi ve spor öğretmenliği bölümü öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda, öğrencilerin ele tiri düzeyleri "orta düzey" olarak belirlenmiştir.

Ara tırma sonuçlarındaki bu farklılığın nedenleri incelendiğinde, diğer ara tırmalarda yer alan bölümlerin giriş puanlarının ara tırma örnekleme kapsamında yer alan sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin giriş puanlarından daha yüksek oldukları düşünülebilir.

Zambak ve Khorshid(2006)'in, Öztürk (2006)'ün, Güneş ve Kocaman(2005)'in hem ilişki bölümü öğrencileri ile yürüttükleri çalışmaları, öğrencilerin ele tiri düzeyleri "düşük" olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ara tırma bulgularıyla ve özellikle hem ilişki bölümü öğrencilerinin ele tiri düzeyleriyle benzerlik göstermektedir.

Grosser ve Lombard (2008)'in yaptığı çalışmada ise, üniversite öğrencilerinin ele tiri düzeyi ve alt ölçek puanlarının yüksek olmamasının nedenlerini öğretmen merkezli

ilenen dersler ile kültürel çevrenin bilişsel gelişimi destekleyecek ve ele tirdiği öğrenme yeteneklerini kullanacak şekilde hazırlanmaması ile ilgili değerlendirilmiştir. Öğretmen merkezli yaklaşımlarda öğrenci, öğrenen biri olarak değerlendirilmemekte, yaratıcı öğrenme ve ele tirdiği öğrenme için öğrenciye çok az fırsat tanınmaktadır. Myrick ve Yonge (2003), hem irelik bölümünde çalışan öğretmenlerin o bölümde okuyan öğrencilerde ele tirdiği öğrenmeyi geliştirmedeki deneyimlerini belirlemeye yönelik bir araştırma yapmışlardır. Bu araştırmada öğretmen ve öğrenciler, hem irelik bölümü programlarının ve öğretmenlerinin derslerde kullandıkları öğretim yöntem ve tekniklerinin öğrencilerde ele tirdiği öğrenme düzeylerini geliştirmede yetersiz kaldıklarını ve derslerde öğretmenlerin daha çok ezbere dayalı öğretim yöntemleri ve sınav durumlarını kullandıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmada öğrencilerin bölümlere göre ele tirdiği öğrenme ve ilim puanına bakıldığında en çok "orta düzeyde" ele tirdiği öğrenme puanına sahip olan bölüm, Hem irelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümüdür. Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın nedeninin yalnızca literatüre dayalı ders öğrenmeyi problem odaklı çalışmaların yapılması, rol-play uygulamalarının olması ve klinik stajların olması düşünülebilir.

Zhang ve Lambert (2008)'in hem irelik bölümünde öğrenim gören son sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada benzer bulgulara ulaşılmıştır. Bu çalışmadaki öğrencilerin öğretmenlerin daha iyi yetiştirilmesini sağlamak için ele tirdiği öğrenmelerini arttırdığını ifade etmektedir. Ele tirdiği öğrenme düzeyi aktif öğrenim yoluyla artırılabilir. Zygmunt ve Schaefer (2006)'ın yaptıkları çalışmada da, hem irelik öğrencilerine öğrenci merkezli öğrenim verilerek ele tirdiği öğrenme becerilerinin geliştirildiğini ifade etmişlerdir. Klinik deneyimler ve sınıf ortamında bu deneyimlerin tartışılmasının ise öğrencilerin problem çözme ve ele tirdiği öğrenme becerilerini arttırdığını bildirmişlerdir. Sınıf ortamının ele tirdiği öğrenme düzeyini geliştirdiği bu nedenle interaktif ve diyaloga dayalı ortamın oluşturulmasının, öğrencilerin öğrenmelerini söyleyebilecek bir ortam sağlanmasının gerekli olduğunu da belirtmişlerdir. Hem irelik ve Sağlık Hizmetleri bölümünün ele tirdiği öğrenme düzeyinin diğer bölümlere göre yüksek olmasının nedenini etkileyen diğer bir faktörün ise psikolojiye girişi ve ele tirdiği öğrenme dersinin müfredatta olması düşünülebilir. Hem irelik ve Sağlık Hizmetleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik Bölümleri bu dersi alan bölümler olup ele tirdiği öğrenme düzeylerinin araştırmaya katılan diğer bölümlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Nitekim Kökdemir (2003) tarafından yapılan bir çalışmada da, lisans öğrencilerinin aldıkları "Psikolojiye Giriş" derslerinde ele tirdiği öğrenme eğitimi verilmiş ve bu eğitimin beklenildiği gibi ele tirdiği öğrenme eğitimi güçlendirdiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ele tirdiği öğrenme ve ilim puan ortalamaları ile öğrencilerin mezun oldukları lise türleri incelendiğinde; Anadolu /Fen Lisesi/Kolej mezunu öğrencilerin puanlarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Anadolu/Fen Lisesi/Kolej türü okullara kayıt olabilmek için öğrencilerin yapılan giriş sınavını kazanmaları gerekmektedir. Bu yüzden bu okullarda daha başarılı öğrencilerin eğitim görmekte olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin not ortalamalarına göre ele tirdiği öğrenme ve ilim düzeyi incelendiğinde; öğrencilerin not ortalamaları yükseldikçe ele tirdiği öğrenme ve ilim puanlarının yüksek bulunduğunu ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğunu bulunmuştur ($p < 0,05$). Literatürdeki öğrencilerin ele tirdiği öğrenme ve ilim düzeyi üzerine yapılan bir çok araştırmada, ele tirdiği öğrenme ve ilimine sahip olan öğrencilerin daha yüksek not ortalamalarına sahip oldukları yolunda bulgulara rastlanılmaktadır (Facione 1995, Kaya 1997, Kökdemir 2003, Öztürk 2006). Ancak araştırmamızın bu bulgusunun aksine, Güneş ve Kocaman (2005)'in hemirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ele tirdiği öğrenme düzeyi ile akademik başarı arasında bir fark olmadığı saptanmıştır. Ele tirdiği öğrenmenin akademik başarıya olan etkisini araştırmaya yönelik yurtdışında yapılan araştırmalar incelendiğinde, çalışmamızın bulgusunu destekler şekilde, akademik başarının ele tirdiği öğrenmeyi olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Adams ve ark. 1999).

Araştırmada ise kardeşi olmayanların ele tirdiği öğrenme düzeyi puanları daha düşük olduğunu bulunmuştur. Öğrencilerin kardeş sayılarına göre ele tirdiği öğrenme alt ölçeklerine bakıldığında, sadece iki kardeşe sahip olan öğrencilerin ortalamalarının diğer gruplara göre sistematiklik alt ölçeğindeki farkın anlamlı olduğunu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin sahip olduğu kardeş sayısı ile ele tirdiği öğrenme düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; Kaya (1997)'nin çeşitli fakülte öğrencileri ile yaptığı çalışmada kardeş sayısına göre ele tirdiği öğrenme ve ilimi arasında anlamlı farklılık olduğunu belirlemiştir ancak gruplar arasında ileri analizlerinde kardeşi olmayanların kardeşi olanlara göre ele tirdiği öğrenme düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca Öztürk (2006)'ün öğrencilerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin ele tirdiği öğrenme ve ilim puan ortalaması incelendiğinde, tek çocuk olanların diğerlerine göre daha yüksek ele tirdiği öğrenme ve ilim düzeyi ortalamasına sahip olduğunu belirlenmiştir.

Öğrencilerin sosyo-ekonomik durumlarına bakıldığında; algıladıkları sosyo-ekonomik düzey ile ele tirdiği öğrenme ve ilim puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$).

Dil (2001), Tümkaya ve Aybek (2008) ve Özdemir (2005)'in çalışmaları da bulgularımıza benzer şekilde sosyoekonomik düzeyin ele tirdiği öğrenme düzeyini etkilemediği saptanırken; Öztürk (2006) ve Kaya (1997)'nin yaptıkları çalışmalarda araştırma bulgularının aksine sosyoekonomik düzey arttıkça ele tirdiği öğrenme düzeyinin de arttığı bulunmuştur.

Öğrencilerin çalışma deneyimi ile ele tirdiği öğrenme ve ilim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; deneyimi olanların puanlarının daha yüksek olduğunu saptanmıştır ($p < 0,05$). Alt ölçek puanları incelendiğinde ise analitik öğrenme, kendine güven ve meraklılık alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$), doğruyu arama, açık fikirlilik ve sistematiklik alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde, deneyimin ele tirdiği öğrenme ve ilimini arttırdığı belirtilmektedir.

Ö rencilerin ailelerinin e itim düzeyine bakıldı ında, annelerin (%39,3) ve babaların (%56.4) üniversite mezunu oldu u belirlenmi tir. Ö rencilerin anne- baba e itim durumları ile ele tirel dü ünme düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamı tir ($p>0,05$). Kaya (1997), Öztürk (2006), Özdemir (2005) ve Dil (2001)'in çalı malarında da benzer sonuçlar elde edilmi tir. Ancak bu bulguların aksine Brooks ve Shepherd (1990)'ın çalı masında anne-baba e itim düzeyi yükseldikçe ele tirel dü ünme düzeyinin arttı ı bulunmu tur. Ara tırmada, ö rencilerin ele tirel dü ünme alt ölçek puan ortalamaları incelendi inde anne-baba e itim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamı tir ($p>0,05$).

Ara tırmaya katılan ö rencilerin, aile yapıları ile ö rencilerin ele tirel dü ünme düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmü tür ($p>0,05$). Öztürk'ün, (2006) yaptığı ı çalı mada da aile yapısı ile ö rencilerin ele tirel dü ünme düzeyi arasında ili ki bulunmamı tir. Literatürde, çocuklarına demokratik bir ortam sa layan ailelerin, onları karar süreçlerine kattı ı ve böylece ba ımsızlı ını kazanan çocu un, dü üncelerini rahatlıkla ifade edebildi i, olaylara farklı açılardan bakabildi i, ele tirel ve yaratıcı dü ünmesinin geli ti i belirtilmektedir (Ford ve Profetto 1994, Kaya 1997, Dil 2001, Tümkiye ve Aybek 2008). Ara tırmanın bu bulgusunun, ö rencilerin aile yapılarını oldu undan farklı de erlendirmelerinden ya da ilgili soruyu i aretlemede yeterince objektif davranmamalarından kaynaklanabilece i dü ünülebilir.

SONUÇ

Ara tırma sonucunda; Sa lık Bilimleri Fakültesi ö rencilerinin ele tirel dü ünme e ilim puan ortalamalarının “dü ük düzeyde” yo unla tı ı saptanmı tir. Bölümler içerisinde Hem irelik Bölümünün toplam ele tirel dü ünme e ilim puanı di er bölümlerin puanına göre yüksek bulunmu tur. Ö rencilerin alt ölçek puanları bölümlere göre incelendi inde; do ruyu arama, analitik dü ünme, sistematiklik ve kendine güven alt ölçek puan ortalamaları Hem irelik bölümünde; açık fikirlilik ve meraklılık alt ölçek puan ortalamalarının ise Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünde daha yüksek oldu u belirlenmi tir.

Ö rencilerin ele tirel dü ünme e ilim puanları de i kenlere göre incelendi inde; kadınların, karde sayısı fazla olanların, Anadolu /fen lisesi/ kolej mezunlarının, not ortalamaları yüksek olanların ve e itimleri ile ilgili çalı ma deneyimleri olanların ele tirel dü ünme e ilimleri yüksek bulunmu tur.

ÖNER LER

Ara tırmamızda elde edilen bulgular do rultusunda;

- Ö rencilerin ele tirel dü ünme düzeylerini geli tirmeye yönelik e itim-ö retim stratejilerinin geli tirilmesi, müfredat kapsamına “ele tirel dü ünme” dersinin alınması, e iticilerin dü z anlatım yerine ele tirel dü ünme becerisini geli tirecek vaka analizi, rol-play, tartı ma gibi ö retim yöntemlerini daha sık kullanması,
- Ö rencilerin e itimi sırasında klinik ve saha uygulama sürelerinin artırılması,

- Ele tiriş dñ ünme e ilim düzeyini geli tirilmesi için ö rencilerin e itiminde probleme dayalı ö retim gibi ö renci merkezli e itim modellerinin kullanılması,
- Ö rencilerin ele tiriş dñ ünme düzeylerinin dñ ük olmasının nedenlerini farklı açılardan irdeleyen çalı maların planlanması önerilmektedir.

TE EKKÜR

Ara tırmanın veri toplama a amasında katkı sa layan, Ay e Betül Kanmaz, Meltem Kurt, Sevinç Ku , Fatma Özcan, Gül ah Oklaz ve Hatice Tamer'e te ekkür ederiz

KAYNAKLAR

- Adams MH, Stover LM, Whitlow FA (1999). Longitudinal evaluation of baccalaureate nursing students' critical thinking abilities. *Journal of Nursing Education*, 38:3, 139-141.
- Aybek B, Tümkiye S (2008). Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17:2, 387-402.
- Brooks KL ve Shepherd JM (1990). The relationship between clinical decision making skills in nursing and general critical thinking abilities of senior nursing students in four types of nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 29:9, 391-399.
- Cüceloğlu D (1998). İyi düşün doğru karar ver. (23. Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Çıkrıkçı N (1992). Watson-Glaser eleştirel akıl yürütme gücü ölçeğinin (Form YM) lise öğrencileri üzerindeki ön deneme uygulaması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 25:2, 559-569.
- Dil (Coşkun)S (2001). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Dirimeşe E ve Dicle A (2006). Hemşirelerin ve Öğrenci hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Facione PA, Sánchez, (Giancarlo) CA, Facione, NC ve ark. (1998). The disposition toward critical thinking. *Journal of General Education*, 44:1, 1-25.
- Ford JS ve Profetto-Mcgrath J (1994). A model for critical thinking within the context of curriculum as praxis. *Journal of Nursing Education*, 33:8, 341-344.
- Gülveren H. (2007). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Becerileri ve Bu Becerileri Etkileyen Eleştirel Düşünme Faktörleri. Dokuz Eylül Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir.
- Güneş N ve Kocaman G (2005). Hemşirelik öğrencilerinde kontrol odağı ve eleştirel düşünme becerisinin akademik başarıya olan etkisinin incelenmesi. II. Aktif Eğitim Kurultayı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Grosser MM ve Lombard BJJ (2008). The relationship between culture and the development of critical thinking abilities of prospective teachers. *Teaching and Teacher Education*, 24:5, 1364-1375.
- Kaya H (1997). Üniversite öğrencilerinde eleştirel akıl yürütme gücü. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.
- Korkmaz Ö (2009). Eğitim fakültelerinin öğrencilerin eleştirel düşünme eğilim ve düzeylerine etkisi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7:4, 879-902.
- Kökdemir D(2000). Denizyıldızlarını kurtarmaya çalışanların öyküsü: eleştirel ve yaratıcı düşünme. 11. Ulusal Psikoloji Kongresi, 19-22 Eylül, Ege Üniversitesi, İzmir
- Kökdemir D (2003). Eleştirel Düşünme; www.baskent.edu.tr/elyad.
- Myrick F ve Yonge F (2004). Enhancing critical thinking in the preceptorship experience in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 45:4, 371-380.
- Öztürk N (2006). Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

- Özdemir SM (2005). Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi Erişim tarihi: 23.11.2010. http://www.tebd.gazi.edu.tr/arsiv/2005_cilt3/sayi_3/297-316.pdf.
- Saçlı F ve Demirhan G (2008). Beden eğitimi ve spor öğretmenliği programında öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin saptanması ve karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu. Spor Bilimleri Dergisi, 19:2, 92-110.
- Şenturan L ve Alpar Ş (2009). Hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,12:1,22-31.
- Taşçı S (2005). Hemşirelikte problem çözme süreci, Erciyes Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Dergisi Hemşirelik Özel Sayısı, 14: 73-78.
- Zaybak A ve Khorshid L (2006). Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (2) : 137-146.
- Zhang H, Lambert V (2008). Critical thinking dispositions and learning styles of baccalaureate nursing students from China. Nursing & Health Sciences, 10:3, 175-181.
- Zygmunt DM ve Schaefer KM (2006). Assessing the critical thinking skills of faculty: what do the findings mean for nursing education. Nursing Education 27:5, 260-268.... r o"x7

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE DÜŞMELERİN SIKLIĞI VE KÖK NEDEN ANALİZİ

ROOT CAUSE ANALYSIS AND FREQUENCY OF FALLINGS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Doç.Dr. Feyza SEREN NTEPELER

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemirelik Fakültesi Hemirelikte Yönetim Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Çalışma, bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığını ve kök nedenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir, Mart-Agustos 2010 tarihleri arasında üniversite hastanesinin tüm kliniklerinde meydana gelen hasta düşmeleri araştırılmıştır (N=61). Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan ve altı bölüme ayrılan "Düşen Hasta Bildirim Formu" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı-yüzde dağılımları, ortalama ve kapa uyum analizi ile Eindhoven Sınıflandırma Modeli kullanılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların, %34.4'ü 61-75 yaş grubundadır ve yaş ortalaması 62.2 (SS=1.55)'dir. Hastaların yarısının (%52.5) kadın olduğu ve %19.7'sinin daha önce bir veya daha fazla kez düşme öyküsü olduğu belirlenmiştir. Düşmelerin %32.8'inin hastaneye yatışın ilk üç günü içinde ve %36.1'inin 04:01-08:00 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Düşmelerin %54.1'inin hasta odasında olduğu saptanmıştır. Düşen hastaların %32.78'inde yaralanma meydana geldiği belirlenmiştir. Hastanede düşme oranının %0.33 olduğu ve en yüksek düşme oranının nöroloji kliniğinde (%1.54) meydana geldiği bulunmuştur. Düşme nedenleri sırasıyla; hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği (%32.8), hastanın fiziksel durumu (%32.8), refakatçi olmaması (%22)'dir. Her bir düşme için neden araştırılması sonucu 241 kök neden tanımlanıp sınıflandırılmıştır ve her olay için 3-4 kök neden ortaya çıkarılmıştır. En çok düşmeler hastaya bağlı faktörlerle (%45), kural kaynaklı hatalar (%23), teknik (%15.8) ve organizasyonel (%8) hatalar nedeniyle gerçekleşmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; düşme riski yüksek olan veya düşen hastalarda, risk değerlendirme ölçümü ile hastaların düşme nedenleri değerlendirilerek, doğru, uygun ve hasta bireye özgü önlemlerin alınması önerilebilir. Bu kapsamda, kurumsal düzeyde hasta düşmelerini izleyen, sonuçlarını değerlendiren ve önlemler geliştiren düşme ve risk değerlendirme komitelerinin kurulması sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hasta güvenliği, hasta düşmeleri, düşme nedenleri, kök neden analizi, Eindhoven Sınıflandırma Modeli

ABSTRACT

Objective: This study has been made as a descriptive evaluation for the purpose of understanding the root cause analyses and frequency of fallings in a university hospital.

Methods: No sampling was made in the study. The study population included patients falling down in all clinics of a university hospital between March-August 2010 (N=61). The data were collected by "Falling Inpatient Notification Form" developed by researchers and consisted of six

parts. Eindhoven Classification Model and number, percent distribution, mean and kappa cohesion analysis was used in analyses of the data.

Results and Conclusion: 33.4% of the patients are between 61-75 ages and the mean is 62.2 (SS=1.55). Over half of the patients (52.5%) were female, and a small proportion (19.7%) had a previous history of falling accident for one or more times. 32.8% of the patients were fallen in the first three days. 36.3% of the fallings were seen between 04-08 a.m. 54.1% of the fallings happened in the patient room. In 32.78% of the fallings resulted in injury. The mean falling ratio of the hospital was %0.33 and neurology clinic had the highest ratio with %1.54. The most common causes of the fallings were patient's carelessness (32.8%), physical status of the patient (32.8%), lack of patient relatives (22%). Causal trees were formed for each falling. Totally 241 root cause was defined and 3-4 root cause were found for each falling. The causal trees were found to be patient related factors (45%), rule-based behaviors errors (23%) technical (15.8%) and organizational (8%) errors. In light with the obtained results, it could be suggested to take right, convenient and peculiar precautions by evaluating the reasons of falling accidents through risk evaluation scale in patients falling or with high risk of falling. In this context, it is recommended to the falls and risk assessment committees should be established to monitoring patient falls at the institutional level, evaluating the results of the falls and improving the prevention.

Key Words: Patient safety, patient falls, causes of falls, root cause analysis, Eindhoven Classification Model

G R

Hasta dü meleri hastane ortamında en sık kar ıla ılan ve önemli risklerden biridir. Dü me, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop (bayılma) ya da inme olmadan; dikkatsizlik sonucu bulundu u düzeyden daha a a ıdaki bir düzeyde hareketsiz hale gelmesidir. Son 12 ay içerisinde ikiden daha fazla dü me olması durumu ise rekürren dü me olarak tanımlanmaktadır (Lamb et al. 2005).

Dünya Sa lık Örgütü (WHO) tarafından hasta dü meleri yatakta veya odada gerçekte en dü meler ve hastane genelinde gerçekte en dü meler olarak iki gruba ayrılmı tır. Dü melerin muayene masasından, sedyeden, yataktan, banyoda, ta ima sırasında, kısıtlamalardan kurtularak, takılma, tökezeleme, bayılma, kayma vb. ekillerde oldu u belirlenmi tir (Baker et al. 2004, WHO 2005). Dü me riskini arttıran nedenler; hastane ortamının yabancı olması, vücut aktivitelerinde meydana gelen de i iklikler, ya lılık, demans, görme ve i itme kaybı, kas gücünün azalması gibi fiziksel rahatsızlıklar, zihinsel problemler veya tedavi süreci olarak belirtilmektedir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Krauss et al. 2005, O'Hagan, O'Connell 2005).

Hastaların dü me oranlarını ara tıran çalı malar incelendi inde; Krauss ve arkadaş larının (2005) çalı masında, her 1000 hastadan 2.2 ile 9.1'nin dü me ile kar ıla tı ını belirtmektedir. Bir ba ka çalı mada, hastanede rapor edilen tüm hasta kazalarının %38'ini hasta dü melerinin olu turdu u saptanmı tır (O'Hagan, O'Connell 2005). Yayınlanan bir raporda, dü melerin %5'inin ölüm, fonksiyon kayıpları gibi ciddi zararlar ile %12'sinin ise daha az zararlı sonuçlandı ı belirtilmektedir (Quality Improvement Committee Resources 2008).

Ayrıca hastanede meydana gelen düşmelerin yaralanmalara ek olarak bakım maliyetini arttırdığı ve hastaların hastanede yatma sürelerinin uzamasına neden olduğu saptanmıştır (Bergeron et al. 2006).

Düşmeler, diğer sağlık problemlerinden ayrı olarak, hareket kabiliyetinin kısıtlanmasına, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa ve yaşlılarda bakımevine yerleştirilme gereksiniminde artışa neden olarak bireyin bağımsızlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle hastaların karlı tıkları tehlikeler ve düşmelerden kaynaklanan yaralanma veya kayıp riski analiz edilmelidir. Bunun için öncelikle sistem ve süreç üzerine odaklanılmalıdır. Amaç öncelikle sürecin geliştirilmesi ve daha sonra düşmelerin azaltılması ile hasta güvenliğinin sağlanmasıdır (Currie 2004, Blegen et al. 2004).

Araştırmalar hasta düşmelerinde tek başına bir bireyin davranışının hata nedeni olmadığını; nedenlerin, alt nedenlerin ve hazırlayıcı faktörlerin tamamının hatayı oluşturduğunu göstermektedir (Çakmakçı 2003, Blegen et al. 2004). Bu nedenle düşmelerin kök neden analizi sorgulaması, özellikle altta yatan temel ve nedensel faktörlerin belirlenmesini sağlamak ve kuruluşun kendini geliştirmesi için fırsat sağlamadan dolayı büyük önem taşımaktadır (Williams 2001, Quality Improvement Committee Resources 2008). Kök neden analizi "istenmeyen olayın olası bir şekilde meydana gelmesi dahil olmak üzere performanstaki defektliğin altında yatan temel veya nedensel faktörlerin belirlenmesi için bir süreçtir" (McKee 2005). Sağlık kurumları olayın neden, nasıl gerçekleştiğini ve elimini anlamak, olaylardan ders almak, süreçleri uygulamaya koymak, aynı veya benzer olayın tekrarlanmasını önlemek için bu analizi kullanmaktadırlar (Williams 2001, McKee 2005, Kurutkan 2009).

Sonuç olarak, her düşme fiziksel yaralanmalar, düşen hasta için psikolojik problemler, uzayan hasta yatma süreleri, artan bakım bağımlılığı vb maliyet unsurlarını tetikleyerek tüm sağlık sistemi üzerinde zamanla artan bir tehdit oluşturmaktadır. Düşmenin sonuçlarını, özelliklerini ve risk faktörlerini belirleyebilmek için ilk adım düşmenin nasıl meydana geldiğinin anlaşılmasıdır (Yang 2006, Fonda et al. 2006, Schwendimann et al. 2008). Hasta düşmelerini azaltmak için çevresel ve fiziksel riskleri tanımlamaya yönelik çalışmalara temel oluşturulması amacı ile olayın neden ve kök nedenleri incelenmeli, sonrasında analiz edilmelidir. Hastanelerde güvenli bir ortamın sağlanması ve sürdürülmesi hem bireyin en önemli sorumluluklarından biridir. Bu nedenle, araştırmaların sonuçları yöneticilere yol gösterecek ve düşmelerden zarar gören hasta sayısını azaltacak ve aynı zamanda düşmelere bağlı hastanede kalma süresi ve maliyeti düşürecektir. Hem bireyler düşmelerin kök neden analizlerinden yararlanarak, prosedür ve strateji geliştirebilecek ve var olan prosedürlerin güncellenmesini sağlayabileceklerdir.

Bu kapsamda araştırmaya, bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığını ve kök nedenlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan ara tırma, örneklem seçimine gidilmeden bir üniversite hastanesinin tüm kliniklerinde (29 klinik) Mart-A ustos 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş tir. Ara tırmanın yürütüldü ü tarihler arasında 15 klinikte dü me ya anmı tir. Ara tırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında gerçekleştirilen tüm dü meler (N=61) olu turmu tur.

Veriler ara tırmaacıların literatür taraması do rultusunda olu turdukları Dü en Hasta Bildirim Formu ile toplanmı tir (Yang 2006, Derrick 2008, Choi 2008, Kurutkan 2009). Bu form; genel bilgiler, dü me ekli, dü me nedenleri, alınmamı önlemler, dü menin alt nedenleri ve hastada dü me sonucunda yaralanma veya bilinç düzeyinde de i klik meydana gelip gelmedi ini de erlendirmektedir ve altı bölümden olu maktadır. Dü en Hasta Bildirim Formu hastanenin tüm kliniklerinde hasta dü mesini raporlayan hem ire veya klinik sorumlu hem ireleri tarafından doldurulmu tur. Elde edilen verilerin analizi için SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmı tir. Veriler sayı-yüzde da ılımları, ortalama ve kapa uyum analizi ile Eindhoven Sınıflandırma Modeli kullanılarak de erlendirilmı tir. Ara tırmada dü me oranı hesabı için:

$$\text{Dü me Oranı} = \frac{\text{Dü me Sayısı}}{\text{Hasta yatı gün sayısı}} \times 1.000 \text{ formülü kullanılmı tir (Morse 2009).}$$

Ara tırmanın ikinci a amasında kök nedenlerin belirlenmesi için veri toplama aracı olan Dü en Hasta Bildirim formlarından yararlanılarak her bir olayın neden a açları yapılmı tir. Böylelikle dü melerin altında yatan gerçek nedenler belirlenmi tir. Neden a açlarının analizi için kullanılan PRISMA yönteminin geçerlilik ve güvenilirli i Snijders ve arkadaş ları (2009) tarafından yapılmı tir. PRISMA'nın tıbbi olayların nedenlerinin tanımlanması ve sınıflandırılmasında kabul edilebilir ve güvenilir oldu u kanıtlanmı tir. Bu çalı mada da kök nedenlerin de erlendirilmesinde PRISMA yönteminin ilk a aması olan, nedenlerin sınıflandırılması için Eindhoven Sınıflandırma Modeli (Eindhoven Classification Model-ECM) kullanılmı tir. Her bir neden a acının son basama ı ECM ile de erlendirilerek kodlanmı tir (Schaaf, Habraken 2005, Smits et al. 2009). Bu kodlamada ve nedenlerin sınıflandırılmasında, ara tırmaacılarla birlikte dört yüksek lisans ve üç lisans mezunu hem ireden yardım alınmı tir. Hem irelere ECM hakkında bilgilendirme yapılmı tir. Veriler toplandıktan sonra ara tırmaacılar dahil sekiz ki ilik komite bir araya gelerek neden a açlarının de erlendirilmesi, ECM'deki kodlara göre sınıflandırmadaki kategoriye da ılımları yapılmı tir. Yöntemin bu çalı ma için geçerlili ini test etmek üzere be ki ilik farklı bir uzman komite olu turulmu tur. Komitedeki uzmanların üçü konuyla ilgili ö retim üyeleri, di er ikisi de alanda konuyla ilgili yönetici hem irelerdir. Bu komite de neden a açlarından elde edilen kök nedenleri ECM ile sınıflandırmı tir. ki komitenin uyumunu test etmek

amacıyla kappa uyum analizi yapılmıştır. Karar verici komiteler arası uyum iyi derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\kappa = 0.734, p < 0.05$).

Ara tırmanın yürütülmesi için etik kurul ve hastane yönetiminden yazılı izinler alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Ara tırmada düğün hastalarının, %34.4'ü 61-75 yaş grubundadır ve yaş ortalaması 62.2 (SS=1.55, min=24, max=90)'dir. Düğün hastalarının %52.5'i kadındır ve %19.7'sinin daha önce bir veya daha fazla kez düğün ü belirlenmiştir.

Literatürde yapılan ara tırmalarda 50-85 yaş arasındaki hastaların daha sık düğünleri saptanmıştır (Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, Heinze et al. 2007, Berdot et al. 2009). Ara tırmanın sonuçları yukarıda açıklanan literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, erkeklerin kadınlara göre daha fazla düğün ü saptanmıştır (Sezgin 2007, Özyurt 2008, Erdem ve ark. 2009). Ancak bazı ara tırmalarda da kadınların erkeklerden yaklaşık olarak üç kat fazla düğünleri belirlenmiştir (Uden et al. 1999, Karataş, Maral 2001, Dempsey 2004, Heinze et al. 2007, Berdot et al. 2009). Sezgin'in (2007) çalışmasında, düğün grubtaki erkek sayısı (%55.5) kadınlara (%44.5) yakın sayıda bulunmuş olması, ara tırmamızdan elde ettiğimiz her iki cinsiyetin düğün oranlarının yakın olması sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan ara tırmalarda düğün hastalarının yaklaşık yarısının bir düğün öyküsünün olduğu ve yaklaşık 1/4'ünün, iki veya daha fazla düğün ü saptanmıştır (Tinetti 2003, Hitcho et al. 2004, Heinze et al. 2007, Schwendimann et al. 2008, Berdot et al. 2009). Çalışmalarda bir kez düğün hastalarının ikinci ve üçüncü kez de düğünleri belirtilmektedir (Gablear 1993, Evans et al. 2001, Tinetti 2003, Heinze et al. 2007, Schwendimann et al. 2008, Berdot et al. 2009). Evans ve arkadaşları (2001) hastanede düğün hastalarının 1/5'inin daha önce bir kez ve daha fazla düğün ya adıklarını bulmuşlardır. Ara tırma Evans ve arkadaşlarının (2001) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Ara tırmadaki hastaların %32.8'i ilk üç gün içerisinde düğün müdür. Literatürde düğünlerin en çok hastaneye yatırların ilk haftasında meydana geldiği de bildirilmektedir (Schwendimann et al. 2008). Bu ara tırmada hastaların çoğunun yattıkları ilk üç gün içinde düğünleri, Schwendimann ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Hastaneye yatırların erken dönemlerinde hastaların, çevresel ortamı tanımakta, kullandığı oda, banyo ve tuvaletteki araçların çalışma sistemlerini öğrenmekte zorlanmaları ve fiziksel durumları, bilinç durumları nedeniyle fiziksel ortama uyum sürecinde sorunlar yaşamaları sonucu düğünleri düğün olabilir.

Ara tırmada, düğünlerin %36.1'i 04:01-08:00 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Literatürde hasta düğünlerinin yaşı ve saatler incelendiğinde, raporlanan düğünlerin 24:00- 08:00 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir.

(Sezgin 2007, Özyurt 2008, Derrick 2008, Erdem ve ark. 2009, Torres 2009). Hastaların kliniklerde genellikle uyku problemlerinin olması, sabaha kar ı derin uykudan uyanmaları nedeniyle dü tükleri dü ünülebilir. Ayrıca uyku etkilerini üzerlerinden atamamaları sonucunda dikkatlerinin azalması, acil tuvalet ihtiyaçlarının olması ve tuvalete kalk ı saatleri, hastaların dü meleri ile ili kilendirilebilir.

Ara tırmada, dü melerin %54.1'inin hasta odasında gerçeke ti i saptanm ı tır. Literatürde raporlanan dü melerden %80-%84.7'sinin hasta odasında meydana geldi i belirlenmi tir (Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005, Derrick 2008). Ara tırmanın yapıld ı kurumda, dü melerin en çok hasta odasında görölmesinin nedeni, odada yatan hasta sayısının fazla olması, mobilyaların ve yatakların buna ba lı olarak karma ıklı a ve sıkı ıklı a yol açması, hastaların bunlara takılarak ya da çarparak dü meleri ile açıklanabilir.

Ara tırmada, dü en hastaların %32.78'inde yaralanma meydana gelmesi yapılan benzer çalı ma sonuçları ile uyumlu bulunmu tur (Hitcho et al. 2004, Hill et al. 2005, Yang 2006, Derrick 2008, QICR 2008, JCAHO 2009). Çalı ma sonuçları, literatürle uyum sa lamaktadır.

Tablo 1: Kliniklere Göre Dü me Oranları (N=61)

Klinik Adı	Dü me Sayısı	Dü me Oranı
Dahiliye*	15	1.10
Nöroloji*	10	1.54
Gö üs Hastalıkları*	6	0.66
Genel Cerrahi**	5	0.40
Özel Kat *	4	0.63
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*	3	0.60
Beyin Cerrahisi**	3	0.82
Ortopedi ve Travmatoloji**	3	0.49
Pediyatri*	3	0.32
Çocuk Cerrahisi**	2	0.66
Gö üs Kalp Damar Cerrahisi**	2	0.22
Kulak Burun Bo az**	1	0.20
Kadın Hastalıkları ve Do um**	1	0.11
Dermatoloji*	1	0.30
Göz**	1	0.12
Hastane Genel	61	0.33

*Dahili Klinikler: Dahiliye, Nöroloji, Gö üs Hastalıkları, Özel Kat, Fizik Tedavi Rehabilitasyon, Pediyatri, Dermatoloji

**Cerrahi Klinikler: Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Çocuk Cerrahisi, Gö üs Kalp Damar Cerrahisi, K.B.B., Kadın Hastalıkları ve Do um, Göz

Düme oranı yüksek olan ilk beş klinik sırasıyla, nöroloji (%1.54), dahiliye (%1.10), beyin cerrahisi (%0.82), göğüs hastalıkları (%0.66) ve çocuk cerrahisi (%0.66) olarak belirlenmiştir. Dahili kliniklerde düme oranı 0.65, cerrahi kliniklerde 0.31 olarak bulunmuştur. Hastanedeki genel düme oranı 0.33'dür.

Düme oranları hastanelere veya aynı hastanedeki farklı birimlere göre değişebilir. Yaşlı hasta sayısının, toplam hasta sayısına oranlandığında yüksek olması, o hastane ya da birimde daha yüksek düme oranı belirlenmesine yol açmaktadır. Kliniklerde, farklı düme oranlarının nedeni yalnızca klinik disiplin uygulamaları değildir. Diğer faktörler arasında; hastane düme koruma önlemleri, hasta ve kurumsal özelliklerin çeşitliliği, düme olaylarına dair ölçüm ve kayıt metodu çeşitliliği sayılabilir (Cine-Tschumi et al. 2009).

Gowdy ve Godfrey'in (2003) çalışmasında, düme nedenlerinin tanımlanması, önlem alınması ve bakımda uzmanlaşma ile binde 6.1 olan düme oranının binde 2.6'ya düşürülmesi ve dümelerde azalma oranının %43 olduğu belirlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, düme oranının literatüre göre en düşük düzeyde olmasının araştırmanın yapıldığı sürenin altı aylık bir zaman dilimi içerisinde gerçekleşmesi ve düme bildirimlerinin yetersizliği ile ilişkilendirilebilir. Kesin olarak değerlendirilememekle beraber 1000 hastaya oranlandığında, bu oran %3.3 olabilecektir ve bu da azımsanmayacak bir orandır.

Literatürde en çok düme yaşanan klinikler; fizik tedavi ve rehabilitasyon, dahiliye, geriatri ve nöroloji klinikleri olarak belirtilmektedir (Hitcho et al. 2004, Yang 2006, Schwendimann et al. 2008, Derrick 2008, Choi 2008). Dahili kliniklerde diyabet ve hipertansiyon tanılı hastaların sıklıkla yattığı düme oranında dümelerin arttığı değerlendirilmiştir. Diyabet hastalarında kullanılan diyabet ilaçlarının glikoz seviyesini düşürmesine bağlı olarak, riski arttıran bir sebep olması ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmada, klinikler arasında en yüksek düme oranının nöroloji kliniğine (%1.54) ait olduğu belirlenmiştir. Bu durum, araştırmalardan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Hitcho ve arkadaşları (2004) ile Schwendimann ve arkadaşları (2008) düme hastalarının en çok dahiliye ve nöroloji, rehabilitasyon, psikiyatri klinikleri ile geriatri birimlerinde yattığını ve bu kliniklerdeki düme oranlarının %0.32 ile %1.07 arasında bulunduğunu saptamışlardır. Ayrıca düme oranının dahili kliniklerde, cerrahi kliniklere oranla iki, üç kat daha fazla olduğunu belirlemiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda, hastanelerde her 1000 hastadan "2 ile 10"unun düme ile karşılaşması, bu oranın yaşlıların yoğun olarak bulunduğu birimlerde veya ortam özellikleri ile arttığı belirlenmiştir (Gowdy, Godfrey 2003, Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005, Schwendimann et al. 2008). Nöroloji servisinde yatan hastaların bilinç durumları, kas ve sinir sistemini tutan hastalıklara sahip olmaları nedeniyle, dümelerin daha sık yaşandığı bilinmektedir. Buna rağmen çalışmanın yapıldığı kurumda çevresel faktörlerle ilgili alınması gereken önlemlerin az olması nedeniyle, yüksek oranda düme görüldüğü düşünülmektedir. Sonuç olarak dahili kliniklerde ve nöroloji kliniğinde düme oranının fazla olması literatürden elde edilen verilerle de benzerlik göstermektedir.

Tablo 2: Hasta D melerinin Nedenlerine Göre Da ılımı (N=61)

D�me Nedeni*	Sayı	Yüzde
Hastanın dalgınlık ve dikkatsizli i	20	32.8
Hastanın fiziksel durumu	20	32.8
Refakatçi olmaması	14	22.0
Fiziki ortam	11	18.0
Hastanın beceri eksikli i ve yetersizli i	10	16.4
Hastanın bilinç durumu	10	16.4
Uygun s terlikler	5	8.2
Hastanın oryante olmaması	4	6.5
Güvenlik �nlemleri yetersizli i	3	4.9
Personelin dikkatsizli i	2	3.3
ilaç tedavisi	1	1.6
D�me riski açısından de erlendirilmemesi	1	1.6
letim eksikli i	1	1.6
Di er**	12	19.7

*Birden fazla seçenek i aretlenmi tir.

**Di er nedenler: Hastanın yardımcı aracının olmaması, hipotansif bir yapıya sahip olması, göz kararması, ba dönmesi, tekerlekli sandalyenin kayması, yatak dı ında uyuya kalma vb.

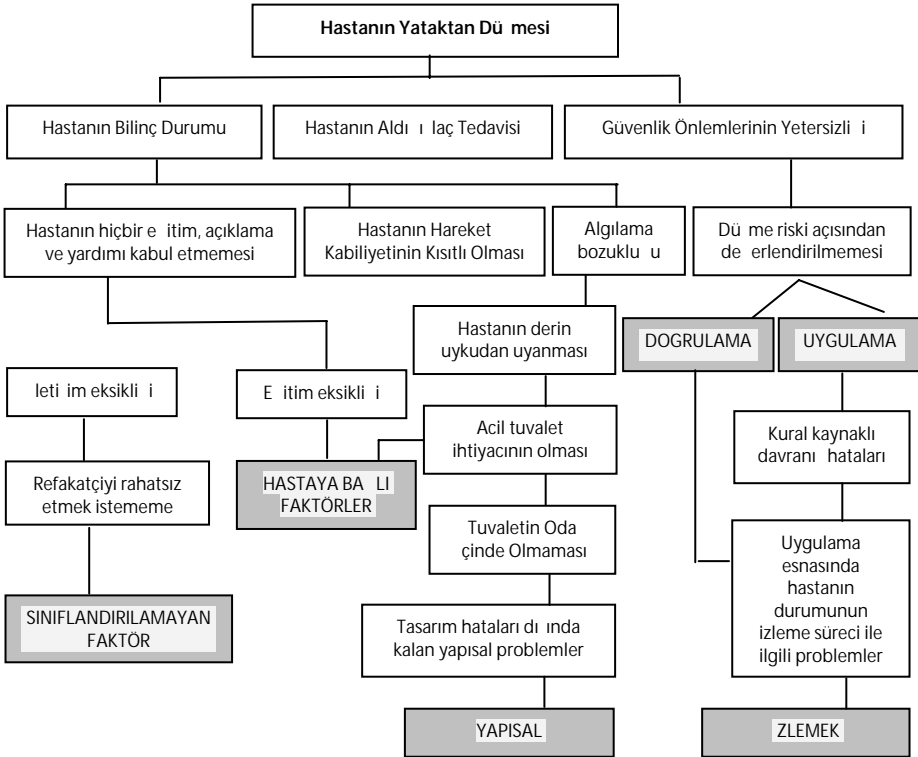
Hastaların ilk be d me nedeni sırasıyla; hastanın dalgınlık ve dikkatsizli i (%32.8), hastanın fiziksel durumu (%32.8), refakatçi olmaması (%22), fiziki ortam (%18), hastanın beceri eksikli i ve yetersizli i (%16.4), hastanın bilinç durumu (%16.4) olarak belirlenmi tir.

Literatürde ve kanıt dayalı rehberlerde d melere ilaç tedavisi gibi içsel faktörler, ıslak ve kaygan zemin, yetersiz aydınlatma, uygun s mobilyalar ve terlikler gibi dı sal/çevresel faktörler, görme kaybı, fiziksel durum gibi ki isel faktörler ve hastanın bilinç durumu neden olmaktadır. Yapılan alı malarda, d en hastalarda bu faktörlerinden en az ikisinin bulundu u saptanmı tir. Bu faktörlerin sayısı arttıkça d me olasılı ı da artmaktadır (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005). Literatür incelemesinde, d me nedenleri arasında ya ı, hastanede kalma süresi, ikincil bir tedavi, damar yoluyla tedavi, aldı ı ilaçlar, hastanın bilinç durumu, hareket kabiliyeti, a rı, uykusuzluk, görme ile ilgili sorunlar, yardımla yürüme, y r y  hızı, yatak kenarları, birimin düzeni, cinsiyet, obezite, tuvalet ihtiyaı, diyare ve kusma yer aldı ı belirtilmi tir. D me risk de erlendirme araçlarının de erlendirme sonucunda ise; hareket durumu, zihinsel durum, bo altımla ilgili problemler ve ilaçlar en önemli risk faktörleri olarak kabul edilmi tir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, O'Hagan, O'Connell, 2005, Krauss et al. 2005, Schwendimann et al. 2008, Tornos 2009). Ara tırmada da ki isel faktörlerin ön planda d me nedeni olarak kar ımıza çıkması literatürle uyumlu bir sonuçtur.

Düşmelerin yaşla beraber artışı gösterdiği, 60 yaş üzeri olan hastaların, fiziksel ve bilinç durumlarının yaşla değişmesi, bazen hiçbir eğitim, açıklama ve yardımcı kabul etmemeleri, kendilerine fazla güvenmeleri, işlerini yardımsız yapabilecekleri düşüncesi ve buna bağlı olarak dalgınlık ve dikkatsizlik sonucu düşmelerin meydana geldiği söylenebilir.

Literatürde düşmelere refakatçi olmamasının neden olduğu ile ilgili bir bilgiye ulaşılmamıştır. Bunun nedeni, ülkemizde ve çalışılan hastanenin kültüründe refakatçi bulundurulmasına izin verilmesi olarak değerlendirilebilir. Refakatçi yokluğunun düşme nedenleri arasında yer alması, hem birey ve personel sayısındaki yetersizliğe bağlı olarak bakımla ilgili bir kısmı seviyeleri refakatçinin üstlenmesi ekinde açıklanabilir.

Araştırma süresince meydana gelen 61 düşmenin her birinin kök neden açıları yapılmıştır. Aşağıda, yapılan neden açılarına ilişkin bir örnek verilmiştir (ekil 1). Her bir neden açısında ulaşılan son noktaların Eindhoven Sınıflandırma Modeli'nde hangi faktörün altında alındığı belirtilmiştir ve Tablo 4'teki sayı ve yüzdelerle ulaşılmıştır.



ekil 1: Neden Açıcı Örneği

Tablo 4: Eindhoven Sınıflandırma Modeline Göre Dü melerin Kök Nedenleri

G ZL HATALAR (N=55)	Dü me Nedenleri	Sayı	%
Teknik (n=38)			
Dı	Hasta terlikleri Hastanın sürekli kulland ı gözlük, baston vb. araçları yanında de il	5 2	9 4
Yapısal	Tuvaletin oda dı ında bulunması Banyo, koridor vb. alanda tutamak olmaması Yüksek zemin Yeterli aydınlatmanın bulunmaması	13 8 4 2	24 14 7 4
Malzeme	Islak/kaygan yer tabelası yok Ortamda gereksiz malzeme, kablo vb. bulunması Bozuk yatakların bulunması ve frenlerinin çalı maması	2 1 1	4 2 2
Organizasyonel (n=17)			
Dı	Hem ire sayısının yetersizli i	2	4
Bilgi aktarımı	leti im eksikli i	1	2
Protokoller / prosedürler	Dü me önlemlerinin do ru alınmaması	11	20
dari öncelikler	Güvenlik önlemlerinin yetersizli i	3	5
AKT F HATALAR (NSAN) (N=53)			
Dı (n=2)	Personelin dikkatsizli i	2	4
Kural Kaynaklı Davranı lar (n=51)			
Nitelik	Personelin e itim eksikli i Yere dökülen sıvıların hemen silinmemesi	2 2	4 4
Koordinasyon	Hastanın yataktan kalkarken yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmemesi Hasta sayısının fazla olması	2 2	4 4
Do rulama	Yatak kenarları kaldırılmaması Yatak sedye kenarı kullanılmaması Frenlerin ve tekerlerin kilitli olmaması	11 2 4	21 4 8
Uygulama	Dü me risk de erlendirmesinin yapılmaması Zeminin ıslak bırakılması Hastanın kısıtlamasının uygun ekilde yapılmaması	14 6 1	26 11 2
zlemek	Hastanın tedavisinde ba dönmesi veya dü meye neden olabilecek ilaçların olması laç tedavisinin saati	4 1	8 2
D ER HATALAR (N=133)			
Hastaya Ba lı Faktörler (n=101)	Hastanın hareket kabiliyetinin kısıtlı olması Hastanın dalgınlık ve dikkatsizli i Acil tuvalet ihtiyacının olması Algılama bozuklu unun olması Hastanın beceri eksikli inin olması Hastanın uykudan uyanması Hastanın oryante olmaması Görme bozuklu unun olması Ajitasyonun bulunması Hastanın e itim, açıklama, yardım kabul etmemesi Ortostatik hipotansiyonunun olması	23 20 16 14 10 5 4 4 2 2 1	17 15 12 11 8 4 3 3 2 2 1
Sınıflandırılmayan (n=32)	Hastanın ihtiyaçlarını yardımsız giderece ini dü ünmesi Refakatçinin olmaması	20 1	15 9

Tüm neden a ıaçlarına göre dümelerin kök nedenleri incelendiğinde, 61 olay için 241 kök neden ECM'de tanımlanıp sınıflandırılmış ve her bir olay için 3-4 kök neden ortaya çıkarılmıştır. Dümelerin ECM ile sınıflandırılmasında, en çok hastaya bağlı faktörler (%45), daha sonra kural kaynaklı (%23) ve teknik (15.8) hatalar nedeni ile gerçekleştiği bulunmuştur. Gizli teknik yapısal hatalardan, tuvaletin odası dışında bulunması (n=13) ilk sırada, banyo, koridor vb. alanda tutamak olmaması (n=8) ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca düme önlemlerinin doğru alınmaması da (n=11) gizli organizasyonel protokol/prosedür ile ilgili hatalar olarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Eindhoven Sınıflandırma Modeli'nin "aktif hatalar" adı altında kategorilendirilmesine göre ilk üç sırada düme risk de erlendirmesi yapılmaması (n=14), yatak kenarlıklarının kaldırılmaması (n=11) ve zeminin ıslak bırakılması (n=6) olarak belirlenmiştir.

Hastaya bağlı dümelere neden olan diğer hatalar ve Eindhoven Sınıflandırma Modeli'nde sınıflandırılmayan hatalar kategorilendirilmiştir. Diğer hatalar kapsamında hastaya bağlı ilk üç neden; hastanın hareket kabiliyeti kısıtlılığı (n=23), hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği (n=20) ve hastanın acil tuvalet ihtiyacının olması (n=16)'dır. Hastaların ihtiyaçlarını yardımsız giderme düüncesi (n=20), refakatçisinin olmaması (n=12) sınıflandırılmayan kök nedenler arasında yer aldığı belirlenmiştir.

Ara tırmada hastaların düme kök nedenleri literatürdeki düme nedenlerine benzer olarak bulunmuştur (Evans et al. 2001, Yang 2006, Schwendimann et al. 2008). Tuvaletin hasta odasının dışında bulunması, hastaların uzun mesafe yürümelerini gerektirmektedir. Ayrıca koridor, banyo ve tuvaletlerde hastaların dengesini sürdürmesine yardımcı olacak tutamakların olmaması, bozuk zemin (silme alan, kaygan hale gelen, yemek dökülmesi ile yağlanmış zemin) teknik, yapısal düme nedenidir.

Düme neden olan çevresel/dışal faktörler ise kaygan ve ıslak zeminlerin bulunması, ortamın yetersiz aydınlatılması, mobilyaların durumu, uygunsuz terlik kullanımı ve kullanılan yürümeye yardımcı araçların uygunluk durumu olarak belirtilmiştir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Hitcho et al. 2004, Krauss et al. 2005).

Ara tırmamızdan elde edilen sonuçlara göre hastaların düme riski açısından de erlendirilmesi kurum politika ve prosedürleri içerisinde yer almasına rağmen, hem irelerin yoğun çalışma saatleri, bakım verdikleri hasta sayısının fazlalığı, var olan prosedürün bilinmemesi nedeniyle bazen yapılamamaktadır. Kural uygulama ve izleme, doğrulama hatalarının bu nedenlerden gerçekleştiği düşünülmektedir.

Hastaya bağlı faktörler incelendiğinde; O'Hagan ve O'Connell (2005) ile Fonda ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında, konfüzyon ve hipotansiyon varlığının düme nedeni olan tıbbi faktörler içinde yer aldığını, hastaların güvensizliği, depresyon, anksiyete ve düme korkusunun hastanın dikkatini azalttığı ve beraberinde dümeyi getirdiği belirtilmiştir.

Yapılan ara tırmalarda hastanın tuvalet ihtiyacını giderme ile ilişkili faktörler, tuvalet için yardıma ihtiyaç duyulması, inkontinans, diyare, diüretik ve laksatif kullanımı olarak belirlenmiştir (Evans et al. 2001, Dempsey 2004, Krauss et al. 2005, Derrick 2008).

Hastaların yattıkları ilk günden itibaren dü me riski açısından de erlendirilmeleri, yakın izlem uygulanması ve e itimle, bakımda uzmanla ma ile dü melerin büyük oranda azaltıldı ı çalı malarda vurgulanmı tır (Evans et al. 2001, Gowdy, Godfrey 2003, Dempsey 2004, Fonda et al. 2006).

SONUÇ VE ÖNER LER

Hasta dü melerinde hastaların %34.4'ünün 61-75 ya ve üzeri, ço unun kadın oldu u, yakla ık 1/3'ünün daha önce bir veya daha fazla kez dü tü ü bulunmu tur. Dü en hastaların %32.78'inde yaralanma meydana geldi i belirlenmi tir. Ara tırma yapılan hastanenin altı aylık dü me oranı %0.33 olarak belirlenmi ve dü melerin dahili kliniklerde, cerrahi kliniklere göre yakla ık iki kat daha fazla oldu u saptanmı tır. Kliniklerin dü me oranları incelendi inde, en yüksek dü me oranının nöroloji klini inde (%1.54) ve dahiliye klini inde (%1.10) oldu u saptanmı tır. Hasta dü meleri en çok hastaların dalgınlık ve dikkatsizli i, fiziksel durumu, refakatçi olmaması gibi nedenlerle gerçekte mektedir. Ara tırmada 61 dü me olayı için 241 kök neden ECM'de tanımlanıp sınıflandırılmı ve her bir olay için 3-4 kök neden ortaya çıkarılmı tır. Dü melerin ECM ile sınıflandırılmasında, en çok hastaya ba lı faktörler (%45), daha sonra kural kaynaklı (%23) ve teknik (%15.8) hatalar nedeni ile dü melerin meydana geldi i bulunmu tur. Dü melerin ECM ile sınıflandırılmasında, en çok hastaya ba lı faktörler (%45), daha sonra kural kaynaklı (%23) ve teknik (%15.8) hatalar nedeni ile dü melerin meydana geldi i bulunmu tur. Dü melerin nedenleri sınıflandırıldı nda; gizli teknik yapısal faktörler, tuvaletin oda dı arısında bulunması (n=13), banyo, koridor vb. alanda tutamak olmaması (n=8) ekinde belirlenmi tir. Ayrıca gizli organizasyonel protokol/prosedür ile ilgili faktörler, dü me önlemlerinin do ru alınmaması (n=11) olarak de erlendirilmı tir.

Hastanede meydana gelen dü melerin sıklı ının ve kök neden analizi ile nedenlerinin de erlendirildi i bu çalı madan elde edilen sonuçlara göre a a ıda sunulan önerilerin kurumlara ve ara tırmacılara yol gösterici olaca ı dü ünülmektedir.

- Kurumsal düzeyde hasta dü melerini izleyen, sonuçlarını de erlendiren ve önlemler geli tiren dü me ve risk de erlendirme komitelerinin kurulması sa lanmalıdır.
- Dü melerin kök nedenleri arasında saptanan hastaya ba lı faktörler (hastaların bilinç durumları, fiziksel durumları, fonksiyonel yeterlilikleri) ayrıntılı olarak de erlendirilmelidir.
- Dü melerin en çok gerçekte ti i nöroloji, dahiliye gibi kliniklerde hastalar daha uzun süreli izlenerek dü me nedenleri açısından de erlendirilmelidir.
- Dü me riski yüksek olan hastalara ve yakınlarına dü me konusunda e itim verilmeli ve hasta dü meye neden olabilecek durumlar hakkında bilgilendirilmelidir.
- Dü meleri önleme programlarının, dü melerin etiyolojik faktörleri ile ili kilendirilmesi gerekti inden, ortam ve hastanın bakımı ile ili kili risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik ara tırmalar yapılmalıdır.
- Dü melerin nedenlerinin kliniklere göre ayrıntılı belirlenmesi için uzun dönemli izlem çalı maları yapılmalı, bu kliniklere özel ara tırmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Baker RG, Norton GP, Flintoft V, et al. (2004). The Canadian adverse events among hospital patients in Canada. *CMA J*, 170(11): 1678-1686
- Berdot S, Bertrand M, Dartigues J, et al. (2009). Inappropriate medication use and risk of falls- a prospective study in a large community- dwelling elderly cohort. *BMJ*, 9(30):1-10
- Bergeron E, Clement J, Lavoie A, et al. (2006). A simple fall in elderly: Not so simple. *Journal of Trauma. Injury, Infection and Critical Care*, 60(2): 268-273
- Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, et al. (2004). Patient and staff safety: voluntary reporting. *Am. J. Med. Qual*, 19(2): 67-74
- Choi H (2008). Falls Among Older Adults: Characteristics of Fallers, Predictors of Falls, and The Impact of Falls on Health Care and Long-Term Care Utilization. South California University, Doktora Tezi, California
- Currie LM (2004). Development and Testing of an Automated Fall-Injury Risk Assessment Instrument. Columbia University, Doktora Tezi, Amerika Birleşik Devletleri
- Çakmakçı M (2003). Hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve akreditasyon. Seminer Kitabı, İstanbul
- Dempsey J (2004). Fall prevention revisited: a call for a new approach. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 479-485
- Derrick DP (2008). Hospital Based Patient Falls: A Clinical Engineering Perspective. Wayne State University, Yüksek Lisans Tezi, Detroit, Michigan
- Erdem DD, Eyüpoğlu LU, Cengiz C, ve ark. (2009). An evaluation of patient falls between the periods of June 2006 and June 2008. III Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Kongre Kitabı, 173
- Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, et al. (2001). Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 7: 38-45
- Fonda D, Cook J, Sandler V, et al. (2006). Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *Medical Journal of Australia*, 168 (8): 379-382
- Gablear (1993). Predicting which patient will fall again.....and again. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1895-1902
- Gowdy M, Godfrey S (2003). Using tools to ases and prevent inpatient falls. *Jt Comm J. Qual Saf*, 29(7): 363-368
- Heinze C, Halfens Rjg, Dassen T (2007). Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 495-501
- Hill K, Black K, Haines T, et al. (2005). Commentary on prevention revisited: a call for a new approach. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 479-485
- Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, et al. (2004). Claiborne Dunagan W., Fischer I., Johnson S., ve ark. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 19(7): 732-739
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2009). Falls are voluntarily reportable sentinel events. <http://www.jointcomissioninternational.org>. Erişim tarihi: 10.08.2010
- Karataş KG, Maral I (2001). Ankara-Gölbaşı İlçesinde geriyatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 4:152-158
- Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, et al. (2005). A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med*, 20: 116-122.
- Kurutkan NM (2009). İstenmeyen olaylara yaklaşım. III.Uluslararası hasta güvenliği kongresi 12 Haziran 2009, İstanbul, http://www.hastaguvenligimiz.com/dengelleme_program.html Erişim tarihi: 13.02.2010
- Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, et al. (2005). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the prevention of falls network Europe consensus. *Journal of Geriatric Society*, 53(9): 1618-1622
- McKee J (2005). Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques. Second Edition, Newyork, Joint Commission Resources (JCR) Published

- Morse JM (2009). Preventing patient falls. Second Edition, New York, Springer Publishing Company, www.springerpub.com/samples/9780826103895_chapter.pdf , Erişim Tarihi: 10.10.2010
- O'Hagan C, O'Connell B (2005). The relationship between patient blood pathology values and patient falls in an acute-care setting: A retrospective analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 11: 161–168
- Özyurt F. (2008). Özel bir vakıf hastanesinde karşılaşılan istenmeyen olaylar ve bu olayların meydana gelmesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Quality Improvement Committee Resources (2008). Commentary on Sentinel&Serious Events Reported by District Health Boards-2006/07, <http://www.qic.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/qic-sentinel-and-serious-events-report-0607>, Erişim Tarihi: 20.06.2009
- Schaaf TW, Habraken MP (2005). PRISMA-Medical a brief description. Eindhoven: Eindhoven University of Tecnology, Faculty of Tecnology Management, Patient Safety Systems
- Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, et al. (2008). Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology*, 54: 342-348
- Sezgin B. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul
- Smits M, Janssen J, De Vet R, et al. (2009). Analysis of unintended events in hospitals: inter-rater reliability of constructing causal trees and classifying root causes. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4): 292–300
- Snijders C, Van der Schaaf TW, Klip H, et al. (2009). Feasibility and reliability of PRISMA-Medical for specialty-based incident analysis. *Qual Saf Health Care*, 18: 486-491
- Tinetti ME (2003). Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*, 348: 42-49.
- Torres SL (2009). Impact of Hand-off Communication on Fall Reduction in an Inpatient Setting. Doktora Tezi, Capella University
- Uden G, Ehnfors M, Sjöström K (1999). Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1):145-152
- Williams PM (2001). Techniques for root cause analysis. *BUMC ROCEEDINGS*, 14: 154-157
- World Health Organization (2005). Who draff guidelines for adverse event reporting and learning systems. www.who.int/entity/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf. Erişim tarihi:12.12.2009
- Yang EYJ (2006). Characteristics and consequences of falls and risk factors for injuries due to inpatient falls for selected hospitals in Taiwan. Doktora Tezi, South Carolina University

BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİNDE %100 PAMUKLU HAVLU İLE HAVALI YATAK KULLANIMININ ETKİNLİĞİ

THE EFFECTIVENESS OF 100% COTTON TOWEL AND AIR MATTRESS IN PREVENTING OF PRESSURE ULCERS

Uzm.Hem . Burcu TOTUR Prof. Dr. Alev DIRAMALI

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

Çalışma, III. Nöroürjji Hemireli i Kongresi, 20-24 Nisan 2007 Aksu/Antalya'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, basınç yaralarının önlenmesinde %100 pamuklu havlu ile havalı yatak kullanımının etkinliklerinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntemler: Toplam 40 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu. Birinci gruptaki 20 hastada %100 pamuklu havlu, ikinci gruptaki 20 hastada ise havalı yatak kullanıldı. Çalışma kapsamına alınan hastaların cilt yüzeyleri, yoğun bakıma kabul edildikleri ilk günden itibaren her gün, birinci derece basınç yarası gelişimi, servise nakledilme ya da ekzis oluşması gibi nedenlerle yoğun bakımdan ayrıldıkları güne kadar izlendi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Ki-kare ve Fisher's Kesin Ki-kare testleri kullanılarak yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Birinci gruptaki 5 hastada (%25), ikinci gruptaki 3 hastada (%15) basınç yarası gelişti. Basınç yaralarının önlenmesinde iki yöntem arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü ($p=0,695$). Birinci ve ikinci gruptaki hastaların basınç yarası gelişimi ile hastaların yaşı, cinsiyeti, tanısı, vücut tipi, hemoglobin düzeyi, albumin düzeyi, bilinç düzeyi, Braden Skalası'na göre belirlenen risk grupları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı ($p>0,05$). Bu değişkenlerin basınç yarası gelişimini etkilemediği saptandı. Çalışma sonucuna göre, basınç yarası gelişme oranının havalı yatak kullanılan hastalarda, % 100 pamuklu havlu kullanılan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı ancak istatistiksel olarak fark olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Basınç yarası, %100 pamuklu havlu, havalı yatak, önleme.

ABSTRACT

Objectives: This study was conducted in order to research use of 100% cotton towel and effectiveness air mattress in preventing pressure ulcers.

Material and Methods: Totally 40 patients established the study sample. A hundred percent cotton towel is used for 20 patients in the first group and air mattress was used for 20 patients in the second group. The patients skin surfaces who were included in the study, were observed everyday from beginning the first day of intensive care unit to development of first-degree pressure sore, transfer to clinic or exitus the discharge day from intensive care unit. Statistical analysis of data were conducted by Chi-square and Fisher's Exact Chi-square tests.

Results and Conclusion: *In the first group of five patients (25%) and in second group of three patients (15%) developed pressure ulcers. With regards to the prevention of pressure ulcers, no statistically significant difference was found between two method ($p=0,695$). Differences between first and second group for onset of epidermis deformation, age of patients, diagnosis, body type, hemoglobin level, albumin level, consciousness status, risk groups determined by Braden Scale were not statistically significant ($p>0,05$). It was found that these variables do not affect development of pressure ulcer. According to the study conclusion, onset of pressure ulcer rate is lower in air mattress group than 100 % cotton towel group but there is no statistically significant difference between two groups.*

Key words: *Pressure sore, 100% cotton towel, air mattress, prevention.*

G R

Geli en teknoloji, akut post-travmatik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyile mesi ya am süresinin uzamasına neden olmaktadır. Uzayan ya am süresi ise yata a ya da tekerlekli sandalyeye ba ımlı popülasyonun artmasına ve dolayısıyla basınç yarası görülme oranlarında da artı a neden olmaktadır (Kurtulu ve Pınar 2003).

Basınç yarası, dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına ba lı olarak geli en ve daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen iskemik doku kaybıdır (Uysal 1992). Basiya u rayan her yerde geli ebilmekle birlikte, en sık görüldü ü bölgeler sakrum, topuklar, iskium ve trokanterlerdir. Daha az sıklıkla dirsekler, skapulanın üzeri, oksipital bölge ve omuzlarda da görülebilir (Kolda ve ark. 1995; Akba ve Uysal 2001; Hug ve ark. 2001). Ancak basınç yaralarının yerleri hastalı ın a amasına, plejinin tipine ve hastanın pozisyonuna göre de i ir. Yata a ba ımlı bir hastada pencerenin ya da televizyonun konumu bile yaraların geli me yerlerini etkileyebilmektedir (Altınta 1998).

Basınç yaraları, aslında önlenebilir bir komplikasyon olmalarına kar ın hastanın primer sorununa yo unla mı olan tedavi ekibinin gözünden kaçabilirler. Basit giri imlerle önlenilecek olan basınç yaraları, olu tu u takdirde tedavileri son derece güçtür ve hastanın ya am süresini, kalitesini kötü yönde etkilerler. Aynı zamanda hastanın asıl sa lık sorununun tedavi sürecini geciktirerek ülke ekonomisine de önemli bir yük getirirler. (Uysal 1992; Yücel 2001; Oymak ve Özdemir 2006).

Basınç yarası görülme insidansının cerrahi hastalarında %12-66, kardiyak cerrahi hastalarında %17-27,2, yo un bakım hastalarında %17-56 ve hastaneye yatan ya lı hastalarda %20-32 oldu u saptanmı tır (Pınar 1998).

Basınç yaralarının önlenmesi için birçok strateji geli tirilmi olmasına ra men, bakım maliyetini ve ya am kalitesini etkileyerek hasta bakım kurumlarında önemli bir sa lık sorunu olmaya devam etmektedir (Kurtulu ve Pınar 2003). Aynı zamanda ya lı bireylerde önemli oranda mortalite ve morbiditeye neden olabilmektedirler (Özgenel ve ark. 2002). Ciddi basınç yarası olan hastalarda ortalama hastanede kalma süresi 8 ay, yüzeysel ülseri olanlarda ise 6 ay olarak bildirilmektedir (Be er 2004).

Teknolojinin gelişmesi ile hastayı çevirmeye yardımcı aletler, özel yatak ve ped gibi araç ve gereçlerin miktar ve çeşitliliğindeki artış, basınç yaralarının önlenmesine önemli katkılarda bulunmaktadır. Basınç yaralarının önlenmesinde standart köpük yataklar, statik yatak örtüleri, dinamik yatak örtüleri ve özel yatak sistemleri, çeşitli koltuklar ve diğer yardımcı araçlar da kullanılmaktadır. (Pınar 1998). Basınç yaralarının önlenmesi amacıyla kullanılan araçlar pahalı olabilir, bu nedenle koruyucu-önleyici araçların seçimine karar vermede eldeki olanaklar ve araca duyulan gereksinim çok iyi değerlendirilmelidir (Pınar 1998; Yapucu ve Eker 2004).

Bu çalışmada basınç yaralarını önlemeye yönelik olarak %100 pamuklu havlu ve havalı yatak yöntemlerinin kullanımı karşılaştırıldı. Literatür incelemesinde havalı yatak kullanımına yönelik çalışmalarında çok farklı sonuçlar elde edildiği saptandı ancak %100 pamuklu havlu kullanılan bir çalışmaya rastlanmadı.

Çalışma için bir hemşirelik yüksek okulunun bilimsel etik kurulundan 2005-74 sayılı ve bir üniversite hastanesi başhekimliğinden B.30.2.EGE.0.1.H.00.04/H-2090 sayılı yazılı izin alındı. Çalışma kapsamına alınan bilinci açık hastalara ya da bilinci kapalı olan hastaların yakınlarına bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onamı alındı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada, basınç yaralarının önlenmesinde kullanılan %100 pamuklu havlu ile havalı yatak etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla planlanan deneysel bir çalışmadır. Bir üniversite hastanesinin beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesinde 23.10.2005-10.06.2006 tarihleri arasında yapıldı.

Veri toplama sürecinde çalışmanın sınırlılıklarına uyan ve olasılıksız örneklem tekniği ile seçilen 40 hasta iki gruba ayrıldı. Birinci grup hastaların yataklarının üzerine %100 pamuklu havlu (n=20) ve ikinci grup hastaların yataklarının üzerine ise havalı yatak (n=20) serildi.

Çalışmanın başlımlı demografik verileri, basınç yarası gelişme durumu, başsız demografik verileri ise hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, vücut tipi, laboratuvar bulguları, hareketlilik düzeyi, inkontinans durumu, bilinç düzeyi, cilt tipi ve Braden Skalası idi.

Çalışmada, bir üniversite rektörlüğü tekstil ve konfeksiyon araştırma-uygulama merkezi tarafından analizi yapılan, %100 pamuk liflerinden oluşan, çözgü iplik sıklığı 13,8 tel/cm, atkı iplik sıklığı 18,4 tel/cm ve hav iplik sıklığı 13,4 tel/cm olan, uzun havlu iplikleri bulunan düz dokunmuş, dokuma deseni bulunmayan, sert olmayan, boyasız ve hasta yatağının yüzeyini tamamen kaplayan havlular kullanıldı.

Çalışmada kullanılan havalı yataklar ise statik, tek kişilik ve baklava kanallı, sessiz kompresör ve zaman kontrol üniteleri olan, 220 volt ve 50 hertz ile çalışabilen, taahhüt edilebilir, ebatları; kontrol ünitesi: 115 X 250 X 95 mm, yatak: 860 X 2350 mm, yatak (içkin): 810 X 1920 mm eklindedir, ağırlıkları; kontrol ünitesi: 1,4 kg, yatak ile: 4,1 kg'dır.

Maliyet açısından %100 pamuklu havlu, havalı yataktan daha ucuzdu ve daha kolay temin edildi.

Beyin ve sinir cerrahisi yo un bakım ünitesine yeni yat ı yapılan, ba ka bir klinikten transfer olmayan, periferik dola ım bozuklu u, diabetes mellitus hastası olmayan, genel ödemi bulunmayan ve steroid kullanmayan hastalar çalı ma kapsamına alındı.

Çalı maya ba larken, hastaların beden kitle indeksine göre vücut tipleri, hemoglobin, albumin ve bilinç düzeyleri, Braden Skalası'na göre basınç yarası geli im riskleri belirlendi. Hastaların yo un bakımdaki ilk günlerinden ba lanarak, birinci derece basınç yarası geli mesi, servise nakledilme ya da eksitus olma gibi nedenlerle yo un bakımdan ayrıldıkları güne kadar her gün cilt yüzeyleri gözlemlendi. Hastalar, birinci derece basınç yarasının geli ti ilk gün çalı madan çıkarıldılar (Boettger 1997). Cilt yüzeylerine de epitelizasyonu arttıran kremler uygulanarak yara tedavi edildi.

Her iki gruba verilen bakımın standardize edilmesi için her iki gruptaki hastaların pozisyonları iki saatte bir de i tirildi, yatak çar afları gergin ve temiz tutuldu, alt bezi kullanılmadı, protein ve vitaminden zengin diyetle beslenmeleri ve yeterli sıvı almaları sa landı (günlük 1,5-2 lt), hastaların yatak içinde a a ıya do ru kaymamaları ve tahri gücünün önlenmesi için yatak ba ınının 45°den fazla yükseltilmemesine özen gösterildi, e er yükseltilmesi gerekli ise çok uzun süre bu pozisyonda kalmamaları sa landı, günde iki defa tüm vücutları, defekasyon gözlendi inde de genital bölgeleri vücut ampuanlı pamuk ile silindi, duru su ile ıslatılmı pamuk ile durulandı ve cilt yüzeyleri kurulanıp nemlendirici uygulandı (Dramalı ve Özbayır 1998; Pınar 1998). Tüm hastalarda foley kateter olması nedeniyle, çalı ma süresince hiçbir hastada idrar inkontinansı gözlenmedi. Dolayısıyla sadece fekal inkontinans de erlendirmeye alındı.

BULGULAR ve TARTI MA

Çalı ma kapsamına alınan hastaların ya ortalaması birinci grupta 47.65±18.83 (18-77) ya , ikinci grupta 51.70±17.96 (18-78) ya idi. Birinci grubun %25' i kadın, %75'i erkek; ikinci grubun %30'u kadın, %70'i erkek hastalardan olu maktaydı.

Tablo 1: Hastaların Sosyo-demografik ve Genel Özelliklerinin Basınç Yarası Geli me Durumu ile li kisi

Özellikler	Birinci Grup				kinci Grup			
	Basınç Yarası Geli en		Basınç Yarası Geli meyen		Basınç Yarası Geli en		Basınç Yarası Geli meyen	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ya Grubu								
18-27 ya	0	0.0	3	20.0	0	0.0	3	17.6
28-37 ya	0	0.0	1	6.7	1	33.3	3	17.6
38-47 ya	1	20.0	3	20.0	0	0.0	3	17.6
48-57 ya	1	20.0	2	13.3	0	0.0	2	11.8
59-67 ya	2	40.0	4	26.7	1	33.3	3	17.6
68-77 ya	1	20.0	2	13.3	1	33.3	3	17.6
	X ² =1.778 SD=5		p=0.879		X ² =2.353 SD=5		p=0.798	
Cinsiyet								
Kadın	1	20.0	4	26.7	1	33.3	5	29.4
Erkek	4	80.0	11	73.3	2	66.7	12	70.6
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			

Basınç Yaralarının Önlenmesinde %100 Pamuklu Havlu ile Havalı Yatak Kullanımının Etkinliği

Tanı								
Kranial Olgu	5	100.0	9	60.0	3	100.0	13	76.5
Spinal Olgu	0	0.0	6	40.0	0	0.0	4	23.5
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.260				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			
Vücut Tipi								
Zayıf	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.9
Normal	4	80.0	9	60.0	1	33.3	6	35.3
Hafif i man	1	20.0	5	33.3	1	33.3	8	47.1
1.Derece i man	0	0.0	1	6.7	1	33.3	2	11.8
	X ² =0.786 SD=2 p=0.675				X ² =1.077 SD=3 p=0.783			
Hemoglobin Düzeyi								
9-11 g/dl	1	20.0	6	40.0	3	100.0	7	41.2
11 g/dl üzeri	4	80.0	9	60.0	0	0.0	10	58.8
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.613				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.211			
Albumin Düzeyi								
3.5 g/dl altı	2	40.0	6	40.0	2	66.7	13	76.5
3.5-5 g/dl	3	60.0	9	60.0	1	33.3	4	23.5
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			
Hareketlilik Düzeyi								
Tam hareketsiz	4	80.0	5	33.3	2	66.7	7	35.0
Çok hareketsiz	0	0.0	3	20.0	1	33.3	4	20.0
Az hareketli	0	0.0	3	20.0	0	0.0	0	0.0
Hareketli	1	20.0	4	26.7	0	0.0	9	45.0
	X ² =3.881 SD=3 p=0.275				X ² =2.913 SD=2 p=0.233			
Fekal inkontinans Durumu								
Var	5	100.0	12	80.0	3	100.0	15	88.2
Yok	0	0.0	3	20.0	0	0.0	2	11.8
	Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=0.539				Fisher'in Kesin Olasılık Testi p=1.000			
Bilinç Düzeyi								
Bilinç kapalı	4	80.0	2	13.3	1	33.3	5	29.4
Stupor	0	0.0	2	13.3	2	66.7	2	11.8
Konfüze	1	20.0	4	26.7	0	0.0	5	29.4
Apatik	0	0.0	2	13.3	0	0.0	0	0.0
Oryante	0	0.0	5	33.3	0	0.0	5	29.4
	X ² =8.622 SD=4 p=0.071				X ² =5.621 SD=3 p=0.132			
Cilt Tipi								
Normal cilt	2	40.0	9	60.0	0	0.0	8	47.1
Kuru cilt	1	20.0	5	33.3	2	66.7	3	17.6
Terli cilt	2	40.0	1	6.7	1	33.3	5	29.4
So uk cilt	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.9
	X ² =3.273 SD=2 p=0.195				X ² =4.052 SD=3 p=0.256			
Braden Skalası								
Yüksek risk	4	80.0	7	46.7	1	33.3	7	41.2
Orta risk	1	20.0	6	40.0	2	66.7	6	35.3
Dü ük risk	0	0.0	2	13.3	0	0.0	4	23.5
	X ² =1.853 SD=2 p=0.396				X ² =1.373 SD=2 p=0.503			

Hastaların sosyo-demografik ve genel özelliklerinin basınç yarası gelişme durumu ile ilgili kişi Tablo 1'de gösterilmektedir. Birinci ve ikinci grup hastalarda basınç yarası gelişme ve gelişme memeleri durumları ile hastaların yaş grupları, cinsiyetleri, tanıları, vücut tipleri, fekal inkontinans durumları, cilt tipleri, braden skalasına göre belirlenen risk durumları, hemoglobinin, albumin, hareketlilik ve bilinç düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmadı.

Birinci gruptaki kadın hastaların %20'sinde, erkek hastaların %80'inde, ikinci gruptaki kadın hastaların %33.3'ünde, erkek hastaların %66.7'sinde basınç yarası geliştiği saptandı. Bu konuda yapılan iki çalışmada cinsiyetin basınç yarası gelişimini etkilemediği saptanmıştır (Hug ve ark. 2001; Kurtulu ve Pınar 2003). Fisher ve ark. (2004) çalışmalarında ise basınç yaralarının erkek cinsiyeti ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın cinsiyet ile ilgili verileri Fisher ve ark. (2004) çalışmaları ile uyumluluk göstermektedir.

Basınç yarası gelişen hastaların, %100'ünün kranial olgular olduğu ve her iki gruptaki hiçbir spinal olguda basınç yarası gelişmediği belirlendi. Spinal yaralanmalı hastaların yer aldığı ünitelerde basınç yarası insidansı %25-66 olarak bildirilmektedir (Uysal 1992). Çeşitli çalışmalarda spinal yaralanmalı hastalarda hareketsizliğe bağlı olarak uzun süreli aynı bölgelere basınç uygulanması, uyku süresince pozisyondaki hafif değişimleri yapmaya yardımcı olan reflekslerin kaybolması (Çizmeçi ve Emekli 1999) ve parapleji ya da kuadruplejiye daha sık rastlanması gibi nedenlerle basınç yarası gelişiminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Vohra ve McCollum 1994; Yücel 2001; Özgenel ve ark. 2002; Beşer 2004). Çalışma kapsamına alınan hiçbir spinal olguda basınç yarası gelişmemesi nedeniyle çalışma bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Kranial olguların yoğun bakım ünitesinde daha uzun süreli olarak bakım almaları bu duruma neden olarak gösterilebilir.

Hemoglobin düzeyleri 9-11 g/dl. olan birinci grup hastaların %20'sinde ve ikinci grup hastaların %100'ünde basınç yarası geliştiği saptandı. Hemoglobinin azalması kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalmasına, hücre metabolizmasında değişikliklere ve hücrelerin beslenmesinin bozulmasına neden olmaktadır (Karabacak ve Sabuncu 1998; Pınar 1998). Bu durum basınç yarası oluşumunu hızlandırmakta ve yara iyileşmesini güçleştirmektedir (Kurtulu ve Pınar 2003). Bu konuda yapılan bir çalışmada basınç yarası gelişen hastaların %70'inin hemoglobin düzeyinin 9-11 g/dl. olduğu saptanmıştır (Fuoco ve ark. 1997). Basınç yarası gelişen hastaların hemoglobin düzeylerinin literatür ile uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

Birinci gruptaki basınç yaralarının %40'unun albumin düzeyinin 3.5 g/dl. altında, %60'unun 3.5-5 g/dl., ikinci gruptaki basınç yaralarının %66.7'sinin albumin düzeyinin 3.5 g/dl. altında, %33.3'ünün 3.5-5 g/dl. olan hastalarda geliştiği belirlendi. Serum albumin düzeyi 3.5 g/dl.'nin altında olan hastaların, albumin düzeyi normal sınırlarda olan hastalara oranla daha fazla basınç yarası gelişim riskine sahiptirler. Hipoalbuminemi, onkotik basınç değişikliğine neden olarak ödem oluşumuna yol açmaktadır. Ödem ise basınç yarası gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (Vohra ve McCollum 1994; Ferguson ve ark. 2000). Bu konuda yapılan bir çalışmada serum

albumin düzeyi düşükçe basınç yarası gelişiminde artı oldu unu saptanmıştır (Anthony ve ark. 2000). Çalışma verilerine göre de albumin düzeyi düşükte basınç yarası görülme sıklığının arttı ı belirlenmiştir.

Basınç yaralarının %80'inin birinci gruptaki, %66.7'sinin ikinci gruptaki tam hareketsiz hastalarda gelişti i saptandı. Literatürde pozisyonlarını ba ımsız olarak de i tiremeyen hastaların basıya maruz kalan bölgelerinde doku perfüzyonu bozularak basınç yarası gelişim riskinin arttı ı belirtilmektedir (Fader ve ark. 2004; Fisher ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmada, hareketsiz ve yata a ba ımlı hastalarda basınç yarası gelişme sıklığının anlamlı derecede yüksek bulundu u belirtilmiştir (Hug ve ark. 2001). Bir başka çalışmada ise basınç yaralarının %10'unun hareketli hastalarda, %53'ünün yata a ba ımlı hastalarda, %37'sinin ise tekerlekli sandalye kullanan hastalarda gelişti i saptanmıştır (Yapucu ve E er 2004). Çalışma verileri literatür ile paralellik göstermektedir.

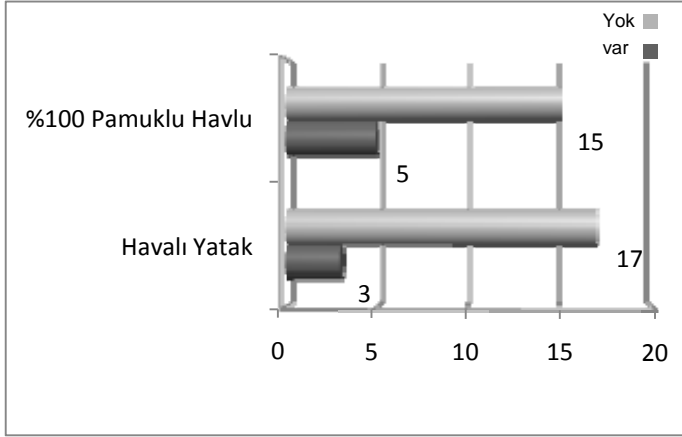
Birinci ve ikinci gruptaki hastalarda basınç yaralarının, %100'ünün fekal inkontinansı olan hastalarda gelişti i saptandı. Nem epidermisin dışı sal güçler kar ı direncini etkilemektedir. Uzun süre neme maruz kalan epidermis tabakasında önce yumu ama daha sonra ise doku bütünlü ünde bozulma meydana gelir. Nem kaynakları, ter, idrar ve feçestir (Vohra ve McCollum 1994; Karada 2003; Fader ve ark. 2004). Yapucu ve E er'in (2004) aktardı ına göre çe itli çalışmalarda fekal ve idrar inkontinansının bası yarası gelişim riskini be kat arttırdı ı saptanmıştır. Ancak bu çalışmalarda inkontinansı olan hastalar, fekal ve idrar inkontinans görülme durumuna göre ayrı ayrı gruplanmamı larıdır.

Birinci grupta basınç yarası gelişen hastaların %80'inin bilinci kapalı, %20'sinin konfüze hastalarda, ikinci gruptaki basınç yaralarının ise %33.3'ünün bilinci kapalı, %66.7'sinin stupor hastalarda gelişti i saptandı. Hug ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada, bilinci kapalı, stupor ve demanslı hastalarda basınç yarası sıklı ı anlamlı derecede yüksek bulunmu tur. Çalışmanın Hug ve ark. (2001)'nin çalışmaları ile hemen hemen uyumluluk gösterdi i söylenebilir.

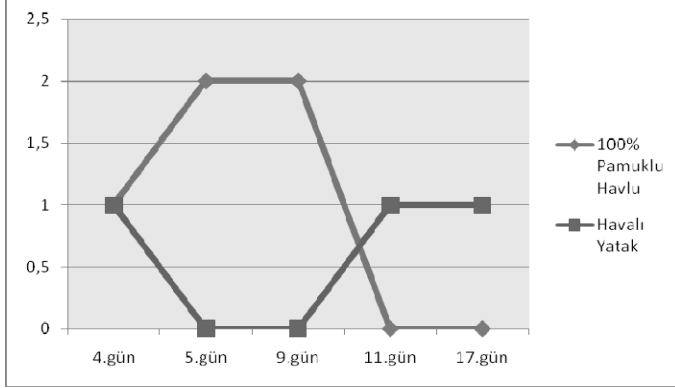
Birinci grupta basınç yarası gelişen hastaların, %80'inin Braden Skala'sına göre yüksek risk grubunda, %20'sinin orta risk grubunda, ikinci grupta basınç yarası gelişen hastaların ise %33.3'ünün yüksek risk grubunda, %66.7'sinin orta risk grubunda yer aldı ı belirlendi. Braden Skalası toplam puanı azaldı ında, basınç yarası gelişme riski artmaktadır (Wolverton et al. 2004). Karada ve Gümü kaya çalışmalarında Braden Skalası'na göre yüksek risk grubunda yer alan hastalarda basınç yaralarının daha fazla görüldü ünü saptamı larıdır (Karada ve Gümü kaya 2006). Birinci gruptaki basınç yarası gelişen hastaların ço unun Braden Skalası'na göre yüksek risk grubunda yer aldıkları ve çalışma sonucunun literatür ile paralellik gösterdi i söylenebilir.

Hastaların basınç yarası gelişim da ılımları Grafik 1'de gösterilmiştir. Grupların homojenli ini incelemek amacı ile yapılan Fisher Kesin Ki-kare Testine göre birinci ve ikinci gruptaki hastaların basınç yarası gelişimleri arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü (Fisher Kesin Ki-kare Testi; $p=0,695$). Ancak birinci gruptaki

hastalarda en uzun süre olarak 9. günde, ikinci grup hastalarda ise en uzun süre olarak 17. günde basınç yarası geli ti i gözlemlendi. Birinci ve ikinci gruptaki hastalarda basınç yaralarının geli ti i günler Grafik 2'de gösterilmektedir.



Grafik 1. Basınç Yarası Geli me Durumu



Grafik 2. Basınç Yaralarının Geli ti i Günler

Çalı mada birinci ve ikinci gruptaki hastaların basınç yarası geli imi ile hastaların ya ı, cinsiyeti, tanısı, vücut tipi, hemogloblin düzeyi, albumin düzeyi, hareketlilik düzeyi, fekal inkontinans durumu, bilinç düzeyi, cilt tipi, Braden Skalası'na göre belirlenen riskler kar ıla tırıldı nda istatistiksel olarak bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

Basınç yarası insidansına ili kin yapılan çe itli ara tırma sonuçları farklılık göstermektedir (Hug ve ark. 2001). Havalı yatak ile su yata ının basınç yaralarını

önlemedeki etkinliklerinin incelendi i bir çalı mada, havalı yatak kullanımının basınç yaralarını önlemedeki etkinli inin daha fazla oldu u belirtildi mi tir (Vohra ve McCollum 1994). Bir ba ka çalı mada, kronik basınç yaralarında yara tedavisine ek olarak havalı yatak kullanımı tir ve havalı yatak kullanılan grupta yaraların daha hızlı iyile ti ini gözlemlenmi tir (Charles ve ark. 1995). Boettger'in, basınç azaltıcı yatak kullanılan ve bakım veren hem irelere e itim yapılan grup ile sadece rutin hem irelik bakımı verilen hastaların kar ıla tırıldı ı çalı masında, basınç azaltıcı yatak kullanılan grupta basınç yaralarının önlenmesinde anlamlı bir farklılık bulunmu tur (Boetger 1997). Basıncı azaltmada en önemli giri imlerden biri olarak gösterilen havalı yatakların özellikle Braden Skalası'na göre yüksek risk ta rıyan hastalarda kullanılmasının, basınç yarası insidansını en az %50 oranında azalttı ı belirtilmektedir (Kanj ve ark. 1998). Kurtulu ve Pınar'ın yaptıkları çalı mada ise basınç yarası geli en ve geli meyen hastalarda havalı yatak kullanımında fark saptanmamı tir ancak havalı yata ın basınç yarasının olu um sürecini geciktirdi i belirlenmi tir (Kurtulu ve Pınar 2003). Bu çalı mada da havalı yatak kullanılan hastalarda, %100 pamuklu havlu kullanılan hastalara oranla basınç yarası geli iminin daha dü ük oldu u saptanmı tir. Ancak bir ba ka çalı mada basınç yarası geli en hastalarda havalı yatak kullanımı daha fazla bulunmu tur (Hug ve ark. 2001).

SONUÇ VE ÖNER LER

Yüzde yüz pamuklu havlu ile havalı yatak kullanımının basınç yaralarını önlemedeki etkinlikleri arasında istatistiksel olarak fark olmadı ı saptandı. Çalı ma sonucuna göre basınç yaralarının önlenmesinde, %100 pamuklu havlu ya da havalı yatak yöntemlerinden birinin di erinin yerine kullanılabilce i söylenebilir. Çalı manın daha geni bir örnekleme ve randomize kontrollü olarak tekrar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbaş H, Uysal A. (2001). Bası yaralı olgularda tedavi yaklaşımlarımız ve sonuçlarımız. Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi. 9:2, 106-110.
- Altıntaş M. (1998). Bası yaraları ve cerrahi tedavileri. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu. 12-13 Kasım, İstanbul. 153.
- Anthony D, Reynolds T, Russell L. (2000). An investigation into the use of serum albumin in pressure sore prediction, Journal of Advanced Nursing. 32:2, 359-365.
- Beğner T. (2004). Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. Yoğun Bakım Dergisi. 4:4, 244-253.
- Boettger JE. (1997). Effects of a pressure-reduction mattress and staff education on the incidence of nasocomial pressure ulcers. Journal of WOCN. 24:1, 19-25.
- Charles MA, Oldenbrook J, Catton C. (1995). Evaluation of a low-air-loss mattress system in the treatment patient with pressure ulcers. Ostomy Wound Management. 41:5, 46-52.
- Çizmecici O, Emekli U. (1999). Bası yaraları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 45:4.
- Dramalı A, Özbayır T. (1998). Bası yaralarının önlenmesi ve oluşan yarada hemşirelik bakımı. Hemşirelik Forumu.1:3,116-118.

- Fader M, Bain D, Cottenden A. (2004). Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses. *Journal of Advanced Nursing*. Dec. 48:6, 569-574.
- Ferguson M, Cook A, Rimmach H ve ark. (2000). Pressure ulcer management: the importance of nutrition. *MEDSURG Nursing*. 9:4, 163-175.
- Fisher AR, Wells G, Harrison MB. (2004). Factors associated with pressure ulcers in adults in acute care hospitals. *Advanced Skin Wound Care*. 17:2, 80-90.
- Fuoco C, Scivoletto G, Pace A ve ark. (1997). Anaemia and serum protein alteration in patients with pressure ulcers. *Spinal Cord*. 35:1, 58-60.
- Hug E, Ünalın H, Karamehmetođlu ŐŐ ve ark. (2001). Bir eğitim hastanesinde bası yaraları prevalansı ve bası yarası gelişiminde etkili risk faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 47:6, 3-11.
- Kanj LF, Wilking SVB, Phillips TJ. (1998). Continuing medical education: pressure ulcers. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 38:4, 517-538.
- Karabacak Ü, Sabuncu N. (1998). Basınç ülserlerinin önlenmesinde beslenmenin önemi. *Hemşirelik Forumu*. Haziran, 1:3, 113-15.
- Karadağ A. (2003). Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi. *C.Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7:2, 41-48.
- Karadağ M, Gümüşkaya N. (2006). The incidence of pressure ulcers in surgical patients: a sample hospital in Turkey, *Journal of Clinical Nursing*. 5:4, 413-421.
- Koldař T, Aydın H, Ersu G ve ark. (1995). Bası yaraları. *Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi Tıp Dergisi*. 20:1, 65.
- Kurtuluř Z, Pınar R. (2003). Braden skalası ile belirlenen yüksek riskli hasta grubunda albümin düzeyleri ile bası yaraları arasındaki ilişki. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7:2, 1-10.
- Oymak F, Özdemir F. (2006). Bası yaralarının iyileşmesinde lineer polarize polikromatik ışık tedavisinin etkinliği. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 23:1, 14-18.
- Özgenel GY, Kahveci R, Akın S, Özbek S, Özcan M. (2002). Bası yaralarında tedavi prensiplerimiz ve sonuçlarımız. *Uludađ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 28:2, 27-32.
- Pınar R. (1998). Bası yaraları ve önlenmesi. *Merve Matbaası, İstanbul*. 13-92.
- Uysal A. (1992). Bası yaraları. Ed: Şahinoğlu HA. *Özel Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara. 827-832.
- Vohra RK, McCollum CN. (1994). Fortnightly review: pressure sores. *BMJ*. 309, 853-857.
- Wolverton CL, Hobbs LA, Beeson T ve ark. (2004). Nosocomial pressure ulcer rates in critical care. *Journal of Nursing Care Quality*. 20:1, 56-62.
- Yapucu Ü, Eşer İ. (2004). Bası ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi. *Hemşirelik Forumu*. 9-20.
- Yücel A. (2001). Bası yaraları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu*. İstanbul. 18-19 Ekim. 131-150.

GÜNÜBİRLİK CERRAHİDE ÇOCUK HASTALARIN HEMİRELİK BAKIMI ÇİN YENİDEN YAPILANMA

REORGANIZATION IN DAY SURGERY NURSING CARE FOR CHILD PATIENT

Ör. Gör. Dr. Eda DOLGUN* Doç. Dr. Meryem YAVUZ**

*Ege Üniversitesi Ödemiş Saırlık Yüksekokulu

**Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu

Bu çalıma 7 /11 Ekim 2003, Urfa VII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Hemireli i Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmu tur.

ÖZET

Amaç: Bu çalıma günübirlilik cerrahi uygulanan hastalara hemirelik bakım kalitesini artırmak için; hemirelik bakımını yeniden düzenlemek ve çocukların ailelerinin memnuniyetini incelemek amacıyla, yarı deneysel olarak planlandı.

Gereç ve Yöntem: Ara tırma Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında Ekim 2002 – A ustos 2003 tarihleri arasında yürütüldü. Ara tırmanın örnekleminde “Olasılıksız Örnekleme yöntemi” kullanıldı.

Çalı mada; Günübirlilik Ameliyat Olacak Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi geli tirilmi , Amerikan Anesteziistler Cemiyeti’nin (ASA) çocuklar için geli tirdi i boyama kitabı klini e ve Türkçeye uyarlanmı , klinikte poliklinik, servis, ameliyat sonrası hemirelerinin yapması, izlemesi gereken i lem sırası belirlenmi , günübirlilik cerrahi hastalarını izlem için geli tirilen hemirelik formunun kullanılması sa lanmı tur.

Veriler; klinikte de i iklikler yapılmadan önce ve sonra günübirlilik ameliyat olan çocukların ailelerinden taburcu olmadan önce soru formu ile toplandı.

Verilerin analizi SPSS for windows 11.0 ile yapıldı. Verilerin de erlendirilmesinde; sayı, yüzde, ki-kare (X²) testi kullanıldı.

Bulgular ve Sonuç: Çalı ma grubundaki çocuk ailelerinin 45’inin (%90), kontrol grubundaki çocuk ailelerinin 35’inin (%70) günübirlilik cerrahi ile ilgili aldıkları hizmetten memnun oldukları, çalı ma ve kontrol grupları kar ıla tırıldı nda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oldu u görülmü tür.

Hemirelik hizmetlerinden çalı ma grubundaki çocuk ailelerinin 49’unun (%98), kontrol grubundaki çocuk ailelerinin 44’ünün (%88) memnun oldu u görülmü tür. Çalı ma ve kontrol grupları kar ıla tırıldı nda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oldu u görülmü tür.

Günübirlilik cerrahi hemire bakım formunun genel doldurulma oranının %76 oldu u görülmü tür.

Çocuk cerrahisi klini inde hemirelik bakımı ile ilgili olarak yapılan de i ikliklerden hastaların günübirlilik cerrahi ile ilgili aldıkları hemirelik bakımından memnuniyetlerinin arttı ı görüldü.

Anahtar Sözcükler: Çocuklarda Günübirlik cerrahi, çocuk günübirlik cerrahide hem irelik bakımı, günübirlik cerrahide yeniden yapılanma.

ABSTRACT

Objective: *This study was planned as semiexperimental for the patients, operated with day surgery, in order to rearrange nursing care, to improve the quality of nursing care, to deliver a better and continuous nursing care for all patients as well as investigate the satisfaction of child parents.*

Methods: *The study was carried out in Department of Children Surgery in a University Hospital between October 2002- August 2003. Convenience sampling technique was utilized for sampling in the study.*

In the study Guide for informing Relatives of Patients was developed and coloring book for children, developed by American Society of Anesthetists, adapted to clinical environment and translated into turkish. The order of commintments, to be followed up by policlinic, service as well as postoperative nurses, were determined in the clinic. The form, developed for monitoring day surgery patients, got used.

Data: The questionnaire was used before and later the changes were happened in the clinic while having the relatives of patients realized procedures of discharge.

Analyze of the data were achieved by using "SPSS for windows 11.0". Number, percentage, square-chi (x2) werw used in evaluating related data.

Results: *Fourty five child parents (90%) in the study group and 35 of patients (70%) of controls have had satisfaction of the service they had about day surgery. It is found out that there is a considerable difference when study group and group controls are compared.*

It is noticed that 49 child parents (98%) of study group and 44 child parents (88%) of control group were satisfied with nursing services. When a comparison between study and control groups is achieved, it is realized that there is statistically significant difference.

Investigating the rates of filling the boxes of day surgery nursing care form, total nursing care form complated percent 76%.

Conclusion: *As a result, in the children surgery clinic, according to the changes in the nursing care, it's observed that the patients' families are getting more and more glad about the day surgery and nursing services.*

Key Words: *Pediatric Day surgery, Nursing care in pediatric day surgery, Reorganization in day surgery.*

G R

Cerrahi bakım, hastane servislerinden günübirlik cerrahiye do ru hızla yer de i tirmi tir (Yavuz 1998, Yavuz ve Dramalı 1998). 1985 yılında %35 olan Günübirlik Cerrahi oranı 2000'li yıllarda %60'ların üzerine çıkmı tır (Toker 2002). Günübirlik cerrahinin geli mesinde, geli mi anestezi ve analjezi teknikleri, ameliyat sonrası erken mobilizasyon, teknolojik geli meler, asepsi ve antibiyotiklerin geli mesi etkili olmu tur (Karada 1999, Yavuz 1998, Yavuz ve Dramalı 1998).

Çocuk cerrahisinde çocuklara uygulanan, ameliyat türlerinden bazılarının basit ve kısa olu u nedeniyle günübirlik cerrahi uygulaması tercih edilmektedir. Çocuklar genelde daha sa lıklı olmaları nedeniyle günübirlik cerrahiye uygun hastalardır (Yavuz ve Dramalı 1998).

Günübirlik cerrahide, çocuklar ailesiyle sabah evlerinden gelir, günübirlik cerrahi ünitesinde hazırlanır, ameliyat geçirir, anesteziye uyanır, ameliyat sonrası izlem sonucunu aileleriyle birlikte aynı gün eve dönerler (CGH Medical Center 2002, Hermann Children's Hospital 2002).

Son dönemde ekonomik kısıtlamalar, tıbbi, teknik, anesteziye gelişmeler ve bağımlı olarak günübirlik cerrahi sayısında hızla artışı meydana gelmektedir. Buna bağımlı olarak klinikte iş yükü ve olgu tipi de artmaktadır. Günübirlik cerrahinin artması ile hasta hazırlığı ve ameliyat sonrası hemirelik bakımı ile ilgili yeniden yapılandırmanın günümüzdeki çalışmaları koullarına kazandırılmasının gerekliliği artmaktadır. Günübirlik cerrahide yeniden yapılanma ile hastaya çok daha etkin ve verimli bakım sağlama, sağlıklı çalışmalarının ihtiyaçlarını daha iyi desteklemesi amaçlanmaktadır (Corlett ve ark 1998). Buradan yola çıkarak kliniğimizde yeni yapılandırma işlemi planlandı. Bu çalışmada kliniğimizde günübirlik cerrahi hasta bakımında yeniden yapılandırma işlemleri açıklanarak sonuçlar incelenmiştir.

AMAÇ

Bu çalışmada; bir Üniversite Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde günübirlik cerrahi uygulamalarında hemirelik bakım kalitesini artırmak için yeniden yapılanma ve bunun çocukların ailelerinin memnuniyetine olan etkisini incelemek amacıyla planlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada; bir Üniversite Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında Ekim 2002 – Aralık 2003 tarihleri arasında yapılmış olup, yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın örnekleminde "Olasılıksız Örnekleme Yöntemi" kullanıldı.

Sünnet, fıtık, hidrosel, inmemiş testis ameliyatı geçirmiş kliniğimizin rutinlerine göre hazırlanmış Ekim 2002- Mayıs 2003 tarihleri arasında kontrol grubunu 50 çocuğun ailesi, Haziran- Aralık 2003 tarihleri arasında çalışma grubunu 50 çocuğun ailesi oluşturdu.

Veriler kontrol ve çalışma grubunda; günübirlik ameliyat olan çocukların ailelerinden klinikte çıkış işlemlerini yaptırırken 21 sorudan oluşan soru formu ile toplandı.

Hemirelik Bakımının Yeniden Yapılandırılması Konusunda Yapılan Değişiklikler:

1-Aileler için "Günübirlik Ameliyat Olacak Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi" uygulanması (14 sayfa),

Literatürlerde klinikte günübirlik cerrahi uygulanan çocukların ailelerinin, evdeki hazırlık, ameliyat dönemi, ameliyat sonrası ve taburculuk sonrasında evde bakım ile ilgili gerekli olan bilgileri belli bir zaman çizelgesi ile vererek bu dönemleri rahat geçirmelerine olumlu katkıda bulunmak amacıyla aile üyeleri için rehber bilgiler kitapçığı (Browne ve Lightkep 1993, Callahan 1989, CGH Medical Center 2002, Hermann Children's Hospital 2002, Karadağ 1999, Kennedy 1999, Lake Forest Hospital 2002, Monterial Children Hospital 1995, Pascack Valley Hospital 2002,

Southeast Anesthesiology Consultants 2002, Temple Universty Children's Medical Center 2002, The Children's Hospital of Philadelphia 2002, Ulus 2002, University of Missouri Health Care- Columbia 2002) geli tirilmi tir.

Hasta yakınlarını bilgilendirme rehberi için; Üniversitenin Çocuk Cerrahisi klini indeki hekim ve hem irelerin görü ve önerileri alındı, öneriler do rultusunda düzenlemeler yapıldı,

Günübirlik Ameliyat Olacak Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi Valdivia, L ve Rice, M'nin "E itim Materyalleri Genel De erlendirme Kriterleri" (13 madde) ile kontrol edildi (Rice ve Valdivia 1991). Toplam puan 12 bulunmu tur. (Kullanılmaya ba lamadan önce materyal en az 8 kriteri yerine getirmelidir). "Özel De erlendirme Kriterleri" (9 madde) 5 hekim, 5 hem ire, 10 hasta yakınına uygulandı. Hekimlerin puan ortalaması 42.2 puan, hem irelerin puan ortalaması 45 puan, hasta yakınlarının puan ortalaması 43.4 puan bulunmu tur (40-45 puan kullanılabilir, 21-39 puan düzeltmeye ihtiyacı var, 20 puan ve altı kabul edilmez).

Kitapçıkların Ocak 2003 de basım ile ilgili i lemlerine ba landı ve Mayıs 2003 de teslim alındı. 27 Mayıs 2003 tarihinden itibaren Günübirlik Cerrahi hasta yakınlarına Çocuk Cerrahisi Poliklini inden ameliyat için randevu aldıklarında veya kan tahlili için geldiklerinde hem ire tarafından aileye verilmeye ba landı.

2-Çocuklar için Amerikan Anestezistler Cemiyetinin (ASA) "My Trip To The Hospital" "Benim Hastane Ziyaretim" isimli Boyama Kitabı uygulanması (29 sayfa),

Amerikan Anestezistler Cemiyeti yayınlarından olan "My Trip To The Hospital" (1998) Boyama Kitabı Türkçeye çevrildi. Amerikan Anestezistler Cemiyetinden Boyama Kitabını Kullanım izni alındı. Çocuklara ameliyat öncesi verilmeye ba landı.

3-Hem ireler için; günübirlik cerrahi hasta bakımı ile ilgili e itim düzenlendi,

Günübirlik cerrahi hastalarının bakımında poliklinik, ameliyat öncesi (servis), ameliyat sonrası (uyanma odası, servis), taburculuk için yapmaları ve izlemeleri gereken i lemler ile ilgili e itim verildi, "Hem ire Bakım Formu" nun kullanımı ile ilgili bilgi verildi (7 Ocak 2003, 28 Ocak 2003).

4-Günübirlik cerrahi hastalarının izlemi için; "Günübirlik Cerrahi Hem ire Bakım Formu" uygulanması (4 sayfa),

Yavuz (1997) tarafından geli tirilen "Günübirlik Cerrahi Hem ire Bakım Formu" Çocuk Cerrahisi klini i için yeniden düzenlendi (2002).

Gereken izin i lemleri Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi ve Boyama Kitabı ile birlikte yürütülmü tür. Hem ire bakım formları Haziran 2003'ün ilk haftasında teslim alındı. Hem ire bakım formu tanıtımı yapıldı.

Çocuk Cerrahisi Klinik Hem irelerine günübirlik cerrahi hem ire formu kullanılmaya ba lanılmadan önce (18 Haziran 2003) formla ilgili bilgi verildi.

Günübirlik cerrahi hem ire bakım formu Temmuz ayından itibaren Günübirlik Cerrahi Hastalarını izlem için kullanılmaya ba landı. Temmuz - Aralık ayları boyunca günübirlik cerrahi hastalarını izlem için kullanılan formlar (139 adet) incelenmi tir.

Bakım formu hem irelerin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculukla ilgili verileri kaydedebilecekleri üç temel bölümden oluşur. (-Ameliyat Öncesi Bölüm, - Ameliyat Sonrası Bölüm, - Taburculuk Bölümü).

5-Çocuk Cerrahisi Klini inde Çocukların Ailelerinin Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin ncelenmesi;

Yeniden Yapılanma öncesi ve sonrası çocukların ailelerinin hem irelik bakımından memnuniyet ile ilgili durumları soru formu ile incelendi (Kontrol Grubu: Ekim 2002-Mayıs 2003, Çalı ma Grubu: Haziran – A ustos 2003).

Verilerin analizi; ara tırmacı tarafından SPSS for windows 11.0 ile yapıldı. Verilerin de erlendirilmesinde; sayı, yüzde, ki-kare (X²) testi kullanıldı.

Hem ire bakım formlarının doluluk derecelerinin, aylara göre incelenmesinde tek yönlü varyans analizi (Anova) testi kullanıldı.

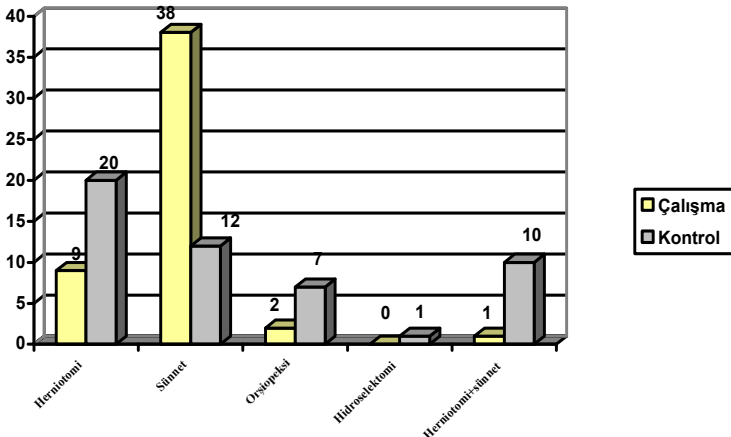
BULGULAR

Ara tırma kapsamına alınan çocukların ailelerinin çocuklara yakınlık derecesine bakıldı nda; çalı ma grubunun 28'inin (% 56), kontrol grubunun 27'sinin (%54) annesi oldu u görüldü. Yapılan Ki Kare (X²) testi ile kontrol ve çalı ma grubu arasında çocuklara yakınlık derecesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadı ı görüldü (P= 0,574>0,05).

Çalı ma grubundaki çocuk yakınlarının 25'inin (%50) 37 ve üzeri ya grubunda, kontrol grubundaki çocuk yakınlarının 24'ünün (%48) 32-36 ya grubunda oldu u görüldü. Yapılan Ki Kare (X²) testi ile kontrol ve çalı ma gruplarının ya ları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oldu u görüldü (P=0,021<0,05).

Çocuk yakınlarının 56'sının (%56) üniversite mezunu oldu u görüldü. Yapılan Ki Kare (X²) testi ile kontrol ve çalı ma gruplarının e itim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadı ı görüldü (P=0,955>0,05).

Grafik 1: Çocukların Geçirdikleri Ameliyat Türlerine Göre Da ılımı;



(X²= 28,834, SD= 4, P=0,000<0,05)

Çocukların geçirdikleri ameliyat türlerine göre da ılımına bakıldı ında; çalı ma grubundaki çocukların 9'unun (%18) herniotomi, 38'inin (%76) sünnet, 2'sinin (%4) or iopeksi, 1'inin (%2) herniotomi+sünnet, kontrol grubundaki çocukların 20'sinin (%40) herniotomi, 12'sinin (%24) sünnet, 7'sinin (%14) or iopeksi, 1'inin (%2) hidroselektomi, 10'unun (%20) herniotomi+sünnet ameliyatı geçirdi i görülmektedir. Kontrol ve çalı ma gruplarının ameliyat türlerine göre da ılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oldu u ($P=0,000<0,05$) görülmektedir (Grafik 1).

Ailelerin sa lık kurulu una ula ımda zorluk ya ayıp ya amamalarına göre da ılımına bakıldı ında; çalı ma grubundaki ailelerin 48'inin (%96), kontrol grubundaki ailelerin 40'inin (%80) zorluk ya amadı ı görüldü.

Ailelerin ameliyat öncesinde yapılacak hazırlıklar konusunda 93'ünün (%93) yeterli bilgi aldı ını belirttikleri görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalı ma gruplarının ameliyat öncesinde yapılacaklar hakkında yeterli bilgi alıp almama durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadı ı görüldü ($P=0,240>0,05$).

Ailelerin 59'unun (%59) hem ire tarafından ameliyat sabahı servis hakkında bilgi aldı ı görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalı ma gruplarına hem ire tarafından ameliyat sabahı servis hakkında bilgi verilip verilmeme durumları kar ıla tırıldı ında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadı ı görüldü ($P=0,309>0,05$).

Çalı ma grubundaki ailelerin 38'inin (%76), kontrol grubundaki ailelerin 32'sinin (%64) hem ire tarafından ameliyat günü yapılacaklar hakkında bilgi aldıkları görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalı ma gruplarına hem ire tarafından ameliyat günü yapılacaklar hakkında bilgi verilip verilmemesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadı ı görüldü ($P=0,190>0,05$).

Çalı ma grubundaki ailelerin 19'unun (%38), kontrol grubundaki ailelerin 12'sinin (%24) çocukları ameliyatta iken bilgi aldı ı görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalı ma gruplarının çocukları ameliyatta iken bilgilendirilip bilgilendirilmemesi kar ıla tırıldı ında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadı ı görüldü ($P=0,310>0,05$). Çalı ma grubundaki ailelerin 42'sinin (%84), kontrol grubundaki ailelerin 45'inin (%90) evde bakım konusunda bilgi aldı ı görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalı ma grubundaki ailelere çocuklarına evde bakım konusunda bilgi verilip verilmemesine göre kar ıla tırıldı ında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadı ı görüldü ($P=0,372>0,05$).

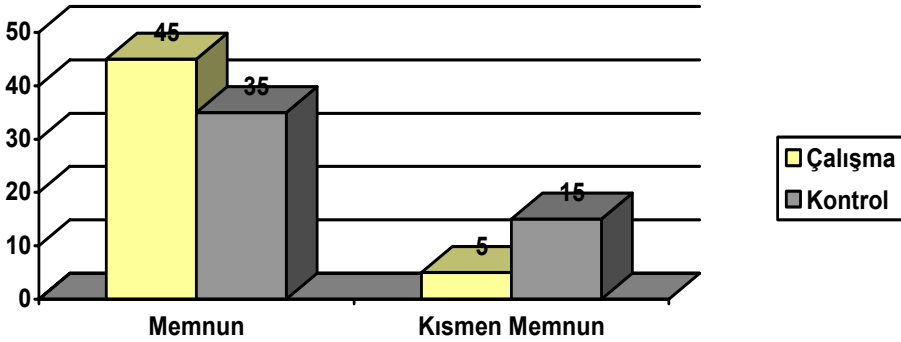
Ara tırma kapsamına alınan ailelerin bilgilendirildikleri kayna a göre da ılımına bakıldı ında; çalı ma grubundaki ailelerden 21'inin (%42) hekim, 9'unun (%18) hem ire, 11'inin (%22) hekim+ hem ire, 8'inin (%16) hekim+hem ire+kitapçık'dan bilgi aldıkları görülürken, 1'inin bilgi almadı ı görüldü. Kontrol grubundaki ailelerden 31'inin (%62) hekim, 13'ünün (%26) hem ire, 5'inin (%10) hekim+ hem ire'den bilgi aldıkları görülürken, 1'inin bilgi almadı ı görüldü. Kontrol ve çalı ma gruplarındaki aileler bilgilendirildikleri kayna a göre kar ıla tırıldı ında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oldu u ($P=0,012<0,05$) görüldü.

Ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili beendikleri konuya göre daılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerden 26'sının (%52), kontrol grubundaki hasta ailelerden 25'inin (%50) sağlık personelinin ilgisini beendikleri görüldü.

Ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili beenedikleri konuya göre daılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerden 33'ünün (%66), kontrol grubundaki ailelerden, 26'sının (%52) beenedikleri konu olmadığı görüldü.

Ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili alınan hizmetten memnun olup olmama durumuna göre daılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerin 45'inin (%90), kontrol grubundaki ailelerin 35'inin (%70) memnun olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının günübirlik cerrahi ile ilgili alınan hizmetten memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($P=0,012<0,05$)(Grafik 2).

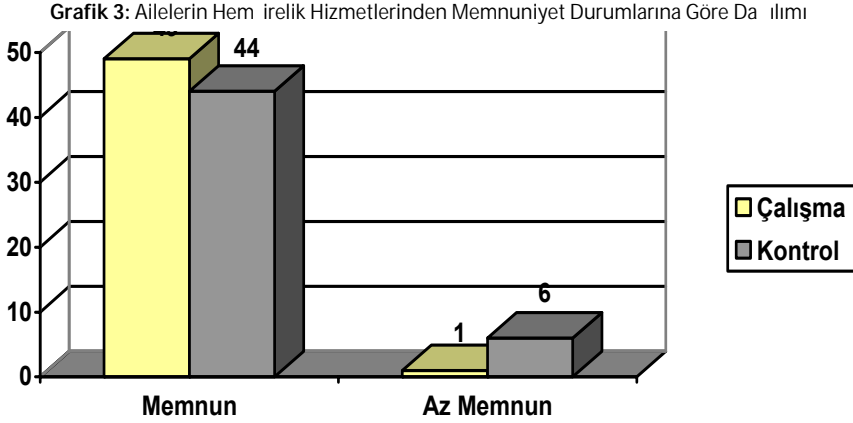
Grafik 2: Ailelerin Günübirlik Cerrahi ile İlgili Alınan Hizmetten Memnun Olup Olmama Durumlarına Göre Daılımı



($X^2=6,250$, $SD=1$, $P=0,012<0,05$)

Ailelerin tetkik ve tedavi konusunda bilgilendirilme durumundan memnuniyetlerine göre daılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerin 43'ünün (%86) memnun olduğu, kontrol grubundaki ailelerin 38'inin (%76) memnun olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının tetkik ve tedavi konusunda memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($P=0,333>0,05$).

Ailelerin hemirelik hizmetlerinden memnuniyet durumlarına göre daılımına bakıldığında; çalışma grubundaki ailelerin 49'unun (%98), kontrol grubundaki ailelerin 44'ünün (%88) memnun olduğu görüldü. Yapılan Ki Kare (X^2) testi ile kontrol ve çalışma gruplarının hemirelik hizmetlerinden memnun olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($P=0,05\leq 0,05$)(Grafik 3).



($\chi^2=3,840$, $SD=1$, $P=0,05=0,05$)

Günübirlik cerrahi hemire bakım formunun bölümlerinin hemirelerin doldurma puan ortalamalarına göre dağılımına bakıldı. İnda ameliyat öncesi bölüm doldurma puan ortalamasının 35,49 puan, ameliyat sonrası bölüm doldurma puan ortalamasının 29,71 puan, taburculuk bölüm doldurma puan ortalamasının 10,44 puan olduğu görüldü. Tablo 1'de görüldüğü gibi aylara göre bölümlerin doldurulma puanları karşılaştırıldı. İnda; ameliyat öncesi bölümün aylara göre doldurma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($F=2,516$), ameliyat sonrası bölümün aylara göre doldurma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($F= 1,892$), Taburculuk bölümün aylara göre doldurma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($F=2,785$), formun genel toplam puan ortalamalarının aylara göre doldurma puan ortalamaları karşılaştırıldı. İnda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($F=1,518$) görüldü.

Tablo 1: Hemirelerin Günübirlik Cerrahi Hemire Bakım Formunu Doldurma Oranları

		N	X	Ss	F	P
Preoperatif Bölüm Doldurma Puan Ortalamaları	Temmuz	55	36,44	4,35	2,516	0,033
	Ağustos	29	35,31	4,31		
	Eylül	33	33,36	4,71		
	Ekim	13	36,61	2,81		
	Kasım	4	36,75	2,5		
	Aralık	5	36,20	1,64		
	Toplam	139	35,49	4,34		
Postoperatif Bölüm Doldurma Puan Ortalamaları	Temmuz	55	32,05	8,85	1,892	0,100
	Ağustos	29	31	8,15		
	Eylül	33	27,36	10,74		
	Ekim	13	24,46	13,14		
	Kasım	4	27,25	15,5		
	Aralık	5	27,6	12,24		
	Toplam	139	29,71	10,11		

Taburculuk Bölüm Doldurma Puan Ortalamaları	Temmuz	55	7,85	8,46	2,785	0,020
	A ustos	29	13,34	8,42		
	Eylül	33	11,21	8,67		
	Ekim	13	10,08	9,3		
	Kasım	4	9	10,42		
	Aralık	5	19	1,41		
	Toplam	139	10,44	8,78		
Formun Genel Toplam Doldurma Puan Ortalaması	Temmuz	55	76,35	13,88	1,518	0,188
	A ustos	29	79,66	13,73		
	Eylül	33	71,94	13,35		
	Ekim	13	71	16,04		
	Kasım	4	73	22,26		
	Aralık	5	82,8	11,32		
	Toplam	139	75,63	14,24		

* Ameliyat öncesi toplam puan = 40,00, * ameliyat sonrası toplam puan = 40,00

* Taburculuk toplam puan = 20,00, * Genel toplam puan = 100,00

TARTI MA

Günübirlik cerrahi hastaları hastanede daha kısa süre kaldıkları için hastalara ve ailelerine ameliyat öncesi ve sonrası bakımla ilgili bilgilendirmede eksiklik oldu u klinik çalı malarda belirtilmektedir (Rice ve Valdivia 1991, Yavuz 1998). Tüm hizmetlerde oldu u gibi verilen hem irelik bakımlarının kayıt edilmesi önem ta imaktadır.

Günübirlik cerrahi hem ire bakım formu ile tüm hastalarımıza verdi imiz bakımın kayıt edilmesine, yapılan i lemlerde eksik kalan noktaların saptanmasına, tüm hastaların e it bakım almasına olanak sa landı.

Günübirlik cerrahi hem ire bakım formlarının bölümlerinin hem irelerin doldurma durumları incelendi inde bazı bölümlerin eksik dolduruldu u görüldü.

Günübirlik cerrahi hem ire bakım formlarının doldurulmasındaki eksikliklerin formların yeni kullanılmaya ba lamasından ve her gün de i ik bir hem irenin çalı ması bu alandan sorumlu hem irenin olmamasından kaynaklandı ı dü ünüldü. Formdaki eksiklik en fazla taburculuk bölümünde olup bu da servis hem ireleri tarafından doldurulması gereken kısımdır. Formlardaki eksikliklerin giderilmesiyle ilgili olarak klinik ba hem iresi, servis sorumlu hem iresi ve servis hem ireleri ile bu konuda tekrar toplantılar düzenlenerek e itim ve bilgilendirme çalı maları yapıldı. Böylece günübirlik cerrahi hastalarımıza verdi imiz bakımın aksayan yönlerini görmemize ve bakım kalitemizi artırmamız için bize olanak sa ladi.

Çalı ma grubundaki ailelerin hem irelik hizmetinden memnuniyetinde artı oldu u görüldü. Kontrol ve çalı ma gruplarının hem irelik hizmetlerinden memnun olma durumu kar ıla tırıldı ında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oldu u görüldü.

Klini imizde yapılan Günübirlik Cerrahi hastalarının hem irelik bakımı ile ilgili yeniden yapılandırma sonucunda hastalarımıza verdi imiz bakımın standardizasyonuna, kalitesine, olumlu katkıları oldu u görüldü.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, çocuk cerrahisi kliniğinde hem irelik bakımında yapılan de i iklikler ile ailelerin günübirlik cerrahi ile ilgili alınan hizmetten ve hem irelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin arttı ı görüldü. Yeniden yapılanma çalı maları sonucunda;

- Günübirlik cerrahi çocuk hastaların bakımlarının verildi üitenin olu turulması,
- Sadece günübirlik cerrahi çocuk hastalarına bakım veren hem irelerin olması,
- Günübirlik cerrahi çocuk hastalarına bakım veren hem irelere konu ile ilgili hizmet içi e itimlerin verilmesi,
- Klinikte günübirlik cerrahi hasta bakımı için olu turulan yeniden yapılanma çalı malarının düzenli aralar ile kontrol ve kalite çalı malarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Browne DKM, Lightkep DB (1993). The special needs of pediatric patients. Burden N (Ed), Ambulatory Surgical Nursing, Chapter 17, W.B. Saunders Company, Philedelphia, 418- 439.
- Callahan CR (1989). Pediatric ambulatory surgery: preparing the patient and parent for discharge. Journal of Post Anesthesia Nursing, 4(6) (December), 395-402.
- CGH Medical Center (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Your guide to pediatric surgery. <http://www.cghmc.com/pdfs/guidetopediatricsurgery.pdf> adresinden indirildi.
- Corlett H, Maher L, Sidman J (1998). Re-engineering day surgery. Ambulatory Surgery, 6(2), 85-88.
- Hermann Children's Hospital (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Day surgery. http://www.pedisurg.com/_staff/Day_Surgery.htm. adresinden indirildi.
- Karadağ M (1999). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2), 27-33.
- Kennedy AM (1999). Care of children", Hodge D (Ed), Day Surgery A Nursing Approach, Churchill Livingstone, Edinburg, 133- 140.
- Lake Forest Hospital (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Pediatric surgery. <http://www.Lakeforesthospital.com/treating/surped.shtm> adresinden indirildi.
- Monterial Children Hospital (1995). Day surgery unit documents",
- Pascack Valley Hospital (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Same day center. <http://www.pascackvalleyhospital.org/sameday.htm>. adresinden indirildi.
- Rice M, Valdivia L (1991). A simple guide for design, use and evaluation of educational materials. Health Education Quarterly, 18(1), 79-85.
- Southeast Anesthesiology Consultants (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Information about anesthesia for ambulatory surgery. <http://www.seanesthesiology.com/ambulatory.htm>. adresinden indirildi.
- Temple Universty Children's Medical Center (Erişim Tarihi: 11.11.2002). The day before surgery. http://www.health.temple.edu/tucmc/general/html/Day_Surgery3.html. adresinden indirildi.
- The Children's Hospital of Philadelphia (Erişim Tarihi: 3.12.2002). Your day surgery visit. http://www.chop.edu/pat_care_fam_serv/your_day_surg.shtml. adresinden indirildi.
- Toker K (2002). Günübirlik anestezi uygulamaları. Hemşirelik Forumu Dergisi, 5(3-4), Mayıs- Ağustos, 39- 43.
- Ulus H, Çocuk Cerrahisi Kliniği (2002). Günübirlik ameliyatlarda dikkat edilmesi gereken hususlar. <http://www.kinderchirurgie-koeln.de/Turkçe/Informasyon/Informasyon.html>.
- University of Missouri Health Care- Columbia (Erişim Tarihi: 2.12.2002). Children in same day surgery. <http://muhealth.org/~hospital/samechildren.shtml>. adresinden indirildi.
- Yavuz M (1998). Günübirlik cerrahi hastalıklarının bakımı için hemşire bakım formu geliştirilmesi ve formun kalite güvenliğinin izlemi. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-30.
- Yavuz M, Dramalı A (1998). Pediatrik günübirlik cerrahide hasta ve ailesinin taburculuğa hazırlanması ve taburcu edilme kriterleri. Hemşirelik Forumu, 1(6), 266-269.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ

BURN-OUT LEVEL OF NURSES WORKING IN AN UNIVERSITY HOSPITAL

Yard.Doç.Dr. Ümmü Yıldız FINDIK

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemirelik Bölümü, Aytekin Kampüsü, 22020, Edirne.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde çalışan hemirelerin tükenmişlik düzeyleri ve bazı kişisel ve çalışma özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlandı. Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı olarak Ekim 2009 ve Ocak 2010 tarihleri arasında 189 hemire ile yapıldı. Veriler kişisel bilgi formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak elde edildi. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistiksel metodlar, one-way anova test, t-test, parametreler arasında ilişkinin değerlendirilmesinde spearman correlation testi kullanıldı.

Bulgular: Tükenmişlik puan ortalamaları "Duygusal Tükenme=18.1±6.91, Duyarsızlaşma=6.36±3.06, Kişisel Başarı=19.5±4.10" bulundu. Dahiliye kliniklerinde çalışıyor olma, mesleğini istemeden yapma, çalışma ortamından memnun olmama gibi faktörlerin duygusal tükenme"de, mesleğini isteyerek yapmanın "kişisel başarı" da, mesleğini istemeden yapmanın "duyarsızlaşma" da etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Kişisel ve bazı çalışma özelliklerinin (yaş, eğitim, medeni durum, çalışma yılı ve ekli, haftalık çalışma saati) hemirelerin tükenmişlik düzeyini etkilemediği saptandı.

Sonuç: Çalışmada hemirelerin duygusal tükenmesi orta düzeyde belirlendi. Tükenmişliği azaltılmasında, mesleği ile ilgili arttırılması ve çalışma ortamının memnuniyeti arttıracak şekilde düzenlenmesi dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, hemirelik, hemirelerde tükenmişlik, stres

ABSTRACT

Objective: This study was planned in order to assess the burn-out level of nurses working in a university hospital and also determine the relationship between some personal, occupational factors and burn-out level.

Methods: This descriptive study was done with 189 nurses between October 2009 and January 2010. Data was obtained by using a personal information form and Maslach Burn-out Inventory. Data was analyzed by using descriptive statistical methods, one-way anova test, t-test and spearman correlation.

Results:The mean score of the scale were found as "Emotional exhaustion = 18.1±6.91, Depersonalization = 6.36±3.06, Personal Success = 19.5±4.10".It was determined that working in an internal medicine clinic, doing the job unwillingly, not satisfied with the working environment were the factors affecting emotional exhaustion; doing the job willingly was the factor affecting "personal success", doing the job unwillingly was the factor affecting "depersonalization" statistically significant. No relationship was found between burn-out level and some personal and

occupational factors (age, education, marital status, working year and type, working hours per a week).

Conclusion: In this research, emotional exhaustion levels of nurses were determined moderately. Interventions like increasing the interest to the occupation and designing the environment to enhance the satisfaction should be taken into account for decreasing burn-out level of nurses.

Key words: Burn-out, nursing, nurses' burnout, stress.

G R ve AMAÇ

Hem irelik mesle i bilim, teknoloji, ekonomi ve toplumsal ya amda meydana gelen de i imlerden etkilenecek hem irelerin ki isel ve mesleki ya amlarında tükenmi lik durumu ile kar ı kar ıya kalmalarına neden olmaktadır (Palfi ve ark. 2008, enturan ve ark. 2009).

nsan ya amı üzerinde fiziksel, zihinsel, duygusal baskı olu turan durumlarda olu an stres ve a ır ı stresin bir sonucu olarak 'tükenmi lik' kavramı 1974'de Freudenberger tarafından ruh sa ılı ı literatürüne girmi ve günümüzde kabul gören tanımı Maslach tarafından 1981 yılında yapılmı tır (Gülseren ve ark.2000, Çapri 2006, Bekta ve lhan 2008, Malliarou ve ark. 2008). Tükenmi lik, ki inin i ya amında ve di er insanlarla olan ili kilerinde olumsuzluklara yol açan, özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik, olumsuz benlik kavramı geli mesi, i e ve i yerinde çalı anlara ve ya ama kar ı olumsuz tutumların geli mesi gibi belirtilerin e lik etti i fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Çam 2001, Kaçmaz 2005, Maslach ve Jackson 1981, Çam 1991). Duygusal tükenme, duyarsızla ma ve ki isel ba arı olarak üç ayrı alt kategoride incelenmektedir(Maslach, Jackson ve Leiter 1997). Duygusal tükenme; ki iye yaptı ı i nedeniyle a ır ı yüklenilmesi ve tüketilmi olma duyguları olarak tanımlanır. Duyarsızla ma; ki inin bakım ve hizmet verdiklerine kar ı bu ki ilerinin kendilerine özgü birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun biçimde tutum ve davranı lar sergilemesini içerir. Ki isel ba arı; sorunun ba arı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır (Ergin 1992, Çam 1991). Tükenmi li in hem irelik, hekimlik, sosyal hizmet uzmanları, madde ba ımlısı danı manları, ö retmenlik, avukatlık gibi insanlarla yüz yüze ili ki gerektiren mesleklerde daha fazla görüldü ü ve hem irelerin %25'ini etkiledi i belirtilmektedir (Zellmer 2005, Çapri 2006, Garrosa ve ark. 2008).

Hem irelik, çalı ma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yo un i yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelendirilmektedir(Demir 2004). Kadın olma, belirsizlikler kar ısında sorumluluk alma zorunlulu u, ekip içi çatı malar, rol belirsizli i, otonom çalı amama, 45 ya üstü olma, i deneyimi, e itim seviyesi ve mesleki e itim sırasında ö renilen bilgi ve becerilerin günlük çalı ma süreci içinde yeterince yerine getirilememesi, sabit bir çalı ma ekibinin olmaması, fazla i yeri de i tirme, uzun süre çalı ma, özel bir birimde çalı ma, yardımcı personel, donanım ve malzeme yetersizli i, dü ük ücret, destek sistemlerinin yetersizli i vb. hem irelerde tükenmi lik düzeyini arttıran önemli risk faktörleridir (Sayıl ve ark. 1997,

Gülseren ve ark. 2000, Demir 2004, Rafii ve ark. 2004, Alimoğlu ve Dönmez 2005, Palfi ve ark. 2008, Sinat ve Kutlu 2009, Poghosyan ve ark. 2009)

Ayrıca gece ve hafta sonu çalışmaları (hemşirelerin diğer insanlarla sosyal ilişkilerini kısıtlamakta), zor durumdaki insanlara sürekli umut sağlamaya çabası, sıkıntısı olan insanlarla empati yapma, hastaların depresif problemlerini paylaşma hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini etkileyen diğer önemli nedenler olarak belirtilmektedir (Palfi ve ark. 2008).

Garrosa ve ark. (2008) hemşireler ile yaptıkları çalışmada duygusal tükenme ve kişisel başarı yetersizliği içinde en önemli faktörler olarak iş yükü, ailesi ve ölüm ile ilgili deneyimler, çatışmalı iletişim ve rol karmaşasını belirlemiştir. Altun (2002) hemşirelerin tükenmişlik deneyimlerinde kişisel ve mesleki değerlerinin (etiklik, özgecilik, estetik, özgürlük) önemli rol oynadığını bildirmiştir.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin kişisel ve iş ortamına ait özelliklerinin tükenmişlik gelişimini etkilediği görülmüştür. Örneğin, Demir ve ark. (2003) sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin duyarsızlaşma puanının yüksek olduğunu, Taycan ve ark. (2006) hemşirelerin yaşının ve mesleki deneyiminin artması ile tükenmişlik azaldığını, Ksiazek ve ark. (2010) onkoloji hemşirelerinin cerrahi hemşirelerinden daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirlemiştir. Tükenmişlik durumunda hemşirelerde, psikosomatik bozukluklar, aileye atısında sorun yaşamama, uykusuzluk, yorgunluk ve bitkinlik gibi fiziksel; çabuk öfkelenme, hayal kırıklığı, suçluluk ve kızgınlık gibi duygusal; işe geç gelme, erken ayrılma, işi bırakma, sık sık rapor alma, işte yeniliklerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin yetersizliği, hemşirelik bakım kalitesinde azalma gibi kurumsal sorunlar görülmektedir (Sayılı ve ark. 1997, Gülseren ve ark. 2000, Palfi ve ark. 2008, Kaya ve ark. 2010) Aynı zamanda, hastaya verilen hizmetin kalitesi, hizmeti veren bireylerin sayısı, iş performansı ve iş doyumu olumsuz yönde etkilenmekte ve insan gücünün hizmet alanından uzaklaşmasına da neden olmaktadır (Demir 2004). Piko (2006) yaptığı çalışmada tükenmişlikle ortaya çıkan sorunların hemşirelerin üretkenliğini azalttığını, iş doyumsuzluğuna ve profesyonelliğin engellenmesine neden olduğunu belirlemiştir. Poghosyan ve ark. (2010) altı farklı ülkede yaptıkları çalışmalarında yüksek seviyede tükenmişlik hemşirelik bakım kalitesinde düme ile ilgili olduğunu belirlemiştir. Vahey ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada yeterli personele sahip, hasta bakımında yönetim desteği ve hekim hemşire iletişimi iyi olan hemşirelerin bakım verdiği hastalarda memnuniyet oranının iki kat fazla olduğunu ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin düşük olduğunu belirlemiştir.

Hemşirelik sağlık disiplinleri içinde birbirini insan ilişkilerinin yanında işin bir iletişim ve hizmet gerektiren bir meslektir. Hemşirelikteki iş yükü, hasta sorumluluğu, olumsuz koşullarda çalışmaları, işle ilgili stres ve gerginlik, devam etmesi durumunda tükenmişliğe neden olabilmektedir (Enturan ve ark. 2009). Hizmet ve bakımın kalitesinde bozulmalara yol açan tükenmişlik, sağlık alanında çalışanları ve hizmet alanları olumsuz etkilemektedir. Tükenmişlikle baş edebilmek için çalışan grupta durum analizleri yapılmalı tükenmişliğe neden olan durumlar belirlenmeli ve giderilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır (Demir 2004, Kaya ve ark. 2010). Bu

nedenle tükenmişlik hem işverenler tarafından tanınması, bilinmesi gereken bir olgudur (Çam 1992, Maslach, Jackson ve Leiter 1997).

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan hem işverenlerin tükenmişlik düzeylerini ve bazı demografik ve çalışma özellikleri ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tanımlayıcı çalışma, bir üniversite hastanesinde çalışan hem işverenlerde tükenmişlik düzeylerini belirlemek için planlanmıştır. Çalışma, Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım, Acil ameliyathaneye ait servislerde 01 Ekim 2009 - 31 Ocak 2010 tarihleri arasında yapıldı. Hastanede çalışan ve gönüllü olarak veri toplama formlarını dolduran hem işverenler çalışmanın örneklemini oluşturdu (n=189).

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory=MBI) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve hem işverenlere ait sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşullarına ait bilgileri sorgulayan sorular yer almıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş (1981), ayrıca Çam (1992) tarafından hem işverenlerde geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış olup, Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlanmış çalışması yapılmıştır. MTÖ'nün Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarı (KB) olmak üzere 3 alt boyutu vardır. "Duygusal Tükenme" (DT) kişinin işi tarafından tüketilmiş ve ağırlı yüklenilmiş olma duygularını tanımlayan 9 maddeden oluşmaktadır. "Duyarsızlaşma" (D) kişinin hizmet verdiklerine karşılık, bireylerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın ve duygudan yoksun bir şekilde davranmalarını tanımlayan 5 maddeden oluşmaktadır. "Kişisel Başarı" boyutu ise insanlarla çalışırken bir kimsede yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlayan 8 maddeden oluşmaktadır (Çam 1992, Ergin 1992).

Toplam 22 maddeden oluşan ölçek, beşli likert tipi (0'dan 4'e değinen puanlamaya sahip) bir ölçektir. Her madde için 5 seçenekten (hiçbir zaman – çok nadir – bazen – çoğu zaman – her zaman) birinin seçilerek yanıtlanması gerekmektedir. "Hiçbir zaman" ikki "0", "Her zaman" ikki ise "4" puan verilerek değerlendirilir.

Her alt boyut için; Duygusal tükenme (1-2-3-6-8-13-14-16-20), Duyarsızlaşma (5-10-11-15-22), Kişisel Başarı (4-7-9-12-17-18-19-21) ile ilgili maddelerin puanlarının toplanması ile bulunmaktadır. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutları olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Kişisel Başarı alt boyutu ise olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, kişisel başarı puanının artışı ise azlığını gösterir.

Ölçe in genel puanı 0-88 arasında olmasına rağmen, tükenmi lik bir süreç oldu u ve de i ki i levleri içerdi i için tek bir puanla ifade edilememektedir. Bu puanların toplanması ile Duygusal Tükenme için 0-36, Duyarsızlaş ma için 0-20 ve Ki isel Ba arı için 0-32 arasında de i en puanlar elde edilir. Ölçe in orijinalinde güvenilirlik katsayıları sırasıyla, Duygusal Tükenme için .90, Duyarsızlaş ma için .79, Ki isel ba arı için .71 olarak bulunmu tur. Ergin (1992) tarafından yapılan Türkçeye uyarlama çalı masında Cronbach Alfa Katsayıları; Duygusal Tükenme için .83, Duyarsızlaş ma için .65, Ki isel ba arı için .72 olarak bulunmu tur.

Uygulama

Hastane yönetiminden yazılı izin alındıktan sonra hem ireler servislerinde ziyaret edildi, çalı manın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Çalı ma verilerinin bilimsel amaç için kullanılaca ı, maddi çıkar sa lanmayaca ı ve kimliklerinin açıklanmayaca ı söylendi. Çalı maya katılım onayları alındıktan sonra veri toplama formları verildi ve 30 dakika sonra geri alındı. Anla ılmayan sorular oldu unda ara tirmacılar tarafından yardım edildi.

Verilerin Analizi

Çalı mada elde edilen bulgular de erlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılmı tır. Çalı ma verileri de erlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin kar ıla tırılmasında ikiden fazla gruplarda Oneway Anova testi ve iki grup ortalamalarının kar ıla tırılmasında t-testi, parametreler arasında ili kinin de erlendirilmesinde spearman correlation testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralı ında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde de erlendirildi.

BULGULAR VE TARTI MA

Çalı mada yer alan hem irelerin ya ortalaması 29.7 ± 6.06 olup, haftalık çalı ma süresi 41.3 ± 3.75 saat ve ortalama çalı ma süresi 7.70 ± 6.49 yıl'dır. Grubun % 49.2'si evli, %32.8'i ön lisans mezunu ve %32.8'i dahiliye servislerinde çalı maktadır. Hem irelerin %41.8'i vardiya de i imli olarak çalı tı ını, %86.6'sı mesle i isteyerek yaptı ını ve %74.5'i çalı ma ortamından memnun oldu unu belirtmi tir (Tablo 1).

Tablo 1: Ki isel ve Mesleki De i kenler

Ya (Ort±SD)	29.7± 6.06		
Medeni durum(n/%)	Bekar	89	47.1
	Evli	93	49.2
	Bo anmı	7	3.7
E itim durumu(n/%)	Sa ılık Meslek Lisesi	38	20.1
	Ön Lisans	62	32.8
	Lisans	59	31.2
	Yüksek Lisans, Doktora	30	15.9
Çalı ma süresi/yıl (Ort±SD)	7.70±6.49		
Çalı ma süresi/hafta /saat (Ort±SD)	41.3±3.75		

Çalışılan servis(n/%)	Cerrahi servisleri	38	20.1
	Dahiliye servisleri	62	32.8
	Yoğun bakım	59	31.2
	Acil/ameliyathane	30	15.9
Çalışılan mekân(n/%)	Sürekli gündüz	47	24.9
	Sürekli gece	5	2.6
	Nöbet	58	30.7
	Vardiya değişikli mi	79	41.8
Mesleğini isteyerek yapma(n/%)	Evet	162	86.6
	Hayır	25	13.4
Çalışılan ortamından memnun olma(n/%)	Evet	134	74.5
	Hayır	46	25.5

Tablo 2’de hem irelerin tükenmişlik düzeylerinin üç alt grupta değerlendirilmesi görülmektedir. Hem irelerin duygusal tükenme puan ortalaması 18.1 ± 6.91 (min=2, max=35) ve duyarsızlaşma puan ortalaması 6.36 ± 3.06 (min=2, max=15) ve kişisel başarı puan ortalamasının 19.5 ± 4.10 (min=5, max=31) olarak belirlendi.

Tablo 2. Hem irelerin Tükenmişlik Düzeyi

Ölçek Alt Boyutları	Ort ± SD	Min.	Mak.
Duygusal Tükenme	18.1 ± 6.91	2	35
Duyarsızlaşma	6.36 ± 3.06	2	15
Kişisel Başarı	19.5 ± 4.10	5	31

Tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının azalması ile ortaya çıkmaktadır (Kaçmaz 2005).

Çalışmada hem irelerin tükenmişlik puan ortalamaları değerlendirildiğinde, duygusal tükenmenin orta düzeyde, duyarsızlaşmanın düşük, kişisel başarının yüksek olduğu ve hem irelerin orta düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları görülmektedir (Tablo 2).

Bu çalışmada hem irelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yapılan diğer çalışmaları ile benzerlik gösterdi.

Kaya ve ark. (2010) ve Altay ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarda hem irelerin tükenmişlik puan ortalamalarının orta düzeyde olduğunu, Sayıl ve ark. (1997) hem irelerin daha fazla duygusal tükenme yaşadıklarını belirlemiştir. Malliarou ve ark. (2008) bölgesel bir hastanede hem irelerin tükenmişlik düzeylerini de değerlendirdikleri çalışmaları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını ortalamasının üstünde, Alımoğlu ve Dönmez (2005) bir üniversite hastanesinde çalışan hem irelerde duygusal tükenme düzeyini orta ve duyarsızlaşma düzeyini düşük olarak belirlemiştir. Demir ve ark. (2003) hem irelerin profesyonel ve özel yaşamlarında tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmaları üniversite hastanesinde çalışan hem irelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında tükenmişlik düzeyinin devlet hastanelerinde çalışan hem irelere göre daha az olduğunu saptamıştır. Çalışma ve diğer çalışmaların sonuçları hem irelerde duygusal tükenmenin fazla, duyarsızlaşmanın düşük olması açısından birbirini desteklemektedir.

Hemşirelerin kişisel başarı puan ortalamasının yüksek olması (Tablo 2) önceki çalışmaya sonuçları ile benzerdir. Sinat ve Kutlu (2009) psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerini de elelendirdikleri çalışmaları, Alimolu ve Dönmez (2005) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada, kişisel başarı puan ortalamasını yüksek belirlemiştir. Malliarou ve ark. (2008) çalışmaları kişisel başarı puan ortalaması yüksek olan hemşirelerin oranını %71.9 olarak belirlemiştir. Altay ve ark. (2010) hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamaları ile aile desteği arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmaları, ya arttıkça kişisel başarı puan ortalamasının arttığını belirlemiştir. Benzer şekilde, Taycan ve ark. (2006) yeni başlayanlarda kendini yetersiz ve başarısız hissetmelerinden dolayı kişisel başarısızlığın yüksek olduğunu bildirmiştir. Tükenmişliğin niteliğini belirleyen ve odak noktasını oluşturan boyutun duygusal tükenme olduğu, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalmanın bundan etkilenerek arttığını belirtilmektedir (Günönen ve Üstün 2008).

Hemşirelerin tükenmişlik puan ortalaması ile yaş ($r=,051, p=,486$), haftalık çalışma saati ($r=,028, p=,705$), çalışma süresi/yıl ($r=,018, p=,806$), eğitim, çalışma ekli ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi.

Yapılan diğer çalışmalarda yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığı belirlenmiştir (enturan ve ark 2007, Altay ve ark 2010, Kaya ve ark 2010). Rudman ve Gustavsson (2010) mezuniyet sonrası ilk üç yıl içinde hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik deneyimlediğini, Taycan ve ark. (2006) çalışma yıllarının artmasının hemşirelerin tecrübe, güven ve sorunlarla başa çıkma yeterliliklerinin artmasına neden olduğunu ve tükenmişliğin azaldığını, Günönen ve Üstün (2008) sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ve nöbet tutan hemşirelerin duygusal tükenmelerinin fazla olduğunu belirlemiştir. Ancak çalışmanın medeni durum, eğitim, çalışma ekli vb. özellikler ve tükenmişlik puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olmaması sonuçlarını destekleyen çalışmalar da vardır (Alimolu ve Dönmez 2005, Palfi ve ark. 2008, Kaya ve ark. 2010).

Tablo 3. Hemşirelerin Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri

Değişkenler		Duygusal Tükenme	Test istatistik	Kişisel Başarı	Test istatistik	Duyarsızlaşma	Test istatistik
Medeni durum	Bekar	18,08±7,13	*F=0,218 P=0,805	19,73±3,96	F=0,163 p=0,850	6,17±3,05	F=0,394 p=0,675
	Evli	18,09±6,67		19,38±4,21		6,49±3,02	
	Boşanmış	19,85±8,09		19,71±4,75		7,00±3,95	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	17,71±4,63	F=1,589 P=0,194	13,59±2,90	F=0,319 p=0,811	4,38±2,77	F=0,425 p=0,425
	Ön Lisans	20,12±5,74		13,44±3,28		4,85±2,80	
	Lisans	20,05±5,56		13,67±2,89		5,12±4,52	
	Yüksek Lisans	20,25±5,85		12,25±0,50		6,00±2,44	
Çalışılan servis	Cerrahi servisleri	18,47±6,84	F=4,545 P=0,004	20,39±3,78	F=2,181 p=0,092	5,50±2,66	F=2,132 p=0,098
	Dahiliye servisleri	19,60±7,09		19,91±3,72		6,77±3,12	

	Yo un bakım	18,6±26,6		19,55 ±3,88		6,83± 3,08	
	Acil/ Ameliyathane	14,20±5,75		18,00± 5,15		5,86± 3,12	
Çalı ma ekli	Sürekli gündüz	17,58±6,09	F= 1,181 p=,320	19,43 ± 4,71	F= ,575 p=,681	6,26 ± 3,00	F= 2,323 p=,058
	Sürekli gece	16,80±3,42		21,00± 1,41		6,80 ±3,49	
	Bazen nöbet	17,67±7,40		19,15± 4,20		5,63± 2,66	
	Vardiya de iimli	19,40 ±7,06		19,68 ± 3,86		7,11± 3,23	
Mesle i isteyerek yapma	Evet	17,10± 6,41	** t=-5,522 P=0,000	19,89±4,12	t=-2,80 p=0,006	6,15± 3,03	t=-2,15 p=0,032
	Hayır	24,76± 06,68		17,48± 3,15		7,56 ± 2,98	
Çalı ma ortamından memnun olma	Evet	17,02± 6,61	t=-3,967 p=0,000	19,81 ±4,26	t=-1,603 p=0,111	6,08 ± 3,03	t=-1,904 p=0,059
	Hayır	21,54± 6,78		18,67± 3,84		7,06 ± 2,96	

*Oneway Anova, ** t- test,

Hem irelerin çalı tı ı birimin tükenmi lik düzeyi üzerinde etkisi olmadı ını belirleyen çalı malar (Kaya ve ark. 2010) olmasına ra men, bu çalı mada dahiliye servislerinde çalı an hem irelerin duygusal tükenme puan ortalamalarının (F=4,545, p=0,004) daha fazla oldu u belirlendi (Tablo 3). Taycan ve ark. (2006) cerrahi birimlerinde çalı an hem irelerin ki isel ba arı puan ortalamalarının dahiliye kliniklerinde çalı an hem irelerden daha yüksek oldu unu belirlemi ler ve bu durumun dahiliye hem irelerinin bakım verme ve sorumluluk alanının keskin sınırlarla çizilmemi olması ve kronik hastaların bakımının zor olmasından kaynaklandı ını ifade etmi lerdir. Ksiazek ve ark. (2010) çalı malarında onkolojik cerrahi hem irelerinde tükenmi li in cerrahi hem irelerinden daha fazla oldu unu belirlemi lerdir. Hem irelerin çalı tıkları servislere göre tükenmi lik düzeylerini belirleyen di er çalı malar incelendi inde; Palfi ve ark. (2008) yo un bakım hem irelerinin tükenmi lik düzeyinin servis hem irelerinin tükenmi lik düzeyinden iki kat daha fazla oldu unu, enturan ve ark. (2007) hemodiyaliz ünitesinde çalı an hem irelerde tükenmi lik düzeyinin dü ük oldu unu, Metin ve Özer (2007) yo un bakım ve acil servislerde çalı an hem irelerin duygusal tükenme ve duyarsızla ma düzeyinin daha fazla oldu unu belirlemi lerdir. Sonuçlar a ır hastaların yatt ı servislerde yo un i yükünün hem irelerin tükenmi lik düzeyini etkiledi ini göstermektedir.

Hem irelerin ki isel ba arı puan ortalaması mesle i isteyerek yapanlarda daha yüksek bulundu (t=-2,80, p=0,006). Randal ve Scott (1988) mesle e tam anlamıyla ba lanmanın ki isel ba arısızlıkla sonuçlandı ını belirtmektedirler. ahin ve ark. (2008) çalı maktaki bölüme kendi iste iyle tercih edenlerin ki isel ba arı puan ortalamasının daha fazla oldu unu belirlemi lerdir. Mesle i isteyerek yapmak doyum sa layıcı özellikleri içerdi inden tükenmi lik riskini azaltmaktadır.

Bu çalı mada, duygusal tükenme puan ortalamasının mesle ini istemeden yapanlarda (t=-5,522, p=0,000) ve çalı ma ortamından memnun olmayanlarda (t=-

3,967, $p=0,000$) ve duyarsızlaşma puan ortalamasının mesleğini istemeden yapanlarda ($t=-2,15$, $p=0,032$) daha fazla olduğu belirlendi. Yapılan diğer çalışmalarda da, mesleğini isteyerek yapma ve çalışma ortamından memnun olmanın tükenmişlik düzeyine etkisi belirlenmiştir. Palfi ve ark. (2008) çalışma yeri ve sağlık mesleğinden ayrılmak isteyenler ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki olduğunu, Metin ve Özer (2007) mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ya da adını belirlemişlerdir. Benzer şekilde, Ahin ve ark. (2008) mesleğini kendine uygun bulmayanların ve Altay ve ark. (2010) mesleğini kendisi seçmeyenlerin duygusal tükenmelerinin fazla olduğunu saptamışlardır. Yılmaz ve ark. (2006) hemşirelerin %79,4'ünün mesleğinin hem maddi hem de manevi olarak doyumu vermediğini bildirdiklerini ve bunun nedeni olarak da "mesleğinin fiziksel ve psikolojik olarak yıpratıcı" olduğunu (%72,9) belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin %57,6'sının çalıştığı bölümden memnun olmama nedeni olarak da "sorumlulukumuz fazla ancak yetkimiz az" ifadesini kullandığını bildirmektedirler. Jourdain ve Chenevert (2010) iş yerinde kaynak yetersizliğinin ve taleplerin karşılanmamasının duygusal tükenme ve dolaylı olarak duyarsızlaşmayı arttırdığını ifade etmektedirler. Hemşirelik mesleğini bilinçli ve isteyerek yapanların, mesleğinin gereklerini yerine getirmede daha başarılı olacağı bunun da tükenmişlik düzeyini azaltacağı ancak iş yeri memnuniyetsizliğinin tükenmişlik seviyesini arttıracakları belirtilmektedir (Altay ve ark. 2010, Demir ve ark. 2003)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada hemşirelerde, duygusal tükenmenin orta düzeyde, duyarsızlaşmanın düşük, kişisel başarının yüksek olduğu ve hemşirelerin orta düzeyde duygusal tükenme ya da adıkları belirlendi. Dahiliye servisinde çalışma, mesleğini istemeden yapma, çalışma ortamından memnun olmama 'duygusal tükenme' de, mesleğini isteyerek yapma 'kişisel başarı' da, mesleğini istemeden yapmanın 'duyarsızlaşma' da etkili olduğu belirlendi.

- Hemşirelerde, duygusal tükenmelerinin azaltılması için dahiliye servislerinde çalışan, mesleğini istemeden yapan ve çalışma ortamından memnun olmayan hemşirelerin mesleğini isteyerek yapma ve servislerinden memnuniyetlerinin artırılması,
- Kişisel başarılarının artırılmasında hemşirelik mesleğini severek yapmalarının sağlanması,
- Duyarsızlaşmalarının azaltılmasında mesleğini istemeden yapan hemşirelerin hemşirelik mesleğini isteyerek yapmalarının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Altay B, Gönener D, Demirkıran C (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15:1,10-16.
- Alimoğlu MK, Dönmez L (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 42:549-555.
- Altun İ (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing Ethics*, 9:3, 269-278.
- Bektaş G, İlhan N (2008). Huzurevlerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11:3,128-135.
- Çapri B (2006). Tükenmişlik ölçeğinin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2:1,62-77.
- Çam O (2001). The burnout in nursing academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*, 38:201-207.
- Çam O (1992). Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 155-160
- Çam O (1991). Hemşirelerde tükenmişlik sendromunun araştırılması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Demir A Ulusoy M, Ulusoy MF (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40:807-827.
- Demir A (2004). Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7:1,71-80.
- Ergin C(1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, 143-154.
- Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y ve ark.(2008).The relationship btween socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45:418-427.
- Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S (2000). Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeyi. *Kriz Dergisi*, 9:1, 27-38.
- Günüşen N, Üstün B (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:4,48-58.
- Jourdain G, Chenevert D (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*,47:709-722.
- Kaya N, Kaya H, Ayık SE ve ark. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7:1,401-419.
- Kaçmaz N (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İst Tıp Fak Derg*, 68: 29-32.
- Ksiazek I, Stefaniak TJ, Stadnyk M ve ark. (2010). Burnout syndrome in surgigal oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing* .doi:10.1016/j.ejon.2010.09.002
- Malliarou MM, Moustaka EC, Konstantinidis TC (2008). Burnout of nursing personel in a regional University Hospital. *Health Science Journal*, 2:3,140-152.
- Metin Ö, Özer FG (2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10:1, 58-66.
- Maslach C, Jackson SE (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 99-113.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (1997). Maslach Burnout Inventory (içinde) Zalaquett CP, Richard J. Wood RJ (eds.) *Evaluating Stres*. The Scarecrow Press, 191-219
- Palfi I, Nemeth K, Kerekes Z ve ark. (2008). The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 14:19-25.
- Piko BF (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43:311-318.

- Poghosyan L, Aiken LH, Sloane DM (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46:894-902.
- Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M ve ark. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33: 288-298.
- Rafii F, Oskouie F, Nikravesh M (2004). Factors involved in nurses' responses to burnout: a grounded theory study. *BMC Nursing*, 3:6,1-10.
- Randall M, Scott WA (1988). Burnout job satisfaction and job performance. *Aust Psycho*, 23:335-347.
- Rudman A, Gustavsson JP (2010). Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*. doi.10.1016/j.ijnurstu.2010.07.012
- Sayı I, Haran S, Ölmez Ş ve ark. (1997). Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 5 :2, 71-77
- Sinat Ö, Kutlu Y (2009). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *İÜFN Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17:3,174-183.
- Şenturan L, Karabacak BG, Alpar ŞE ve ark. (2007). Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2:2,33-45.
- Şahin D, Turan FN, Alparslan N ve ark. (2008). Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45:116-121.
- Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z (2006). Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15:6,92-97.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S ve ark. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:100-108.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM ve ark. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42:2,57-66.
- Zellmer DD (2005). Teaching to prevent burnout in the helping professions. *Analytic Teaching*, 24:1,20-25.

KANITA DAYALI BİR UYGULAMA: PSİKOEĞİTİM

EVIDENCE-BASED PRACTICE: PSYCHOEDUCATION

Ar.Gör. Figen ENGÜN* Ö r.Gör. Hatice ÖNER ALTIÖK**
Prof.Dr. Besti ÜSTÜN*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemirelik Fakültesi Psikiyatri Hemireli i Anabilim Dalı

**Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sa lık Yüksekokulu Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Hemireli i Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalı mada psikoeğitimin tanımı, kullanım alanları ve etkinli i, ilgili literatür do rultusunda incelenmiştir. Kanıta dayalı uygulamalar arasında yer alan psikoeğitim, günümüzde psikososyal müdahale boyutlarından biri olarak hasta/sa lıklı birey ve aileye yönelik pek çok alanda uygulanmaktadır. Psikoeğitimde hasta/sa lıklı birey ve ailesinin ba etme becerilerini geli tirme yöntemlerine odaklanılmakta ve hastalı ı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir. Literatürde koruma, tedavi ve rehabilitasyon düzeylerinde tek ba ına psikoeğitim müdahalesi ya da di er tedavi yakla ımlarıyla bir arada uygulandı ı çalı malar bulunmaktadır. Çalı malarda psikoeğitimsel müdahalelerin bakım ve hasta sonuçları üzerine etkili oldu una dikkat çekilmektedir. Ancak çalı malar incelendi inde psikoeğitim müdahalesinin farklı gruplarda oturma sayı ve sıklı ının, müdahalelerin kimler tarafından yürütülebilece inin, müdahaleleri yürütecek ki ilerin ta ıması gereken yeterlilikler gibi konu alanlarında standartların belirlenmesine gereksinim oldu u görülmü tür.

Anahtar Kelimeler: Psikoeğitim, Kanıta Dayalı Uygulama, Psikososyal Müdahale

ABSTRACT

In the study, the definition, usage and effectiveness of psychoeducation is investigated in the light of the literature. Psychoeducation, one of the evidence-based interventions, is today widely employed in many areas regarding patients/healthy individuals and/or families as one of the several dimensions of psychosocial interventions. Psychoeducation focuses on methods used to improve coping skills of patients/healthy individuals and families, and aims at helping patients and families manage the disease. In the literature, there are several studies in some of which psychoeducation intervention is used alone and in others of which psychoeducation is employed together with other treatment approaches during protection, treatment and rehabilitation stages. However, there is a need to determine the standards regarding the number and frequency of psychoeducational intervention sessions conducted in different groups, by whom the interventions should be performed and what qualifications the persons to carry out interventions should have.

Keywords: Psychoeducation, Evidence-Based Practice, Psychosocial Approach

G R

Psikoeğitim, psikolojik ya da fiziksel hastalıklarda; ki ilere hastalıklarını, hastalı a verdikleri duygusal yanıtlarını ö retme, ba etme becerilerini geli tirme, hastalı a

uyumu ve tedaviye i birli ini sa lamaya yönelik olarak yapılandırılmı e itsel müdahalelerdir (Donker et al. 2009, Rummel et al. 2006, Lukens, Mcfarlane 2004, Boyd, Nihard 1998). Psikoe itimde hasta ve ailesinin problemleriyle ve yetersizlikleriyle ba etme becerilerini geli tirme yöntemlerine odaklanılmakta ve bu yolla hastalı ı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir (Griffiths, Smith 2010, Rummel et al. 2006). Müdahalelerde amaç, bilgi ve davranı de iikli i olu turma yoluyla bireylere problemleriyle nasıl ba edebileceklerini ö retmek, hastanın kendi durumunu anlamasına yardımcı olmak, öz bakım aktivitelerini geli tirmek, komplikasyonları önlemek, iyilik düzeyini ve ya am kalitesini artırmaktır (Swaminath 2009, Bercaw 2000, Cunningham et al. 1999, Blair, Rainones 1997). Ayrıca hasta ve ailesine yönelik beklenen çıktıları vardır. Bunlar: hastalık semptomlarını ö retmek, bili sel, affektif ve davranı sal de i iklikler olu turmak, iç görüyü arttırmak, relapsı önlemek, etkili ba etme becerileri kazandırmak, duygusal destek sa lamak, aile yükünü ve stresini azaltmak, hasta ve ailesinin umudunu, ya am kalitesini arttırmak, tedaviye i birli i ve uyumu arttırmaktır (Swaminath 2009, Yurtsever ve ark. 2001, Baker 2000).

Günümüzde psikoe itimsel müdahalelerinin birçok alanda (kanser, diyabet gibi) kullanımı artmaktadır. Uzun süreli hastane tedavisinin maliyetinin yüksek olması nedeniyle kısa süreli hastane tedavilerinin ve e itimle desteklemi tedavi yöntemlerinin gereklili i, psikoe itimin, nüks ve relapsların önlenmesinde, tedaviye uyumda, hastalık süreci ile ba etme becerilerini geli tirmede etkinlik göstermesi ayrıca psikoe itim müdahalelerinin kolay uygulanabilmesi, hastalıkla ilgili problem çözme becerilerini geli tirmesi, karar verme ve aktif katılımı kolayla tırması bu müdahalelerin kullanılmasını artıran nedenler arasında sayılabilir (Lukens, Mcfarlane 2004, Yurtsever ve ark. 2001, Fawzy et al. 1997).

Psikoe itim psikoterapötik ve e itsel müdahaleleri entegre eden bir tedavi yöntemi olup, hastalı ı anlama ve sonuçlarıyla ba etmede teorik ve pratik yakla ım sunmaktadır (Ong, Karon 2008). Geleneksel tıbbi modellere temellenen psikososyal müdahalelerin birçok formu patolojiyi, hastalı ı ve i lev bozuklu unu tedavi etmeye odaklanırken, psikoe itim; sa lık, i birli i, ba etme ve güçlendirme felsefesine odaklanan, yetkinlik temelli, bütüncül bir yakla ım sunmaktadır (Ong, Karon 2008, Lukens, Mcfarlane 2004). Psikoe itimin üç temel ögesi vardır. Bunlar; terapötik etkile im, açıklık getirme ve ba etme becerisinin geli tirilmesidir (Swaminath 2009). Terapötik etkile im; tıbbi bilginin saygı ve bireyin kendi dü ünceleri do rultusunda payla ılmasını sa lamadır. Açıklık getirme; etkile imsel bir tarz içinde bireyin hastalı a yükledi i anlamların ve bilgilerinin basitçe açıklık getirilmesidir. Ba etme becerisinin geli tirilmesi; krizin en üst düzeyde yönetilmesi ve kaynaklar üzerine odaklanarak ba etme becerilerinin geli tirilmeye çalı ılmasıdır. Bu, bireyin hastalı ına kar ı uzmanla ması ve ya am planlarının yeniden düzenlenmesine yardım edebilir (Swaminath 2009).

Psikoe itim müdahalelerinde yeti kin e itiminin temel ilkeleri kullanılmaktadır. Yeti kin e itimi ö renen merkezli aktif bir süreçtir. Bireyin ihtiyaçları temel alınarak bireyselle tirilmi bir e itim içeri i yapılandırılmaktadır. Bu noktada psikoe itim

çer i ve materyalleri ö renen merkezli olarak bireye özgü ve bireyin gereksinimlerine yönelik yapılandırılmakta ve imdiki zamana odaklanılmaktadır (Stuart 2001). Bu süreç kar ılıklı i birli ine temellenmektedir. Hasta/sa ılıklı birey ve müdahaleyi yürüten ki i arasında kurulan i birli inin amacı, bilgi art ı sa lama yoluyla daha olumlu sa lık sonuçları elde etmektir (Lukens, Mcfarlane 2004, Stuart 2001). Psikoe itim; tanılama, gereksinimleri saptama, saptanan gereksinimler do rultusunda amaçlar olu turma, uygulama ve de erlendirme boyutlarını içermektedir (Boyd, Nihard 1998). Bu süreçte temel altı basamak söz konusudur. Bunlar; hastanın rahatsızlı ı ile ilgili endi elerini, bilgilerini ve yanlı anlamaları ortaya koymak, hastalı ın net ve kısa bilgilerle anlatılması yoluyla bireyin kavrayı nı artırıp anksiyetesini azaltmak, hastanın hastalı ı ile ilgili duygularını ifade etmesine yardım ederek gerçekçi duygusal/emosyonel destek, sa layarak umut a ılamak, bireyin hastalı na ili kin yanlı bilgi ve yorumlamaları düzeltmek, bireyin hastalı ı ile ilgili kolay anlayabilece i ekilde durumu ayrıntılı olarak açıklamaktır. Süreç bilgilerin birey tarafından nasıl anla ıldı ının kontrol edilmesi ile sonlanmaktadır (Swaminath 2009).

Klinik ve toplumsal ara tırmalar sonucunda etkinli i kanıtlanmı ; kanıta dayalı uygulamalar arasında yer alan psikoe itim, günümüzde psikososyal müdahale boyutlarından biri olarak hasta/sa ılıklı birey ve aileye yönelik olarak pek çok alanda uygulanmaktadır (Lukens, Mcfarlane 2004, McFarlane et al.2003). Literatürde farklı hastalık gruplarında, birçok çalı mada tek ba ına psikoe itim müdahalesi ya da di er tedavi yakla ımlarıyla kombinasyonların uygulandı ı çalı malar bulunmakta ve psikoe itimsel müdahalelerin etkinli ine dikkat çekilmektedir (Griffiths, Smith 2010, Donker 2009, Alata ve ark. 2007, Chan 2005, Lukens, Mcfarlane 2004, Devine, Westlake 1995). Psikiyatri alanında psikoe itim müdahaleleri a ırlıklı olarak izofreni hasta ve yakınlarıyla yürütülmü tür. Ayrıca duygu durum bozuklukları, depresyon, alkol madde kullanımı, post travmatik stres bozuklu u, ki ilik bozuklukları ve yeme bozuklukları alanlarında yürütülmü randomize kontrollü psikoe itim çalı maları bulunmaktadır (Lukens, Mcfarlane 2004). Psikiyatri hasta ve ailelerine yönelik yürütülen psikoe itim müdahalesinin içeri inde genellikle; belirti ve bulgular, hastalı ın seyri, nedenleri, tanı testleri ve ölçümleri, ya am stili de i imleri, tedavi seçenekleri, tedavinin olası sonuçları, ilaç etki ve yan etkileri, terapötik stratejiler, uyum sa layıcı ba etme yanıtları, potansiyel uyum problemleri, relapsın erken uyarı i aretleri, öz bakım sorumlulu unu geli tirme, ileti im, ba etme becerileri, sosyal beceri e itimi, stres yönetimi, sosyal destek sa lama, problem çözme e itimi, kriz yönetimi konuları yer almaktadır (Stuart 2001, Baker 2000, Colom et al. 2003, Dowrick et al. 2000, Griffiths, Smith 2010). Bu alanda yürütülen gözden geçirme çalı maların sonuçları psikoe itim müdahalelerinin tedaviye uyumu arttırdı ı, hastalık sonuçlarını geli tirdi i, relaps ve rekürrensi azalttı ı, hastalık ve tedaviye ili kin bilgi düzeyini artırdı ını göstermektedir (Gonzalez-Pinto et al. 2004). Dixon ve Lehman (1995) izofreni ailelerine yönelik yürütülen psikoe itimsel müdahalelerin etkinli ini inceledikleri derleme çalı masında psikoe itim müdahalelerinin hastaların relaps oranlarını azalttı ını belirtmektedirler. Randomize kontrollü olarak yapılmı aile psikoe itim çalı malarının incelendi i bir ba ka derleme çalı manın sonuçları da

psikoe itimin relaps oranlarını azalttı nı, hasta sonuçlarını ve ailenin iyi olu lu unu geli tirdi ini belirtmektedir (Mcfarlane et al. 2003). Donker ve ark. (2009) meta analiz çalı mada psikoe itim müdahalelerinin kalitesinin önemine dikkat çekmekte ve pasif psikoe itim müdahalelerinin depresyon ve distress semptomlarını azaltmada etkinli i oldu unu belirtmektedir. Gümü (2006) derleme çalı masında ölkemizde izofreni hasta ve ailelerine yönelik olarak yapılan psikoe itim müdahalelerinin etkinli ine dikkat çekmekte ve psikoe itimin hasta ve ailelerinin ya am kalitesinin yükseltilmesinde, problem çözme yetilerinin artırılmasında, hastalı ın yineleme riskinin azaltılmasında ve aile i levlerinin düzelmesinde olumlu sonuçlar olu turdu unu belirtmektedir. ncelenen bu çalı malarda psikoe itim müdahalelerinin oturum sayısı, sıklık, süre ve izlemlerine yönelik standardizasyonun olmadığı görülmektedir.

Psikiyatri dı nda tıbbi hastalıklara yönelik yürütölen psikoe itim müdahaleleri kronik, ya amı tehdit eden hastalıklarda daha yaygın olarak kullanılmakla birlikte bu müdahalelerin amacı, hasta ve bakım verenlerin hastalı ın fiziksel ve psikolojik etkileriyle ba etmelerine yardım etmektir. Bu grupta a rıklı olarak kanser hastalarıyla psikoe itim müdahalelerinin yürütöldü ü belirtilmektedir (Lukens, Mcfarlane 2004). Kanser hastaları ve ailelerine yönelik planlanan psikoe itimsel müdahaleler; sa lık e itimi, stres yönetimi, ba etmeyi geli tirme, psikolojik destek sa lama ve grup psikososyal deste ini içermektedir (Fawzy 2007, Bercaw 2000, Bultz et al. 2000, Cunningham et al. 1999, Devine, Westlake 1995, Edelman et al. 2000, Fawzy et al. 1997; Payne et al. 1997). Kanserli hastalarda psikoe itimsel müdahalelerin depresif semptomları azaltmada etkilili inin incelendi i gözden geçirme çalı malarının sonuçları psikoe itimsel müdahalelerin depresif semptomları ve anksiyeteyi azaltmada etkili oldu unu göstermi tir (Barsevick et al. 2002, Devine, Westlake 1995). Devine ve Westlake'ın (1995) yaptı ı 116 çalı malı meta analizde bu programların sadece bilgi düzeyini arttırmadı ı aynı zamanda kanser semptomlarını, a rıyı, anksiyeteyi, depresyonu ve bulantı kusmayı azalttı ı belirlenmi tir. Bu alanda yürütölmü randomize kontrollü çalı ma sonuçlarında da psikoe itim müdahalelerinin ya am kalitesinde artı sa ladı ı belirtilmekte ve müdahale sonrasında anksiyete ve distreste azalmaya dikkat çekilmektedir (Cunningham 2000, Edmonds et al. 1999, Meyer, Mark 1995). Bir ba ka çalı mada psikoe itimin jinekolojik kanserli hastalarda seksüel istek, orgazm, doyum, seksüel distres ve depresyon üzerinde pozitif etkisi oldu u saptanmı tir. Ara tırmada kullanılan e itim materyali yararlı, açık ve yardım edici bulunmu tur (Brotto 2008). Meme kanserli hastalara tedavi sonrasında yapılan psikoe itim programlarının hastaların ya am kalitesini geli tirdi i belirtilmektedir (Meneses et al. 2009, Meneses et al. 2007). Bir ba ka çalı mada Cunningham ve ark. (1999), kanser hastalarında psikoe itimsel müdahalenin bireysel yeterlilikte artma, duyu durumunda iyile me ve depresyonda azalma sa ladı ını saptamı lardır. Kanser tedavisi tamamlandıktan sonraki dönemde yürütölen psikoe itimsel müdahalelerin bireysel yeterlili i, olumlu sa lık davranı larını, fiziksel fonksiyonu artırdı ı, depresyonu, distrestiyi ve çatı mayı azalttı ı saptanmı tir (Dale et al. 2010). Ayrıca tedavi sonrası dönemde psikoe itimsel müdahalelerin meme kanseri sa kalanlarında ya am

kalitesini arttırdı ı belirtilmektedir (Meneses et al. 2009). İgili literatürde kanser hastalarına yönelik psikoe itimsel müdahalelerin ço unlukla tanı ve tedavi sürecinde oldu u, tedavi sonrasında sınırlı sayıda müdahale çalı masının bulundu u ve yürütülen psikoe itimsel müdahalelerin uygulanmasında belirli bir sıklık ve süre belirtilmemekte olup, kısa dönem müdahalelerin yer aldı ı açıklanmakta ve standardizasyonun olmadığı belirtilmektedir (Stanton et al. 2005, Meneses et al. 2007).

Lukens (2004), kanser dı ında randomize kontrollü olarak psikoe itim müdahalelerinin diyabet, kronik a rı ve obezite gruplarında da çalı ıldı nı vurgulamaktadır. Bu çalı malarda psikoe itim içeri i: hastalık, semptom bilgisi, bili sel davranı çı teknikler, problem çözüme, atılganlık e itimi, beden imajı, grup deste i, semptom yönetimi, ileti im becerilerinden olmaktadır (Lukens, Mcfarlane 2004). Bu hasta gruplarıyla yürütülen çalı malarda psikoe itimin etkinli ine dikkat çekilmektedir. Diyabet hastaları ile yürütülen çalı mada; psikoe itimin olumsuz yeme alı kanlı ında, beden memnuniyetsizli inde azalma sa ladı ı fakat metabolik kontrolü (HbA1c, insülini unutmama) geli tirmedir i saptanmı tır (Olmsted et al. 2002). Obez grupla çalı ılan bir ba ka çalı mada ise psikoe itim grubunda benlik saygısında ve beden imajını kabullenmede olumlu yönde de i im sa ladı ı dikkat çekilmektedir (Ciliska 1998). Psikiyatri dı ı hastalık gruplarına yönelik yapılan çalı malarda da psikoe itim müdahalelerinin oturum sayısı, sıklık, süre ve izlemelerine yönelik standardizasyonun olmadığı görülmektedir.

Psikoe itim müdahaleleri danı manlık müdahaleleriyle benzerlik göstermektedir. Her iki yakla ımda da ki ileri güçlendirmeye odaklanılmaktadır. Ancak psikoe itimde ki ilere yetersizlikleri ve problemleriyle nasıl ba edeceklerine yönelik güçlendirme etkinlikleri daha fazla vurgulanmaktadır (Boyd, Nihard 1998). Konuyla ilgili açıklı a kavu turulması gereken önemli bir soru, sa lık e itimi ve psikoe itim arasında farklılı ın olup olmadığıdır. Ancak, literatür gözden geçirildi inde her iki konu arasındaki farkın ara tırıldı ı çalı maların yetersiz oldu u görülmektedir. Sa lık e itimi sadece psikoe itimin bir boyutu olarak de il aynı zamanda genel sa lık gereksinimlerini içermesi bakımından da önemlidir. Psikiyatri hem ireleri bireylerin sadece ruhsal e itim gereksinimlerine de il, genel sa lık gereksinimlerine yönelik hazırlanacak sa lık e itimine de odaklanmaları gerekmektedir (Boyd, Nihard 1998). Fawzy (2007), çalı masında psikoe itimin dört temel bile eninden birisinin sa lık e itimi oldu unu belirtmekte ve sa lık e itiminin amacının: bilgi azlı ı ve belirsizli e ba lı olarak ya anan çaresizlik ve yetersizlik duygusunu azaltarak bireyde kontrol ve yetkinlik duygusunu geli tirmek oldu unu açıklamaktadır.

Psikoe itimde üç düzey önleme olmasına kar ın literatür incelemesinde psikoe itim müdahalelerinin, ço unlukla tedavi ve rehabilitasyon dönemlerinde yürütüldü ü, korumaya yönelik çalı maların sınırlı oldu u görülmü tür. Duygu durum bozuklu u ya ayan adölesan ve çocuklara yönelik aile temelli randomize kontrollü psikoe itim çalı malarının incelendi i derleme çalı masında, psikoe itim müdahalelerinin ço unlu unun tanı almı gruplarla tedavi amacıyla yürütüldü ü belirtilmektedir. Çalı mada riskli grupta önleme amacına yönelik sadece bir çalı maya

ula ıldı ı belirtilmekte ve bu noktaya dikkat çekilmektedir (Ong, Karon 2008). Literatürde birinci düzey korumaya yönelik çalı maların sınırlı oldu u görülmektedir. Bu do rultuda ergenlerle yapılan psikoe itim çalı malarında genellikle koruyucu temelli olarak, ileti im becerileri ve sorun çözme becerilerini geli tirmeye yönelik psikoe itim programlarının uygulandı ı görülmektedir. Gibbons (2010), e itimsel süreçte ya adıkları stres nedeniyle tükenmi lik duygusunu yo un ya ayan ö rencilere verilecek ba etme ve stresi yönetme psikoe itim programlarının önemini vurgulamı tır. Bir ba ka çalı mada Cash ve Hrabosky (2003), ergenlerde beden imajını güçlendirmek için bili sel davranı çı programın kullanıldı ı psikoe itim programını uygulamı larıdır. Buna göre, ö rencilerde psikoe itimsel müdahale sonucunda benlik saygılarında artma ve sosyal anksiyete düzeylerinde dü me saptanmı tır (Cash, Hrabosky 2003). Ülkemizde ergenlerde konuyla ilgili olarak literatür gözden geçirildi inde duyguları fark etme, ifade etme ve stresle ba etmeye yönelik psikoe itim müdahale programlarının yayına dönü türüldü ü görülmektedir (Kuzucu 2006, Aydın 2006). Aydın'ın çalı masında (2005), akı kuramına dayalı olu turulan stresle ba a çıkma grup programına katılan lise birinci sınıf ö rencilerinin stresle ba etme puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmı tır. Bir ba ka çalı mada Kuzucu (2006), üniversite ö rencilerinin duygularını fark etmeye ve ifade etmeye yönelik psikoe itim programının etkinli inin de erlendirdi i çalı masında, ö rencilerin duygusal farkındalık puanlarının anlamlı düzeyde yüksek çıkt ını belirtmi tır. Bir ba ka çalı mada Karahan (2008), ileti im ve çatı ma çözme beceri e itiminin üniversite ö rencilerinin sosyal beceri düzeyleri üzerindeki etkisini ortaya koymaya çalı mı tır. Bu çalı ma sonucuna göre, ileti im ve çatı ma çözme beceri e itimi programına katılan ö rencilerin sosyal beceri düzeylerinin, bu programa katılmayan ö rencilerin sosyal beceri düzeylerinden yüksek oldu unu saptamı tır (Karahan 2008).

Psikoe itimin psikiyatrist, klinik psikolog, hem ire ve sosyal çalı macı gibi farklı psikiyatri profesyonelleri tarafından bireysel ya da grup psikoe itimi ekinde uygulanabilece i belirtilmekte ve alana özgü spesifik e itimin alınmı olması gereklili ine vurgu yapılmaktadır (Gümü 2006, Alata ve ark. 2005). Ancak farklı uzmanlar tarafından verilen psikoe itimin farklılıklarını, avantaj ve dezavantajlarını tanımlamaya yönelik çalı maların olmad ı belirtilmektedir (Ong, Karon 2008). Ayrıca psikoe itimi yürütecek bireylerin sahip olmaları gereken yeterlilikler konusunda netlik bulunmamaktadır. Ancak psikoe itimin terapötik yakla ımlar konusunda e itim alımı ve e itim sürecinde ortaya çıkabilecek psikososyal tepkileri yönetebilecek ki iler tarafından yürütülmesi gerekti i dü ünülmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak psikoe itimsel müdahaleler farklı hastalık gruplarında etkinli i belirlenmi kanıt temelli müdahalelerdir. Ancak psikoe itim müdahalesinin farklı gruplarda oturum sayısı ve sıklı ının, müdahalelerin kimler tarafından

yürütülebilmesi için ve yürütecek kişilerin tanınması gereken yeterlilik ve sağlık eğitimi ile arasındaki farklar gibi konu alanlarının tanımlanmasına gereksinim vardır.

Günümüzde kanıta dayalı uygulamaların hem birelik uygulamaları içindeki önemi artmaktadır. Bu noktada hem birelerin bağımsız fonksiyonu arasında yer alan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitimin uygulanması, tartışılması ve yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca hem birelinin felsefesini oluşturan anlayışlardan biri biyopsikososyal bütünlük içinde hastanın ve ailesinin optimal fonksiyon görmesine yardımcı etmektir. Hem bireler bu anlayışı psikoeğitim yoluyla gerçekleştirebilirler. Psikiyatri hem bireleri aldıkları eğitimi nedeniyle, bireyin ve ailenin psikososyal bakım gereksinimlerini belirleme ve psikoeğitimsel müdahaleleri planlamada, uygulamada ve etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir konuma sahiptir. Hem bireler bu önemli rollerinin ve bağımsız fonksiyonlarının farkında olmalı, bireyin ve ailenin eğitimi gereksinimlerini saptayarak, fonksiyonelliğini ve yaşam kalitesini arttırmada psikoeğitimsel müdahaleleri bakımın bir parçası olarak uygulamalıdır. Psikoeğitimsel müdahaleleri, bireyin fonksiyonelliğini artırma yoluyla ailesiyle/toplumla olan uyumunu arttırmada; ailenin psikososyal iyiliğini korumada; depresyon ve olası psikososyal sorunları azaltmada; bireyin ve ailenin yaşam kalitesinin arttırmada önemlidir. Bu yolla da sağlık sorunlarının erken tanınması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonuna katkı sağlanması beklenmektedir. Ayrıca kanıt düzeyindeki bu müdahaleler, hem birelini görünür kılmada da oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- Alataş G, Kurt E, Alataş ET ve ark. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20(4): 196-205.
- Aydın KB (2006). *Stresle Başa Çıkma*, Öner U(ed). Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Aydın KB (2005). Akış kuramına dayalı stresle başa çıkma grup programının ergenlerin stresle başa çıkma stratejilerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Baker JA (2000). Developing psychosocial care for acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7 (2): 95-100.
- Barsevick AM, Sweeney C, Haney E et al. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for Depression in patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29 (1): 73-84.
- Bercaw GN (2000). Advocacy training: A look toward the future for pediatric cancer patients and their families. *Dissertation Abstracts International: B. Sciences & Engineering*, 60: (9-B).
- Blair TD, Rainones VA (1997). Education as psychiatric intervention: the cognitive-behavioral context. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35 (12):29-36.
- Boyd M, Nihard, M (1998). *Psychiatric Nursing*, Lippincott Company p: 313-314.
- Brotto LA (2008). Psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav*, 37(2): 317-329.
- Bultz BD, Specia M, Brasher PM et al. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support for partners of early stage breast cancer patients. *Psychooncology*, 9 (4): 303-313.
- Cash TF, Hrabosky JI (2003). The Effects of psychoeducation and self-monitoring in a cognitive behavioral program for body-image improvement. *Eating Disorders*, 11(4): 255-270.
- Ciliska, D (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research*, 20 (1): 119-135.

- Chan CWH (2005). Psychoeducational intervention: A critical review of systematic analyses. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9 (3-4): 101-111.
- Cunningham AJ (2000). Adjuvant psychological therapy for cancer patients: Putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology*, 9 (5): 367-371.
- Cunningham AJ, Edmonds CV, Williams D (1999). Delivering a very brief psychoeducational program to cancer patients and family members in a large group format. *Psychooncology*, 8 (2): 177-182.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60: 402-407.
- Dale HL, Adair PM, Humphris GM (2010). Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions for men with cancer. *Psychooncology*, 19 (3): 227-237.
- Devine EC, Westlake SK (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*, 22 (9): 1369-1381.
- Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (4): 631-643.
- Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P et al. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7 (79): 1-9.
- Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomized controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *British Medical Journal*, 321(7274): 1450-1454.
- Edelman S, Craig A, Kidman AD (2000). Group interventions with cancer patients: Efficacy of psychoeducational versus supportive groups. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18 (3): 67- 85.
- Edmonds CV, Lockwood GA, Cunningham AJ (1999). Psychological response to long-term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, 8 (1): 74-91.
- Fawzy NW (2007). Psychoeducational interventions rationale, structure, and nursing-sensitive patient outcomes. *Eonsnewsletter Spring*, 2007: 16-17.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS et al. (1997). Brief coping-oriented therapy for patients with malignant melanoma. In J. L. Spira (Ed), *Group therapy for medically ill patients* (pp. 133-164). New York: Guilford Press. *Oncology Nursing Forum*, 17: 223-229.
- Gibbons C (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2010): 1299-1309.
- Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S et al. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand*. 109 (2): 83-90.
- Gorostidi XZ, Egilegor XH, Erice MJA et al. (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Education Today*, 27 (7): 777-785.
- Griffiths F, Smith D (2010). Psychoeducation intervention for people with bipolar disorder. *Mental Health Practise*, 13 (9): 22-23.
- Gümüş AB (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2 (2): 23-34.
- Karahan TF (2008). Bir iletişim ve çatışma çözme beceri eğitimi programı'nın üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 41 (2): 169-186.
- Kuzucu Y (2006). Duyguları fark etme ve ifade etme psikoeğitim programı, Yeşilyaprak B(ed). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Lukens EP, Mcfarlane WR (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3): 205-225.
- Mcfarlane WR, Dixon L, Lukens E et al. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2): 223-245.
- Meneses K, McNeas P, Azuero A et al. (2009). Preliminary evaluation of psychoeducational support interventions on quality of life in rural breast cancer survivors after primary treatment. *Cancer Nursing*, 32(5): 385-397.

- Meneses KD, McNees P, Loerzel VW et al. (2007). Transition from treatment to survivorship: effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34 (5): 1007-1016.
- Meyer TJ, Mark MM (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14 (2): 101-108.
- Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC et al. (2002). The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (2): 230-239.
- Ong SH, Caron A (2008). Family-based Psychoeducation for Children and Adolescents with Mood Disorders. *J Child Fam Stud*. 17 (6): 809-822.
- Payne DK, Lundberg JC, Brennan MF et al. (1997). A psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma. *Psychooncology*, 6 (1): 65-72.
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J et al. (2006). Psychoeducation in schizophrenia- Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4):765-777.
- Stanton ALL, Ganz PA, Kwan L et al. (2005). Outcomes from the moving beyond cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (25): 6009-6018.
- Stuart GW (2001). Principles and practice of psychiatric nursing. 8th Edition, China: Mosby, 248-249.
- Swaminath G (2009). Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 51(3): 171-172.
- Warbah L, Sathiyaseelan M, Vijayakumar C et al. (2007). Psychological distress, personality and adjustment among nursing students. *Nurse Education Today*, 27 (6): 597-601.
- Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N ve ark. (2001). Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 14 (1): 33-40.

ÖZEFAGUS ATREZİSİ OLAN PREMATÜRE YENİ DOĞAN ANA POSTOPERATİF DÖNEMDE HEMİRELİK YAKLAŞIMI

NURSING APPROACH TO PREMATURE NEWBORN WHO HAS ESOPHAGEAL ATRESIA AT POSTOPERATIVE PERIOD

Sema BAYRAKTAR Yard.Doç.Dr. Duygu GÖZEN

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidogan Yoğun Bakım Ünitesi
İstanbul Üniversitesi Hemirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Özefagus atrezisi, farinksten mideye kadar uzanan pasajın anatomik olarak tam olarak oluşmaması ile karakterize, hayatı tehdit eden konjenital bir anomalidir. Genetik bir özellik taşıyarak birlikte ailesel yatkınlık gösterdiği bildirilmektedir. Ortalama 3000-4000 canlı doğumda bir görülmektedir. Özefagus atrezisine bağlı mortalite ve morbititenin azaltılmasında erken tanı, cerrahi girişim tekniği ve postoperatif bakım kadar önem taşımaktadır. İlk belirti tükürük salgısının yutulmaması sonucu, ağzıdan ve burundan köpük şeklinde gelmesidir. Özefagus atrezisi olan bebeklerin postoperatif dönemde atelektazi, pnömoni, anastomozda kaçak olması, fistül gelişimi, reflü ve anastomoz hattında darlık gibi komplikasyonlar açısından gözlenmesi gerekir.

Bu bilgiler ışığında; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde (ÜTF) 30. gestasyon haftasında doğan, özefagus atrezisi tanısıyla opere edilen bebek Y.'nin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) postoperatif dönemde verilen hemirelik bakımı ile elde edilen sonuçlar olgu incelemesi olarak değerlendirildi.

Sonuç olarak 3.düzye YYBÜ'nde postoperatif dönemde tedavi edilen ve hemirelik bakımı verilen bebek Y.; spontan solunuma başladı, ağzının azaldığı gözlemlendi, bilirubin düzeyi normale döndü, vücut sıcaklığı normal değerlere düştü, vücut tartısında artışı belirlendi, deri turgoru düzeldi, cilt ve mukoza rengi pembe-nemli görünüm aldı. Bebek Y'de herhangi bir komplikasyon belirtisi görülmedi ve olumlu anne-bebek etkileşimi sağlanarak 2.düzye YYBÜ'ne transfer edildi. Oral beslenmeye başladıktan sonra 2. düzey YYBÜ'ne transfer edildi.

Anahtar kelimeler: Özefagus Atrezisi, Prematüre, Hemirelik bakımı, Postoperatif bakım

ABSTRACT

Esophageal atresia is characterized by anatomic absence of extending passage from pharynx to stomach as a congenital anomaly which threaten to the life. Have shown a genetic predisposition to familial property offers little together. It's seen in an average every 3000- 4000 of live births. Reducing mortality and morbidity of esophageal atresia early diagnosis is important as surgical intervention technique and postoperative care. Cannot be swallowed salivary secretion is first symptom of disease that the foam in the form of the mouth and nose. Observation in the postoperative period of infants with esophageal atresia has great significance about atelectasis, pneumonia, anastomotic leakage, development of fistula, reflux and complications such as anastomotic strictures.

According to this information baby Y. who was born in University of Istanbul Medical Faculty on 30 gestational weeks of age, operated for esophageal atresia and taking care in neonatal intensive care unit (NICU) was discussed for evaluation of postoperative nursing care and related results of initiatives.

Consequently baby Y, who was treated and given nursing care at the third level neonatal intensive care unite at postoperative period, started respiration spontaneously. The relieving of pain was observed. The level of billirubin returned the normal level. The body temperature decreased from high temperature to normal body temperature. The increasing of body weight was mentioned. The turgor of skin improved. The colour of skin and mucosa returned pink and moist appearance. There wasn't any complication at the third level neonatal intensive care unit and baby Y was transferred to the second level neonatal intensive care unite by providing positive interaction between baby and mother.

Key Words: Esophageal Atresia, Prematurity, Nursing Care, Postoperative Care Period

GR

Özefagus atrezisi (ÖA), trakeaözöfajiyal fistüllü veya fistülsüz, en sık karın ağrısı ile hayatı tehdit edici ve acil cerrahi operasyon gerektiren konjenital özefagus anomalilerinden biridir (Savaer 2008, Altınyurt, Boia ve Mittal 2005, Turan ve Demir 2003). ÖA, farinksten mideye kadar uzanan pasajın anatomik olarak tam oluşumunu karakterizedir. Genellikle 2. ve 4. torasik vertebra seviyesinde özefagusun körle mesile eklemlerinde görülür. Ortalama 3000- 4000 canlı doğumda bir görülür (Savaer 2008, Goyal, Jones, Couriel, Losty 2006, Jhonston, Flood, Spinks 2004, Altınyurt, Turan ve Demir 2003).

ÖA'nde ilk ana belirti doğumdan hemen sonra tükürüğün yutulmamasına bağlı olarak ağızdan ve burundan köpükler eklemlerinde geri gelmesidir. Tanılmasında dikkat çeken diğer belirtiler ise; yenidoğanda orta derecede solunum güçlüğü bulunması, mideye kadar sondanın ilerletilememesi (7- 10 cm' den sonra ilerlememesi), beslenme ile bağımlı siyanoz ve öksürük gelişmesidir (Savaer 2008, Goyal ve ark 2006, Merenstein ve Gardner 2006, Coşkun ve Sevinç 2004, Haws 2004). Hemirelerin doğum sonrası yapacakları gözlem hastalığın tanılmasında yardımcı olacak önemli bir faktördür. Belirtilerin erken dönemde fark edilerek, tanının belirlenmesi ÖA olan bebeklerde ağızdan beslenmeye bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayacaktır.

Direkt grafide hava dolu pozitif ve içerisinde bükümü kateter ile distalde gaz yokluğu görülür (Coşkun ve Sevinç 2004).

Özefagus atrezili bebeklerin %50'inde farklı anomaliler ya da bozukluklar soruna eşlik etmektedir. Özellikle vertebral, anorektal, kardiyak, renal ve iskelet sistem bozuklukları, trizomi 18, trizomi 21 kromozom anomalileri, Digeorge sendromu, kalp defektleri, genital hipoplazi, kulak anomalileri ve gelişim geriliği ÖA'ne eşlik eden bozukluklar arasında yer almaktadır (Savaer 2008, Goyal ve ark 2006, Merenstein ve Gardner 2006, Haws 2004).

Özefagus atrezisi olan bebeklerin postoperatif dönemde ateletaksi, pnömoni, anastomozda kaçak, fistül gelişimi, sepsis, gastroözöfajiyal reflü, anastomoz hattında

darlık ve özefagus motilitesinde bozukluk gibi komplikasyonlar açısından yakın gözlem ile değerlendirilerek nitelikli hemirelik bakımı uygulanmasının büyük önemi vardır(avaer 2008, Merenstein ve Gardner 2006, Haws 2004).

OLGU

Bebek Y. Doğum Tarihi: 6.Mart.2010

Cinsiyeti: Erkek

Aile Öyküsü: Baba 27, anne 22 yaşında sağlıklı ve aralarında akraba evliliği bulunmamaktadır. Aile tipi çekirdek ailedir. Bebek Y'nin büyükannesinde diyabet ve hipertansiyon olması dışında ailede başka ailesel hastalık öyküsü bulunmamaktadır.

Annenin Gebelik Öyküsü: Yirmi iki yaşında, ev hanımı olan bebek Y'nin annesi 'stanbul' da özel bir hastanede gebelik süresince izlenmiştir. Daha önce de bir gebelik öyküsü bulunan anne, gebelik süresince demir preparatı dışında ilaç kullanmamış ve 13 kilo almıştır. Annenin doğumdan iki gün önce klinik ikâyeti olmuş, iki kez kusması ve baş dönmesi olması sonucu takipli olduğu hastaneden preeklampsi tanısıyla ÜTF Kadın Doğum ve Kadın Hastalıkları Ünitesine sevk edilmiştir. Eklampsi ön tanısı ile ÜTF doğumhanesine götürülen annenin, konvülsiyonlarının başlaması nedeniyle doğumu acil sezeryan yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Doğum Öyküsü: Bebek Y. annenin ikinci gebeliğinden canlı doğan ilk çocuğudur. Annesinde eklampsi olması ve gestasyonel yaşının miadında olmaması nedeniyle bebek Y sezeryan ile, 30. gestasyonel haftasını tamamlayarak doğmuştur.

Doğum vücut ağırlığı: 1170 gr, *doğum boyu:* 37cm ve *doğum baş çevresi:* 29 cm dir.

Gestasyonel yaşına göre vücut ağırlığı: AGA (Aproprate Gestational Age)'dir. Bebek Y.nin doğum kilosu 3 ve 10. persantileleri arasındadır.

Apgar Puanı: Birinci değerlendirme 7, ikinci değerlendirme 9'dur.

Tanı: 30. gebelik haftası(+) preterm AGA, eklampsili anne bebeği, dispne, siyanoz

ikâyetleri: Solunum sıkıntısı ve inleme.

Doğumhanesinde değerlendirilmesi:

Bebeğin genel görünümü: hipoaktif, doğum sonrası hemen ağlamamıştır. Derisi normal görünümde, göbeğinin üzerinde ekimoz görülmüştür. Baş incelemesinde ön fontanel: 1x1 cm, arka fontanel: 0.3 x0.3cm olarak belirlenmiştir. Huzursuz görünen bebeğin göz, kulak, ve burun incelemesi normal, ağızda köpük olduğu görülmüştür.

Solunum: Solunum tipi abdominal ve torasik, dinleme ile sol akciğer sesi kaballer duyuluyor ve sekresyon mevcuttur. Göğüs kafesi; ekil normal, interkostal ve subkostal çekilmeler görülmüştür.

Nöromotor durum: kas tonüsü normal, yenidoğan reflekslerinden arama refleksi zayıf bulunmuştur.

Vital bulgular: Solunum sayısı 52/dk, ate 36.20C ve kalp tepe atımı 128/dk belirlenmiştir.

Testisler skrotumda palpe edilmiş, kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistemi ve gastrointestinal sistemi normal bulunmuştur.

Hastalık Öyküsü: Doğumdan hemen sonra bebek Y. ısıtıcı altına alınmıştır. Spontan solunumu olmaması üzerine önce taktik uyaran ve bunu takiben 30sn 'ye süreyle pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmıştır. Bunun sonucunda aktivitesinin arttığı görülmüştür. Bebek Y. 'de solunum sıkıntısı ve inleme belirtileri görülünce 2.düzye YYBÜ 'ne alınmıştır. İkinci düzye YYBÜ 'de hem ire tarafından ısıtıcı altına alınan bebek Y. 'nin, rutin olarak ate takibi yapılmış, damar yolu açılmış ve hasta mekanik solunum desteğine (nazal CPAP) alınmıştır. Hem ire bebeği beslemek amacıyla orogastrik sonda takmak istediğinde sonda yeterince ilerlememi ve mideye ulaşmamıştır. Bu durum hem irenin dikkatini çekmiş doktora rapor etmiştir. Çocuk cerrahisi tarafından konsülte edilen bebek Y. 'nin ÖA tanısıyla opere edilmesine karar verilmiştir. Ya amının birinci gününde özefagus onarımı yapılarak opere edilen bebek Y. postoperatif dönemde 3. Düzye YYBÜ 'ne sağ gösünde 4. interkostal aralıkta drenaj amacıyla yerleştirilen gös tüpü ile getirilmiştir. Bebeğin vücut ısısı: 360C, oksijen saturasyonu 98, kalp tepe atımı 143/dk ve bilirubin değeri 11.01mg/dl olarak belirlenerek, kaydedilmiştir.

BEBEK Y. 'NİN POSTOPERATİF DÖNEM HEMİRELİK BAKIMI

Bebek Y. 7.03.2010 tarihinde ÖA. tanısıyla opere edilerek tedavi ve hemirelik bakımı 3.düzye YYBÜ 'nde 23.03.2010 tarihine kadar sürdürüldü. YYBÜ 'nde bebek Y. 'nin gözlemi sonucu belirlenen hemirelik tanıları, bu tanıları yönelik uygulanan hemirelik girişimleri ve girişimler sonucunda yapılan de erlendirmelerde gözlenen de iklilikler aşağıda yer almaktadır.

1. HAVA YOLLARI AÇIKLIĞINDA YETERSİZLİK

Belirtiler: Bebeğin ağızda bol sekresyon, gösünde subkostal retraksiyonlar, abdominal ve torasik solunumla birlikte gözlemlendi. Solunum sayısı: 52/dk, cilt rengi siyanotik, kordondan alınan kan gazı: Ph 7.32 Be: -0.8mmol/l CO₂ 55mmHg, venöz kan gazı: Ph 7.27 Be: -6.2mmol/l CO₂ 43.6mmHg'dır.

Amaç: Hava yollarının açıklığını sağlamak.

Uygulanan Girişimler

- Oksijen saturasyonu monitörden takip edildi ve kan gazları her gün takip edilerek kayıt edildi (Can 1998).
- Bebek Y. kan gazına göre dört saatte bir oral ve nazal yoldan aspire edildi.
- Hastanın cilt rengi de erlendirildi.
- Hastanın solunum hızı gözlemlendi (Sava er ve ark. 2009, Birol 2006).
- Solunumu etkileyebilecek çevresel faktörler düzenlendi.

- Çevre ısısı optimum vücut ısısı sağlayacak şekilde ayarlandı. Bebek yuvaya sarılarak aktivitesi azaltıldı. Dış uyaranlar (ses, ışık) azaltılarak bebeğin ajite olması engellendi (Çiğdem 2008).
- Sekresyon stazını önlemek amacıyla bebeğin başı yükseltildi. Günde 3-4 kez postürü drenaj uygulandı (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004).
- Dört saat aralıklarla bebeğin pozisyon değiştirildi (Sevim 2006).
- Ventilatör desteğinde olduğu sürece nemlendirilmi oksijen verildi (Savaşer ve ark. 2009, Can 1998).

Değerlendirme

Solunumu desteklemeye yönelik uygulanan hemirelik girişimleri sonucunda bebek Y. altıncı gününde normal spontan solunuma başladı. Solunum sayısı 30-40/dk civarında izlendi, akciğerler dinlendiğinde akciğer sesleri normal ve her iki hemitoraksın eiti olduğu belirlendi, interkostal çekilmeler kayboldu. Kan gazı değerleri normal ve cilt rengi pembe olarak gözlemlendi.

2. A R I

Belirtiler: A laması ve inlemesi, kaşlarını çatması, yüzünü buru turması, gözlerini ve yumruklarını sıkması, huzursuz olması, kalp tepe atımının 189/dk ve saturasyonlarının 79-84 olmasıdır.

Amaç: Bebeğin ağrısını azaltarak rahatlamasını sağlamak

Uygulanan girişimler

- Ağrının yeri, şiddeti ve ne zaman başladı ve bebeğin fiziksel görünümünde değişiklik gözlemlendi (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004).
- Ağrı cerrahi girişimden önce order edilen farmakolojik ajanlar uygulandı (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004, Derebent ve Yiğit 2006)
- Farmakolojik ajanların neden olabileceği solunum depresyonu hipotansiyon, bronkospazm, bradikardi, batin distansiyonu ve kabızlık açısından bebek izlendi (Savaşer ve ark. 2009, Birol 2004)
- Bebek Y'ye daha az dokunularak uyarana başlı ağrının azalması ve gözlemi sağlandı (Çiğdem 2008).
- Non-farmakolojik girişimler ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yöntemleri ile ağrı azaltılmaya çalışıldı.
 - Çevresel uyaranlar ses, ışık ve keskin kokular azaltıldı.
 - Hastanın fleksiyon pozisyonunun sürdürülmesine çalışıldı.
 - Pozisyon verilirken uyanık olduğu zamanlar seçildi. Pozisyon verilirken kendini güvende hissetmesi için yuva yapılarak vücudu desteklendi.
 - Ağrı ve acı veren uyaranlardan kaçınıldı.
 - Ağrılı haller öncesi bebeğe tatlı maddeler, emzik verme ve yumuşak dokunma gibi girişimler uygulandı (Çiğdem 2008, Derebent ve Yiğit 2006).

- Göz tüpünün olduğu yere bası uygulanmayacak şekilde pozisyon verildi.
- Huzursuzluk yaratacak, ağrılı hareketler ve bakım uygulamaları olabildiğince aynı anda yapıldı ve ekibin buna uyması sağlandı (Derebent ve Yiğit 2006).
- Ağrılı hareketler öncesinde ve arasında dinlenme periyotları sağlandı (Derebent ve Yiğit 2006).

Değerlendirme

Bebek Y.'de yüz buru turma, dokununca ağlama ve inleme belirtileri gözlenerek ağrısı olduğu belirlenmiştir.

Ağrısını azaltmaya yönelik hemiremik girişimleri sonucunda bebeğin kalp tepesi ortalama 123/dk, saturasyonu 96 olarak gözlemlendi. Bebek sakin ve huzurlu uyudu. Ağlama ve inlemesi, yüz ve vücut hareketlerinde huzursuzluk sadece invaziv hareketler ve tartışilemi gibi uyaranların olduğu zamanlarda görüldü.

3.FOTOTERAPYE BAĞLI KOMPLİKASYONLARIN GELİŞMESİ

Olası belirtiler: Retinal dejenerasyon, dehidratasyon, diyare, bronz bebek sendromu, konjenital eritropoetik porfori, deri döküntüsü, trombositopeni, hipokalsemi ve patent duktus arteriosus (PDA)'dır

Amaç: Fototerapiye bağlı gelişebilecek komplikasyonların gelişiminin önlenmesi.

Uygulanan Girişimler

- Retinal dejenerasyonu önlemek için gözler fototerapi göz bandı ile kapatıldı. Burun deliklerinin açık olmasına dikkat edildi (Canbulat ve Demirgöz 2009, Balcı 2008, Can, Çoban ve diğerleri 2002).
- Fototerapi lambalarının 40- 45 cm yüksekte olması sağlandı (Balcı 2008).
- Deri temasını arttırmak için bebek çıplak bırakıldı, ancak genital organları korundu (Canbulat ve Demirgöz 2009, Balcı 2008).
- Deri rengi gözlemlendi. Deri ılık su ile temizlendi. Yanıkları önlemek için yanılmadı (Canbulat ve Demirgöz 2009)
- Her iki saat aralıklarla pozisyon değiştirildi. Dört saat aralıklarla vücut ısısı takip edildi (Can, Çoban ve diğerleri 2002).
- Bebeğin rengi ılık söndürülerek değerlendirildi.
- Parenteral beslenme ürünlerinin üzeri folyo ile kapatıldı.
- Fototerapi, tedaviye başlandıktan önceki bilirubin seviyesinin altına düşene kadar sürdürüldü.
- Yan etkiler yönünden bebek gözlemlendi (Sulu yeşil döküntü, hipertermi, farkedilmeyen sıvı kaybı, ciltte koyulaşma dökülme vb.) (Canbulat ve Demirgöz 2009, Balcı 2008)

Değerlendirme

Fototerapi tedavisi ve bakımı süresince bebek Y.'de hipertermi gelişti. Bilirubin seviyesi 8- 12 saat aralıklarla kontrol edildi. Bebek Y. de her iki zaman aralıklarında bilirubin seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak toplam üç kez ve ortalama 10-12 saat

tekli fototerapi tedavisi aldı. Fototerapiye başlandı. Gelişebilecek retinal dejenerasyon, dehidratasyon, diyare, bronz bebek sendromu, konjenital eritropoetik porfori, deri döküntüsü, trombositopeni, hipokalsemi ve PDA görülmedi. Bebeğin bilirubin düzeyi 6.91 mg/dl olduktan sonra ve ya amının 8.gününde fototerapi uygulaması durduruldu.

4. VÜCUT SICAKLIĞINDA DEĞİŞİMLER: Hipotermi

Belirtiler: Vücut sıcaklığı 37.60C, kalp tepe atımı 120/dk, solunumu 40/dk, ipneik ve derisinin kızamık olması.

Amaç: Hastanın vücut sıcaklığını normal sınırlara (36.50C- 37.20C) düşürmek ve korumak.

Uygulanan Girişimler

- Vücut ısısı normal değerlere ulaşmaya kadar ilk bir saat 15 dakika aralıklarla sonraki saat 30 dakika aralıklarla ölçüldü ve kaydedildi.
- Bebeğin ağız sarmaktan kaçınıldı.
- Ateş varlığına hekime bildirilerek sıvı alımı artırıldı.
- Order edilen antipiretik uygulandı.
- Ilık uygulama yapıldı.
- Fototerapi alması için küvözün ısısı düşürüldü (Savaşer ve ark 2009, Birol 2004).

Değerlendirme

Girişimler sonucunda cilt kızamıklığının azaldığı, solunum sayısının 38/dk'ya, kalp tepe atımının 161/dk'ya ve vücut ısısının 36.70C'ye düşürüldü belirlendi.

5.BESLENMEDE DEĞİŞİMLER: Vücut gereksiniminden az beslenme

Belirtiler: Bebeğin ağızdan beslenememesi, parenteral beslenmesi, vücut ağırlığında; 1.gün -20gr tartı kaybı olması, 2.ve 3. gün tartı alımı olmaması, 6. 7. ve 8.gün'lerde -20' er gr tartı kaybı olması

Amaç: Bebeğin yaşına uygun yeterli- dengeli beslenmesini sağlamak ve sürdürmek

Uygulanan Girişimler

- İlk sekiz gün parenteral yol ile ortalama 4.8- 6.2cc/h arası sıvı tedavisi ile beslendi.
- Beslenmesi; Ya amının 9. ve 10.gününde 24x1 cc anne sütü (AS) nazogastrik sonda (NGS) ile verildi. İntravenöz (IV) yolla 4.7cc/h total parenteral beslenme (TPN:%10 dekstroz,KCL,serum sale, tracutil ve soluvit) uygulandı. Onbirinci ve 15.günlerde ortalama 12x5cc AS, ve 4.7cc/saat TPN ile devam edildi. Onaltı ve 19. günleri arasında ortalama 8x14 cc (anne sütünün kesilmesi nedeniyle mamaya geçildi) formül mama ve TPN 3,4cc/saat ile beslenme devam etti. Ya amının 20.gününde 8x10cc formül mama ve TPN 3.8cc/saat beslenmeye devam edildi.
- Dehidratasyon riski açısından gözlem yapıldı.Aldığı ıçıkardı ı izlemi yapıldı (Savaşer ve ark 2009, Birol 2004).

- Günlük tartı takibi yapıldı (Sava er ve ark 2009, Ünal 2005, Birol 2004)
- IV beslenme uygulaması ve de erlendirmesi gerçekleştirildi. IV kateter giri bölgesi ve sıvı akışı açısından iki saatte bir gözlemi yapıldı.IV infüzyon setleri sızıntı yönünden kontrol edildi ve bebe in hedeflenen parenteral beslenme miktarını tam olarak alması sağlandı.
- Bebek. Y 'nin tartı kayıpları ve aldığı ı çıkarttı ı de erlendirme sonuçları doktora bildirilerek IV sıvı tedavisinin miktarı doktor istemiyle düzenlendi.
- Beslenmeye geçildikten sonra beslenme öncesi ve sonrası a ız bakımı uygulandı(Sava er ve ark 2009).

Değerlendirme

Bebek Y. ilk sekiz gün sadece IV yolla beslendi ve toplamda -20 gr tartı kaybı oldu. Dokuzuncu gün ve 10. günlerde toplamda +20gr aldı. Beslenmesinin 11. ve 15. günlerinde toplamda +140gr artışı oldu. Beslenmesinin 16. ve 19. günlerinde vücut tartı artışı olmadı.

6.SIVI ELEKTROLIT DENGESİZLİĞİ

Belirtiler: Bebe in yetersiz beslenmesi, ateşinin 37.60C olması, tartı kaybının olması, cilt tugrorunun zayıf ve kuru olması, ön fontanelinde çöküklük olması ve kalsiyum de erinin düşük olması (kalsiyum: 7.6mg/dl (9- 12.0mg/dl))

Amaç: Sıvı elektrolit dengesini korumak ve sürdürmek.

Uygulanan Girişimler

- Hastanın aldığı ı çıkarttı ı sıvı takibi yapıldı.
- Elektrolit de erleri takip edildi (Sava er ve ark 2009, Ünal 2005, Birol 2004, Can 1998).
- Dehidratasyon belirtisi ve bulguları (a ırlık kaybı, nabız, solunum, fontanel çöküklü ü, sistolik tansiyon, deri turgoru, gözya ı varlığı-yokluğu, mukoza, idrar, kapiller dolma zamanı) gözlenerek de erlendirildi (Sava er ve ark 2009, Birol 2006).
- Solunum yolu ile sıvı kaybının azaltılması için nemlendirilmi oksijen verildi (Can 1998).
- Cilt kuru ve temiz tutuldu. Pozisyon de i imi sağlandı. Dört saatte bir a ız bakımı verildi. Günlük kilo takibi yapıldı (Sava er ve ark 2009, Ünal 2005, Birol 2006, Can 1998)
- Doktor istemi do rultusunda eksik olan kalsiyum miktarı IV olarak 4x1cc olacak şekilde 12 gün süre ile verildi. Kan kalsiyum de eri 11.6mg/dl olunca kalsiyum tedavisine son verildi.

Değerlendirme

Post operatif 13. günde kalsiyum düzeyi 11.6mg/dl oldu u için kalsiyum tedavisi sonlandırıldı. Fontanel çöküklü ü ve deri turgoru düzeldi, cilt pembe ve nemli gözlemlendi.

7. ORAL MUKOZ MEMBRANDA DEĞİŞİMLER

Belirtiler: Bebeğin ağızda köpüklü sekresyon bulunması, endotrakeal tüp nedeniyle ağzının açık kalması, dudaklarının ve ağız mukozasının kırmızı ve kuru olması,

Amaç: Oral mukoza bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması.

Uygulanan Girişimler

- Bebek Y.'nin ağız mukozası kızarıklık, doku bütünlüğü ve nemliliği açısından hergün değerlendirildi.
- Üç-dört saat aralarla izotonik sodyum klorür ile ağız bakımı uygulandı. Ağız boşluğunun tamamının iyice temizlenmesi sağlandı.
- Dudaklara yumuşatıcı sürüldü (Savaer ve ark 2009, Abidia 2007, Sevim 2006, Birol 2004).
- Limon ve asit içerikli solüsyonlar irritasyona sebep olabileceğinden kullanılmadı (Sevim 2006).
- Beslenme öncesi ve sonrası ağız bakımı verildi (Savaer ve ark 2009).

Değerlendirme

Bebek Y.'nin endotrakeal tüpü çıkartılıp yutma refleksi başladıktan sonra sekresyonu azaldı ve dudakları normal pembe rengine döndü. Ağız içi mukozası pembe ve nemli bir görünüm aldı.

8. ASPİRASYON RİSKİ

Olası Belirtiler: Bebek Y.'de endotrakeal tüp varlığı, NGS ile beslenmesi, prematüre olması, sekresyonunun bulunması, yutma refleksinin zayıf olması nedeniyle aspirasyon riski olasılığı belirlendi.

Amaç: Aspirasyon olumsuzunun önlenmesi ve gereken önlemlerin alınması

Uygulanan Girişimler

- Aspirasyon belirtileri izlendi. Aspirasyon riskine yönelik olarak yatak başı 30 derece yükseltildi (Savaer ve ark 2009, Birol 2004, Can 1998).
- Endotrakeal tüp sekresyon varlığı yönünden gözlemlendi (Can 1998).
- Besinlerin 15- 30 dakika içinde yavaş verilmesi sağlandı (Savaer ve ark 2009, Yıldız 2008).
- İntolerans ve komplikasyonlar açısından (oksijen saturasyonu, apne, bradikardi, kusma) hasta gözlemlendi (Yıldız 2008)
- Ağız içi sekresyonlar abeslanga sarımsı steril gazlı bez ile sık sık alındı.
- NGS her beslenme öncesi yerinde olup olmaması açısından kontrol edildi (Yıldız 2008).

Değerlendirme

Bebek Y.'ye aspirasyon riskini önlemek amacıyla uygulanan bakım ve gözlem sonucu aspirasyon belirtisi ve bulgusu gözlemlenmedi.

9.ENFEKS YON R SK : Enfeksiyon Alma Riski

Olası belirtiler: IV kateterin olması, TPN alması, kan ekleri bakılması, entübasyon, uzun süre yo un bakımda yatma ve hareketsizlik

Amaç: YYBÜ 'sinde yattığı süre içinde hastayı her türlü enfeksiyondan korumak ve riskleri azaltmak.

Uygulanan Girişimler

- Enfeksiyona bağlı gelişebilecek belirtiler ve bulgular yönünden izlendi.
- Hasta ile her temas öncesi ve sonrası eller yıkandı. Girişimler eldiven kullanılarak gerçekleştirildi.
- Yo un bakımdaki ziyaretçiler ve personellerin el yıkama kurallarına uymaları sağlandı (Savaşer ve ark 2009, Tekinalp ve ark 2009, Perk 2008, Birol 2004, Can 1998).
- Günlük hijyenik deri bakımı ve göbek bakımı verildi (Savaşer ve ark. 2009, Perk 2008).
- Ventilator bağlantıları de i imi izlenip zamanında de i imi sağlandı (Çelik 2006, Can 1998).
- Proteinsiz sıvısı ve setleri 48 saatte, TPN ve setleri 24 saatte bir de i tirildi(Can 1998).
- Gereksiz girişimlerden ve bebe e gereksiz dokunsal temastan kaçınıldı (Tekinalp 2009).
- Tüm invaziv girişimlerde aseptik teknik kurallarına uyuldu (Savaşer ve ark 2009, Tekinalp ve ark 2009, Birol 2004).

Değerlendirme

Bebek Y.'nin YYBÜ 'sinde izlendi i dönemde enfeksiyon belirtisi (kızarıklık, yüksek vücut ısısı, kusma ve diyare vb.) ve bulgusu gözlenmedi, profilaktik amaçlı reçete edilen antibiyotik tedavisi uygulandı.

10.DOKU BÜTÜNLÜ ÜNDE BOZULMA R SK

Olası Belirtiler: Bebek Y. 'nin uzun süren pozisyon kısıtlılığına bağlı dekitübüs riski, NGS ile beslenmeye bağlı burun mukozasında bozulma, solunumunun endotrakeal tüple sağlanması ve IV kataterle sıvı verilmesi.

Amaç: Doku bütünlüğünü korumak ve sürdürmek.

Uygulanan Girişimler

- Sık aralıklarla hastanın cildi renk ve döküntü yönünden gözlemlendi. Doku esnekliği ve sıcaklığı kontrol edildi. Basınç altında olan bölgeler desteklendi (Savaşer 2009, Ünal 2005, Birol 2004).
- Hastanın yeterli sıvı alımı ve beslenmesi sağlandı.Günlük tartı takibi yapıldı (Savaşer 2009, Birol 2004).
- Hastanın durumuna göre 3- 4saatte bir pozisyon verildi (Savaşer 2009, Birol 2004).

- Hastanın çarşaflarının kuru, gergin ve temiz olmasına özen gösterildi. Koruyucu cilt bakımı uygulandı. Günde bir kez bebek ampuanı ile yatak banyosu verilerek nemlendirici sürüldü (Savaşer 2009, Ünal 2005).

Değerlendirme

Bebek Y.'de YYBÜ 'sinde izlendi i süre içerisinde doku bütünlü ünde bozulma gözlenmedi.

11. YETERSİZ ANNE- BEBEK ETKİLEİMİ

Olası Belirtiler: Annenin bebek Y. ile ilgilenmemesi, ziyaret etmemesi, bebek Y.'ye isim konulmaması.

Amaç: Anne- bebek etkileimi ve iletişimini olumlu yönde başlatmak ve sürdürmek.

Uygulanan Girişimler:

- Dış uyaranların (ağrı ses, gürültü) anne ve bebek etkileimini engelleyecek için minimum düzeye indirildi (İler 2007, Çoban ve Saruhan 2005).
- Bebeğin yatış pozisyonu anneyi görebilecek şekilde ayarlanarak, bebeğin verdiği tepkileri annenin görmesi sağlandı (İler 2007, Çoban ve Saruhan 2005).
- Anne ile kanguru bakımı yapılarak bebeğin güvende hissetmesi sağlandı (İler 2007).
- Anneye bebeğine nasıl dokunacağını gösterildi ve dokunması için cesaretlendirildi (Ball ve Bindler 2006, Çoban ve Saruhan 2005).
- Bebeğiyle yumuşak ses tonuyla konuşarak onu rahatlatılabilecek, göz- göze iletişim güçlendirilmesi konusunda anneye bilgi verildi (Ball ve Bindler 2006, Çoban ve Saruhan 2005).

Değerlendirme

Anne-bebek etkileimi olumlu ve olumsuz özellikler yönünden değerlendirildi. Değerlendirmede annenin bebeğine dokunduğu, kucakladığı, bakım uygulamalarına katıldığı ve ten teneye temasının etkili olduğu gözlemlendi. Değerlendirme sonucunda anne ve bebek etkileiminin olumlu yönde geliştiği görüldü.

SONUÇ

Yenidoğanlarda doğumsal cerrahi sorunlar erken tanı ve tedavi gerektirmektedir. ÖA'de doğumdan hemen sonra en erken belirtilerden bazıları hipersalivasyon, doğumhane muayenesinde mideye kadar sondanın ilerletilememesi, beslenme sırasında öksürük, siyanoz ve kusma meydana gelmesidir.

ÖA'lı bebeklere erken tanı konulmasında hemirelik bakımı ve gözleminin önemi büyüktür. Bebek Y., hemirenin bebeği besleme amacı ile mideye sonda takamaması ve bunu doktora iletmesi sonucu ÖA tanısı almıştır. 7.03.2010 tarihinde ÖA cerrahi onarımı gerçekleştirilen bebek Y. 17 gün boyunca 3.düzye YYBÜ 'de izlenmiştir. Bu süre içinde Bebek Y.'ye hava yolları açıklığında yetersizlik, ağrı, vücut sıcaklığında dehidratasyon (hipertermi), beslenmede dehidratasyon (vücut gereksiniminden az beslenme), sıvı elektrolit dengesizliği, oral mukoz membranda dehidratasyon hemirelik tanılarında

yönelik giriimler uygulanmıştır. Bebek Y.'nin 2.düzye YYBÜ'ne transfer edilirken gerçekte tirilen de erlendirilmesinde; vücut ısısı 36.70C, pulse oksimetre ile ölçülen oksijen düzeyi 98 ve solunumu 38/dk bulunmu tur. Giriimler sonucunda bebe in solunumunun düzenli oldu u, a rıya yönelik belirtilerin gözlenmedi i, vücut ısısının normal de erlerde oldu u, beslenmesinin oral yolla ve tartı alımının haftada 210 gram oldu u, oral mukoza bütünlü ünde herhangi bir sorun olmadı ı belirlenmi tir. Ayrıca Bebek Y.'yi enfeksiyon, aspirasyon, doku bütünlü ünde bozulma ve fototerapiye ba lı geli ebilecek komplikasyonlardan korumak amacıyla tedavi ve hem irelik bakımı uygulanmı ve sa lı ında olumlu de i ikliklerle 2.düzye YYBÜ 'ne transfer edilmi tir.

Acil cerrahi müdahale gerektiren ÖA'li hastaların erken tanı alması ve iyile tirilmesinde preoperatif sistematik gözlemin ve postoperatif hem irelik bakımının oldukça önemli rol oynadı ı dü ünülmü tür.

KAYNAKLAR

- Abidia R.(2007). Oral Care in the Intensive Care Unit: A Review.The Journal of Contemporary Dental Practice, 8:1, 1-7.
- Altınyurt S, Turan A, Demir N.(2003). Fetal Özefageal Atrezide Aminoredüksiyon Yaklaşımı: 2 Olgu Sunumu. T Klin Jinekoloj Obst, 13, 384- 386
- Ay F, Alpar Ş.(2010). Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı, 22:1, 21-29
- Balcı S (2008).Hiperbilirubinemi.(içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC,283-290.
- Ball J, Bindler RC(edts)(2006). Child Health Nursing. New Jersey. Pearson, 401-423
- Bırol L (2004) Hemşirelik Süreci.6.Baskı, İzmir: Erki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 279-400
- Boia ES, Mittal A.(2005). Considerations Upon a 29 Cases with Esophageal Atresia. JURNALUL PEDIATRULUI, 8:8, 29- 30
- Can G.(1998). Mekanik Ventilasyon ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun bakım Hemşireliği Dergisi, 2:2, 88- 93
- Can G, Çoban A, İnce Z (2002). Yenidoğan ve Hastalıkları.(içinde) Neyzi O, Ertuğrul T(ed). Pediatri (Cilt 1). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 402- 410
- Çelik S.(2006). Mekanik Ventilasyonda hasta Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 10:1-2, 19-25
- Çiğdem Z (2008). Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım.(içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC, 71-115.
- Çiğdem Z (2008). Yenidoğanda Ağrı yönetimi.(içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC, 160-166.
- Çoban A, Saruhan A.(2005). Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(2), S: 89-96
- Çoşkun A, Sevinç H.(2004). Doğumsal Gastrointestinal Sistem Tıkanıklıkları. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji, 10, 78- 86
- Derebent E, Yiğit R. (2006). Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:2, 41- 48
- Goyal A, Jones M O, Couriel J M, Losty P D.(2006). Oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 91, 381- 384
- Haws P (2004) Care of the Sick Neonate. First ed, Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, 203-205
- İşler A(2007). Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. Perinatoloji Dergisi, 15(1):1-6

- Jhonston P, Flood K and Spinks K (2004) *The Newborn Child*. Ninth ed, China: Churchill Livingstone, 214-215
- Merenstein G and Gardner S (2006) *Handbook of Neonatal Intensive Care*. Sixth ed., Usa: Mosby Elsevier, 839-841
- Perk Y.(2008). Yenidoğan Yoğun Bakım İnfeksiyonları: Koruma ve Kontrol. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, sempozyum dizisi no: 60, 137-141
- Savaşer S, Yıldız S, Gözen D, Balcı S, Mutlu B, Çağlar S (2009). Savaşer S, Yıldız S (Ed.) *Hemşireler İçin Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*. Birinci basım, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 22-49
- Savaşer S, (2008). Yenidoğanın Gastrointestinal Hastalıkları ve Cerrahi Gerektiren Durumlar.(içinde) Dağoğlu T, Görak G, (Ed). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 479-514
- Tekinalp G, Yurdakök M, Yiğit Ş, Korkmaz A (2009) *Yenidoğan Bakımında Hacettepe Uygulamaları*. Ankara : Güneş Tıp Kitabevleri, 44-51.
- Ünal Ö (2005). İmmün Yetmezlikli Hastaların Bulunduğu Servislerde Ve Diğer Birimlerde Bakım. VI.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı, Samsun: Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon (DAS) Derneği: 271-281.
- Yıldız S (2008). Yenidoğanda Beslenme.(içinde) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Ders Notları(SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği). İstanbul: SANERC,116-152

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMERELİK 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, e-posta, tel, faks, 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 birbirleriyle 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 kullanımı sağlanmasına Türkçe karşılıklarına yer verildi
- 13. Kısaltmalar kullanımı sağlanırken ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı
- 15. Derleme makaleleri 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. Do rudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerekti inde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

Tablo ve Resimler

- 20. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı
- 21. Ba ka kaynaklarda alınan ekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi

Tüm Makale

- 22. Makalenin sayfa kenar bo lukları 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 a mayacak ekilde yazıldı
- 27. Makalede uygun ekilde sayfa numarası verildi

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMİRELİK
YÜKSEKOKULU DERGİSİ

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....

.....

.....

Bağlı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemirelik 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, dergi editörlüğüne gönderilecektir. (E-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr.) Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara deyimlik önerilerde bulunabilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret yada karlılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, bağımlıkların altına yazar ad(lar)ı kurum adresleri ve e-mail adresleri eklenip e-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr. Adresine gönderilecektir..

Makalenin Hazırlanması: Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Times New Roman, Özet 9 punto Times New Roman, 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 Yazılması sırası izlenmelidir.

BAĞLI SAYFASI

- Türkçe Başlık (Büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (Büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri, kurum adresleri, e-mail 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 bağımlıklarını taşımalı, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtılmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; "Amaç", "Gereç ve Yöntem", "Bulgular ve Sonuç" bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir. Anahtar kelimelerin "Türkiye Bilim Terimleri"nden seçilmesi gerekmektedir. Bilgi için adresten yararlanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>).

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Medical subject Headings (MESH)" e uygun olarak verilmelidir. (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtılmalıdır. Anahtar Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olgu Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hem irelik süreçlerini içermelidir. ngilizce özetleri de aynı ekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak ekilde numaralandırılmalıdır.

DERG N N YAYIN D L

Derginin yayın dili Türkçe' dir. Ancak Yurtdı ndan gelen çok önemli ngilizce makalelere de yer verilebilir.

MET N:

Dil ve biçim (üslup) açısından a a ıdaki özellikleri ta ımalıdır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmı sa yanlarında Türkçe e anlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmı sa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmi olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyuldu u belirtilmi olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmu ise, sunuldu u toplantı ve yılı belirtilmelidir.

Ara tırma Raporları: Giri , Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartı ma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar ba ılıklarını ta ıyan bölümlerden olmalıdır. Ara tırmaya katılmamı , ancak destek sa lamı olan ki i ve kurulu lara tekkür ba ılı ı altında tekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyuldu u açıkça belirtilmeli, kritik gruplarla yürütülen çalı malarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve ekiler: Grafik, foto raf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve ekilerin altında sıra numarası ve ekileri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Ara tırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 ekil kabul edilmektedir. Tablo, ekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerle tirilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, ekil, resim/foto raflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yakla ık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmelidir. Resim/foto raflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır. Ba ka bir kaynaktan alınan tablo ve ekilerin altına, alındı ı kaynak u ekilde belirtilmelidir.

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

Foto rafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i a mamalı, metin içinde foto rafın yerle tirilece i yer bo bırakılıp foto raf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmı olmalı; giri anlatımını izleyen alt ba lıklarda toplanarak geli me ve sonuç anlatımıyla sunulmu olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Olgu Sunumları: Giri , Olgu Sunumu, Tartı ma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu foto raf ve akı emaları ile desteklenebilir. Foto raf ve akı emaları 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 imzalanmı olarak gönderilmelidir.

KAYNAK KULLANIMI

Metin içinde: Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtmeli, yazar ve tarih arasına virgöl konmamalıdır. ki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve "ve ark." ekinde belirtilmelidir.

Örnekler

(Graydon 1988), depresyonun...

(Sarna ve Mc Corkle 1996), ara tırmalarında.....

(Lasry ve ark. 1987), yaptıkları çalı mada.....

.....Saptanmı tır (Graydon 1998).

....ortaya çıkarılmı lardır (Bard ve Sutherland 1955).

Aynı yazarın, aynı yıldaki de i ik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) ekinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterilece i 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 ba Harfleri arasına noktalama i aretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar ço ul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının ba harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra "ve ark." ekinde belirtilmelidir. Kongre bildirileri, ki isel deneyimler kaynak olarak gösterilmemelidir.

Dergi isimleri, Index Medicus'a uygun olarak kısaltılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin ba harfi büyük, di erleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılı ı le lgili Örnekler

Dergi Makalesi

Yazar(lar)ın soyadları ve isimlerinin baş harfleri, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir.

- Stephane A. Management of congenital cholesteatoma with otoendoscopic surgery: Case Report. Türkiye Klinikleri, JMed Sci 2010; 30(2): 803-7
- Lorig K, Gonzales VM, Ritter P & et al. Coparison of three methods of data colleccetion in an urban Spanish-speaking population. Nurse Res. 1997; 46 (4): 230-234.

Dergi Eki (Supplement)

- Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. J Clin Nurs 2007; 16(3A Suppl.): 6-16.

Kitap:

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin baş harfleri, bölüm başlığı, editör(lerin)ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı oldu u, şehir, yayınevi,yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

- Karasar N. Ara tırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Ara tırma E itim danı manlık Ltd., 1995; 101-112.
- Terakye G. Hem irelikte ileti im ve hasta hem ire ili kileri. 2.baskı. Ankara: T.C.Sa lık Bakanlı ı Sa lık Projesi Genel Koordinatörlü ü; 1994.

Yabancı Dilde Yayınlanan Kitaplar için:

- Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd ed. USA: F.A. Davis Company; 2002 .
- Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumor sof the Pancreas.2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997: 145-210.

Kitap Bölümü:

- Kaufman CA, Wyatt RJ. Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde). Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: Raven Pres; 1987.
- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Viliams' Textbook of Endocrinology. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992: 1079-138.

Kitap Çevirisi:

- Wise MG, Rundell JR. (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi. (Çevri: TT Tüzer, V Tüzer). Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.

Metin içinde "(Wise ve Rundell 1994)" ekinde gösterilir.

- Hofling CK, Leininger MM. Hem irelikte ana psikiyatrik kavramlar (Kumral A, Çeviri Editörü). stanbul : Vehbi Koç Vakfı Yayınları;1960. (orijinal çalı ma basım tarihi 1983).

Yazar ve Editörün Aynı Oldu u Kitaplar

- Uyer G. Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde). Hem irelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. (Uyer G, editör). 1.basım. stanbul: Birlik ofset Ltd. Sti;1986: 56-61.
- Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle laçlar Arası Ürünler. Eken A, editör. Kozmesötik Etken Maddeler. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006: 1-7.

Yazar Adı Olmayan Yayınlar

(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):

American Psikiyatri Birli i (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köro lu) Hekimler Yayın Birli i, Ankara, 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birli i (1994)" ekinde gösterilir.

Dünya Sa lık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranı sal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed.;MO Öztürk, B Ulu , Çev.: F.Çuhadaro lu, Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M rezaki, B Ulu). Türkiye Sınır ve Ruh Sa lı ı Derne i Yayını, Ankara: 1993.

Metin içinde "Dünya Sa lık Örgütü (1992)" ekinde gösterilir.

Yayınlanmamı Tez

Yava O. Bir üniversite hastanesinde çalı an hem irelerin i doymu ve örgütsel gereksinimlerine ili kin bir inceleme. Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi. zmir: Ege Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü.1993: 53-55.

Basılmamı Yayınlar

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

nternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa:

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının internet kayna ı varsa Yayının ba lı ı, internet adresi ve son eri im tarihi belirtilerek gösterilebilir.

- Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. (November19, 2003). Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. The Journal of

the American Medical Association, 290(19): 2581-2587. Retrieved November 23, 2003, from <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/19/2581>.

Yayın resmi yayın olarak gösterilecekse;

- American Nurses' Association. Statement on psychiatric mental health nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical practice. Washington: American Nurses' Publishing; 1994.

Kaynakların do rulu undan yazarlar sorumludur. Do rudan yararlanılmayan ya da ba ka kaynaklardan aktarılmı kaynaklar belirtilmemeli, basılmamı eserler, ki isel haberle meler, Medline taramalarından ula ılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.

YAZAR NDEKS

Yazar

Akgün Çıtak E
Akman A
Ba bakkal Z
Bayraktar S
Birgili F
Be er Gördeles N
Çam O
Çeçen D
Çınar Yücel
Çırlak A
Demir Korkmaz F
Dıramalı A
Dirime e E
Do an S
Dolgun E
Erdemir F
E er
Gözen D
Hakverdio lu Yönt G
Khorshid L
Koca Kutlu A
Kocaçal Güler E

Sayı-Sayfa

3:9-20
1:47-60;61-75
2:19-33
3:75-87
2:11-17
1:37-46
1:37-46; 2:47-59
1:11-23
2:79-88; 3:1-8
1:47-60;61-75
1:1-9; 2:61-68
1:25-36; 3:35-44
1:1-9
2:35-45
3:45-54
1:47-60;61-75
2:1-9; 3:1-8
3:75-87
1:77-82
2:1-9;11-17;3:1-8
1:25-36
3:1-8

Yazar

Miskio lu M
Nehir S
Okgün A
Onur E
Oner Altıok H
Özbayır T
Özel F
Polater E
Sabancı ulları S
Sarı D
Seki Z
Seren ntepel
engün F
Ta demir N
Temiz C
Tokem Y
Totur B
Uysal G
Üstün B
Yardımcı F
Yavuz M
Yıldız Fındık Ü

Sayı-Sayfa

1:25-36
2:47-59
1:1-9
1:25-36
3:66-74
1:1-9;11-23
2: 69-77
1:47-60
2:35-45
2:1-9
1:1-9
3:21-34
3:66-74
1:1-9
1:25-36
2:69-77
2:61-68;3:35-44
1:47-60; 61-75;3:9-20
3:66-74
2:19-33
1:1-9; 3:45-54
3:55-65

KONU NDEKS

Akciğer Kanseri Olan Hastaların Ölüm Anksiyetesine Yönelik Girişimlerde Psikiyatri Hemşiresinin Etkinliğinin İncelenmesi
27(1); 37-46, 2011

Basınç Yaralarının Önlenmesinde % 100 Pamuklu Havlu ile Havalı Yatak Kullanımının Etkinliği
27(3); 35-44, 2011

Bir Üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Son Sınıf Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin Belirlenmesi
27(3); 9-20, 2011

Bir Üniversite Hastanesinde Düşüncelerin Sıklığı ve Kök Neden Analizi
27(3); 21-34, 2011

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi
27(3); 55-65, 2011

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğrencilerinin Klinik Uygulamaya İlişkin Değerlendirmeleri ve Akademik Başarı Durumu
27(1); 1-9, 2011

Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimler Değerlendirilmesi
27(1); 11-23, 2011

Geriyatrik Cerrahide Hasta Bakımı
27(2); 61-68, 2011

Günübürlük Cerrahide Çocuk Hastaların Hemşirelik Bakımı İçin Yeniden Yapılanma
27(3); 45-54, 2011

Hastaneye Yeni Yatan Hastaların Algıladığı Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
27(2); 1-9, 2011

Ki Farklı Eğitim Sistemi ile Öğrenim Gören Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğini Algılama Durumlarının Karşılaştırılması
27(3); 1-8, 2011

İkinci Dönem Öğrencilerinin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi
27(2); 19-33, 2011

Kan Bağışı Yapan Donörlerde Kan Alma Sırasında Görülen Olumsuz Belirti ve Bulguların İncelenmesi
27(2); 11-17, 2011

Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoeğitim
27(3); 66-74, 2011

Kolcaba'nın Konfor Kuramı
27(2); 79-88, 2011

Miyokard enfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
27(2); 47-59, 2011

Olgu Sunumu: Özefagus Etrezisi Olan prematüre Yenidoğana Postoperatif Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı
27(3); 75-87, 2011

Öğrenci Hemşirelerde Profesyonel Benlik Kavramı Ölçeği (ÖHPBKÖ): Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması
27(2); 35-45, 2011

Skleroderma ve Hemşirelik Bakımı
27(2); 69-77, 2011

Yatağa Bağlı Hastalarda Egzersizin Kan Değerleri ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi
27(1); 25-36, 2011

Yeni-Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü
27(1); 47-60, 2011

Yeni ve Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü II 21.Yüzyılda Yeniden Tanımlanan Enfeksiyonlar ve Enfeksiyon Kontrolü
27(1); 61-75, 2011

Hasta Güvenliği Kültürü
27(1); 77-82, 2011