TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

VENTROGLUTEAL ALANA İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMASINA YÖNELİK HEMŞİRELERE VE EBELERE VERİLEN EĞİTİMDE NÖRO LİNGUİSTİK PROGRAMLAMA TEKNİĞİNİN ETKİSİ

HAZIRLAYAN: SİNEM EROĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. KIVAN ÇEVİK

MANİSA-2016

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

VENTROGLUTEAL ALANA İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMASINA YÖNELİK HEMŞİRELERE VERİLEN EĞİTİMDE NÖRO LİNGUİSTİK PROGRAMLAMA TEKNİĞİNİN ETKİSİ

HAZIRLAYAN: SİNEM EROĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YARD. DOÇ. DR. KIVAN ÇEVİK	(Tez Danışmanı)
YARD. DOÇ. DR. NİLAY ÖZKÜTÜK	(Jüri Üyesi)
YARD. DOÇ. DR. TÜLAY SAĞKAL MİDİLLİ	(Jüri Üyesi)

MANİSA 2016

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	10102263
Yazar Adı / Soyadı	SİNEM EROĞLU
Uyruğu / T.C.Kimlik No	TÜRKİYE / 18664345726
Telefon	5544160378
E-Posta	sinemcitakeroglu@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	VENTROGLUTEAL ALANA İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMASINA YÖNELİK HEMŞİRELERE VE EBELERE VERİLEN EĞİTİMDE NÖRO LİNGUİSTİK PROGRAMLAMA TEKNİĞİNİN ETKİSİ
Tezin Tercümesi	EFFECT OF NEURO LINGUISTIC PROGRAMMING TECHINIQUE ON NURSES AND ACCOUSHEUSES ON INTRAMUSCULAR INJECTION APPLICATION TO VENTROGLUTEAL AREA
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2016
Sayfa	155
Tez Danışmanları	YRD. DOÇ. DR. KIVAN ÇEVİK 44893984122
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Nöro Linguistik Program, Ventrogluteal bölge, Eğitim.
Kısıtlama	36 ay süre ile kısıtlı

Tezimin,Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında arşivlenmesine izin veriyorum. Ancak internet üzerinden tam metin açık erişime sunulmasının 24.03.2019 tarihine kadar ertelenmesini talep ediyorum. Bu tarihten sonra tezimin, bilimsel araştırma hizmetine sunulması amacı ile Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi tarafından internet üzerinden tam metin erişime açılmasına izin veriyorum.
NOT: Erteleme süresi formun imzalandığı tarihten itibaren en fazla 3 (üç) yıldır.

24.03.2016

İmza:.....

(Tez kitabına konulacak olan)

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sinem EROĞLU Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı **"Ventrogluteal Alana İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Hemşirelere ve Ebelere Verilen Eğitimde Nöro Linguistik Programlama Tekniği' nin Etkisi"** başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddelcri uyarınca değerlendirilerek **" KABUL"** kararı verilmiştir.19/02/2016

İmza

Jüri Üyesi:
Yrd. Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK (Tez Danışmanı) .....

Yrd. Doç. Dr. Nilay ÖZKÜTÜK (Öğretim Üyesi) .....

Yrd. Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ (Öğretim Üyesi) .....

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../.... tarih ve..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Sinem EROĞLU

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında yol gösterici ve destekleyici yardımlarını esirgemeyen, bilgisiyle ışık tutan danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK' e,

Araştırmanın planlanmasında önerilerini ve desteğini gördüğüm Sayın Yard. Doç. Dr. Nilay ÖZKÜTÜK' e ve Sayın Yard. Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ' ye,

Bilgisiyle her zaman destek olan Sayın Yard. Doç. Dr. Aynur Çetinkaya' ya, yardımlarından dolayı Sayın Sevim ŞEN' e, Sayın Arş. Gör. Nurcan BİLGİN' e, Sayın Arş. Gör. Sevgi PAKİŞ ÇETİN' e, Sayın Gülşen KARAKUŞ' a,

Araştırmaya görüşleriyle destek veren Sayın Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL' e, Sayın Yard. Doç. Dr. Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT' e, Sayın Yard. Doç. Dr. Nazike DURUK' a, Sayın Yard. Doç. Dr. Serpil İNCE' ye, Sayın Yard. Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY' a, Sayın Emre NAMIK' a, Sayın Fatma TAYFUN KIROĞLAN' a, Sayın Egemen AKINCI' ya, Sayın Fatma AVAZ' a,

Tez çalışmamdaki desteğinden dolayı Uşak Devlet Hastanesi Hastane Yöneticisi Sayın Uz. Dr. Abdurrahman YILMAZ' a, Eğitim Hemşiresi Sayın Sevinç ARAS' a ve Uşak Devlet Hastanesi' nde çalışan hemşirelere ve ebelere, Sayın Hüseyin CANDAN' a,

Maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme,

Çalışmalarım sırasında bana sabırla ve sevgiyle yardımlarını sunan, beni her zaman destekleyen sevgili eşime ve hayatımın anlamı biricik kızıma,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

İTHAF

Kızıma, eşime ve aileme ithaf ediyorum…

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İntramüsküler İlaç Uygulama Alanları ve Yaşa Göre İlaç Dozları

Şekil 2. Dorsogluteal Bölge Enjeksiyon Yerinin Tespiti

Şekil 3. Ventrogluteal Bölgede Enjeksiyon Yerinin Saptanması

Şekil 4. Laterofemoral (Vastus Lateralis) Bölge Tespiti

Şekil 5. Rektus Femoris Bölge Tespiti

Şekil 6. Deltoid Kas Bölge Tespiti

Şekil 7. Temsil Sistemleri Göz Erişim İpuçları

Şekil 8. Temsil Sistemlerinin Alt Sistemleri

Şekil 9. Deney ve Kontrol Grubu Hemşirelerin ve Ebelerin Randomizasyon Şeması

Şekil 10. Araştırmanın Uygulama Adımları

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Çalışma Süresi, Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı, Günlük Çalışma Saati ve IM Enjeksiyon Uygulama Sıklığının Değerlendirilmesi

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Ventrogluteal Bölge Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamalarının Güvenli Olmasına Yönelik Görüşleri

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıtların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımı

Tablo 8. Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Eğitimden Bir Ay Sonra Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasında Kullandıkları Bölgelerin Dağılımı

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Tablo 11. Eğitimden Bir Ay Sonra Deney ve Kontrol Grubu Ventrogluteal Bölge Kullanımı Beceri Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Eğitimden Bir Ay Sonra Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ventrogluteal Bölge Kullanımı Beceri Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

KISALTMA ve SEMBOLLER DİZİNİ

IM: İntramüsküler

VG: Ventrogluteal

DG: Dorsogluteal

SC: Subkutan

VL: Vastuslateralis

NLP: Nöro Linguistik Programlama

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İÇİNDEKİLER **Sayfa No**

1.ÖZET 1

2. ABSTRACT 2

3. GİRİŞ VE AMAÇ 3

3.1. Araştırmanın Konusu 3

3.2.Araştırmanın Amacı 6

3.3. Araştırmanın Önemi 6

4. GENEL BİLGİLER 7

4.1. İntramüsküler Enjeksiyon 8

4.2. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama Bölgeleri 10

4.2.1. Dorsogluteal Bölge 12

4.2.2. Ventrogluteal Bölge 13

4.2.3. Laterofemoral (Vastus Lateralis) Bölgesi 15

4.2.4. Rektus Femoris Bölgesi 17

4.2.5. Deltoid Kas Bölgesi 18

4.3. İntramüsküler Enjeksiyon Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar 19

4.4. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Tarihçesi ve Tanımı 20

4.5. Nöro Linguistik Programlama (NLP)‘ nın Varsayımları 24

4.6. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Kullanım Alanları 28

4.7. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Temsil Sistemleri 30

4.7.1. Görsel Temsil Sistemi 31

4.7.2. İşitsel Temsil Sistemi 31

4.7.3. Dokunsal Temsil Sistemi 32

4.7.4. Temsil Sistemlerinde Göz Erişim İpuçları 33

4.7.5. Alt Sistemler (Biçemler) 33

4.8. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Teknikleri 35

4.8.1. Aynalama 35

4.8.2. Değerlerin Gözden Geçirilmesi Tekniği 36

4.8.3. İnanç Denetimi Tekniği 36

4.8.4. İnanç Değişimi 37
4.8.5. İnanç Değişim Çemberi Tekniği 37
4.8.6. Yeniden Çerçevelendirme 39
4.8.7. Çapalar ve Çapalama 40
4.8.9. Basit Çapalama Egzersizi 41
4.9. Çeşitli Öğretim Yöntemleri 42
4.9.1. Anlatım Yöntemi 43
4.9.2. Tartışma Yöntemi 43
4.9.3. Gösteri (Demonstrasyon) Yöntemi 43
5. GEREÇ VE YÖNTEM 44
5.1. Araştırmanın Hipotezleri 44
5.2. Sayıltılar 44
5.3. Araştırmanın Tipi 44
5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 44
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 45
5.6. Veri Toplamada Kullanılan Formlar 45
5.7. Deneysel Randomizasyon 47
5.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi 47
5.9. Araştırmanın Değişkenleri 50
5.10. Verilerin Değerlendirilmesi 51
5.11. Araştırmanın Etik Yönü 51
5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler 52
6. BULGULAR 53
6.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular 54
6.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Eğitim Öncesi İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Bulgular 59
6.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ventrogluteal Bölgeye Enjeksiyon Uygulama Bilgilerine İlişkin Bulgular 66
7. TARTIŞMA 88
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 104

9. KAYNAKLAR 106
10. EKLER 116
11. ÖZGEÇMİŞ 139

Başlık: Ventrogluteal Alana İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Hemşirelere ve Ebelere Verilen Eğitimde Nöro Linguistik Programlama Tekniğinin Etkisi

Öğrencinin adı: Sinem EROĞLU

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1.ÖZET

Amaç: Ventrogluteal alana intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik hemşirelere ve ebelere verilen eğitimde Nöro Linguistik Programlama (NLP) tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Uşak Devlet Hastanesi'nde görev yapan hemşireler ve ebelerle 18 Mayıs - 21 Eylül 2015 tarihleri arasında yürütüldü. Örneklem seçimine gidilmeyip araştırmaya katılmayı kabul eden ve NLP' ye ilişkin eğitim almayan tüm ebe ve hemşireler araştırmaya alındı. Verilerin toplanmasında ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen, "Hemşire ve Ebe Tanıtım Formu", ''Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri Formu'', "Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu'' ve ''İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölge Kullanımı İşlem Basamakları Gözlem Formu'' kullanıldı. Araştırmadan elde edilen veriler (SPSS) 22.0 programında sayı, yüzde, ortalama, paired t testi, student t testi, ki kare testi, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Mc-Nemar Testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin ve ebelerin yaş ortalaması deney grubunda 35,84±6,13, kontrol grubunda 39,29±7,91 olduğu, deney grubunda %93,3' ünün kadın, %6,7' sinin erkek, kontrol grubunda %100' ünün kadın olduğu, IM enjeksiyonlarda en sık kullandıkları bölgenin deney grubunda (%95,6) ve kontrol grubunda (%88,9) dorsogluteal bölge olduğu saptandı. Ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi puan ortalamaları deney grubunda eğitim öncesi 14,29±8,34, eğitim sonrası 23,53±3,14 olduğu, kontrol grubunda eğitim öncesi 10,38±8,87, eğitim sonrası 18,76±6,80 olduğu saptandı. **Sonuç:** Araştırma bulguları doğrultusunda, verilen eğitimde NLP tekniğinin etkili olmadığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Nöro Linguistik Program, Ventrogluteal bölge, Eğitim.

Title: Effect of Neuro Linguistic Programming Techinique on Nurses and Accoucheuses on Intramuscular Injection Application to Ventrogluteal Area.

Student Name: Sinem EROĞLU

Supervisor: Assistant Professor Kıvan ÇEVİK

Department: Nursing Department

2. ABSTRACT

Introduction: This study was done to determine effects of neuro linguistic programming techinique on nurses and accoucheuses on intramuscular injection application to ventrogluteal area.

Material and Methodology: Study was achived with nurses and accoucheuses who is employed at Uşak Government Hospital between May 18 – September 21 2015. In the research, sampling choice wasn't done, nurses who didn't get NLP training before and agreed to participate included in the study. Data were collected using the form which was prepared by the researchers, "Nurses and Accoucheuses Description Form", ''Perceptions of Nurses and Accoucheuses about Intramuscular Injection Application'', "Ventrogluteal Area Knowledge Form'' and ''Intramuscular Injection Application to Ventrogluteal Area Usage Process Steps Inspection Form''. The datas were analyzed with numbers, percentages, means, paired t test, student's t test, chi-square test, Kruskal-Wallis, Mann- Whitney U and MC-Neamer tests using the SPSS 22.0 software package.

Findings: Average age of nurses and accoucheuses on test group is 35,84±6,13, on control group 39,29±7,91, on test group %93,3 of participants were female, %6,7 were male, on control group %100 percentage of participants were female. Most used area on IM injections is dorsogluteal area on test group (%95,6) and control group (%88,9). Knowledge point averages of nurses and accoucheuses is 14,29±8,34 on test group before training, and after training 23,53±3,14, on control group before training 10,38±8,87, and after training 18,76±6,80.

Results: The research findings, said to be NLP technique was not effective.

Key Words: Neuro Linguistic Program, Ventrogluteal Area, Training.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3.1. Araştırmanın Konusu

Parenteral uygulamalar içinde yer alan intramüsküler (IM) enjeksiyon ilacın derin kas dokusuna verilmesi işlemidir (Ulusoy ve Görgülü 1995; Yavuz ve Karabacak 2011). 1960' lı yılların sonuna doğru rutin olarak hemşirelerin sorumluluğunda uygulanmaya başlanan intramüsküler uygulamalar, bir asırdan daha uzun süredir kullanılmaktadır (Yavuz ve Karabacak 2011). Basit bir teknik olarak düşünülmesine karşın, IM enjeksiyonlar uygun yöntemlerle yapılmadığı takdirde çok ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır. Başta ağrı olmak üzere IM enjeksiyondan kaynaklanan komplikasyonların sıklıkla meydana geldiği ve bu komplikasyonların birçoğunun bilgi eksikliği ve uygun olmayan tekniklerin kullanılmasından kaynaklandığı bildirilmektedir (Kara 2013).

IM enjeksiyon için kullanılan enjeksiyon bölgesi, komplikasyonların en önemli belirleyici faktörüdür. IM enjeksiyon uygulamasında büyük kan damarları, sinir ve kemik yapılardan uzak güvenli bir bölge seçimi önemlidir. IM enjeksiyon yapılabilecek beş bölge vardır. Bu bölgeler; dorsogluteal (DG) bölge, ventrogluteal (VG) bölge, deltoid kası, vastus lateralis (VL) kası ve rektus femoris kasıdır (Gülnar ve Çalışkan 2014). Gluteal bölgede IM enjeksiyon DG ya da VG bölgeye yapılmaktadır. VG bölge IM uygulama için en güvenli bölge olarak tanımlanmasına rağmen, ülkemizde ve diğer ülkelerde hemşireler halen en çok DG bölgeyi kullanmaktadırlar (Yavuz ve Karabacak 2011; Gülnar ve Çalışkan 2014).

Dünyada her alanda görülen değişim ve gelişmeler, sağlık alanına ve hemşireliğe de yansımaktadır. Hemşirelerin bu değişim ve gelişmelere uyum sağlaması için bilimselliği temel almaları ve uygulamalarını kanıta dayandırmaları gerekmektedir. Kaya ve ark. (2012) yılında yazdıkları makalede, Altıok ve ark. (2007)' nın birinci basamak temel sağlık hizmetinde çalışan ebe ve hemşirelerin IM enjeksiyona hazırlık, bölge seçimi ve uygulamaya yönelik bilgilerinin orta düzeyde olduğu ve geleneksel uygulamaları sürdürdüklerini belirlediklerini ifade etmişlerdir (Kaya ve ark. 2012). Güneş ve ark. (2009) yılında yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin %60' ının enjeksiyon uygulamalarında her zaman dorsogluteal bölgeyi kullanırken, %78,2' sinin ventrogluteal bölgeyi hiçbir zaman kullanmadıklarını;

Gülnar ve Çalışkan (2014) tarafından yapılan araştırma sonucunda, hemşirelerin %85,9' unun en sık dorsogluteal bölgeyi kullandığı, %63,3' ünün ise ventrogluteal bölgeyi hiç kullanmadığını belirlemişlerdir. Hemşirelerin intramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgilerinin istenilir düzeyde olmadığını saptamışlar ve hemşirelere bu konu ile ilgili hizmet içi eğitim verilmesini önermişlerdir (Güneş ve ark. 2009; Gülnar ve Çalışkan 2014). Yavuz ve Karabacak (2011) yazdıkları derlemelerinde VG bölgenin birinci seçenek olarak tercih edilmesini sağlamak için hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası hemşirelik eğitiminde bu bölgenin neden tercih edilmesi gerektiğinin anlatılmasını ve bölge tespitinin uygulamalı olarak gösterilmesini ve bu konuya ilişkin çalışmaların yapılması gerektiğini vurgulamışlardır (Yavuz ve Karabacak 2011).

Nöro Linguistik Programlama (NLP) duygu, düşünce, dil ve davranışların etkin kullanımına odaklanan bir tekniktir. Davranış değişikliğinin çok yönlü ve karmaşık yapısı bir davranışın öğrenilmesinde bilişsel ve devimsel alan öğrenmelerin yanı sıra duyuşsal alan öğrenmelerin de birlikte ele alınmasını gerekli kılmaktadır (Şen 2014). NLP' nin etkin olarak kullanıldığı ve sihirli bir araç olarak görüldüğü alanlardan birisi de eğitimdir. Eğitimde "olumlu yönde davranış değişikliği yaratmayı" amaçlarız. Eğitimdeki bu değişimi yaratmak için NLP' nin gücünü rahatlıkla kullanabiliriz (Bardak 2007). NLP beyin-sinir dilinin yeniden programlanmasıdır. NLP başarılı davranışlar elde etmek için dilin etkili kullanımına yardımcı olur ve belirlediğimiz hedeflere ulaşabilmemiz için sinir sistemimizi organize etmenin program ve tekniklerini bize sunar (Taştan ve ark. 2014). NLP teknikleri eğitim sürecinde davranışların oluşumunda algıların ve düşünce modellerinin ele alınmasına olanak sağladığı için giderek önem kazanmaktadır. Hemşirelikte istenilen bilgi, beceri ve tutum değişikliğinin sağlanmasında, NLP tekniklerinden bir öğretim stratejisi olarak yararlanılabilir. NLP özel bir içerikten ziyade öğrenme sürecine odaklanır (Şen 2014). Bir konuyu tam anlamıyla kavrayabilmemiz ona farklı açılardan bakmakla mümkündür (O'Connor 2014). NLP başarıya ulaşmak için, düşünme, dil ve davranış süreçleri üzerinde denetim sağlama yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik sistemler, teknikler ve modeller sunmaktadır (Pekar 2015). NLP' de aynalama; karşımızdaki kişinin ya da grubun sözsüz davranış modelini ona geri sunmaktır. Aynalama; oturma stilinden konuşma tarzına, ses

tonundan vücut hareketlerine, nefes alma temposundan giyim ve hatta yemek seçimine kadar pek çok farklı yolla, kişinin karşısındakiyle uyumu yakalamaya çalışmasıdır. Çapa, bir sembolün uyarıcı haline gelerek, belirli bir durumu, tepkiyi tekrar tekrar oluşturması ve içsel bir tepkiyi dışsal bir tetikleme ile ilişkilendirme işlemidir (Tokgözlü 2009; Şen 2014). NLP' de çapalar; bir ses, görüntü, dokunuş, koku ya da tat gibi, insanlarda her zaman aynı davranışı oluşturan uyarıcılardır. Çapalar, yaşamın her anında ve her yerde, çoğu zaman insanlar farkında bile olmadan onların davranışlarını belirler (Tokgözlü 2009). İnsanlar yoğun duygular yaşadıklarında kendilerine dışarıdan bir uyarıcı uygularlarsa duygularla uyarıcı arasında bir bağlantı oluşturur. Çapalama ile yaşanan o duyguların şimdiki zamanda da hissedilerek olumlu ve olumsuz olarak kendilerini etkileyen durumları çapalarla kontrol altına almaları sağlanabilir. Çapalar kendiliğinden oluşabildiği gibi bilinçli olarak da oluşturulabilir (Şen 2014). Bir resmin sınırlarını çerçevesi belirler. Eğer kişi, resme baktığı açıyı değiştirirse, onu çok farklı şekilde görür. NLP' de çerçeve, dikkati bir şey üzerine odaklamak anlamına gelir. Yeniden çerçeveleme ise, kişinin olaylara yaklaşımında dikkatini odakladığı noktayı değiştirmek, başka bir ifadeyle, olaylara değişik açılardan bakabilmesini sağlamaktır (Tokgözlü 2009). Herhangi bir inancın doğal değişim süreci vardır. Bu süreçte yeni bir inanç ortaya çıkar bunu olgunlaşma ve güçlenme süreci izler. İnanç değişimi ile ilgili bu alan çalışmasından farklı birçok şekilde yararlanılabilse de, bu uygulamanın en çok kullanıldığı alan, yeni bir inancın oluşturulmak istenmesi halidir (Şen 2014). NLP, öğrenmeye motive olunduğunda ve uygun şekilde ilgili bilgi sunulduğunda kolayca öğrenebileceğimizi vurgular. Günümüzde eğitim alanı NLP' nin kullanıldığı alanların başında gelmektedir. NLP ile ilgili yapılan birçok bilimsel çalışma olumlu sonuçlar vermiştir. Bardak (2007) yaptığı çalışmada; Çukurova ve Gazi Üniversiteleri ingiliz dili öğretiminde, Dokuz Eylül Üniversitesi sahne sanatlarına ve satış yönetiminde müşteri ilişkilerinin geliştirilmesine, Gazi Üniversitesi doktor ve hasta iletişimine, Ankara Üniversitesi pratisyenlik eğitim programına NLP' nin etkisini araştırdıklarını ve bu çalışmaların her alanda NLP' nin uygulanması gerektiği sonucunu verdiğini ifade etmiştir (Bardak 2007). Taştan ve ark. (2014) derlemelerinde NLP' nin ele aldığı konuların büyük bir kısmının tedaviye yönelik olmasının, tıp eğitimi almış kişilerce yapılmasını daha da kolaylaştıracak; aile hekimlerince uygulanması ise

birinci basamakta özellikle kronik hastalıklarda takip ve tedavinin etkinliğini daha da artıracaktır şeklinde bildirmişlerdir (Taştan ve ark. 2014). Şen' in bildirdiğine göre; Hall (2002), cerrahi becerilerin kazanılmasında NLP uygulamalarının etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, NLP uygulamalarının öğrenmeyi desteklediğini belirtmişlerdir (Şen 2014). Şen' in (2014) hemşirelerde el hijyeni davranışlarının kazanılmasında NLP tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi için el hijyeni davranışlarının kazanılmasında NLP teknikleri ile zenginleştirilen eğitim programının etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Şen 2014).

3.2.Araştırmanın Amacı

Ventrogluteal alana intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik hemşirelere ve ebelere verilen eğitimde NLP tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Önemi

Hemşireler ve ebeler IM enjeksiyonu birbirinden çok farklı yöntemlerle uygulamakta, ağrı ve doku hasarını azaltan teknikleri ise genellikle kullanmamaktadır. Hemşirelerin ve ebelerin çoğunluğu IM enjeksiyonda DG bölgeyi tercih etmekte ve bu bölgeyi güvenilir bulmaktadırlar. Bununla beraber, IM enjeksiyon için VG bölgenin bir çok yönden üstünlükleri vardır. En güvenli IM enjeksiyon bölgesi VG bölge olmasına rağmen halen IM uygulamada DG bölgenin en sık kullanılması, VG bölgenin avantajlarının hemşire ve ebelerce yeterince anlaşılamadığını ya da bilinmediğini düşündürmektedir. Bu nedenle hemşirelere ve ebelere farklı bir teknikle eğitim verilmesinin VG bölge tespitinin öğrenilmesine, kullanımına etkisinin yararlı olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülerek bu çalışma planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Teknolojinin gelişmesiyle giderek daha karmaşık bir hale gelen ilaç uygulamaları, hasta güvenliğinin öncelikli olduğu, hemşirelik işlevlerinin önemli bir parçası olan ve bilgi ve beceri gerektiren uygulamalardır. İlaç uygulamaları, ilaçların adları, etken maddeleri, uygulanma yolları, şekilleri, sınıflandırılması, etki mekanizması, istenmeyen etkileri, etkilerini değiştirebilen faktörler konusunda temel bir bilgiye sahip olmakla birlikte anatomi, fizyoloji ve asepsi bilgisi, kritik düşünme, etik yargılama, karar verme ve iletişim becerisi de gerektirmektedir (Taylor ve ark. 2011; Öçal 2012).

Dünyada her alanda gözlenen değişim ve gelişmeler, sağlık alanına ve dolayısı ile hemşireliğe de yansımaktadır. Hemşirelerin bu değişim ve gelişmelere uyum sağlamasında, bilimselliği temel almaları ve uygulamalarını kanıta dayandırmaları vazgeçilmez bir ölçüttür (Kaya ve ark. 2012). İlaç uygulamalarında önemli bir yeri olan intramüsküler (IM) enjeksiyon uygulaması hemşirelerin sıklıkla kullandığı bir yöntemdir (Gülnar ve Çalışkan 2014). 2011 yılında Cornwall' un hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin güvenli IM enjeksiyon bölgelerini tam anlamadıklarını ve güncel öğretim uygulamalarının gözden geçirilmesinin IM enjeksiyondan kaynaklanan patolojileri önlemeye yardımcı olacağını bildirmiştir (Cornwall 2011).

Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık çalışanları alternatif yöntemlerin veya oral ilaç vermenin aynı etkiyi gösterdiğini ve hatta daha güvenli olduğunu bilmesine karşın yine de enjeksiyonu tercih etmektedir (Misha ve Stringer 2010; Ünal ve ark. 2015). Enjeksiyon uygulamaları günümüzde en sık kullanılan farmakolojik uygulamalardır. Enjeksiyon uygulamalarında kullanılan en yaygın tedavi yöntemi kas içi enjeksiyondur (Tuğrul ve Denat 2014; Kara ve ark. 2015). Dünya genelinde her yıl 12 milyardan fazla ilaç IM yolla uygulanmaktadır (Nicoll ve Hesby 2002). Bunların %5' i veya daha azı aşılama, %95' inden fazlası da tedavi amacıyla uygulanan enjeksiyonlardır (Tuğrul ve Denat 2014). IM enjeksiyon basit bir beceri olarak algılanmaktadır. Ancak, hemşirelerin beceri yeteneği, uygulama yöntemi ve kullanılan araçlar ile ilgili bazı kararları gerektiren karmaşık bir işlevdir (Hunter 2008). Yapılan çalışmalarda, intramüsküler enjeksiyondan kaynaklanan

komplikasyonların sıklıkla görüldüğü ve bu komplikasyonların birçoğunun bilgi eksikliği ve uygun olmayan tekniğin kullanılmasından kaynaklandığı saptanmaktadır (Güneş ve ark. 2008). Hemşirelerin temel eğitimden sonra ilaç ve ilaç uygulamaları konusunda bilgi ve becerilerini güncellemeleri gerektiği görüşünün nedeni hasta güvenliğinin sağlanmasıdır (http://cerrahpasahemder.com/index.php/haberler/60-hemreler-lac-uygulama-hatalarini-oenlemede-anahtar-k-m-dr.html, Erişim tarihi: 10 Kasım 2015). İntramüsküler enjeksiyon hakkında teorik bilgideki gelişmelere karşın, önlenebilir komplikasyonlar halen ülkemizde ve diğer ülkelerde ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden intramüsküler enjeksiyonların uygun bir şekilde hazırlanması ve uygulanması önemli hemşirelik işlemlerinden birisidir (Güneş ve ark. 2009).

4.1. İntramüsküler Enjeksiyon

IM enjeksiyon uygulaması 1940' larda antibiyotiğin keşfedilmesi ile hekimler tarafından yapılırken, 1960' ların sonlarına gelindiğinde rutin olarak hemşirelerin sorumluluğunda yapılmaya başlanmıştır (Nicoll ve Hesby 2002). İntramüsküler (IM) enjeksiyon, ilacın vücudun büyük kas kitlesine verilmesinde kullanılan bir yöntemdir (Altıok ve ark. 2007; Süzen ve Ay 2013). Kaslar kan damarlarından zengin olduğu için IM yolla uygulanan ilaçların emilimi subkutan yola göre daha hızlıdır (Akbayrak 2003; Güneş ve ark. 2009; Dinç 2011; Süzen ve Ay 2013; Kaya ve Palloş 2014). Kas dokusunda daha az sayıda sinir ucu bulunur. Bu nedenle fazla miktarda ve irritan ilaçlar verilebilir (Akbayrak 2003; Süzen ve Ay 2013).

İntramüsküler enjeksiyon, ilacın proflaktik veya tedavi amacıyla vücudun iskelet kaslarının derin dokularına verilmesi işlemidir (Ulusoy ve Görgülü 1995; Tuğrul ve Denat 2014). Basit bir teknik olarak düşünülmesine karşın, IM enjeksiyonlar uygun yöntemlerle yapılmadığı takdirde çok ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır (Kara 2013). Hemşireler komplikasyonları önlemek için; anatomiyi, enjeksiyon bölgesinin avantaj ve dezavantajlarını, doğru anatomik yerler ve bölge sınırlarını tespit edebilmeyi, enjeksiyon tekniğinin ayrıntılarını ve tekniği dikkatli kullanarak enjeksiyonu yönetmesi gerektiğini bilmelidir (Topal ve Yıldırım 2014). İntramüsküler enjeksiyonda, iğnenin subkutan dokuyu geçmesi ve derin kas dokusuna enjeksiyon yapabilmek için uzun ve daha geniş çaplı iğneler kullanılmalıdır. Vücut ağırlığı ve yağ dokusu miktarı, iğne boyunun seçimini etkiler

(Dinç 2011; Kaya ve Palloş 2014). Enjeksiyon için kullanılan iğne uzunluğu ve çapının, hastaya, uygulamanın yapılacağı bölge ve ilacın özelliklerine göre seçilmesi gerekmektedir. Aşılar ve solüsyonlarla karıştırılmış parenteral ilaçların çoğu 20-25 numaralı iğne ile uygulanırken, akışkan olmayan ve yağlı ilaçlar daha geniş lümenli 18 numaralı iğne ile uygulanmaktadır (Nicoll ve Hesby 2002). IM enjeksiyon uygulamasında tüm yetişkin hastalarda genellikle yeşil veya 21 numaralı iğne kullanılmaktadır (Hunter 2008). IM enjeksiyonda kullanılan iğnenin uzunluğu, çocuklar için ortalama 1,5 cm ile 2,5 cm arasında iken, erişkinler için 2,5-3,75 cm' dir (Nicoll ve Hesby 2002; Taylor ve ark. 2011; Dinç 2011). Uygun kalınlıkta ve uygun uzunlukta iğnenin uygun bölgeye yapılması yan etkileri en aza indirmektedir (Çağan ve ark. 2015).

İntramüsküler enjeksiyonlarda iğne hastanın vücuduna 90 derecelik açıyla uygulanmalıdır. Normal beden hacmine sahip erişkin bir hastada ventrogluteal kaslar gibi geniş hacimli kaslar 5 ml' ye kadar ilacı alabilir. Bebeklerde IM yolla 1 ml' den fazla ilaç uygulanmamalıdır ve küçük bebekler yalnızca 0,5 ml ilacı tolere edebilir. Çocuğun beden hacmine bağlı olmak üzere, bir oyun çocuğu 1-2 ml ilacı IM yolla tolere edebilir. Okul çağı ve daha büyük çocuklarda 3 ml, adölesan ve erişkinlerde ise 3-5 ml ilaç IM yolla uygulanabilir (Dinç 2011). IM enjeksiyona bağlı ağrı ve doku travmasını azaltmak için uygulanan ilaç 1 ml/ 10 saniye hızda enjekte edilmelidir (Kaya ve Palloş 2014).

Literatürde, Z-yol tekniğinin doku travması ve ağrıyı azalttığı bildirilmektedir (Workman 1999). İrritan IM ilaçlarda uygulanan tarihsel Z yol tekniği, ağrıyı azaltmak ve subkutan dokuya ilaç geçişini engellemek için tüm IM enjeksiyonlarda uygulanabilir (Nicoll ve Hesby 2002; Hopkins ve Arias 2013). Z yol tekniği; deri ve deri altı dokusu pasif elin dış yanı ile 2,5 cm kaydırılır. Diğer elle bölge temizlendikten sonra iğne dokuya ve zemine dik açıyı koruyacak şekilde batırılır. Dokuyu germeye devam eden elin baş ve işaret parmağıyla enjektörün alt ucu tutulur. Diğer elle aspirasyon yapıldıktan sonra ilaç dokuya verilir. İlaç verildikten sonra iğne 10 saniye kadar dokuda bırakılır. İğne çekilir çekilmez yana kaydırılmış olan doku serbest bırakılır. Dokuya bir süre hafif basınç uygulanır. Z yol tekniği 0,2-0,3 ml havanın enjektörden dokuya verilmesiyle (Hava Kilidi Tekniği) birlikte kullanılmalıdır (Ulusoy ve Görgülü 1995). IM enjeksiyon sürekli uygulanacak ise

mutlaka rotasyon uygulanmalıdır. IM enjeksiyon beş farklı bölgeye uygulanabilir. Ancak bu bölgelerin hepsi uygulamada yaygın kullanılmamaktadır (Süzen ve Ay 2013).

Bölge	Yaş	Verilecek İlaç Miktarı
Deltoid Kas	0-3 Yaş arasında önerilmez	
	3-6 Yaş	0.5 ml
	6-15 Yaş	0.5 ml
	15 Yaş Üstü	1 ml
Ventrogluteal Bölge	0-3 Yaş arasında önerilmez *	
	3-6 Yaş	1.5 ml
	6-15 Yaş	1.5-2 ml
	15 Yaş üstü	2-2.5 ml
Rektus Femoris Kası	0-1.5 Yaş	0.5 ml
	1.5-3 Yaş	1 ml
Vastus Lateralis Kası	0-1.5 Yaş	0.5 ml
	1.5-3 Yaş	1 ml
	3-6 Yaş	1.5 ml
	6-15 Yaş	1.5-2 ml
	15 Yaş üstü	2-2.5 ml
Dorsogluteal Bölge	Üç yaş altında tercih edilmemelidir.	
	3-6 Yaş	1.5 ml
	6-15 Yaş	1.5-2 ml
	15 Yaş üstü	2-4 ml

Şekil 1. İntramüsküler İlaç Uygulama Alanları ve Yaşa göre İlaç Dozları

Kaynak: Şahin M. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulanan Erişkin Hastalarda Buzzy® Uygulamasının Ağrı ve Enjeksiyon Memnuniyetine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Prof. Dr. İ. Eşer); Süzen B, Ay F. İlaç Uygulamaları. İçinde: Ay F, eds. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 5. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul; 2013 s: 422-509.

*Bazı kaynaklarda 7 aydan büyük bebeklerde ventrogluteal bölgenin kullanılabileceğini bildirilmektedir (Tuğrul ve Denat 2014; Kara ve ark. 2015).

4.2. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama Bölgeleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her yıl 16 milyar ilacın IM yolla uygulandığını bildirmektedir (Özdemir ve ark. 2013). İlaçlar, doğru dokuya veya vücut boşluğuna verilmezse kemik, doku ve sinir hasarı gibi komplikasyonlar oluşabilir. Bu nedenle,

güvenli ilaç uygulamadaki temel ilkeler ile bölge seçimi önem kazanır ve bölge sınırlarının çok iyi bilinmesi gerekir (Öçal 2012).

Hastaya hangi IM enjeksiyon tekniğinin uygulanacağını belirlemek için ilk önce uygulanacak ilacın özelliklerini, hastanın yaşını ve vücut ölçülerini göz önünde bulundurmak gerekir (Yavuz ve Karabacak 2011). Enjeksiyon öncesi bölge çok iyi belirlenmeli ve palpe edilmelidir çünkü enjeksiyon için sinir, kemik ve kan damarlarından uzak bir bölgenin seçimi son derece önemlidir. Enjeksiyonu doğru bölgeye uygulayabilmek için enjeksiyon alanının iyi görülmesi gerekir. Yalnızca enjeksiyon uygulanacak alan üstündeki giysinin kaldırılması, bölgenin tamamının görülmesini engeller (Süzen ve Ay 2013). İntramüsküler enjeksiyon bölgesi belirlenirken şu ilkeler dikkate alınmalıdır: Bölgede enfeksiyon veya nekroz var mı?, Bölgesel ekimoz veya abrazyon var mı?, Kemiklerin, sinirlerin ve büyük kan damarlarının konumu nedir?, Kas dokusuna verilecek ilacın volümü nedir ve bu volüm uygulanacak kas dokusu için uygun mudur? (Potter ve ark. 2013; Kaya ve Palloş 2014). Topal ve Yıldırım (2014) yaptıkları çalışmada; intramusküler enjeksiyonun bayanlarda en üst noktadan 2,28±1,01 cm ve erkeklerde 1,87±0,63 cm aşağısı olduğunu, bu mesafelerin normal vücut indeksine sahip ve 17-29 yaş arası hasta popülasyonunda klinik pratikte çok değişken olacağını söylemektedir (Topal ve Yıldırım 2014). Yine Burbridge (2007) yaptığı araştırmada kadın ve erkeklerin gluteal kas iğne penetrasyonunun anlamlı düzeyde farklı olduğunu söylemiştir (Burbridge 2007).

İntramüsküler enjeksiyonda kullanılan kaslar; gluteus maximus, gluteus medius, gluteus minimus, rektus femoris, vastus lateralis, deltoid ve triseps kaslarıdır (Güneş ve ark. 2008). İntramüsküler enjeksiyonların uygulandığı bölgeler şunlardır:

1. Dorsogluteal Bölge

2. Ventrogluteal Bölge

3. Laterofemoral (Vastus Lateralis) Bölgesi

4. Rektus Femoris Bölgesi

5. Deltoid Kas Bölgesi (Akbayrak 2003; Dinç 2011; Öçal 2012; Süzen ve Ay 2013; Kaya ve Palloş 2014; Gülnar ve Çalışkan 2014; Kara 2015).

4.2.1. Dorsogluteal Bölge

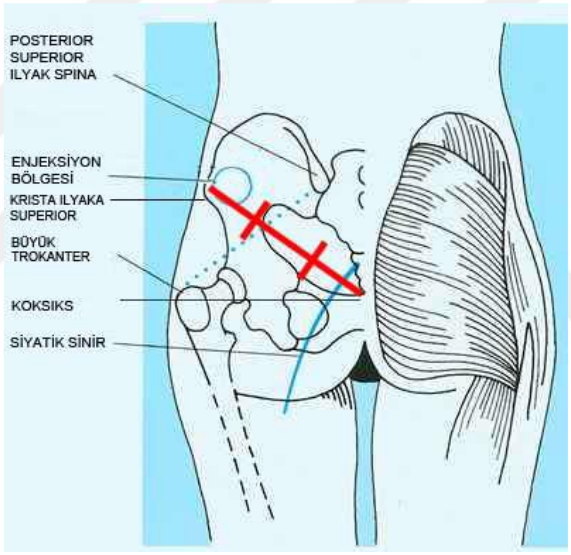
Dorsogluteal bölge yani arka kalça bölgesi en sık kullanılan bölgedir. Kalçada enjeksiyon için gluteus maksimus ve onun üstünde yer alan gluteus medius kasları kullanılmaktadır. Bu bölge, deri ince olduğu ve fazla miktarda ilaç verilebildiği için IM enjeksiyon için uygundur. Dorsogluteal bölge, büyük bir kas kütlesi olduğu için büyük miktardaki sıvıları tolere edebilir (Akbayrak 2003; Kara 2011; Süzen ve Ay 2013). Üç yaşın altındaki çocuklarda, gluteus maksimus kası gelişmediği için IM enjeksiyonlarda bu bölge kullanılmamalıdır. Farklı yaş gruplarında, dorsogluteal bölgeye uygulanabilecek ilaç miktarı farklıdır. Kas tabakası iyi gelişmiş yetişkinlerde, maksimum 4 ml ilaç; çocuk, yaşlı ve kaşektik hastalarda 2-3 ml ilaç uygulanabilir. (Workman 1999; Öçal 2012).

Enjeksiyon için hasta yüzüstü ya da yan yatabilir. DG bölgede enjeksiyon yeri, posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir. Siyatik sinir de bu çizginin paralelinde ve aşağısında yer almaktadır. Enjeksiyon noktası çapraz çizginin ortasından biraz yukarıda ve dış yandadır. Obez hastalarda ve gevşek dokulu, derisi sarkmış kalçalarda enjeksiyon yerinin doğru olarak saptanması zordur (Ulusoy ve Görgülü 1995). Enjeksiyon yerinin belirlenmesindeki ikinci yöntem krista ilyaka superior ile koksiksi hayali bir çizgi ile birleştirip, üçe böldükten sonra dışta kalan 1/3' lük noktadaki uygun alan enjeksiyon yeridir (Süzen ve Ay 2013).

Dorsogluteal bölgede cilt altı yağ oranı daha fazladır. Bu durumda kas içi enjeksiyon yerine yağ içi enjeksiyon yapılır yada ilacın SC tabakaya verilme riski söz konusudur. Bu yüzden ağrının ve doku irritasyonunun ventrogluteal bölgeye göre daha sık geliştiği belirtilmektedir. Bölgenin damarlardan zengin olduğu için enjeksiyon sonrası kanama daha çok gelişmektedir (Öçal 2012; Güneş ve ark. 2008).

DG bölge, IM enjeksiyonlarda geleneksel olarak sık kullanılan bir bölgedir (Ulusoy ve Görgülü 1995; Gülnar ve Çalışkan 2014). DG bölge, kan damarlarından zengin ve siyatik sinire yakın bir bölge olduğu ve bölgedeki subkutan doku diğer bölgelere göre daha kalın olduğu için enjeksiyon sırasında iğnenin siyatik sinir, kemik ve büyük kan damarlarına rastlama ihtimali daha yüksektir (Dinç 2011; Gülnar ve Çalışkan 2014). Kara' nın (2013) bildirdiğine göre; Small dorsogluteal bölgeye yapılan IM enjeksiyonlarda ilacın hatalı olarak subkutan dokuya

verilmesinin yaygın olduğunu, ilaç emiliminin yetersiz, doku irritasyonunun ve ağrının daha sık ortaya çıktığını saptamıştır (Kara 2013). Yapılan çalışmalar, siyatik sinir yaralanmalarının sıklıkla dorsogluteal bölgeye yapılan ilaç uygulamaları sonucunda geliştiğini göstermektedir (Kaya ve Palloş 2014). Eğer iğne siyatik siniri zedelerse hasta o taraftaki bacağında kısmi ya da tam felç yaşayabilir. Bu nedenle bu bölgenin IM enjeksiyonlar için kullanılmaması gerekir (Dinç 2011). Bu nedenlerden dolayı, Dünya Sağlık Örgütü enjeksiyon bölgesi olarak rutin şekilde dorsogluteal bölgenin kullanılmasını tavsiye etmemektedir (Öçal 2012). Ancak araştırmalar, hemşirelerin çoğunlukla dorsogluteal bölgeyi kullandığını göstermektedir (Güneş ve ark. 2009; Kaya ve Palloş 2014).



Şekil 2. Dorsogluteal Bölge Enjeksiyon Yerinin Tespiti

Kaynak: Süzen B, Ay F. İlaç Uygulamaları. İçinde: Ay F, eds. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 5. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul; 2013 s: 422-509.

4.2.2. Ventrogluteal Bölge

VG bölge ilk kez 1954' de Hochsetter tarafından tanımlanmıştır (Cocoman ve Murray 2010). VG bölge gluteus medius ve gluteus minimus kaslarından oluşmaktadır. Derindir ve büyük kan damarları ve sinirlerden uzak olduğundan bütün hastalar için güvenli bölgedir (Güneş ve ark 2008; Dinç 2011; Öçal 2012; Potter ve ark. 2013; Kaya ve Palloş 2014). Bu bölge yetişkinlerde, yedi aydan büyük çocuklarda ve çok zayıf hastalarda kullanılabilir. Bu bölgeye bir defada verilebilecek ilaç miktarı yetişkinlerde 4 ml iken çocuk, yaşlı ve kaşektik hastalarda 2-3 ml' dir

(Öçal 2012). Ayrıca Ventrogluteal bölge IM enjeksiyon uygulamalarında birçok avantaj sağlamaktadır. Bunlar; subkutan tabakanın ince olması, hastaya verilecek pozisyonun kolay olması ve ilacın subkutan dokuya verilme olasılığının düşük olmasıdır (Kara 2013).

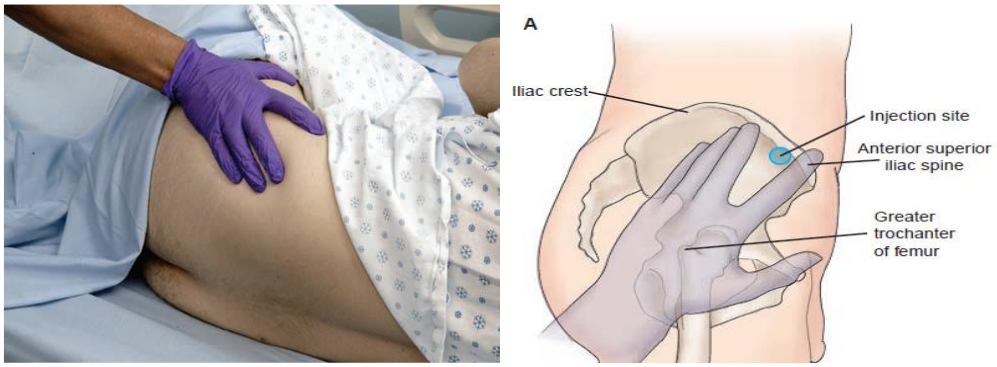
Araştırmalar, fibrozis, sinir zedelenmesi, apse, doku nekrozu, kas kontraksiyonu, gangren ve ağrı gibi komplikasyonların ventrogluteal bölge dışındaki kaslara uygulanan enjeksiyonlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle ventrogluteal bölge bebeklerde, tahriş edici ve yağlı solüsyonların uygulanmasında, çocuk ve erişkinlerde tercih edilebilmektedir (Dinç 2011). VG bölgenin gluteus medius kası süt çocuklarında da yeterince gelişmiştir. Nicoll ve Hesby (2002) VG bölgede sadece ilaca bağlı oluşan reaksiyon sonucunda komplikasyon geliştiğini belirtmektedir (Nicoll ve Hesby 2002).

Ventrogluteal bölge, büyük kan damarı ya da sinirlerin olmaması, kemik dokusuna uzak olması gibi nedenlerden dolayı enjeksiyon uygulamasında en güvenilir ve en az ağrılı bölge olarak kabul edilir. Bölge, hastaya verilecek pozisyonun kolay olması, subkutan tabakanın ince olması, cilt altı yağ dokusunun az olması ve ilacın subkutan dokuya verilme olasılığının düşük olması ve bu sayede de hematom oluşumunun en az görülmesi sebepleri ile tercih edilir. Kemik çıkıntıları elle rahatlıkla hissedilebildiği için bölgenin belirlenmesi kolaydır. Rektumdan uzak olduğu için feçes kontaminasyonu riski azdır (Greenway 2004; Öçal 2012). VG enjeksiyon sonrasında damar sinir yaralanması da dahil olmak üzere enjeksiyon tekniğinden kaynaklanan lokal komplikasyon bildiren rapora rastlanmamıştır (Yavuz ve Karabacak 2011).

VG bölgede enjeksiyon yerini tespit etmek için, hemşire el ayasını hastanın kalçası üzerinde büyük trokanter üzerine, el bileğini ise femura biraz dik gelecek şekilde yerleştirir. Hastanın sağ kalçasında sol elini, sol kalçasında sağ elini kullanır. Hemşire başparmağı kasığı gösterecek biçimde, işaret parmağı ise anterior superior iliak spina üzerinde olacak şekilde elini yerleştirir ve orta parmağını işaret parmağından olabildiğince hastanın kalçasına doğru açar. İşaret parmağı, orta parmak ve iliak çıkıntı “V” biçiminde bir üçgen alan oluşturur. Gluteal kas içine rastlayan bu üçgenin merkezine enjeksiyon yapılır. Kalçaya yaslanmış olan

parmaklarla doku gerilerek 90 derecelik açı ile enjeksiyon uygulanır (Ulusoy ve Görgülü 1995; Kaya ve Palloş 2014).

Enjeksiyon için hasta sırtüstü, yüzüstü ya da yan yatabilir (Ulusoy ve Görgülü 1995). Yüzüstü yatarken VG bölgenin belirlenmesi biraz daha zor olsa bile DG bölgeden farklı olarak enjeksiyon bölgesi kemik yapılar palpe edilerek belirlendiği için, hasta yüzüstü yatırılsa dahi yanlış bölgeye enjeksiyon yapılması veya DG bölge enjeksiyonlarındaki doğru bölgenin pozisyona bağlı yer değiştirmesi gibi sorunlar VG bölge enjeksiyonunda görülmemektedir (Yavuz ve Karabacak 2011). Hemşireler uygulama için yan yatış pozisyonunu tercih etmektedirler. Enjeksiyon uygulanması sırasında, kasların gevşemesi için sırtüstü yatan hastanın dizlerini bükmesi, yüzüstü yatan hastanın başparmaklarının birbirine bakacak şekilde ayaklarını içe çevirmesi ve yan yatan hastanın üst bacağını fleksiyona getirerek alt bacağının önüne alması gerekir (Ulusoy ve Görgülü 1995). Yan yatış pozisyonda VG bölgedeki torakanter çıkıntıyı bulmayı kolaylaştırmak için bacağı fleksiyona getirerek alt bacağı önüne almak gerekir (Gülnar 2012). Obez hastalarda büyük torakanterin bulunamaması ya da bölgedeki çamaşırların yeterince açılmaması enjeksiyon yerinin doğru saptanamamasına neden olabilmektedir (Ulusoy ve Görgülü 1995). Ayrıca obez hastalarda, yan etkileri önlemek ve ilacın kas içine yapılmasını sağlamak için daha uzun bir iğnenin kullanılması gerekmektedir (Zaybak ve ark. 2007). Ventrogluteal bölgenin enjeksiyon uygulamalarında normal ve hafif kilolu bireylerde güvenle kullanılabileceği, obez bireylerde bölgenin doğru tespit edildiğinden emin olunması gerektiği bildirilmektedir (Güneş ve ark. 2008).



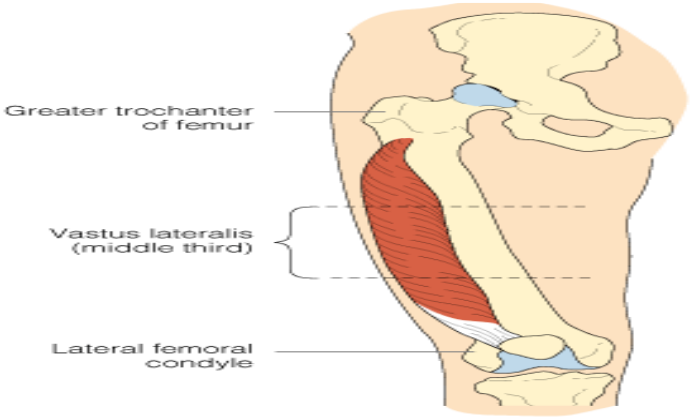
Şekil 3. Ventrogluteal Bölgede Enjeksiyon Yerinin Saptanması

Kaynak: Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Seventh Edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

4.2.3. Laterofemoral (Vastus Lateralis) Bölgesi

Vastus lateralis kası, üst bacağın ön dış yanında uzun bir şerit halinde yer alan iyi gelişmiş bir kastır (Ulusoy ve Görgülü 1995; Dinç 2011; Öçal 2012; Süzen ve Ay 2013; Kaya ve Palloş 2014). Kas genişliği, genellikle uyluğun orta hattından uyluğun orta dış yanına kadardır. Büyük torakenterin bir el genişliği kadar altından başlayıp dizin bir el genişliği üzerine kadar uzanır ve IM enjeksiyon için orta bölüm kullanılır. (Kaya ve Paloş 2014). Laterofemoral bölge büyük kan damarlarına ve sinirlere sahip olmadığı için erişkinlerde, 12 ayın altındaki süt çocuklarında IM enjeksiyon uygulanması için önerilmektedir (Dinç 2011). İlaç emilimi hızlıdır. Yetişkinlerde 1-5 ml, çocuklarda 1-3 ml ilaç verilebilir (Kara 2011). Literatür genellikle vastus lateralis veya ventrogluteal bölgeyi destekler çünkü komplikasyon oluşturma oranları daha düşüktür. Çocuklarda IM enjeksiyonlarda vastus lateralis bölgesi tercih edilmektedir. VG ve DG bölge ile karşılaştırıldığında vastus lateralis bölgesi büyük hacimlerin enjekte edilmesine izin veren kalın ve iyi gelişmiş kas yapısından oluşur (Walters ve Furyk 2010).

Hasta sırtüstü yatarken ayağını serbest bırakması ve dizlerini hafif fleksiyona getirmesi, vastus lateralis kasının gevşemesini sağlar. Enjeksiyon yerinin saptanabilmesi için büyük torakanterin 10 cm altına ve dizde lateral femoral kondilin 10 cm üstüne, birbirine paralel iki yatay çizgi çizilir. Lateral femoral kondilin üzerindeki yatay çizginin sınırları, bacağın o bölümündeki enine göre belirlenir. Bu yatay çizgiye her iki ucundan çizilen dikey çizgiler, büyük torakanterin altındaki yatay çizgiyle kesişir. Böylece bir dikdörtgen elde edilmiş olur. Bu dikdörtgen, birbirine paralel ve eşit aralıklarda olan, iki yatay ve iki dikey çizgiyle, dokuz eşit dikdörtgene bölünür. Bacağın dış yanında kalan, ortadaki dikdörtgenin alanı, enjeksiyon için uygun bölgedir. Küçük çocuklarda ise üst sınır büyük torakanter, alt sınır diz kabul edilerek bu bölme işlemi uygulanır ve yer tespiti yapılır. İlacın kasa verilmesini kolaylaştırmak için küçük çocuklar ve kaşektik hastalara enjeksiyon yapılırken kasın kavranması gerekir. Normal ve şişman bireylerde deri gerilir. Dokuya giriş açısı 90 derece olmalıdır (Ulusoy ve Görgülü 1995). Vastus lateralis bölgesi sıklıkla yenidoğanlar, oyun çocukları ve çocuklarda immunglobülin, aşılar veya toksoidler gibi biyolojik ajanların verilmesinde kullanılmaktadır (Potter ve ark. 2013; Kaya ve Palloş 2014).



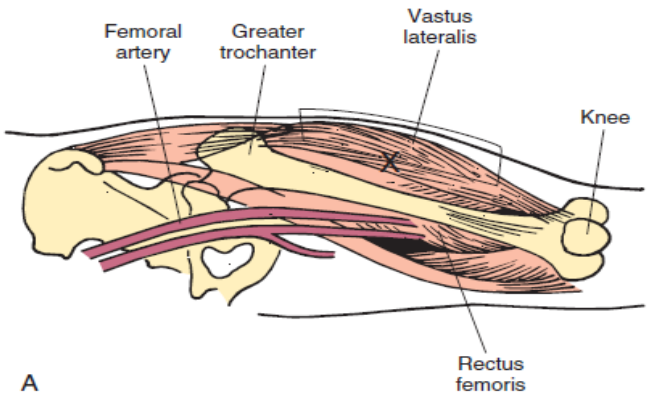
Şekil 4. Laterofemoral (Vastus Lateralis) Bölgesi Tespiti

Kaynak: Workman B. Safe injection techniques. Nursing Standard. 1999; 13(39): 47-53.

4.2.4. Rektus Femoris Bölgesi

Uyluğun ön yüzünde yer alan rektus femoris kası özellikle çocuklarda ve bebeklerde kullanılır. Eğer başka bir bölge kullanılamıyorsa, bu kas yetişkinlerde de kullanılır. Bireyin kendi kendine kolaylıkla enjeksiyon yapabilmesi bu bölgenin avantajlarındandır (Ulusoy ve Görgülü 1995; Kara 2011; Öçal 2012). Bu bölgeden ilaç alım hızı koldan daha yavaş kalçadan daha hızlıdır. Daha iyi ilaç konsantrasyonuna ulaştırmak gluteal kaslar ile mümkündür (Rodger ve King 2000).

Vastus lateralis kasına enjeksiyon uygulama bölümünde anlatıldığı gibi, bacağın ön yüzü eşit dikdörtgenlere ayrılarak belirlenir. Bacağın ortasında kalan dikdörtgenlerden en ortada olan dikdörtgen enjeksiyon için kullanılır. İğnenin dokuya giriş açısı 90 derece olmalıdır (Ulusoy ve Görgülü 1995; Öçal 2012; Süzen ve Ay 2013).



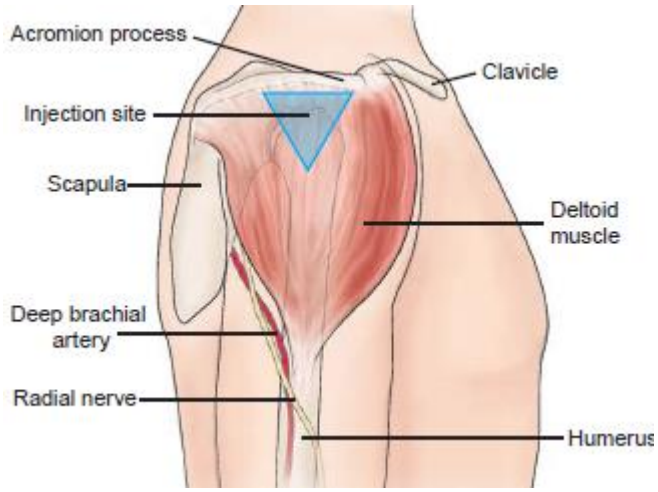
Şekil 5. Rektus Femoris Bölgesi Tespiti

Kaynak: Potter AP, Perry AG, Stockert AP, Hall MA. Fundamentals of Nursing. 8th Ed. St. Lous Missouri: Mosby Inc. Canada; 2013.

4.2.5. Deltoid Kas Bölgesi

Deltoid bölge kolaylıkla bulunabilmesine rağmen, bu kas pek çok bireyde iyi gelişmemiştir. Bu bölgede aksiler, radiyal, brakiyal, ulnar sinirler ve brakiyal arter, humerus boyunca üst kolda uzandığı için yaralanma riski vardır (Potter ve ark. 2013; Kaya ve Palloş 2014). Bu kasa enjeksiyon uygulaması genellikle ağrılıdır (Ulusoy ve Görgülü 1995; Öçal 2012; Süzen ve Ay 2013). Bu nedenle hemşirelerin bu alanı yalnızca çok az miktardaki (0,5-1 ml) ilaçların IM verilmesinde, çocuklar ve erişkinlerde de aşılar için kullanılması gerektiği önerilmektedir (Dinç 2011; Öçal 2012; Süzen ve Ay 2013).

Bölgeyi belirlemek için, bireyin üst kolu ve omuzu görünecek şekilde, mahremiyetine özen gösterilerek giysisi çıkarılmalıdır. Kolu sıkan kıyafetler yukarı doğru kıvrılmalı ve bireyin kolunu gevşek bir şekilde yan tarafa bırakması veya dirseğini fleksiyona alması sağlanmalıdır. Bireye oturarak, ayakta durarak veya uzanarak uygulama yapılabilir. Bölgeyi belirlemek için akromiyon çıkıntısının altının her iki dış ucundan hayali bir çizgi çizilir. Üst kolun her iki yanın tam ortasındaki nokta üstteki hayali çizginin her iki ucu ile birleştirilir. Böylece meydana gelen üçgenin tam ortası enjeksiyon bölgesidir. Diğer bir deyişle enjeksiyon bölgesi, akromiyon çıkıntısının yaklaşık 3-5 cm aşağısında oluşan üçgenin merkezidir. Bu bölge, ayrıca omuz başından 4 parmak aşağısı ya da akromiyon çıkıntısından aşağıda 3 parmak genişliğindeki alan olarak belirlenebilir (Kaya ve Palloş 2014).



Şekil 6. Deltoid Kas Bölgesi Tespiti

Kaynak: Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Seventh Edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

4.3. İntramüsküler Enjeksiyon Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar

Parenteral ilaç uygulamalarının kuralları evrenseldir. Uygulama koşulları, teknik olanakların standardı ve hizmet kalitesi, uygulamaların ayrıntılarında farklar yaratır. Sağlığa sağladığı vazgeçilmez yararların yanında, nadir de olsa istenmeyen etkiler görülebilir (Bulut ve ark. 2007). İntramüsküler enjeksiyon sonrası komplikasyon gelişme sıklığı %0,4 ile %19,3 arasında değişmektedir. Enjeksiyondan kaynaklanan sorunlar ya enjeksiyonun neden olduğu lokal travma ya da ilacın zarar verici özelliklerine bağlı gelişir (Filinte ve ark. 2010).

İntramüsküler enjeksiyon yoluyla ilaç uygulamalarında uygun teknik kullanılmadığında ve enjeksiyon alanı doğru tespit edilmediğinde, birtakım komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Tuğrul ve Denat 2014). İntramüsküler enjeksiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonlar; abse, nekroz, enfeksiyon, doku tahrişi, kontraktür, hematom, kronik ağrı, periostit, damar, kemik ve sinirlerde yaralanmadır (Nicoll ve Hesby 2002; Kaya ve ark. 2012; Potter ve ark. 2013). En önemli komplikasyon ise, özellikle dorsagluteal bölgeye yapılan enjeksiyonlar nedeniyle ortaya çıkan siyatik sinir yaralanmasıdır (Kaya ve ark. 2012). İntramüsküler enjeksiyondan kaynaklanan komplikasyonların birçoğu bilgi eksikliği ve uygun olmayan tekniğin kullanılmasından kaynaklanmaktadır (Nicoll ve Hesby 2002; Öçal 2012).

İntramüsküler enjeksiyon ağrısı, iğne girişinin yarattığı mekanik travmaya ve ilacın kas içine verilirken yarattığı ani basınca bağlı olarak gelişmektedir (Gülnar 2012). Ağrıya neden olan faktörler; iğne, ilaç içeriği, teknik, enjeksiyon hızı ve ilaç hacmidir (Nicoll ve Hesby 2002). Güneş ve Ağaç (2011) yaptıkları çalışmada, IM enjeksiyon uygulamaları öncesinde iğne değişiminin ağrı şiddetini önemli ölçüde azalttığını, iki iğne tekniğinin rutin uygulamanın bir parçası olması gerektiğini vurgulamışlardır (Güneş ve Ağaç 2011). IM enjeksiyon uygulamalarına bağlı ağrının giderilmesinde; ventrogluteal bölgenin kullanılması, enjeksiyon bölgesine uygun hacimde ilaç verilmesi ve uygun iğne kullanılması, bireyin pozisyonuna uygun olarak ekstremitelerin internal rotasyona getirilmesi, çift iğne tekniğinin ve Z yolu tekniğinin uygulanması ve enjeksiyon sırasında bireyin dikkatinin başka yöne çekilmesi gibi yöntemlerin etkili olduğu ve kanıt düzeyinde desteklendiği görülmüştür (Kara 2013).

Enjeksiyon sonrası gelişen sinir yaralanmaları hasarının derecesi hafif parestezideni kas paralizisine uzanan derecede ciddi olabilecek sekellerle sonuçlanabilir, enjeksiyonun yapıldığı yer ve enjekte edilen ajana göre değişebilir (Ünal ve ark. 2015). Siyatik sinir yaralanması ile ilişkili tipik belirtiler ayak düşmesi, ayak parmaklarında fleksiyon ve ekstansiyon kaybı, his kaybı, bacak ve ayaklarda ağrı, ayaklarda hassasiyet kaybı olarak söylenebilir (Kaya ve ark. 2012). Sinirin yaralanması sinire iğnenin batmasından değil, sinir içerisine veya bitişiğine ilacın enjekte edilmesinden kaynaklanmaktadır (Kadıoğlu 2004).

Kas içi enjeksiyonlarda ilacın kas yerine, cilt altına ve yağ dokusuna yapıldığında bu bireylerde ilaç emilim oranının düşük olduğu ve doku irritasyonunun, hematomunun geliştiği görülmektedir. Bu yüzden kas içi enjeksiyon uygulamalarında bölge seçimi hematom oluşumu açısından önemlidir (Güneş ve ark. 2008; Öçal 2012).

İntramüsküler enjeksiyon sahasında görülen apseler genellikle steril apseler olup kas ve yağ dokusunun nekrozuna bağlı oluşmuş nodüllerdir. Enjekte edilen ilaç kas yerine subkutan dokuya verildiğinde emilimi gecikir ve bunun sonucunda daha fazla doku reaksiyonu görülür. Bu reaksiyon lokal doku ve likefaksiyon nekrozu ile onların etrafında enflamasyona sebep olur (Filinte ve ark. 2010). İğne aracılığıyla enfeksiyon, lokal (abseler) veya sistemik (septisemi) komplikasyonlara yol açabilmektedir. Tüm invaziv işlemler sırasında asepsi ilkelerine uymak, tüm malzemelerin steril olmasına ve el hijyenine dikkat etmek önemlidir (Workman 1999).

4.4. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Tarihçesi ve Tanımı

Nöro-Linguistik Programlamanın tarihi 1970’ li yılların başında, California Üniversitesinde psikoloji öğrencisi olan Richard Bandler’ in dil bilimi dalında yardımcı profesör olan John Grinder ile yaptığı çalışmalarla başladığı varsayılmaktadır. Bandler ve Grinder başlangıçta “kişisel mükemmellik” konusunu araştırmak amacıyla çalışmaya başlamışlar daha sonra kendilerine üç kişiyi model olarak almışlardır. Bu üç kişi; Gestald terapisinin önderi, yenilikçi psikolog Fritz Perls; aile terapisinin önde gelen uzmanı Virginia Satir; son olarak da dünyaca ünlü hipno terapist Milton Ericson’ dur. Aynı zamanda başka uzmanların ve özellikle de İngiliz antropolog, sibernetik ve iletişim teorisi düşünürü Gregory Bateson’ un iç

görülerinden ve düşüncelerinden de yararlanmışlardır (O'Connor ve McDermott 2002; Günenç 2014). Bandler ve Grinder' ın amacı yeni bir terapi yöntemi yaratmak yerine, acaba bu insanların kullandıkları yöntemlerin kalıpları tespit edilebilir ve başkalarına öğretilebilir mi?, bilimsel deneyler laboratuvarda aynen tekrarlandığında aynı sonuçlar alınıyorsa, insanın sübjektif deneyiminin de aynen tekrarlanabilir sistematiği olabilir miydi? sorularına cevap aramaktır. Bu yanıtın evet olduğunu keşfettiklerinde bu üç ustanın iletişimde, bireysel değişim sağlamada, hızlı öğrenme becerisinde ve kişinin hayattan haz almasını sağlayacak yöntemlerindeki paternlerin (otomatik davranış kalıpları) aynı olduğu sonucuna ulaşmışlardır ve 1976 yılında NLP (Nöro-Linguistik Programlama) adını vermişlerdir (Gün 2015).

Neuro-Linguistic Programing sözcüklerinin baş harfleriyle anılan NLP' yi Duyu-Dil Programlaması olarak çevirebiliriz (Gün 2015). Nöro Linguistik Programlama, farklı alanlarda çok başarılı olmuş insanların ulaştıkları mükemmel sonuçları nasıl elde ettikleri ve bu başarılara yol açan düşünce ve davranış süreçlerinin başka insanlarca nasıl kopya edilebileceği ile ilgilenir. NLP, bize daha iyi nasıl düşünebilmemizin ve böylece daha fazla başarı kazanabilmemizin yollarını gösterir (Alder 2013). Kısa şekliyle NLP' yi oluşturan sözcüklerin anlamı NLP' nin bütünü hakkında kısa bir bilgi verebilmektedir:

Nöro terimi, görme, duyma tat ve koku alma duyularını kullanarak, dış dünya ile ilgili deneyimlerinizi bilinçli ya da bilinçaltı düşüncelere dönüştüren nörolojik süreçlerle ilgilidir. NLP' ye göre nörolojik süreçleri yönetebilmek ve bunların etkinliğini artırmak mümkündür.

Linguistik, insanların dünyayı algılama ve onu ifade etme şeklini yansıtmaktadır. İnsanlar düşünürken ses, görüntü, koku ya da tat gibi bazı anılardan ve deneyimlerinden yararlanırlar. Duyu organlarıyla algılanan mesajlar sinir sistemi için bir dil teşkil etmekte ve böylece deneyimler sözcük, kelime ve sesle anlamlandırılmaktadır. Dil kavramı, insanların hayata bakışını sözcüklerle yansıtma biçimidir ve dil kullanımıyla düşünceler zihinde canlanır. Kısaca kişinin kendisiyle ve çevresiyle iletişim kurabilmesi için bir dil sistemine ihtiyacı vardır. Buradaki dil sadece kullanılan sözcükler değil aynı zamanda ses tonu ve beden dilidir (Aslan 2010).

Programlama; insan beyni tıpkı bir bilgisayar gibidir. Her davranış (bilgisayar programlarında olduğu gibi) belli yapı ve kalıplardan oluşmaktadır. Kişilerin sahip olduğu duygu ve düşünceler de bu programlara göre şekillenmektedir. NLP' ye göre insanlar farklı şekillerde ve olumlu düşünmeye sevk edilebilir. Bilgisayarlarda olduğu gibi insanların da programları (düşünce kalıpları) aracılığıyla ortaya konan sonuçlar (davranışlar) değiştirilebilir (Şen 2014).

NLP, bir bilimdir, bir sanattır ve bir teknolojidir. NLP ile ilgili çalışmaların uzun süren araştırmalar sonucu ortaya çıkması, bir bilim olduğunu, mükemmeli yakalamaya çalışmış, konusunda dahi insanların o sonuçlara nasıl ulaştığını gösteren bir ustalık işi olması, bir sanat olduğunu göstermektedir. NLP' nin istenilen sonuçları gerçekleştirecek düşünceleri, sistemleri ve teknikleri bulunmaktadır. Bu yönüyle NLP, bir teknolojidir (Taşpınar ve ark. 2007).

NLP, sözel veya sözel olmayan dilin sinir sistemimizi nasıl etkilediğini araştırır. Herhangi bir şeyi yapabilme yeteneğimiz, doğrudan doğruya sinir sistemimizi yönlendirme yeteneğine bağlıdır. Göz kamaştırıcı sonuçların üretilmesini sağlayanlar, sinir sistemleriyle belirli bir iletişim kurarak gerçekleştirmektedirler (Robbins 2008).

NLP, insanlara beyinlerinin her iki yönünü de kullandırarak şimdiye kadar ulaşılması olanaksızmış gibi görünen hedeflere ulaşmayı kolaylaştırır. İnsanların iletişim konusunda daha başarılı olmaları, ikna edici olmaları, olumsuz inançlar yerine kişileri güçlendirecek inançlar geliştirmeleri, kişilerin doğal becerilerini istenildiği zamanlarda kullanabilmesi, bir başka kişide hayranlık uyandıran, kişinin kendisinde olmasını istediği beceri ve davranışları alıp kullanabilmeleri, iş ve meslek hayatında başarıya ulaşmaları, kısaca kişisel mükemmelliğin modelini oluşturmaları NLP tekniği ile sağlanmaktadır (http://www.isgucdergi.org/?p=makale&id=84&cilt=2&sayi=1&yil=2000, Erişim Tarihi: 26.11.2015).

NLP sadece bir teknikler demeti değil, aynı zamanda merak duygusuna ve eğlenceye dayanan zihinsel bir çerçeve, bir düşünce tarzıdır (O'Connor 2014). NLP, yaşamımızda üzerinde düşünmeden, otomatik olarak gerçekleştirmiş olduğumuz algılama, düşünce ve davranış süreçlerini bilinçli hale getirme ve geliştirmede etkin olarak kullanılan bir yöntemdir. NLP' nin altyapısını, davranış kalıpları, insanların

çevrelerini nasıl algılayıp ne şekilde tepki gösterdikleri, nasıl iletişim kurdukları üzerinde yapılan araştırmalar oluşturur. NLP modelleme yapmak için öznel deneyimlerimizi nasıl yapılandırdığımızı, değerlerimiz ve inançlarımızın neler olduğunu ve duygularımızı nasıl yarattığımızı, deneyimlerimiz sonucunda iç dünyamızı nasıl yapılandırdığımızı ve ona nasıl anlam yüklediğimizi inceler ve araştırır. Hiçbir olay kendi içerisinde bir anlam taşımaz, ona anlamı veren biziz ve farklı insanlar aynı olaya farklı anlamlar yükleyebilirler. NLP içimizdeki deneyimi araştırır (Acaralı 2009).

NLP' nin başlangıç noktası, insana duyulan merak ve hayranlıktır. NLP, öznel deneyimlerin yapısının nasıl olduğunun araştırmasıdır. Yaptıklarımızı nasıl yapıyoruz? Nasıl düşünüyor, nasıl öğreniyoruz? Nasıl sinirleniyoruz? Herhangi bir alanda başarılı olan insanlar istedikleri sonuçlara nasıl ulaşıyorlar? Bu soruları cevaplamak için, NLP nasıl düşünüp hissettiğimizi inceler ve yaşamın her alanındaki mükemmelliyeti araştırır veya 'modellendirir'. Herkesin mükemmelliyete ulaşması amacıyla bu araştırmaların sonuçları başkalarına öğretilebilir (O'Connor ve McDermott 2002).

NLP, mükemmelliğe ulaşmada beynin yazılımı olarak da bilinmektedir (Sharif ve Aziz 2015). NLP' nin temel çıkış noktası zihinde oluşan dönüşüm ve aktiviteler, bu aktivitelerin kullanılan dille ilişkisi ve zihnin arzulanan sonuçları elde edecek biçimde (tıpkı bir bilgisayar programı gibi) programlanabileceği düşüncesidir. Doğru olandan çok yararlı olanı araştıran ve insan deneyimlerinin soyut yanlarından çok somut yanlarıyla ilgilenmeyi tercih eden bu yaklaşım, kişinin değişim için gerekli tüm kaynaklara sahip olduğu varsayımını bu söz konusu kaynakların fark edilebilmesini sağlayacak strateji ve modellerde somutlaştırmaktadır (Pekar 2015). NLP' yi kullanarak; beyni etkin kullanmak, pozitif düşünmek, istenmeyen davranışları değiştirmek, hedef belirleyip sonuç almak, özgüven kazanmak, içsel kaynakların ve zihinsel süreçlerin farkında olmak, başarı ve motivasyon tekniklerini uygulamak gibi yararları olan birçok başarıya ulaşabiliriz (Kozanlı 2008).

Özet olarak NLP, dış dünyadan edindiğimiz deneyimleri beş duyumuzla nasıl bir süzgeçten geçireceğimizi ve aynı içsel duygularımızı, arzuladığımız sonuçlara ulaşmak için bilerek ya da bilmeyerek nasıl kullanacağımızı konu almaktadır.

Buradaki önemli nokta, nasıl algıladığımız ya da nasıl düşündüğümüzle ilgilidir. Düşüncelerimiz (algılarımız, hayal gücümüz ve inanç kalıplarımız) ne yaptığımızı ve ne düşündüğümüzü belirlemektedir (Alder 2013). NLP' nin temelinde yatan esas felsefe "beyni tarafından yönetilen bir insan" olmaktansa "beynini yöneten bir insan" olmaktır. Ve belki de en önemlisi tüm bunları yapmak için dışarıdan her hangi bir kaynağa ihtiyacınızın olmadığını ve bu kaynaklara zaten sahip olduğunuzu göstererek öğretmesidir (Taştan ve ark. 2014).

NLP' nin gelişiminde başka insanların da katkıları olmuştur. İlk çalışmalardaki odak noktası davranışsal yaklaşım olarak tanımlanırken, son zamanlarda odak noktası davranışların ardında yatan kimlik, inançlar ve değerlere kaymıştır. Bilinçli ve bilinçdışı zihinler arasındaki ilişki ve dengenin anlaşılması son dönemlerde NLP eğitiminin merkezini oluşturmaktadır (Kondu 2010). Temeli 1970' lerde atılan bu teknik ilk olarak Amerika ve Avrupa' da yayılmıştır ve günümüzde ise tüm dünyada yayılmaya devam etmektedir (Tokgözlü 2009).

4.5. Nöro Linguistik Programlama (NLP)' nın Varsayımları

NLP' nin kendine has temelleri ve varsayımları vardır. NLP' nin Temelleri: *Siz;* NLP' nin kullanım sürecinde en önemli rol size ait ve yaptıklarınız sonucunda NLP' nin gerçekleşmesini sağlayacak kişi sizsiniz. Elinizdeki bu aracı kullanarak, ortaya güzel bir sanat eseri çıkarabilmenizin yanında hiçbir değeri olmayan bir şey de çıkarabilirsiniz.

Uyum; 'iki kişinin sorumluluğu paylaştıkları ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişkidir. İyi bir iletişim kurabilmek için uyum esastır (O'Connor 2014). Ne yapılırsa yapılsın, ne istenirse istensin, başarılı olmak için başkalarıyla ilişki kurmak ve onları etkilemek gerekir (O'Connor ve McDermott 2002). NLP kimlik, inanç, sözler ve davranışlar arasında uyumu esas almaktadır. Bu yüzden bireylerin kimliği, inançları, sözleri ve davranışları arasındaki tutarlılık kişisel başarısının temelini oluşturmaktadır (Aydemir 2010).

Sonuç; Ne istediğini bilmeden başarı tanımlanamamaktadır (O'Connor ve McDermott 2002). Sonuç aslında istemiş olduğunuz şeydir.

Geri bildirim; dışınızdaki dünyayı anlamlandırabilmek için kullanacağınız bilgiler, size, duyu organlarınız vasıtasıyla gelmektedir. Bu nedenle hedefe giden

yoldan sapıp-sapmadığınızı ölçebilmeyi sağlayacak olan bilgiler duyu organları aracılığıyla olmaktadır.

Esneklik; duygusal durumlarınız, iletişim tarzınız ve hayata bakış açınız gibi konularda ne kadar çok seçeneğiniz olursa, o kadar iyi sonuçlar alınmaktadır (Alder 2013). Ne kadar çok seçeneğiniz olursa, başarı şansı o kadar artmaktadır (O'Connor ve McDermott 2002).

Son olarak *Varsayımlar;* NLP' nin temel aldığı varsayımlar, ona rehberlik eden ilkeleridir. Bu ilkelerin (inançların ve fikirlerin) doğru oldukları varsayılmaktadır. Ortaya konulan eylemler, doğrulukları konusunda kuşku duyulmayan varsayımları temel almaktadırlar (Alder 2013).

Bazı kaynaklarda "NLP Varsayımları" olarak da ifade edilen NLP ilkeleri, NLP' nin özünü oluşturan temel ilkelerdir (Şen 2014). Bu varsayımlar, mutlak doğru olarak saygı görmekten çok ''yararlı'' olarak düşünülmektedir. Varsayımlar, insan düşüncesi ve davranışının çok öznel ve öngörülemez doğasını yansıtmaktadır. Bununla birlikte, bu varsayımlar pratik durumların geniş bir aralığında uygulandığında, bir tür sezgisel bilgeliği ya da basit sağduyuyu temsil etme eğilimi göstermektedirler (Alder 2001). NLP ilkelerini doğru olarak kabul etmek NLP' nin bütüncül bir kuram halinde anlaşılabilmesi bakımından gereklidir (Aslan 2010). NLP' nin ilkelerinin bazıları şu şekilde sıralanabilir:

Harita Bölgenin Kendisi Değildir

Gerçekliğin ya da gerçeğin ne olduğunu tam olarak bilmemiz mümkün değildir (O'Connor 2014). Kişisel zihin haritamızın çerçevesini, çevremizde olup biteni algılayıp yorumlamamız ve bu yorumun bize özgü olması oluşturur. Bu kişisel harita bizim gerçeğimiz, anlayışımız ya da bilincimizdir (Alder 2013). Herkes beş duyularıyla dış dünyadan gelen verileri ve bilgileri alarak kendi özel kalıplarında bu bilgilere bir anlam vermektedir. İnsanlar kendi özel geçmiş deneyimlerinin, inançlarının, değerlerinin oluşturduğu bir dünya modeline (haritasına) sahiptir ve çoğu insan kendi haritasının en doğru, dolayısıyla en iyi olduğuna inanmaktadır (Gün 2015). Başkalarının haritalarının bizimkinden farklılaştığını anlamak diğer insanların nelere dikkat ettiğini ve amaca ulaşmak için onları nasıl etkileyebileceğimizi öğretir (Alder 2013).

Dil Deneyimin İkinci Derece Temsilidir

Dil deneyim değil; sadece deneyimi (gördüklerimiz, duyduklarımız, hissettiklerimiz) tarif etmek veya sembollerle ifade etmek için kullanılan sözcüklerdir. Fakat herkes farklı duyusal deneyimler yaşadığı ve bu deneyimleri farklı anlamlandırdığı için, sözcükler herkes için farklı anlamlar ifade etmektedir (Gün 2015).

İletişimin Anlamı Aldığımız Tepkidir

İki türlü iletişim şekli kullanılır. Birincisi, kendi içimizde gerçekleştirdiğimiz söyleyişler, hisler ve betimlemelerimiz, yani iç iletişimimiz. İkincisi ise fiziksel iletişimimiz, bunlar da kullandığımız kelimeler, ses tonları, mimikler, vücut hareketleri ve fiziki davranışlardır. Yapılan her iletişim bir eylem, harekete yönelten bir nedendir (Robbins 2008). İletişim, kişinin anlattığından çok karşısındakinin anladığı kadar kalitelidir (Kozanlı 2008). İletişimde amaç; verilen mesajın (niyetin) karşı tarafta nasıl anlaşıldığıyla (tepkiyle) uyumlu olmasıdır (Gün 2015). Bu nedenle, etkili iletişimin ölçüsü, kullanılan sözcükler, yararlanılan teknolojik vasıtalar veya araçlar değil, istenilen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığıdır (Alder 2013).

Zihin ve Beden Aynı Sistemin Parçalarıdır

Zihninizi etkileyen her şey bedeninizi, bedeninizi etkileyen her şey de zihninizi etkilemektedir (Kozanlı 2008). Birini etkilemeden diğerinde bir değişiklik meydana getirmek mümkün değildir (O'Connor 2014). Mutsuz olunan bir anda gülmeyi denediğinizde, zorla da olsa yüzünüzdeki tebessüm beyindeki mutluluk hormonunu arttırır ve kendinizi gerçekten iyi hissetmeye başlarsınız (Gün 2015).

Davranış Ben Değildir

Ben dediğimiz öz, davranışların ve bilinç anlayışının ötesinde bir şeydir. Ben'i değiştirilemez ama davranışlar değiştirilebilir. Davranış kişinin varlığının kendisi değildir. Öyle olsaydı, geçmişimizde yaptığımız davranışları bugün aynen sürdürüyor olurduk (Gün 2015).

Şu Anki Davranışımız Şu Anda Mümkün Olan En İyi Seçeneğimizi Simgeler

Kişi yaşam deneyimlerine göre elinde olan seçenekler arasından kendine göre en uygun olan davranışı seçer. Eğer kişiye daha iyi bir seçenek sunulursa kendisi için bunu kabul edecektir. Birinin uygun olmayan bir davranışını değiştirebilmek için

öncelikle kendisine başka davranış seçeneklerinin sunulması gerekir (Günenç 2014). Fazla seçenek sunmak, kişiye daha iyi bir harita verebilmektir (O'Connor 2014).

Eğer Dünyada Bir kişi Bile Bir Şeyi Yapabilmişse Bunu Benim de Yapabilmem Mümkündür

Bu varsayımda benimsenen görüş; 'gereken yeteneklere sahip olmak koşuluyla, bir kişinin zihinsel süreçlerine ait bilgileri inceleyerek, onu modelleyerek istediğimiz hedeflere ulaşarak başarılı olabiliriz. NLP, 'modelleme' tekniğiyle insanları başarıya ulaştırdığını kanıtlamıştır (Kozanlı 2008). Bu varsayımda başarılı olabilmek için farklı stratejiler (Temsil Sistemleri) kullanarak gerçekleştirilebilir. Her insan yapmak istediği tüm şeyler için yeterli kaynağa sahiptir (Gün 2015). Kişinin kendi yaşamındaki deneyimleri aslında onun sahip olduğu en önemli kaynaklardır. Yapılması gereken, bu kaynakların yerini bulmak veya bunlara erişmeye çalışmaktır (Günenç 2014). Nöro Linguistik Programlama insanların potansiyellerini başarı ile ortaya çıkarmayı sağlayan teknikler sunar (Kondu 2010).

Başarısızlık Yoktur, Sadece Sonuçlar Vardır

Nöro-Linguistik Programlama (NLP), beklenen başarı elde edilmediğinde bunu başarısızlık olarak adlandırmayı beynin olumsuzluğa programlanması olarak kabul eder ve beynin bu şekilde negatif programlamasının asla başarıyı getirmeyeceğini savunur. Oysaki kişilere ışık tutarak kişiyi koyduğu hedefe taşıyan yeni alternatifler sunacak olan sadece sonuçlardır (Tepiroğlu 2007). NLP' ye göre yaşanılan her başarısızlık, başarı yolunda atılmış bir adım, bir deneyimdir. Aslında NLP' ye göre başarısızlık yoktur, geri bildirim vardır. Kişi hata yaptığında ve istediği sonuca ulaşamadığında, ne "yapılmaması" gerektiğini öğrenmiş olur. Başarılı olarak kabul edilen insanlar incelendiğinde, o insanların daha çok çalıştıkları, daha fazla hata yapıp daha çok öğrendikleri görülür (Şen 2014). Başarısızlık ya da düşük düzeyde bir başarı, kendiliğinden gerçekleşen bir bilinçaltı hedefi halini alır. Başarısızlık kavramının haritadan silinmesi, tüm yeni olasılık kapılarını kişinin önüne açacaktır. Hata olarak adlandırılan her sonuç kişiye bilgi verecek ve her hata, zamanında ne kadar olumsuz ya da acı olsa da, bir gün avantaj olarak geri dönmektedir (Alder 2013). Deneyimleri başarısızlık çerçevesi yerine öğrenme çerçevesi açısından değerlendirmek daha doğrudur (Kondu 2010).

Seçme Şansı Hiç Seçenek Olmamasından Daha İyidir

Seçeneklere sahip olmak, daha geniş bir hareket özgürlüğü ve elde etmek istediğimiz şey için daha fazla olanak anlamına gelmektedir. NLP bu varsayımı şu şekilde açıklar: bir seçeneğe sahip olmak hiç seçeneğe sahip olmamak; iki seçeneğe sahip olmak, ikilem yaratmak; üç ve daha fazla seçeneğe sahip olmak ise amaca ulaşmak için en iyi yolu seçme özgürlüğü demektir (Alder 2013). Daha çok seçenek veren haritalar edinmek ve seçenekleri arttırmak kişinin daha büyük bir etkileme imkânına sahip olmasını sağlar (O'Connor 2014).

Her Davranışın Temelinde Olumlu Bir Niyet Vardır

Her davranışın altında bizi o davranışı yapmamıza neden olan olumlu bir niyet vardır. Kişi yaşadığı bir deneyimde o an için kendisine en uygun seçimi yapar (Demir ve Bingül 2007). İnsan sadece eylemlerinden ibaret değildir ve kendi pozitif niyetlerine ulaşmasını sağlayacak daha iyi bir seçeneği varsa onu değerlendirmeyi tercih eder (O'Connor 2014). NLP bize, niyetlerimiz ve davranışlarımız arasında ayrım yapmayı öğretir (Alder 2013). Niyet daima olumludur ancak biz niyeti değil davranışı görürüz. Karşımızdaki kişiye veya kendimize kızmadan önce gerçek niyetinin ne olduğunu anlamaya çalışmak gerekir (Kozanlı 2008).

4.6. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Kullanım Alanları

NLP tekniği, özellikle iş dünyasında, yönetim, iletişim, motivasyon, kişisel gelişim, hedef belirleme liderlik gibi konularda farklılaşma sağlamanın yanı sıra spora, aile yaşamına ve kendini geliştirmeye de uygulanabilir. Başarıya ulaşmak ve kişisel mükemmelliği yakalamak isteyen insanların, değiştirmesi gereken tutum ve inançlarını değiştirmeyi kolaylaştırarak kişisel hedeflere başarılı bir şekilde ulaşmasını sağlar. Bu sebeplerden yönetim ve eğitim alanında sıkça kullanılmaktadır (Aytaç 2000).

Gittikçe daha büyük bir hızla değişen iş dünyasında, tek bir konuya özgü becerilere duyulan gereksinimin yerini, öğrenme ve uyum sağlama becerileri almıştır. Geleceğin anahtarının kişilerin içinde saklı olduğu düşüncesi iş dünyasının eski moda yöntemleriyle istenilen sonuca ulaşamayan işletmelerini insan doğası odaklı yeni bilgi ve teknikler kullanarak imar etmeye çalışmaktadır. Bu bağlamda NLP, insanda var olan kimi duygu, düşünce ve davranışlarla onların potansiyellerini açığa çıkarıp üretkenliğe kanalize ederek işbirliğine dayalı bir çalışma yaşamı

sunabilmektedir (Aslan 2010). NLP ile hızlandırılmış öğrenme, ders çalışma motivasyonu kazandırılması, öğrenmenin öğrenilmesi, hafıza teknikleri, yaratıcı öğrenme, sınav stresini yok etme, öğrenme güçlükleri ve öğretmen yetiştirme gibi eğitim alanında kullanılmaktadır (Pekar 2015).

NLP günümüzde artık tüm dünyada kabul gören ve kullanıldığı her alanda "fark" yaratan bir bilim ve sanat olarak kabul edilmektedir. NLP' nin etkin olarak kullanıldığı ve sihirli bir araç olarak görüldüğü alanlardan birisi de eğitimdir. Eğitimdeki amaç "olumlu yönde davranış değişikliği yaratmayı" olduğu için bu alandaki değişimi yaratırken NLP' nin gücünü rahatlıkla kullanabiliriz (Bardak 2007). Taşpınar ve ark. (2007)' nın bildirdiğine göre, Robbins başarıya etki eden temel faktörlerin yedi tane olduğunu ve bunların; hırs, inanç, strateji, değerlerin açıklığı, enerji, güç ve iletişim mükemmelliğidir şeklinde belirttiğini söylemişlerdir. NLP ilkeleri, bu kavramlar üzerine kuruludur. Bu temel kavramların eğitim üzerinde de büyük etkisi vardır. NLP ilkeleri, öğrenmeyi ve başarıyı artırıcı bir motivasyon sağlamaktadır (Taşpınar ve ark. 2007). NLP' nin kullanımıyla okul çalışanlarının eğitilmesi ile gelişme ve yenileşmeye açık bir okul kültürünün yerleşmesinin kolaylaşacağı, öğrenme önündeki engellerin daha rahat aşılacağı, yüksek düzeyde performans göstermedeki olumsuz tutum ve inançların değişeceği düşünülmektedir (Özmen ve Aslan 2008).

NLP ile iletişimin karşılıklı etkileşim sürecindeki modeli, olanlara yönelik algılar ile yanıtları etkileyen duygular arasında kurulan bağlantıyı açıklar (Uysal 2007). İletişim güçtür ve iletişimi etkili kullanabilen kişiler kendilerinin dünya deneyimlerini ve dünyanın onlar üzerindeki deneyimlerini değiştirebilirler (Robbins 2008). NLP teknikleri, iletişimde müşteriyle uyumu sağlayabilmek için (beden dili, ses tonu müşteriye uydurularak) müşterinin göz hareketlerinden, kullandığı sözcüklerden hangi temsil sisteminin etkili olduğunu ve karar noktasında hangi unsurların etkili olabileceği konusunda varsayımlarda bulunmayı ve bu sayede satış temsilcisinin müşterinin konuşmasından ortaya çıkardığı satın alma stratejisine ayak uydurarak, yani ürünün sunusunu müşterinin her zamanki karar alma sürecine ayak uyduracak şekilde paketleyerek satılan ürünün ya da hizmetin değerini iletmesini kolaylaştırmayı sağlar (Tepiroğlu 2007).

Kişisel gelişimde NLP; başarı, kendini tanıma ve ruh durumunun kontrolünü öğrenme, özgüven kazanma, her türlü davranış değişiklikleri, yeni alışkanlıklar kazanma, alışkanlıkların değişimi gibi alanlarda kullanılmaktadır (Günenç 2014).

Motivasyon-konsantrasyon eksikliği, özgüven eksikliği, iletişim problemleri, psikonevrotik hastalıklar gibi git gide yaygınlaşan çok geniş bir yelpazede de tamamlayıcı tedavi unsuru olarak kullanılmaktadır (Taştan ve ark. 2014).

4.7. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Temsil Sistemleri

Her birimiz dünyayı görerek, işiterek, dokunarak, tadarak, koklayarak yani beş duyumuzla algılarız. Dış verilerin bize duyusal yollarla ulaşmasıyla her birimiz bu duyuları farklı kapasitelerde çalıştırır hatta bazen de o duyuları az kullandığımız için duyuları tamamıyla kapalı tutarız, köreltiriz. İsabetli algılama için duyusal enstrümanlarımızı açık hale getirmemiz gerekir (Gün 2015). Dolayısıyla NLP' de duyularımıza temsil sistemleri denir (O'Connor ve McDermott 2002).

İnsanlardan belli bir şeyi düşünmeleri istendiğinde, kişiler kendilerine göre bir sistem kullanır ve kimi olayı görüntü, kimi ses, kimi koku ve tatlar ile canlandırır (Acaralı 2009). NLP' ye göre bunlar farklı temsil sistemleridir ve bütün bireysel beceriler temsil sistemlerinin geliştirilme ve sıraya konmasının bir fonksiyonudur (Çalışkan 2006; Acaralı 2009).

Bazı insanlar yüzleri (görsel), bazıları işittikleri isimleri (genellikle sesli bir şekilde duydukları için) kolaylıkla hatırlayabilir; bazı insanlar bir problem üzerinde düşünürken resim çizmekten, bazıları sözcüklerle ifade etmek yerine semboller ya da diyagramlar kullanmaktan, bazıları ise problemleri lehte ve aleyhte olan şeyleri kâğıda aktararak ancak yazdıklarını da içlerinden "duyarak" tartışmaktan hoşlanırlar. Bütün bunlar kişilerin dış dünyayı algılarken ve düşünürken tercih ettikleri ve çoğunlukla kullandıkları temsil sistemleri ile ilişkilidir (Alder 2013).

Temsil sistemleri, insanların kendileri ve başkalarına ilişkin farkındalıklarını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu sebeple karşısındaki insanın öncelikli temsil sistemini bilen bir kişi, onunla daha etkili ve uyumlu bir iletişim kurabilir ve bu sayede de insanlar, az kullandıkları temsil sistemlerini geliştirerek, daha başarılı olabilir ve hayatı bütün zevkleriyle yaşayabilir (Tokgözlü 2009).

Temsil sistemlerimizi, her zaman ve her yerde bir şeyi hatırlamaya çalışırken, planlama yaparken, hayal kurarken ya da problem çözerken kullanırız (O'Connor

2014). Kişilerarası iletişimde genelde görsel, işitsel, dokunsal sistemler ağırlıklı biçimde kullanılmakta; tatsal ve kokusal sistemler dokunsal sistem başlığı altında değerlendirilebilmektedir (Tat 2007). Bireyler hangi tür algılamalarının güçlü olduğunu konuşma dilleriyle ve hareketleriyle belli ederler. Bu üç düşünme sistemini anlayabilmek, iletişime geçmek istediğimiz bireylerin hangi tür algılama biçimine yatkın olduğunu öğrenmek için bazı anahtar ipuçlarının bilinmesi gerekmektedir (Aydemir 2010). İnsanların hangi temsil sistemine sahip olduğunu ortaya çıkarmak beş şekilde mümkündür; vücut duruşları, erişim ipuçları, jest ve mimikler, göz erişim ipuçları ve dildir. Bunlardan en belirleyici olanlar ise vücut duruşu, göz erişim ipuçları ve dildir (Çalışkan 2006).

4.7.1. Görsel Temsil Sistemi

Düşüncenin zihinde görüntülerle temsil edildiği sisteme görsel temsil sistemi denir (Çalışkan 2006). Öncelikli temsil sistemi görsellik olan kişiler, çevrelerindeki görsel uyarıcılar üzerinde odaklanır ve öğrenebilmek için görüntülere ihtiyaç duyarlar. Zihinlerindeki görüntüler ve resimler yardımıyla düşüncelerini organize ederler (Tokgözlü 2009). Beyinlerindeki görüntülerle uyumlu olmaya çalıştıklarından çok hızlı konuşurlar (Acaralı 2009). Onlar için yüzler isimlerden daha anlamlıdır, göz teması kurmaya özen gösterirler. Ses tonu yüksektir ve konuşma anında eller ve kolları çok fazla kullanırlar (Bilasa 2006). Konuşmaları görüntülerle ilgili deyimleri ve ifadeleri içerir. Bir şeye karar verirken görüntülere bakarlar. Hızlı ve göğüs üstünden nefes alırlar. Çok hayal kuran, kafalarındaki görüntülere doğru koşmaya çalışan kişilerdir (Tepiroğlu 2007). Harita, poster, şema ve video gibi görsel araçlarla ve kategorisel sunularla daha kolay öğrenirler (Günenç 2014; Gün 2015). Kişiler arası ilişkilerinde mimik ve jestlerden yoğun bir biçimde yararlanırlar. Birebir ilişkilerinde de oldukça başarılı söz ustasıdırlar (Günenç 2014). Görseller düşünürken kâğıt üzerine şekiller çizmeyi severler. (Gün 2015). Görsel temsil sistemine sahip olan kişiler; göze almak, kör nokta, yakından bakmak, hor görmek, konuya ışık tutmak, bakış açısı getirmek gibi görme duyusuyla ilgili ifadeleri seçmektedir (Özmen ve Aslan 2008; Günenç 2014).

4.7.2. İşitsel Temsil Sistemi

İşitsel insanlar düşüncelerini ses olarak kodlayan bireylerdir. Düşüncelerini sesler olarak kaydettiklerinden, konuşurken bu sesleri duymak için yavaş bir ritim

tuttururlar, melodik bir konuşma yapısına sahiptirler. Dolayısıyla görsellere göre daha derin nefes alırlar ancak bu nefes, göğüs nefesidir (Çalışkan 2006). Öncelikli temsil sistemi işitsellik olan kişiler, iyi birer dinleyicidirler. Dinleyerek veya okuyarak bilgi edinmeyi severler. Başkalarına ve kendi iç seslerine kulak verir, düşünürken iç diyaloglar kurarlar. Seslere karşı duyarlıdırlar (Tokgözlü 2009). Karşısındaki kişi konuşurken göz teması kurmak yerine kulaklarını size çevirirler. İşitseller seslere ve gürültüye karşı çok hassastır. Siren ya da korna sesi, kapı gıcırtısı, bıçak bilenirken çıkan ses veya tırnakla çizilen karatahtadan çıkan ses gibi harmoni içermeyen seslerden en çok işitseller rahatsız olurlar (Gün 2015). Olaylara eleştirisel bakarlar. Riskleri görürler (Tepiroğlu 2007). Detaylara daha çok önem verirler. Prosedürcü bir yapıya sahip olan bu bireyler, kendilerinde var olan iç diyalog mekanizması gereği daha dikkatli ve temkinlidirler. Daha çok geçmişe odaklı olurlar. Duygu ifadeleri, seslerindeki ve konuşmalarındaki tonlamadan rahatlıkla anlaşılabilir. Belli bir konudaki duygu ve düşüncelerine ulaşmak için o konuya ilişkin konuşulanları hatırlayıp oradan diğer duygulara varırlar. İşitsel sözcük ve deyimlerin bol kullanıldığı bir dil kullanırlar. Bunlar; işitmek, tartışmak, tını, fısıltı, münakaşa, bağırmak, kulağa hoş gelmek, ses getirmek gibi (Çalışkan 2006). Bu kişilerin duruşları, kambur gibidir. Baş bir tarafa doğru yana yatık vaziyette, eller ve kollar, telefonla konuşuyormuş gibi kulağa yakın ya da çene ve ağızdadır (Bilasa 2006). En iyi öğrenme biçimleri konuşup tartışmaktır (Günenç 2014).

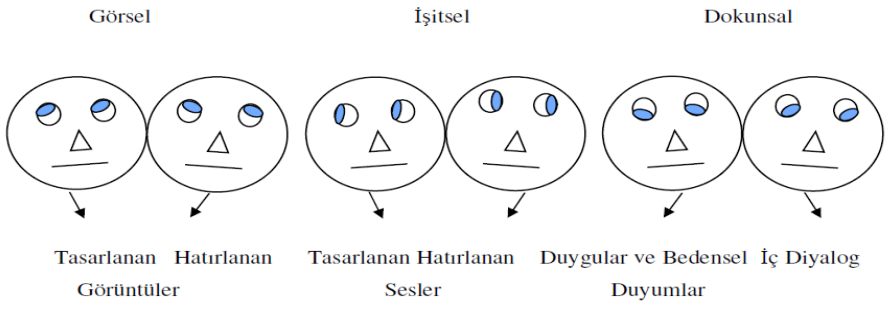
4.7.3. Dokunsal Temsil Sistemi

Dokunsal kişiler kararlarını işitsellik veya görsellikten ziyade hislerine göre verirler. Dokunarak hissetmek onlar için önemlidir. Dokunabilecekleri mesafede dururlar. Konuşmaları ve hareketleri çok yavaştır. Bir şeyi yaparak öğrenirler. Dokunsal hafızaları çok gelişmiştir (Bilasa 2006). Karından nefes alırlar. Kasları esnektir. Bedenleriyle iletişim halinde oldukları için ani hareketlere yatkındırlar. Dokunmak ve dokunulmak hayati ihtiyaçlarıdır (Gün 2015). Sezgileri kuvvetlidir. Yalnız kalmaktan hoşlanırlar. Empati kurma becerileri gelişmiş olduğundan başkalarını anlamakta zorlanmazlar. Sır tutabildikleri için arkadaşlarının güvenini ve sevgisini kazanırlar (Tokgözlü 2009). Gerçekçi kişilerdir (Tepiroğlu 2007). Fiziksel dünyadan mesajlar kullanır ve somut şeyleri kavrarlar. Bir kıyafetin görüntüsü değil, nasıl hissettirdiği onlar için önemlidir (Acaralı 2009). Parmakla göstermek, cesur bir

adım atmak, temasa geçmek, izlenim bırakmak, ihtiyaç duymak, başından savmak gibi dokunma duyusuna ilişkin ifadeleri kullanırlar (Tat 2007).

4.7.4. Temsil Sistemlerinde Göz Erişim İpuçları

NLP, göz hareketleri ile düşünceler arasında bir ilişki olduğunu savunmaktadır (Pekar 2015). Yatay ve dikey göz hareketlerinin, beynin farklı bölgesel etkinlikleri ile sistematik bir ilişki içerisinde olduğunu nörolojik araştırmalar kanıtlamıştır (Tokgözlü 2009). Göz hareketlerine bakarak insanların davranış ve düşüncelerini anlamada birtakım ipuçları elde ederiz (Acaralı 2009). Kişi göz hareketlerini bilinçsizce yapar. Temsil sistemi ne olursa olsun kişi düşüncesine, gözlerini kullanarak ulaşır (Çalışkan 2006). İçsel ve dışsal deneyimlerimizi üç temel kanalla (temsil sistemleri) kurarız. Hangi kanalı öncelikli kullandığımıza göre değişik şekillerde hareket ettiririz. Sağ tarafa bakmak bir şeyin henüz olmadığını, tasarlandığını, sol aşağıya bakmak iç konuşma yaptığımızı gösterir (Gün 2015). Gözler sol yukarıya bakıyorsa görsel olarak geçmişte tecrübe edilen anıların hatırlandığını; sağ yukarı bakıyorsa görsel olarak tasarlanan, geçmişte tecrübe edilmemiş nesneleri; sol yana bakıyorsa işitsel olarak hatırlanan anıları; sağ yana bakıyorsa işitsel olarak kurgulanan ifadelerin düşünüldüğünü; sol aşağıya bakıyorsa kişinin kendi içsesiyle konuştuğunu; sağ aşağıya bakıyorsa kişinin dokunsal olarak yaşadığı anılar ve tasarladığı hislerini ifade etmektedir (Uysal 2007). Aşağıda temsil sistemlerinin göz hareketlerine göre erişim ipuçları verilmiştir (Şekil 7).



Şekil 7. Temsil Sistemleri Göz Erişim İpuçları

Kaynak: Mert A. Erdemir Eğitim Merkezi Tarafından Verilecek Eğitimlerde NLP (Neuro Linguistic Programming)' nin Yetişkin Eğitimlerinde Kullanılması. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Programları ve Öğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Zonguldak (Danışman: Yrd. Doç. R. Yurt).

4.7.5. Alt Sistemler (Biçemler)

Alt sistemler, temsil sistemimizin temel yapı taşlarıdır; bütünsel resimler, sesler ve duyguların yaratılma tarzı, her deneyimi ayrı kılan özelliklerdir. Alt

sistemleri değiştirerek deneyimin yapısını değiştirmiş oluruz ve dolayısıyla anlamını da değiştirmiş oluruz (O'Connor ve McDermott 2002). Zihnimiz deneyimlerimizi parçalara ayırarak depolar. Duyularımızı detaylandırarak kayda geçirir. Bu durumun en önemli yararı istemediğimiz parçayı değiştirebilme olanağıdır ve herhangi bir detayı değiştirmek istediğimizde bizde yarattığı duyguyu da tamamıyla değiştirmiş oluruz (Gün 2015). NLP' deki bazı teknikler zihinde oluşan resimlerin, seslerin ve hareketlerin alt sistemlerinin değiştirilmesi temeline dayanır. NLP ile olumsuz duygu ve düşüncelere ait alt sistemler olumlu alt sistemlerle değiştirilerek kişide istenen etki yaratılabilir (Uysal 2007). İzleyici/katılımcı olma konumu çok önemlidir. İzleyici olduğunda olayla bağlantımız yoktur. Katılımcı konumunda ise deneyimin içindeyizdir. Olumsuz duyguları değiştirmek için önce izleyici konuma geçmek, olumlu duygularda ise duyguların içine girmek, katılımcı olmak birinci elden bu duyguları yaşamak önemlidir (Gün 2015).

Görsel alt biçemler	Dokunsal alt biçemler	İşitsel alt biçemler
Büyüklük	Vücuttaki yeri	Seslerin sayısı
Film/fotoğraf gibi olma	Nefes hızı kalp atış hızı	Yüksekliği ton
Uzaklık	Basınç	Tempo
Görüntünün yeri	Alanı	Stereo
Parlak/silik	Yönü	Ritim
Biçim	Yoğunluk	Yönü
Görüntülerin sayısı	Ağırlık	Yoğunluğu
Çevreli/çevresin	Hareket	Uzaklık
Renkli/siyah – beyaz	Uyandırdığı his	Yer
İçerden/dışardan		Ahenk
Sabitlenmiş/sabitlenmemiş		Bas/tiz
3 boyutlu/ 2boyutlu		

Şekil 8. Temsil Sistemlerinin Alt Sistemleri

Kaynak: Soysal Y. Aşırı Kilo ve Obezite Sorunu Yaşayan Bireylerde Egzersiz ve NLP Uygulamalarının Yeme Tutumlarına Etkisinin Karşılaştırılması. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Öğretmenliği Anabilim Dalı Sporda Psikososyal Alanlar Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Manisa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Çamlıyer).

4.8. Nöro Linguistik Programlama (NLP) Teknikleri

Zihinsel becerilerin ve insanlar arasındaki ilişkilerin gelişmesine katkıda bulunan davranışlar üzerinde yoğunlaşan NLP tekniği ile birçok insanın zihninde yapacaklarına ve isteklerine odaklanarak daha verimli ve daha başarılı olabileceği anlatılmak istenmektedir (Aytaç 2000). Burada intramüsküler enjeksiyonlarda ventrogluteal bölge kullanımı eğitiminde yararlanılan tekniklere yer verilmiştir.

4.8.1. Aynalama

NLP' nin temelini uyum ve esneklik oluşturur (Gün 2015). Uyum, insanların birbirleriyle aynı paralellikte iletişimler kurabilmesi ve olaylara birbirlerinin bakış açılarıyla yaklaşabilmesi yani etkili ve sağlıklı bir iletişim kurabilmesidir (Tokgözlü 2009). Bazı insanlarla bu uyumu tesadüfen yakalarız. Tesadüfleri bilinçli olarak yaratabilmek ise NLP' de modelleme, aynalama teknikleri ile olmaktadır (Gün 2015).

NLP' de aynalama; karşımızdaki kişinin ya da grubun sözsüz davranış modelini ona geri sunmaktır (Gün 2015). NLP' nin aynalama tekniği; insanların, ilişkilerinde istenilen zamanda, istenilen kişiyle bilinçli olarak uyumu sağlamaktır (Tokgözlü 2009). Aynalama, insanlar arasında bağlantılar oluşturur. Bunun sebebi, kendilerine benzeyen her şeyin, insanların ilgisini çekmesidir. Söz konusu benzerliğin bilinçli olarak algılanması şart değildir ve çoğu zaman da insanlar, bu benzerliği bilinçli olarak fark etmez. Ancak bilinçaltı benzerliği algılar ve bu da kişide güven duygusu yaratır (Tokgözlü 2009; Gün 2015).

Hareketleri aynalama birkaç şekilde olur.

1) Aynadaki Görüntü: O sağ elini şakağına dayamışsa siz sol elinizi şakağınıza dayarsınız. O sağ bacağını sol bacağının üzerine atmışsa siz sol bacağını sağ bacağınızın üzerine atarsınız.
2) Tıpatıp Aynı: O sağ eliyle çenesini ovuşturuyorsa sizde sağ elinizle çenenizi ovuşturursunuz.
3) Çapraz Aynalama: O, ellerini göğsünde kavuşturmuşsa, siz bacak bacak üstüne atarsınız ya da o sağ eliyle saçlarını düzeltirken, siz sol elinizle yakanızı düzeltebilirsiniz (Gün 2015).

Kişilerarası iletişimin en büyük kısmı, %55' i fizyoloji ya da vücut dili ile sağlanır. Yüz ifadeleri, el kol hareketleri, kişinin hareketlerinin tipi ve kalitesi;

iletişimde kişinin kelimelerle söylediklerinden çok daha fazlasını anlatmaktadır. Bu nedenle sadece konuşmanın kapsamıyla uyumu yaratmaya çalışmak, diğer kişinin beynine ortak noktalarınızı iletecek yolun büyük bir kısmını kullanmamanız demektir. Uyumu sağlamanın en iyi yollarından birisi kişiyi aynalamaktır (Robbins 2008).

4.8.2. Değerlerin Gözden Geçirilmesi Tekniği

Değerler, neyin en önemli olduğunu gösteren size özgü, kişisel inançlarınızdır (Robbins 2008). İnançlar davranışlarımızı güdüler ve bilinçdışıdır. İnsanlar inandıkları bir şeyi söylerken ya önem verdikleri bir değerden ya da bilgi yokluğunda yapabilecekleri en iyi tahminlerden bahsederler (O'Connor ve McDermott 2002). "Değerlerin Gözden Geçirilmesi" çalışması, temel değerlerle ilgili inançların ortaya konulması veya betimlenmesi için bağlaç kelimelerinden faydalanılmasını sağlayan bir süreçtir. Bir sorunun nedenlerini, konuştuğumuz dilde çünkü önce, sonra, iken, bunun için, rağmen (se, sa dahi), eğer, böylece, bundan dolayı vb. bağlaç kelimeleri olarak bilinen kelimeler kullanarak yansıtırız. Bir değer veya kriterin farklı nedenlerini bulmak için farklı bağlaç kelimeleri kullanılır. Herhangi bir değeri ele alıp sistematik olarak farklı bağlaçlarla destekleyerek varsayım ve ilişkileri ortaya çıkarmak bunu yapmanın en kolay yoludur. "Sağlıklı olmak oldukça önemli ve arzu edilen bir sonuçtur o nedenle artık kendime dikkat etme konusunda doğru adımlar atacağım" cümlesi bu tekniğe örnek verilebilir (Dilts 2014).

- Bağımsızlığın önemli olduğunu düşünüyorum=değer
- Bağımsız olmak istiyorum=amaç ya da sonuç
- Bağımsızlığa inanıyorum=inanç (Bardak 2007).

4.8.3. İnanç Denetimi Tekniği

İnançlar, yaşantımız boyunca deneyimlerimize yakıştırdığımız anlamlara göre gelişigüzel oluşurlar ve "neden" sorusuna cevap verirler (O'Connor ve McDermott 2002). Değerlerin gözden geçirilmesi çalışmasında kullanılan bağlaçları, "inançlar hakkındaki inançları" pekiştirmek ve bu şekilde belirlenen inanca olan güvenin artmasını ve doğrulanmasını desteklemek amacıyla bu teknik kullanılmaktadır (Şen 2014).

İnanç Denetim Uygulaması;

- İstediğiniz sonuca ulaşmak için ihtiyacınız olan fakat şüphe duyduğunuz bir inancı tanımlayın ve pekiştirmek istediğiniz bu inancı, inanç boşluğuna yazın.
- Bağlaçları kullanarak inancı tanımlayan cümleyi aklınıza ilk gelecek şekilde tamamlayın.
- Çalışmayı bitirdiğinizde tüm yanıtlarınızı bir arada okuyun ve nelerin değişip pekiştiğini gözlemlemeye çalışın şeklinde uygulamalar yapılmaktadır (Dilts 2014).

4.8.4. İnanç Değişimi

NLP, bir davranışla sonuçlanan düşünce süreçlerini, duygularını ve inançları şekillendirmeye çalışır (Pekar 2015). Mesleki ve kişisel yaşamdaki yetişkin eğitimlerinde başarıya ulaşmak ve istenilen hedefi gerçekleştirebilmek için önce başarısızlıkla ilgili düşüncelerin değiştirilmesi gerekmektedir (Mert 2006). Hafızamız ve daha önceden almış olduğumuz kararlar davranışlarımızı etkileyen inançları yaratır (Bardak 2007).

Herhangi bir inancı değiştirmeden önce "yaşamım bu yeni inançla nasıl daha iyi olur?", "yaşamım bu yeni inançla nasıl daha kötü olur?", "eski inancımı korusaydım, olabilecek en iyi şey ne olurdu?", "yeni inançla olabilecek en iyi şey nedir?" gibi soruların kişinin kendisine sorması gerekir (O'Connor ve McDermott 2002). İnançların güçlendirilmesi ya da olumsuz inançların değiştirilmesi için inanç kalıplarının ortaya çıkarılması gerekmektedir. Bunun için benlik imgesinin farklı yönleri ya da kişiyi tanımlayan özelliklerin (güvenilir, çalışkan, sadık vb.) bir listesi yapılmalıdır. Liste yapılırken her zaman kullanılan elin (sağsa solun kullanılması gibi) kullanılmaması söz konusu özelliklere farklı bir boyuttan bakılabilmesini sağlayacaktır. Bu durumda kişi kendisi hakkındaki gerçek inancı görebilecek ve dikkate alınmayan davranışları belirleyebilecektir (Alder 2013). İnançların değişimi, yeteneklere bakış açısının ve davranışların değişimini sağlamaktadır (Tat 2007).

4.8.5. İnanç Değişim Çemberi Tekniği

İnanç değişimi ile ilgili bu alan çalışmasından farklı birçok şekilde yararlanılabilse de, yeni bir inancın oluşturulmak istenmesi hali bu uygulamanın en çok kullanıldığı alandır. Uygulamada aşağıdaki adımlar izlenir;

- Önce “inanç isteme” alanında durup, yapılandırmak istediğiniz yeni inancı düşünün. Bu yeni inancı belirledikten sonra bunu aklınızda tutup “inanca açık olma” alanına geçin.
- Bulunduğunuz alanda daha önce belirlediğiniz bu yeni inanca “açık olma” deneyiminin nasıl bir duygu olduğunu keşfetmeye çalışın. Sezgisel olarak zamanın doğru olduğunu hissettiğinizde, sahip olmak istediğiniz yeni inancınıza konsantre olarak, hali hazırda taşıdığınız mevcut inanç alanına geçin.
- Eğer mevcut inançlarınız içinde çatışma yaratan veya kısıtlayıcı bir takım inançlar varsa bunları aklınızda tutup, inanca şüpheyle yaklaşım alanına geçin.
- Uygunluk Kontrolü: şimdi ortadaki “güven” alanına gidip, gerek yeni inancınızın, gerekse kısıtlayıcı ve çatışan inançlarınızın altında yatan olumlu amaç ve niyetleri gözden geçirerek yeni inancınızla ilgili yapmak istediğiniz değişiklik veya revizyonlar olup olmadığına bakın. Aynı zamanda yeni inancınızla bağlantısı olabilecek ve olduğu gibi kalmasında yarar gördüğünüz eski inançlarınızı da gözden geçirin.
- Bu aşamayı tamamladıktan sonra, buradan elde ettiğiniz iç görü ve bilgilerle eskiden inanıp artık terk ettiğiniz inançlar alanına yani “kişisel tarih müzesi” ne geçin.
- İşinize yaramayacak bazı inançları “kişisel tarih müzesi” nde bıraktıktan sonra, mevcut inançlar alanına geri dönün ve sahip olmak istediğiniz yeni inancınıza odaklanın. Bu noktada yeni inancınızla ilgili hissettiğiniz özgüven duygusunu deneyimleyerek bu süreçte hissettiğiniz yeni iç görü ve bilgileri kelimelere dökün.
- Uygunluk Kontrolü: Tekrar güven alanına dönün ve gerçekleştirdiğiniz değişiklikleri düşünün. Bu çemberin doğal ve süregelen bir döngü olması nedeniyle, sürecin gelişiminin devam edebileceğini ve sizin de gelecekte kendiniz için en uygun düzenlemeleri yapabileceğinizi göz ardı etmeyin (Dilts 2014).

4.8.6. Yeniden Çerçevelendirme

Çerçeve, şeyleri içine koyduğumuz ve bu şeylere anlam veren bağlamdır (Alder 2001). Yeniden çerçevelemek, "bir olayı algılama şeklinizi değiştirmek ve dolayısıyla, olayın anlamını da farklılaştırmak ve olaya farklı bir çerçeveden görmek" anlamına gelmektedir (Alder 2001; O'Connor 2014). Yeniden çerçevelemek, alternatiflerinizin farkına daha fazla varmanızı sağlayarak yaşamınızın üzerindeki denetiminizi arttırır (Alder 2014).

Yeniden çerçevelemenin temeli, niyeti davranıştan ayırmaktır (Bilasa 2006). İnançların sınırlarını sorgularken de yeniden çerçeveleme tekniğini kullanabiliriz. İnançların sınırlandırılması "X" davranışı "Y" anlamına gelir şeklinde bir formata sahip eşitliklerle ortaya konur. Yeniden çerçeveleme işlemi, bu eşitlikleri sorgular ve onları bir neden-sonuç çerçevelemesine sokarak farklı bir anlam kazandırır (O'Connor 2014). Örneğin genç bir yönetici için ilk denizaşırı yolculuğunda kızamığa yakalanmak bir travma etkisi yaratabilir; on yaşındaki bir çocuk içinse iyi bir okuldan kaytarma nedenidir. Bu nedenle, herhangi bir olayın koşullarına bağlı olarak, farklı anlamlar ortaya çıkaracaktır. Tepkimizi ve hissettiklerimizi ise deneyimin kendisinden çok bu anlam belirleyecektir (Alder 2014). Yeniden çerçevelendirme yolları; büyütmek, küçültmek, içeriği değiştirmek ve niteliği değiştirmek şeklinde olmaktadır (Gün 2015).

Büyütmek;

Sorun spesifik bir şey ise, konuya daha geniş açıdan bakmak yararlı olabilir. Sorun detaylardan kaynaklandığında kişi bu sorunu gereğinden daha önemli hale getirebilir ve bütünün kendisine sağlayacağı avantajları gözden kaçırabilir (Gün 2015). İnsanlar bakış açılarının çerçevelerini büyüttüklerinde, detaylar üzerinde gereğinden fazla durmak yerine konuyu bir bütün olarak görerek kâr-zarar dengesini iyi kuracaklardır (Tokgözlü 2009).

Küçültmek;

Sorun genel bir şeyden kaynaklanıyorsa, sorunu parçalara ayırarak çözüm üretmek yararlı olabilir. "Peşin fiyatına 12 ay taksitle satılan ürün" bize daha cazip gelir, uzun bir yolun sadece ilk kilometresini bitirmeye odaklandığımızda yol daha kısa gelir (Gün 2015).

İçeriği Değiştirmek;

Bir şeyin anlamını yeniden tanımlamak bazen yeniden çerçevelemek için yeterli olabilir. Yapmamız gereken, motivasyon eksikliğinden dolayı ertelediğimiz şeyleri çekici kılmak, onlara yeni bir anlam vermektir. Bir amacın bizi harekete geçirebilmesi için ödülün bedelden daha yüksek olduğuna inanmamız gerekir. Örneğin zayıflamak amacıyla egzersiz yapanların bir süre sonra egzersizi bırakmasının nedeni bedelin ödülden yüksek olduğuna inanmalarıdır (Gün 2015).

Niteliği Değiştirmek

Her davranışın niteliğini şartlar belirler ve şartları değiştirdiğimizde çerçevemizde değişir. Örneğin bir kazada felç olup, ilk kez parmağını hareket ettirebilen bir kişinin sevincini izlediğimiz bir filmde bizde o kişiyle birlikte seviniyoruz. Fakat kendimiz parmağımızı hareket ettirdiğimizde ise bu hiç sevinç nedeni olmuyor. Bunun nedeni niteliğin farklılaşmasıdır (Gün 2015).

4.8.7. Çapalar ve Çapalama

NLP' da psikolojik bir durum yaratan uyarıcıya çapa denir. Çapa, bir sembolün uyarıcı haline gelerek, belirli bir durumu ve tepkiyi tekrar tekrar yaratma halidir. Çapalar yaşamımızın her anında, her yerde çoğu kez biz farkında bile olmadan bizim davranışlarımızı belirliyor. Örneğin kırmızı ışıkta otomatikman dururuz, okulda zil çaldığında yerimizden fırlarız, bir reklam müziğini duymak bize otomatikman o ürünü çağrıştırır. Tüm bu davranışlardaki ortak nokta geçmişteki bir deneyime dayanması ve sizin ruh halinizi anında değiştirebilmesidir (Gün 2015).

Çapalar doğal bir şekilde oluşabilir veya kasten kurgulanabilir. Hem olumlu hem de olumsuz içsel durumları kontrol altına alarak bütün temsil sistemlerinde oluşturmak mümkündür (Soysal 2006). Beş duyuyu kapsayan çapalar hayal ederek bir koku, çocukluk günlerindeki bir anıyı çağrıştırabilir; bir fotoğraf, bir ses tonu ya da melodiyle aynı etkiyi uyandırabilirsiniz (Alder 2013).

Çapalama; içsel bir tepkiyi dışsal bir tetikleme ile ilişkilendirme işlemidir. İnsanlar nörolojik süreçte yoğun duygular yaşadıkları anda kendilerine dışarıdan bir uyarıcı uyguladıklarında duygularla uyarıcı arasında bir bağlantı oluşur ve çapalama ile yaşanan o duyguların şimdiki zamanda da hissedilmesi sağlanır (Bilasa 2006). Nörolojik süreçte kişinin geçmişte yaşadığı deneyim tam anlamıyla görülüp, işitilip ve hissedildiğinde dışarıdan belirgin bir uyarıcı verilir. Bu uyarıcı, kişinin

vücudundaki herhangi bir noktayı tekrarlayıcı bir biçimde dokunması şeklinde olabileceği gibi, bir kelimenin söylenmesi şeklinde de olabilir (Günenç 2014).

NLP' da kullanılan çapalama tekniğinin asıl amacı, kişilerde olumlu duygular meydana getirecek çapaları bilinçli bir şekilde oluşturmaktır. Bu sayede çapalama tekniği, kişinin gerekli bulduğu duygu ve durumlara, istediği zaman ve istediği yerde erişmesini; istenmeyen duygu ve düşüncelerin yerini, istenen duygu ve düşüncelere bırakabilmeyi sağlar (Tokgözlü 2009).

Başarılı bir çapalamanın dört anahtarı aşağıdaki gibidir;

1) Çapalamanın etkili olabilmesi için uyarıcıyı sağladığınız kişiyi tüm vücuduyla benzeşimli, ilgili duruma sokmak gerekir.
2) Uyarıcı, deneyimin tepe noktasına ulaştığında verilmelidir.
3) Benzersiz bir uyarıcı seçilmelidir.
4) Çapalamanın işe yarayabilmesi için onun aynı şekilde tekrarlanması gerekir (Robbins 2008).

4.8.9. Basit Çapalama Egzersizi

- Değiştirmek istediğiniz bir duyguyu ve yerine koymak istediğiniz bir duyguyu düşünün. Yerine koymak istediğiniz duyguyu faklı bir alandan seçin.
- Gözlerinizi kapayın ve değiştirmek istediğiniz deneyime geri dönün, şimdi oluyormuş gibi. Gördüğünüzü görün işittiğinizi işitin, hissettiğinizi hissedin. Aynı içsel tepkiyi hissettiğiniz anda kendinize kinestetik (dokunsal) bir çapa yapın. Örneğin sağ dizinize dokunun ve bastırın. Çapa yerinizi unutmamak için bir ben ya da yara izi gibi belirgin noktaları seçin (Çapa 1).
- İlk duygudan çıkmayı sağlamak için sislendirin (gözlerini açıp pencereden dışarı bakmak gibi).
- İkinci basamağı bu kez değiştirmek istediğiniz duygu için yapın ve bunu sol dizinize dokunarak yapın (Çapa 2).
- Sislendirin.
- Gözlerinizi kapayın. Yine değiştirmek istediğiniz duyguyu yaşayın. Bu duyguyu yaşarken çapa 1 noktasını tetikleyin. Yoğun duyguları en doruk noktada hissettiğinizde çapa 2 noktasına dokunun. Aynı anda çapa 1 ve 2 noktasına dokunuyor olacaksınız. Bir süre her iki çapa noktasına dokunun.

Bunun amacı iki deneyimin entegre ederek değiştirmek istediğimiz duygunun nötrleşmesini sağlamak. Nefesinizin değişmesi, kaslarınızın gevşemesi gibi değişimler nötrleşmenin olduğunu gösterir. Önce çapa 1' den bir iki saniye sonrada çapa 2' den elinizi çekin.

- Sislendirin.
- Gözlerinizi kapayın ve gelecekte yine değiştirmek istediğiniz duyguyu düşünün ve bu kez sadece çapa 2' yi kullanın (Gün 2015).

4.9. Çeşitli Öğretim Yöntemleri

Bilgi çağı olan günümüzde, yoğun teknolojik gelişme ve bunun sonucunda bilgi alışverişi yaşanmakta, toplumları ve toplumları meydana getiren bireyleri de etkileyen değişimler olmaktadır. Bu etkileşim elbette bireylerin birtakım süreçlere yönelmesinde etkili olmuştur. Yaygın olarak kullanılan "bilgi toplumu" tabiri, bireylerin bilgi toplumu sürecine uyum sağlaması gerekliliğini ve eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymuştur (Bulut 2014). Eğitim programların toplumsal ve bireysel ihtiyaçlar, bilim ve teknolojideki gelişmeler, ulusal ve uluslararası ekonomik gereksinimler ve koşullar, konu ve eğitim alanındaki değişme ve gelişmeler göz önüne alınarak geliştirilmesi önemlidir (Demiralp 2014).

Hemşirelik, birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ile hastalık durumunda tedavisinde rol alan bir meslektir. Öğrencilere profesyonel hemşirelik özelliklerini kazandırmak, öğrencileri gelecekteki meslek yaşantılarına hazırlamak hemşirelik eğitiminin amacıdır (Alan ve Khorshid 2015). Her alanda meydana gelen gelişmeler sağlık bilimlerini ve dolayısıyla hemşirelik mesleğini de etkilemektedir. Bu da var olan bilgilerin bir kısmını geçersiz hale getirirken, diğer yandan bilinmeyen birçok şeyi aydınlatmaktadır (Dağlı 2010). Hemşirelik eğitiminde, öğrencilerin psikomotor ve bilişsel becerileri öğrenme etkinliklerinin güçlendirilmesi amacıyla çeşitli öğretim araçları kullanılmaktadır (Şendir ve Doğan 2015). Yetişkin öğrenmesinde, sınıf ortamında yetişkinlerin kullanımına sunmak için hazır bulundurulan eğitimle ilgili yazılı kaynaklar (açıklamalı kaynakça) önemli bir yer tutar (Penirci 2014). Profesyonel kariyerin sürdürülmesinde sürekli öğrenme ve entelektüel yetenekleri geliştirme oldukça önemlidir (Genç 2007).

4.9.1. Anlatım Yöntemi

Anlatım yöntemi, öğretim programında yer alan konuların öğretici tarafından, öğrenici grubuna anlatılması ve açıklanmasıdır. Anlatım yöntemi ile öğrencilerin düşünce, görüş ve duygularında istenilen yönde gelişmeler sağlanabilir. Öğretimde çok kullanılan ve anlaşılmış olan bu yönteme, takrir metodu, sözlü anlatım yöntemi, konferans veya ders verme yöntemi de denilmektedir (Dağlı 2010). Anlatımın kısa ve ilginç olmasını sağlamak ve herkesin dikkatini çekmek, öğretmenin konuşması, hareketlerinin görünümü, anlatımdaki açıklığı ve öğrencilerle göz göze ilişkisi bu yöntemde son derece önemlidir (Küçükahmet 2014).

4.9.2. Tartışma Yöntemi

Tartışma, belli bir konunun kavranması amacıyla bireyleri düşünmeye yöneltmek, karşılıklı görüşler, fikirler ve eleştiriler üreterek o konuyu kapsamlı ve detaylı olarak irdelemek, önemli noktaları açıklamak ve verilen bilgileri pekiştirmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir (Dağlı 2010). Kişiler bu yöntemde bilgilerini, fikirlerini ve düşüncelerini açıkça ortaya koyma imkânına kavuşur, soruları daha iyi anlar, tanımlar ve çözüm yolları önerirler. Ancak anlamlı bir tartışma için gerekli bilgi ve olgunluğa sahip olmayan kişilerle bu yöntem uygulanamaz. Ayrıca grup tartışması yöntemi genellikle küçük gruplarda daha etkin olarak kullanılabilen bir yöntemdir (Küçükahmet 2014).

4.9.3. Gösteri (Demonstrasyon) Yöntemi

Gösterip yaptırma, bir işlemin uygulanmasını, bir araç gerecin çalıştırılmasını önce gösterip açıklama, sonra da alıştırma ve uygulama yaptırarak öğretimi amaçlayan bir yöntemdir (Dağlı 2010). Gösteri yönteminde hem görsel hem işitsel iletişim kullanılır. Gösterinin en önemli faydası herhangi bir şeyin en uygun biçimde ya da ustaca nasıl başarılacağını göstermedir. Bu nedenle gösteri en uygun biçimde hazırlanmalı ve uygulanmalıdır (Küçükahmet 2014). Çalışma alanında hemşirelerin etkili profesyoneller olabilmesi için eğiticilerin; öğrencinin şimdiki ve gelecekteki eğitsel gereksinimlerinin farkına varmasına, zihinsel ve fiziksel yetenekleri keşfetmesine, gereksindiği bilgi, tutum ve davranışları kazanmalarına yardımcı olmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için de öğrenme ortamlarının, derslikler, mesleki beceri laboratuvarları, kütüphane, bilgi teknolojileri ve sosyal etkinliklerle ilgili ortamları kapsaması gerekir (Alan ve Khorshid 2015).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri;

H_1: Eğitim sonrasında deney ve kontrol grupları arasında ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyleri arasında fark vardır.

H_2: Deney ve kontrol grubu hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi üzerine etkisi vardır.

H_3: Deney ve kontrol grubu hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin ventrogluteal bölgeye ilişkin beceri düzeyi üzerine etkisi vardır.

H_4: Eğitim sonrasında deney ve kontrol grupları arasında ventrogluteal bölgeye ilişkin beceri düzeyleri arasında fark vardır.

5.2. Sayıltılar

- Deney ve kontrol gruplarının seçiminde ele alınan ölçütler yansızlık açısından yeterlidir.
- Veri toplama teknikleri, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

5.3. Araştırmanın Tipi

- Ventrogluteal alana intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik hemşirelere ve ebelere verilen eğitimde Nöro Linguistik Programlama (NLP) tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla yapılmış deneysel bir çalışmadır.

5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, 18 Mayıs - 21 Eylül 2015 tarihleri arasında Uşak Devlet Hastanesi' nde gerçekleştirilmiştir.

Uşak Devlet Hastanesi 75,063 metrekare kapalı alanda bulunan 605 yatak kapasitesi ile 32 klinik, 19 ünite, 7 yoğun bakım olmak üzere tüm branşlarda hizmet vermektedir. Hastanede Sağlık ve Bakım Hizmetleri Müdürlüğü' ne bağlı 649 hemşire ve ebe görev yapmaktadır. Hastanede eğitim birimi tarafından yıllık olarak

planlanan hizmet içi eğitimler düzenlenmekte ve kurum dışı eğitimler konusunda hemşireler desteklenmektedir.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Uşak Devlet Hastanesi' nde görev yapan 649 hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, Uşak Devlet Hastanesi' nde görev yapan örneklem seçme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 45 deney 45 kontrol grubunda olmak üzere toplam 90 hemşire ve ebe oluşturmuştur. Kurumun çalışma şartlarına göre eğitime katılabilen ancak süre sıkıntısı nedeniyle eğitimden erken ayrılmak zorunda kalan hemşire ve ebeler kontrol grubunu, süre sıkıntısı olmayıp eğitime kalan hemşire ve ebeler ise deney grubunu oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- Hemşirelik ve ebelik bölümü mezunu olan,
- İntramüsküler enjeksiyon uygulaması olan kliniklerde çalışan,
- Daha önce NLP ile ilgili eğitime katılmamış olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ve ebeler oluşturmuştur.

Araştırma dışında tutulma kriterleri;

- Hemşirelik ve ebelik bölümü mezunu olmayan,
- İntramüsküler enjeksiyon uygulaması olan kliniklerde çalışmayan,
- Daha önce NLP ile ilgili eğitime katılmış olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler ve ebeler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

5.6. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan 4 bölümden oluşan anketler kullanılmıştır.

Birinci bölümde hemşirelerin ve ebelerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki özelliklerini saptayan 12 sorunun yer aldığı "Hemşire ve Ebe Tanıtım Formu", ikinci bölümde hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler enjeksiyon uygulamasına ilişkin görüşlerinin yer aldığı 12 sorudan oluşan ''Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri Formu'', üçüncü

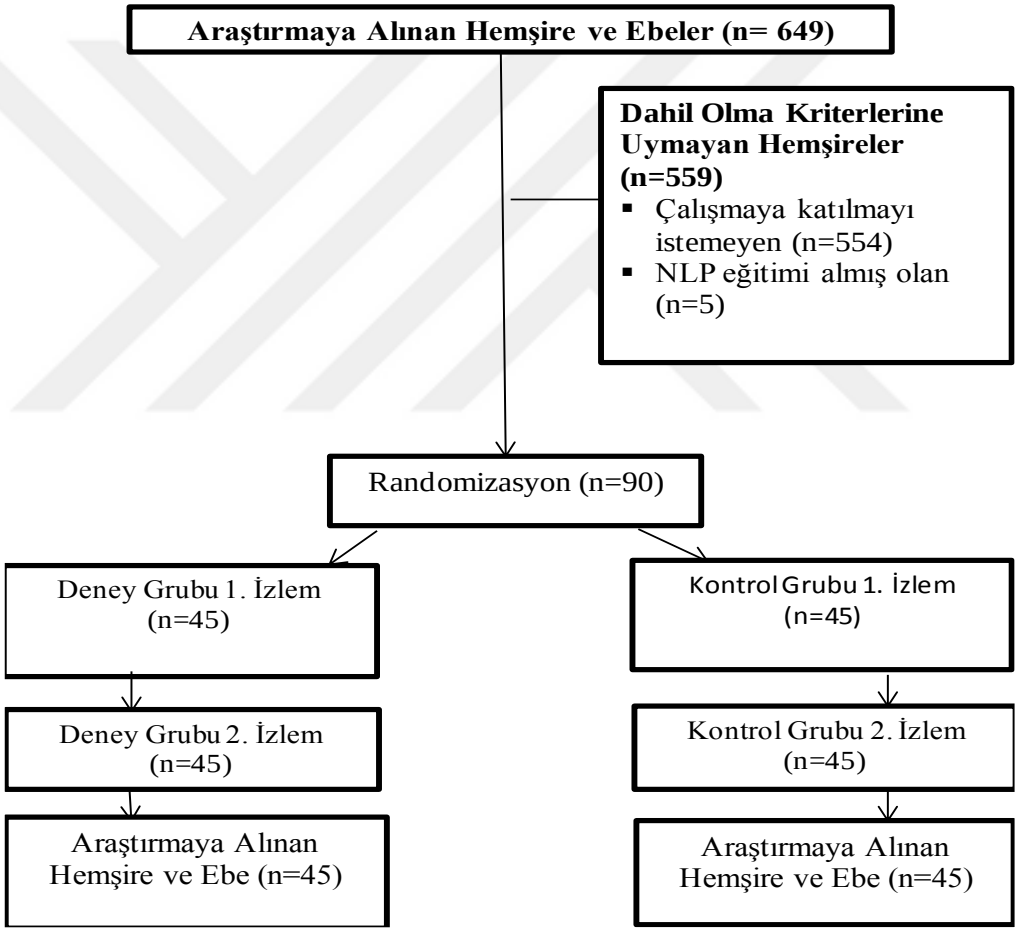
bölümde hemşirelerin ve ebelerin ventrogluteal bölgeye yönelik bilgilerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuş 15 doğru ve 15 yanlış önermenin bulunduğu "Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu'' (Ulusoy ve Görgülü 1995; Akbayrak 2000; Altıok ve ark. 2007; Güneş ve ark. 2008; Güneş ve ark. 2009; Yavuz ve Karabacak 2011; Dinç 2011; Kaya ve ark. 2012; Kara 2013; Süzen ve Ay 2013; Gülnar ve Çalışkan 2014; Tuğrul ve Denat 2014; Kaya ve Palloş 2014) ve son bölümde de ventrogluteal alana yönelik verilen eğitimi değerlendirmek amacıyla sorumlu hemşireler tarafından eğitimden 1 ay sonra ''İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölge Kullanımı İşlem Basamakları Gözlem Formu'' kullanılmıştır. ''Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu'' nda yer alan sorulara verilen her bir doğru yanıt ''1 puan'', yanlış yanıt ve fikrim yok seçeneği ise ''0 puan'' verilerek değerlendirilmiştir. Ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi formu kullanılarak hemşirelerin ve ebelerin bilgi puan ortalamaları alınmıştır. Her bir katılımcı bilgi düzeyleri puanlarından en fazla ''30 puan'' en az ''0 puan'' alabilmekte, bilgi puanların yüksek olması ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. 0-10 puan arası yeterli düzeyde bilgisinin olmadığı, 11-20 puan arası bilgisinin orta düzeyde olduğu, 21 ve üzeri puan ise iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

''İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölge Kullanımı İşlem Basamakları Gözlem Formu'' nda yer alan her bir işlem basamağına ulaşıldı ise ''1 puan'', ulaşılamadı ise ''0 puan'' verilerek değerlendirilmiştir. İşlem basamakları formu kullanılarak, hemşirelerin ve ebelerin uygulama sonrasında mesleki beceriye ilişkin bilgileri araştırmacı tarafından değerlendirilmiş, daha sonra hemşire veya ebe uygulamayı yaparken her kliniğin sorumlu hemşiresi tarafından işlem basamakları doğrultusunda hemşire veya ebe gözlenerek mesleki becerisi değerlendirilmiştir. Uygulamanın işlem basamakları toplanarak 100 puan üzerinden değerlendirilmiş, elde edilen puanın yüksek olması işlem basamaklarına ulaşmada başarılı olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin ve ebelerin beceri puan ortalamaları alındıktan sonra beceri düzeyleri 0-45 puan ise beceri düzeyi kötü, 46-74 puan ise beceri düzeyi orta, 75-100 ise beceri düzeyi iyi kabul edilmiştir.

Araştırmacı tarafından geliştirilen form içeriklerinin anlaşılırlığını değerlendirmek amacıyla 5 uzman ve 5 hemşire ile yapılan ön uygulama sonrasında veri toplama formları ile ilgili gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu' ndaki sorular için Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı (α) eğitim öncesi için 0,942, eğitim sonrası için 0,870 olarak saptanmıştır.

5.7. Deneysel Randomizasyon

Şekil 9. Deney ve Kontrol Grubu Hemşirelerin ve Ebelerin Randomizasyon Şeması



5.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından, gündüz mesai saatleri içerisinde, araştırmaya dâhil olma kriterlerine uygun hemşireler ve ebeler ile iki izlemde toplanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hemşirelere ve ebelere eğitim öncesinde

‘’Bilgilendirilmiş Onam Formu’’ uygulanmıştır. Hemşirelere ve ebelere verilen eğitimler Uşak Devlet Hastanesi Seminer Salonu’ nda gerçekleştirilmiştir.

Kontrol Grubu Uygulaması

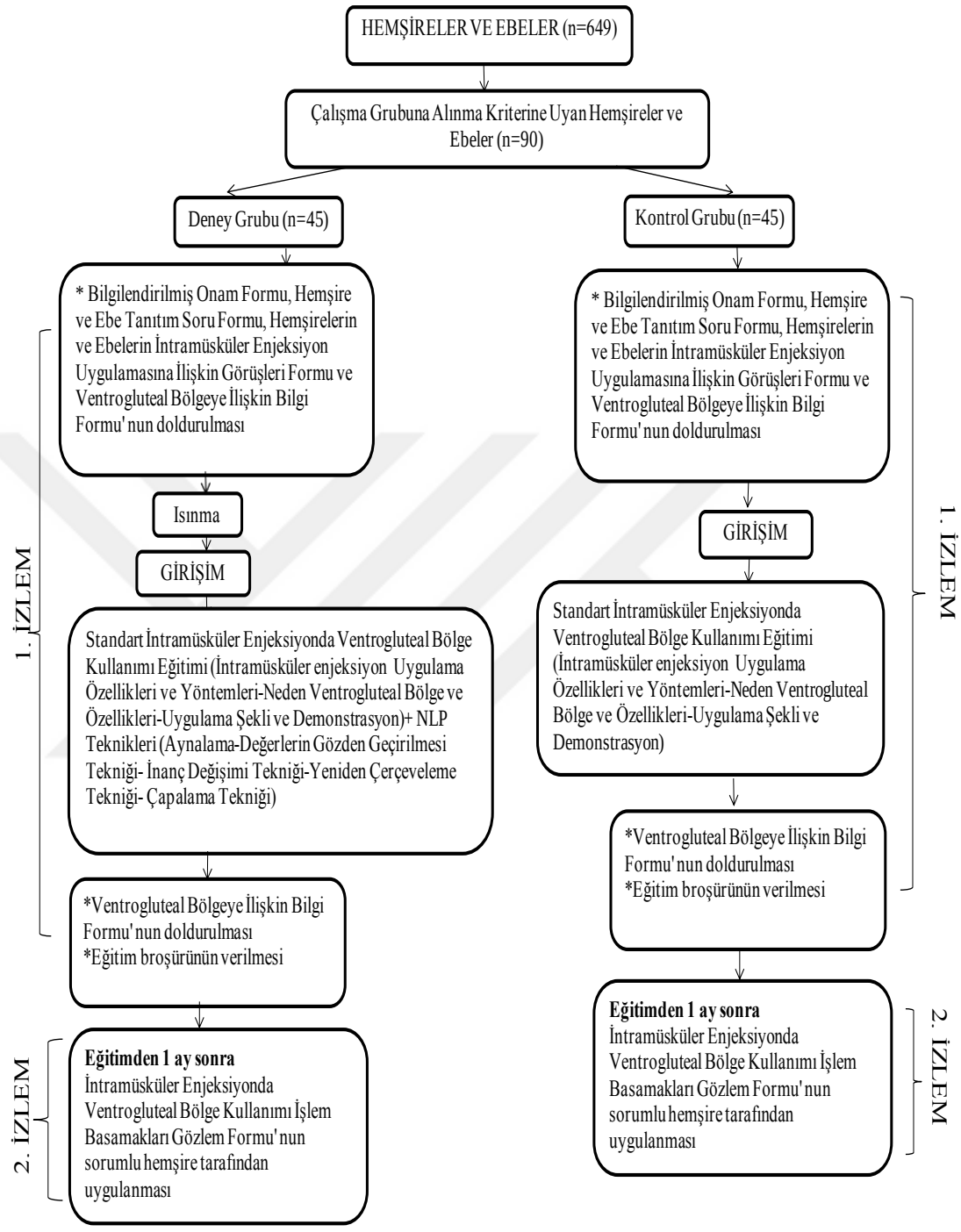
İlk izlemde kontrol grubundaki hemşirelere ve ebelere eğitim öncesinde ön test olarak ‘‘Hemşire ve Ebe Tanıtım Formu’’, ‘‘Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri Formu’’ ve ‘‘Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu’’ uygulanmıştır. Ön testte uygulanan formların doldurulması ortalama 25 dakika sürmüştür. Kontrol grubundaki hemşire ve ebelere düz anlatım, powerpoint, soru cevap sunumu ve gösteri yöntemi gibi karma eğitim yönteminden oluşan standart intramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölge kullanımı eğitimi uygulanmış ve eğitim 60 dakika sürmüştür. Standart intramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölge kullanımı eğitim içeriği IM enjeksiyon uygulama özellikleri ve yöntemleri, neden VG bölge kullanımının olması ve VG bölgenin özelliklerinin neler olduğu, uygulama şeklinin nasıl olduğu ve hemşirelere ve ebelere VG bölgeye enjeksiyon demonstrasyonun uygulanmasından oluşmuştur. Kontrol grubundaki hemşirelere ve ebelere eğitimden hemen sonra ‘‘Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu’’ uygulanmıştır. Formun doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür. Eğitimden hemen sonra eğitime katılan hemşirelere ve ebelere eğitimin etkinliğini artırmak için eğitim broşürleri dağıtılmıştır. İkinci izlemde sorumlu hemşireler tarafından eğitimden bir ay sonra ‘‘İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölge Kullanımı İşlem Basamakları Gözlem Formu’’ kullanılarak hemşireler gözlemlenmiştir.

Deney Grubu Uygulaması

İlk izlemde deney grubundaki hemşirelere ve ebelere eğitim öncesinde ön test olarak ‘‘Hemşire ve Ebe Tanıtım Formu’’, ‘‘Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri Formu’’ ve ‘‘Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu’’ uygulanmıştır. Ön testte uygulanan formların doldurulması ortalama 25 dakika sürmüştür. Deney grubuna eğitime başlamadan önce eğitime ısınmalarının sağlanması için beş dakika rahatlatıcı müzik (Fernan Birdy-Relaxing Sensation (Bilinçaltı-Özgüven)) dinletilmiştir. Deney grubundaki hemşirelere ve

ebelere karma eğitim yöntemlerinin yanı sıra NLP teknikleri ile hazırlanmış intramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölge kullanımı eğitimi uygulanmış ve eğitim 150 dakika sürmüştür. Standart intramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölge kullanımı eğitim içeriği IM enjeksiyon uygulama özellikleri ve yöntemleri, neden VG bölge kullanımının olması ve VG bölgenin özelliklerinin neler olduğu, uygulama şeklinin nasıl olduğu ve hemşirelere ve ebelere VG bölgeye enjeksiyon demonstrasyonun uygulanmasından oluşmuştur. NLP teknikleriyle hazırlanmış intramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölge kullanımı eğitimi içeriği Aynalama, Değerlerin Gözden Geçirilmesi Tekniği, İnanç Değişimi Tekniği, Yeniden Çerçeveleme Tekniği ve Çapalama Tekniğinden oluşmuştur. Deney gurubundaki hemşirelere ve ebelere eğitim sonrasında ‘‘Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu’’ kullanılmıştır. Formun doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür. Eğitimden hemen sonra eğitime katılan hemşirelere ve ebelere eğitimin etkinliğini artırmak için eğitim broşürleri dağıtılmıştır. İkinci izlemde sorumlu hemşireler tarafından eğitimden bir ay sonra ‘‘İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölge Kullanımı İşlem Basamakları Gözlem Formu’’ kullanılarak hemşireler gözlemlenmiştir.

Şekil 10. Araştırmanın Uygulama Adımları



5.9. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Hemşirelerin ve ebelerin ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi ve beceri düzeyleridir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Hemşirelerin ve ebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı), mesleki özellikleri (çalışılan klinik, çalışılan birim, çalışma süresi, çalışma saati, çalışma şekli, memnuniyet) ve öğretim yöntemidir.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 (IBM Corparation, Armonk, New York, United States) ve PAST3 (Hammer, Ø., Harper, D.A.T., Ryan, P.D. 2001. Paleontological statistics programları kullanıldı. Tek değişkenli verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve Değişkenlik katsayıları ile çok değişkenli normal dağılıma uygunluğu için Mardia; (Dornik and Hansen omnibüs) testi, varyans homojenliği için Levene testi kullanıldı. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Independent-Samples T testi Bootstrap sonuçlarıyla birlikte kullanılırken Mann-Whitney U Monte Carlo simülasyon tekniği ile kullanıldı. Bağımsız çoklu grupların niceliksel verilere göre karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H Testi Monte Carlo simülasyon tekniği ile kullanıldı. Bağımlı değişkenlerin, iki tekrarlı ölçümü için Wilcoxon Signed Ranks Test ve değişkenlerinin tekrarlı ölçümlerinin gruplara göre etkileşimini incelemek için General Linear Model-Repeated Anova testi (Wilks' Lambda) Bootstrap sonuçlarıyla birlikte kullanılmıştır. Bağımlı iki kategorili verilerin karşılaştırılmasında Mc-Nemar testi Monte Carlo Simülasyon tekniği ile kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Chi-Square, Linear-by-Linear Association ve Fisher Exact testleri Monte Carlo Simülasyon tekniği ile test edilmiştir. Değişkenlerin bir biriyle olan korelasyonlarını incelemek için ise Spearman's rho testleri kullanılmıştır. Kantitatif veriler tablolarda ortalama ± std. (standart sapma) ve medyan Range (Maximum-Minimum) değerleri şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik veriler ise n (sayı) ve yüzdelerle (%) ifade edilmiştir. Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0,05 ten küçük anlamlı kabul edilmiştir.

5.11. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul'dan (EK VIII) ve Uşak Devlet Hastanesi' nden (EK VII) yazılı izin, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere ve ebelere araştırmaya ilişkin bilgi

verildikten sonra sözel izin ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK V) kullanılarak yazılı izin alınmıştır.

5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

- Araştırmanın örnekleminin, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında gündüz mesai saatinde çalışan hemşireler ve ebeler ile sınırlı tutulması ve Uşak ili' ndeki tek kurumda gerçekleştirildiğinden sonuçların tüm hemşire ve ebeler için genellenememesi,
- Hemşirelere ve ebelere verilen eğitim sırasında kontrol grubu için anket uygulaması ve eğitim süresinin ortalama 90 dakika, deney grubu için anket uygulaması ve eğitim süresinin NLP teknikleriyle uygulanması için ortalama 180 dakika ayrılmasının araştırmacıyı ve araştırıcıyı zaman yönetimi açısından zorlaması,
- Deney ve kontrol grubuna katılan hemşirelerin ve ebelerin anket uygulamalarına katılımlarındaki isteksizliğin veri kaybına neden olması,
- NLP ile verilen eğitim sayısının az olması araştırmanın sınırlılıkları ve yaşanan güçlükleri arasında yer almaktadır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, ventrogluteal alana intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik hemşirelere ve ebelere verilen eğitimde Nöro Linguistik Programlama (NLP) tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla planlanmış çalışmadan elde edilen bulgular;

- Çalışmaya katılan hemşirelerin ve ebelerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulgular,
- Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitim öncesi intramüsküler enjeksiyon uygulamasına ilişkin bulgular,
- Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye enjeksiyon uygulama bilgilerine ilişkin bulgular olmak üzere toplam üç bölüm halinde sunulmuştur.

6.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Sosyodemografik Özellikler		Grup: Deney (n=45)		Kontrol (n=45)		Toplam (n=90)	Test	p
		n	%	n	%			
Yaş **		Ort±SS: 35,84±6,13		Ort±SS: 39,29±7,91			t=2,308	**0,029***
Yaş Grubu	***18-25***	3	%6,7	4	%8,9	7	X²=9,345	**0,022***
	26-35	18	%40,0	8	%17,8	26		
	36-45	22	%48,9	23	%51,1	45		
	46 ve üstü	2	%4,4	10	%22,2	12		
Cinsiyet	***Kadın***	42	%93,3	45	%100,0	87	X²=3,103	0,242
	Erkek	3	%6,7	0	%0,0	3		
Eğitim Durumu	***Lise***	8	%17,8	4	%8,9	12	X²=3,525	0,342
	Önlisans	22	%48,9	18	%40,0	40		
	Lisans	13	%28,9	19	%42,2	32		
	Lisansüstü	2	%4,4	4	%8,9	6		
Medeni Durumu	***Evli***	36	%80,0	42	%93,3	78	X²=3,573	0,187
	Bekar	7	%15,6	2	%4,4	9		
	Boşanmış / Eşi ölmüş	2	%4,4	1	%2,2	3		
Çocuk Sayısı	***Yok***	10	%22,2	6	%13,3	16	X²=2,956	0,406
	Bir	14	%31,1	10	%22,2	24		
	İki	19	%42,2	26	%57,8	45		
	Üç	2	%4,4	3	%6,7	5		
	Diğer	0	%0,0	0	%0,0	0		

Independent T Test (Bootstrap) - Fisher Exact Test (monte Carlo) - Pearson Chi Square Test(monte Carlo) - Linear-by-Linear Association(monte Carlo)

x² ve t : test istatistiği

*p< 0,05

Hemşirelerin ve ebelerin yaş ortalaması deney grubunda 35,84±6,13, kontrol grubunda 39,29±7,91 olup, deney grubundaki hemşire ve ebelerin %48,9' unun 36-45; kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin ise %51,1' inin 36-45 yaş grubu

arasında olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubunun yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Grupların homojenliğini belirlemek amacıyla yapılan ki kare testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin yaş grupları bakımından farklı olduğu bulundu (x^2=9,345; p< 0,05) (Tablo 1).

Hemşirelerin ve ebelerin cinsiyetleri incelendiğinde; deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin %93,3' ünün kadın, %6,7' sinin erkek; kontrol grubundaki hemşirelerin %100' ünün kadın olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=3,103; p>0,05) (Tablo 1).

Hemşirelerin ve ebelerin eğitim durumları incelendiğinde; deney grubunun %48,9' unun önlisans mezunu; kontrol grubunun %42,2' sinin lisans mezunu olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=3,525; p>0,05) (Tablo 1).

Hemşirelerin ve ebelerin medeni durumları incelendiğinde; deney grubunun %80' inin evli; kontrol grubunun %93,3' ünün evli olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=3,573; p>0,05) (Tablo 1).

Hemşirelerin ve ebelerin çocuk sayıları incelendiğinde; deney grubunun %42,2' sinin iki çocuğu olduğu; kontrol grubunun %57,8' inin iki çocuğu olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=2,956; p>0,05) (Tablo 1).

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı

		Grup						
		Deney		Kontrol		Toplam (n=90)	X²	p
		n	%	n	%			
Klinik	***Dahili***	14	%31,1	12	%26,7	26	0,729	0,767
	Cerrahi	14	%31,1	12	%26,7	26		
	Diğer	17	%37,8	21	%46,7	38		
Çalışılan Birim	***Servis***	28	%62,2	28	%62,2	56	0	1
	Yoğun Bakim	0	%0,0	0	%0,0	0		
	Diğer	17	%37,8	17	%37,8	34		
Çalışma Süresi	***0-5 yıl***	6	%13,3	3	%6,7	9	4,009	0,138
	6-11 yıl	14	%31,1	8	%17,8	22		
	12 yıl ve üstü	25	%55,6	34	%75,6	59		
Çalışma Şekli	***Hasta Merkezli***	35	%77,8	33	%73,3	68	0,241	0,807
	İş Merkezli	10	%22,2	12	%26,7	22		
İşten Memnuniyet	***Hiç Memnun Değilim***	1	%2,2	2	%4,4	3	6,449	0,183
	Memnun Değilim	9	%20,0	3	%6,7	12		
	Biraz Memnunum	18	%40,0	13	%28,9	31		
	Memnunum	16	%35,6	25	%55,6	41		
	Çok Memnunum	1	%2,2	2	%4,4	3		

Independent T Test (Bootstrap) - Fisher Exact Test (monte Carlo) - Pearson Chi Square Test(monte Carlo) - Linear-by-Linear Association(monte Carlo)

x² ve t : test istatistiği

Deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin %37,8' inin diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım); kontrol grubunun %46,7' sinin diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) klinikte çalıştığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun çalıştığı klinik karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=0,729; p>0,05) (Tablo 2).

Hemşirelerin ve ebelerin çalıştığı birimler incelendiğinde; deney grubunun %62,2' sinin serviste; kontrol grubunun %62,2' sinin serviste çalıştığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun çalıştığı birimler karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=0.0; p>0,05) (Tablo 2).

Hemşirelerin ve ebelerin çalışma süresi incelendiğinde; deney grubunun %55,6' sının 12 yıl ve üstü; kontrol grubunun %75,6' sının 12 yıl ve üstü çalıştığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun çalışma süreleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=4,009; p>0,05) (Tablo 2).

Hemşirelerin ve ebelerin çalışma şekli incelendiğinde; deney grubunun %77,8' inin hasta merkezli; kontrol grubunun %73,3' ünün hasta merkezli çalıştığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun çalışma şekli karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=0,241; p>0,05) (Tablo 2).

Hemşirelerin ve ebelerin işten memnuniyet durumları incelendiğinde; deney grubunun %40' ının biraz memnunum; kontrol grubunun %55,6' sının memnunum olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun memnuniyet durumları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=6,449; p>0,05) (Tablo 2).

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı, Günlük Çalışma Saati ve Günlük IM Enjeksiyon Uygulama Sıklığının Değerlendirilmesi

	Grup					
	Deney		Kontrol		z	p
	Median	(Min-Max)	Median	(Min-Max)		
Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı	24	(10-130)	24	(6-800)	1,345 ²	0,181
Günlük Çalışma Saati	8	(8-24)	8	(6-24)	1,600 ²	0,103
Kaç kez IM Uygulama	10	(1-100)	10	(1-200)	0,648 ²	0,524

Mann Whitney U Test (Monte Carlo)

z : test istatistiği

*p< 0,05

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin bakım verdiği hasta sayısı incelendiğinde, deney grubunun hasta sayısı ortalaması 24; kontrol grubunun hasta sayısı ortalaması 24 olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun hasta sayısı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (z=1,345; p>0,05) (Tablo 3).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin günlük çalışma saati incelendiğinde, deney grubunun günlük çalışma saati ortalaması 8 saat; kontrol grubunun günlük çalışma saati ortalaması 8 saat olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun günlük çalışma saati karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (z=1,600; p>0,05) (Tablo 3).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin kaç kez IM enjeksiyon uyguladığı incelendiğinde, deney grubunun IM enjeksiyon uygulama ortalaması 10 adet; kontrol grubunun IM enjeksiyon uygulama ortalaması 10 adet olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun IM enjeksiyon uygulama sayıları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (z=0,648; p>0,05) (Tablo 3).

6.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Eğitim Öncesi İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Bulgular

Tablo 4. Eğitim Öncesi Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri

		Grup				Toplam (n=90)	X^2	p
		Deney		Kontrol				
		n	%	n	%			
En Sık Uygulandığı Bölge	***Dorsogluteal***	43	%95,6	40	%88,9	83	2,308	0,356
	Ventrogluteal	2	%4,4	3	%6,7	5		
	Vastuslateralis	0	%0,0	0	%0,0	0		
	Deltoid	0	%0,0	2	%4,4	2		
	Rektusfemoris	0	%0,0	0	%0,0	0		
En Az Uygulandığı Bölge	***Dorsogluteal***	2	%4,4	5	%11,1	7	2,429	0,691
	Ventrogluteal	18	%40,0	18	%40,0	36		
	Vastuslateralis	3	%6,7	1	%2,2	4		
	Deltoid	18	%40,0	18	%40,0	36		
	Rektusfemoris	4	%8,9	3	%6,7	7		
En Güvenli Bölge	***Dorsogluteal***	26	%57,8	32	%71,1	58	3,154	0,244
	Ventrogluteal	17	%37,8	13	%28,9	30		
	Vastuslateralis	0	%0,0	0	%0,0	0		
	Deltoid	0	%0,0	0	%0,0	0		
	Rektusfemoris	2	%4,4	0	%0,0	2		
Yeterli Bilgiye Sahip Olma	***Evet***	38	%84,4	34	%75,6	72	0,292	0,43
	Hayır	7	%15,6	11	%24,4	18		
Hava Kilidi Kullanma Durumu	***Evet***	25	%55,6	22	%48,9	47	0,401	0,673
	Hayır	20	%44,4	23	%51,1	43		
Z Tekniği Kullanma	***Evet***	19	%42,2	23	%51,1	42	0,714	0,526
	Hayır	26	%57,8	22	%48,9	48		
Okulda Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Demonstrasyon Uygulaması Yapma Durumu	***Evet***	16	%35,6	14	%31,1	30	0,20	0,823
	Hayır	29	%64,4	31	%68,9	60		
En Son Alınan Eğitim	***Almadım***	15	%33,3	19	%42,2	34	3,137	0,217
	0-12ay	0	%0,0	2	%4,4	2		
	13 ay ve üstü	30	%66,7	24	%53,3	54		

Fisher Exact Test (Monte Carlo) - Pearson Chi Square Test(Monte Carlo)

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda en çok hangi bölgeyi kullandıkları incelendiğinde; deney grubunun %95,6' sının dorsogluteal bölgenin, %4,4' ünün ventrogluteal bölgenin kullanıldığı, vastuslateralis kası, deltoid bölge ve rektusfemoris kasının hiç kullanılmadığı; kontrol grubunun %88,9' unun dorsogluteal bölgenin, %6,7' sinin ventrogluteal bölgenin, %4,4' ünün deltoid bölgenin kullanıldığı, vastuslateralis kasının ve rektusfemoris kasının hiç kullanılmadığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun en çok hangi bölgeyi kullandıkları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=2,308; p>0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda en az hangi bölgeyi kullandıkları incelendiğinde; deney grubunun %40' ının ventrogluteal bölgenin, %40' ının deltoid bölgenin, %8,9' unun rektusfemoris kasının, %6,7' sinin vastuslateralis kasının ve %4,4' ünün dorsogluteal bölgenin; kontrol grubunun %40' ının ventrogluteal bölgenin, %40' ının deltoid bölgenin, %11,1' inin dorsogluteal bölgenin, %6,7' sinin rektusfemoris kasının, %2,2' sinin vastuslateralis kasının en az kullanıldığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun en az hangi bölgeyi kullandıkları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=2,429; p>0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda en güvenli bölgenin hangisi olduğu incelendiğinde; deney grubunda %57,8 ile dorsogluteal bölge, %37,8 ile ventrogluteal bölge, %4,4 ile rektusfemoris kası olduğu saptanırken; kontrol grubunda ise %71,1 ile dorsogluteal bölge, %28,9 ile ventrogluteal bölge olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubundaki hemşire ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda en güvenli seçtikleri bölgeye göre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmadı (x^2=3,154; p>0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalar konusunda yeterli bilgi sahibi olma durumu incelendiğinde; deney grubunun %84,4' ünün evet; kontrol grubunun %75,6' sının evet cevabını verdiği saptandı. Deney ve kontrol grubunun intramüsküler uygulamalar konusunda yeterli bilgi sahibi olma durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=0,292; p>0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda hava kilidi tekniğini kullanma durumu incelendiğinde; deney grubunun %55,6' sının evet; kontrol grubunun %51,1' inin hayır cevabını verdiği saptandı. Deney ve kontrol grubunun intramüsküler uygulamalarda hava kilidi tekniğini kullanma durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=0,401; p>0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda Z tekniğini kullanma durumu incelendiğinde; deney grubunun %57,8' inin hayır; kontrol grubunun %51,1' inin evet cevabını verdiği saptandı. Deney ve kontrol grubunun intramüsküler uygulamalarda Z tekniğini kullanma durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=0,714; p>0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda VG bölge tespiti konusunda demonstrasyon yapma durumu incelendiğinde; deney grubunun %64,4' ünün; kontrol grubunun ise %68,9' unun hayır cevabını verdiği saptandı. Deney ve kontrol grubunun intramüsküler uygulamalarda VG bölge tespiti konusunda demonstrasyon yapma durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=0,20; p>0,05) (Tablo 4).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda en son eğitim alma durumu incelendiğinde; deney grubunun %66,7' sinin 13 ay ve üstü; kontrol grubunun %53,3' ünün 13 ay ve üstü öncesinde eğitim aldığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun intramüsküler uygulamalarda en son eğitim alma durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=3,137; p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 5. Eğitim Öncesi Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Ventrogluteal Bölge Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi

		Grup						
		Deney		Kontrol		Toplam (n=90)	X^2	p
		n	%	N	%			
VG Kullanma	***Evet***	13	%28,9	11	%24,4	24	0,227	0,812
	Hayır	32	%71,1	34	%75,6	66		
VG Kullanmama Nedenleri**	***Alışkanlık***	7	%21,9	5	%14,7	12	23,938	**0,001***
	Bilgi eksikliği	8	%25,0	20	%58,8	28		
	Yeterli demonstrasyonun olmaması	0	%0,0	1	%2,9	1		
	Güvenli olmadığı için	6	%18,8	0	%0,0	6		
	Hasta memnuniyeti	0	%0,0	2	%5,9	2		
	Ağrılı bir uygulama	0	%0,0	1	%2,9	1		
	Yorum yok	7	%21,9	1	%2,9	8		
	Yeterli demonstrasyonun olmaması ve bilgi eksikliği	2	%6,3	2	%5,9	4		
	Bilgi eksiliği ve güvenli olmadığı için	1	%3,1	0	%0,0	1		
	Bilgi eksikliği ve alışkanlık	1	%3,1	0	%0,0	1		
	Bilgi eksikliği ve hasta memnuniyeti	0	%0,0	2	%5,9	2		

Fisher Exact Test (Monte Carlo) - Pearson Chi Square Test(Monte Carlo) *p< 0,05

****Bu sorular sadece ventrogluteal bölgeyi kullanmayan hemşireler tarafından cevaplanmıştır.**

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda VG bölgeyi kullanma durumu incelendiğinde; deney grubunun %71,1' inin; kontrol grubunun ise %75,6' sının hayır cevabını verdiği saptandı. Deney ve kontrol grubunun intramüsküler uygulamalarda VG bölgeyi kullanma durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (x^2=0,227; p>0,05) (Tablo 5).

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda ''VG bölgeyi kullanmama nedeniniz nedir?'' sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; deney grubunun %25' inin bilgi eksikliği, %21,9' unun alışkanlık, %21,9' unun yorum yok, %18,8' inin güvenli olmadığı için, %6,3' ünün yeterli demonstrasyonun olmaması ve bilgi eksikliği, %3,1' inin bilgi eksiliği ve güvenli olmadığı için, %3,1' inin bilgi eksikliği ve alışkanlık olduğu; kontrol grubunun %58,8' inin bilgi eksikliği, %14,7'

sinin alışkanlık, %5,9’ unun hasta memnuniyeti, %5,9’ unun yeterli demostrasyonun olmaması ve bilgi eksikliği, %5,9’ unun bilgi eksikliği ve hasta memnuniyeti, %2,9’ unun yeterli demonstrasyonun olmaması, %2,9’ unun ağrılı bir uygulama, %2,9’ unun yorum yok olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun ‘‘İntramüsküler uygulamalarda VG bölgeyi kullanmama nedeniniz nedir?’’ sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (x^2=23,938; $p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamalarının Güvenli Olmasına Yönelik Görüşleri

	Grup						
	Deney		Kontrol		Toplam	X^2	p
Görüşler	n	%	n	%			
Enjeksiyon hemşiresinin ayrı olması	0	%0,0	1	%2,2	1	10,315	0,272
Eğitimlerin sık yapılması	5	%11,1	7	%15,6	12		
Personelin eğitim eksiklerinin belirlenmesi ve demonstrasyon yapılması	0	%0,0	1	%2,2	1		
Okullarda bu konuya ağırlık verilmesi	8	%17,8	7	%15,6	15		
Enjeksiyon yeri için yeni aletlerin bulunması	0	%0,0	1	%2,2	1		
Servislerde bilgi broşürünün olması	0	%0,0	1	%2,2	1		
Enjeksiyon uygulamalarında uyulması gereken kurallara dikkat edilmesi	8	%17,8	4	%8,9	12		
Okullarda öğrencilere, diğer çalışma alanlarında personele bu konuda eğitim verilmesi	0	%0,0	3	%6,7	3		
Çalışma alanlarında broşür bulunması ve yeni aletlerin keşfedilmesi	0	%0,0	1	%2,2	1		
Fikrim yok	24	%53,3	19	%42,2	43		
Pearson Chi Square Test(Monte Carlo)							

Hemşirelerin ve ebelerin "İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarının daha güvenli olması için önerileriniz nelerdir?" sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; deney grubunun %53,3' ünün fikrim yok, %17,8' inin okullarda bu konuya ağırlık verilmesi, %17,8' inin enjeksiyon uygulamalarında uyulması gereken kurallara dikkat edilmesi, %11,1' inin eğitimlerin sık yapılması; kontrol grubunun %42,2' sinin fikrim yok, %15,6' sının okullarda bu konuya ağırlık verilmesi, %15,6' sının eğitimlerin sık yapılması, %8,9' unun enjeksiyon uygulamalarında uyulması gereken kurallara dikkat edilmesi, %6,7' sinin okullarda öğrencilere, diğer çalışma alanlarında personele bu konuda eğitim verilmesi, %2,2' sinin enjeksiyon

hemşiresinin ayrı olması, %2,2’ sinin personelin eğitim eksiklerinin belirlenmesi ve demonstrasyon yapılması, %2,2’ sinin enjeksiyon yeri için yeni aletlerin bulunması, %2,2’ sinin servislerde bilgi broşürünün olması, %2,2’ sinin çalışma alanlarında broşür bulunması ve yeni aletlerin keşfedilmesi olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunun “İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarının daha güvenli olması için önerileriniz nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=10,315; p>0,05) (Tablo 6).

6.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ventrogluteal Bölgeye Enjeksiyon Uygulama Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıtların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımı

	EĞİTİM ÖNCESİ				EĞİTİM SONRASI			
	Deney	**Kontrol**	**z**	**p**	**Deney**	**Kontrol**	**z**	**p**
	n (%)	**n (%)**			**n (%)**	**n (%)**		
Önerme 1	26 (57,8)	16 (35,6)	4,464	0,057	40 (88,9)	30 (66,7)	6,429	0,021
Önerme 2	23 (51,1)	18 (40)	1,120	0,397	36 (80)	33 (73,3)	0,559	0,619
Önerme 3	6 (13,3)	7 (15,6)	0,090	1,000	8 (17,8)	4 (8,9)	1,538	0,353
Önerme 4	27 (60)	19 (42,2)	2,846	0,140	43 (95,6)	35 (77,8)	6,154	0,027
Önerme 5	27 (60)	14 (31,1)	7,571	0,011	42 (93,3)	31 (68,9)	8,775	0,006
Önerme 6	22 (48,9)	22 (48,9)	0,000	1,000	40 (88,9)	35 (77,8)	2,000	0,258
Önerme 7	8 (17,8)	14 (31,1)	2,166	0,220	17 (37,8)	17 (37,8)	0,000	1,000
Önerme 8	26 (57,8)	19 (42,2)	2,178	0,206	43 (95,6)	28 (62,2)	15,011	<0,001
Önerme 9	18 (40)	14 (31,1)	0,776	0,509	38 (84,4)	30 (66,7)	3,850	0,085
Önerme 10	30 (66,7)	22 (48,9)	2,915	0,135	44 (97,8)	35 (77,8)	8,389	0,007
Önerme 11	32 (71,1)	22 (48,9)	4,630	0,052	44 (97,8)	36 (80)	7,200	0,015
Önerme 12	18 (40)	17 (37,8)	0,047	1,000	35 (77,8)	31 (68,9)	0,909	0,475
Önerme 13	16 (35,6)	12 (26,7)	0,829	0,495	32 (71,1)	23 (51,1)	3,787	0,083
Önerme 14	20 (44,4)	15 (33,3)	1,169	0,387	39 (86,7)	31 (68,9)	4,114	0,074
Önerme 15	17 (37,8)	10 (22,2)	2,593	0,167	35 (77,8)	28 (62,2)	2,593	0,167
Önerme 16	32 (71,1)	26 (57,8)	1,746	0,271	41 (91,1)	38 (84,4)	0,932	0,522
Önerme 17	12 (26,7)	8 (17,8)	1,029	0,477	18 (40)	20 (44,4)	0,182	0,831
Önerme 18	24 (53,3)	14 (31,1)	4,555	0,054	41 (91,1)	31 (68,9)	6,944	0,016
Önerme 19	18 (40)	13 (28,9)	1,230	0,375	30 (66,7)	22 (48,9)	2,915	0,135
Önerme 20	30 (66,7)	24 (53,3)	1,667	0,282	42 (93,3)	37 (82,2)	2,589	0,197
Önerme 21	17 (37,8)	7 (15,6)	5,682	0,031	26 (57,8)	16 (35,6)	4,464	0,057
Önerme 22	34 (75,6)	26 (57,8)	3,200	0,117	42 (93,3)	39 (86,7)	1,111	0,485
Önerme 23	16 (35,6)	6 (13,3)	6,016	0,026	30 (66,7)	17 (37,8)	7,526	0,011
Önerme 24	16 (35,6)	12 (26,7)	0,829	0,495	34 (75,6)	22 (48,9)	6,807	0,016
Önerme 25	26 (57,8)	16 (35,6)	7,464	0,057	41 (91,1)	36 (80)	2,248	0,230
Önerme 26	24 (53,3)	14 (31,1)	4,555	0,054	36 (80)	29 (64,4)	2,714	0,157
Önerme 27	24 (53,3)	19 (42,2)	1,113	0,399	43 (95,6)	32 (71,1)	9,680	0,003
Önerme 28	12 (26,7)	9 (20)	0,559	0,619	30 (66,7)	22 (48,9)	2,915	0,135
Önerme 29	25 (55,6)	15 (33,3)	4,500	0,560	44 (97,8)	33 (73,3)	10,879	0,002
Önerme 30	17 (37,8)	17 (37,8)	0,000	1,000	25 (55,6)	23 (51,1)	0,179	0,833

Pearson Chi-Square Test (Exact) - Mc Nemar Test (Exact)

Eğitim öncesinde deney grubu hemşirelerin ve ebelerin en çok doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımları; Önerme 22 ‘‘Enjeksiyon yapıldıktan sonra 10 sn beklenir’’ %75,6 (n=34), Önerme 16 ‘‘Hastaya enjeksiyon uygulaması sırasında derin nefes alıp-vermesi söylenir’’ %71,1 (n=32) ve Önerme 11 ‘‘Enjeksiyon yeri antiseptik bir tamponla enjeksiyon yerinden dışa doğru 5 cm çapında dairevi şekilde silinir’’ %71,1 (n=32) olarak saptandı. Eğitim sonrasında deney grubu hemşirelerin ve ebelerin en çok doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımı ise; Önerme 29 ‘‘Tahriş edici ve yağlı solüsyonların uygulanmasında hava kilidi önerilmektedir’’ %97,8 (n=44), Önerme 11 ‘‘Enjeksiyon yeri antiseptik bir tamponla enjeksiyon yerinden dışa doğru 5 cm çapında dairevi şekilde silinir’’ %97,8 (n=44) ve Önerme 10 ‘‘IM enjeksiyonlarda en az ağrılı bölge ventrogluteal bölgedir’’ %97,8 (n=44) olarak saptandı (Tablo 7).

Kontrol grubu hemşirelerin ve ebelerin eğitim öncesinde en çok doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımları; Önerme 16 ‘‘Hastaya enjeksiyon uygulaması sırasında derin nefes alıp-vermesi söylenir’’ %57,8 (n=26), Önerme 22 ‘‘Enjeksiyon yapıldıktan sonra 10 sn beklenir’’ %57,8 (n=26) ve Önerme 20 ‘‘Enjeksiyonda aspirasyon sonrası kan geldiğinde ilaç uygulanmaz ilaç yeniden hazırlanır, iğne ucu değiştirilerek enjeksiyon yapılır’’ %53,3 (n=24) olarak saptandı. Eğitim sonrasında kontrol grubu hemşirelerin ve ebelerin en çok doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımı ise; Önerme 22 ‘‘Enjeksiyon yapıldıktan sonra 10 sn beklenir’’ %86,7 (n=39), Önerme 16 ‘‘Hastaya enjeksiyon uygulaması sırasında derin nefes alıp-vermesi söylenir’’ %84,4 (n=38) ve Önerme 20 ‘‘Enjeksiyonda aspirasyon sonrası kan geldiğinde ilaç uygulanmaz ilaç yeniden hazırlanır, iğne ucu değiştirilerek enjeksiyon yapılır’’ %82,2 (n=37) olarak saptandı (Tablo 7).

Eğitim öncesinde deney grubu hemşirelerin ve ebelerin en az doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımları; Önerme 3 ‘‘VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir’’ %13,3 (n=6), Önerme 7 ‘‘Enjeksiyon yerindeki doku başparmak ve işaret parmağı ile kavranır’’ %17,8 (n=8) ve Önerme 28 ‘‘Ventrogluteal bölgeye maksimum 1-3 ml ilaç uygulanır’’ %26,7 (n=12) olarak saptandı. Eğitim sonrasında deney grubu hemşirelerin ve ebelerin en

az doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımı ise; Önerme 3 ‘‘VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir’’ %17,8 (n=8), Önerme 7 ‘‘Enjeksiyon yerindeki doku başparmak ve işaret parmağı ile kavranır’’ %37,8 (n=17) ve Önerme 17 ‘‘VG bölge uygulamasında 45˚ lik açıyla enjeksiyon yapılır’’ %40 (n=18) olarak saptandı (Tablo 7).

Kontrol grubu hemşirelerin ve ebelerin eğitim öncesinde en az doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımları; Önerme 3 ‘‘VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir’’ %15,6 (n=7), Önerme 21 ‘‘Z Tekniği uygularken iğne doku içine girdikten sonra, yana kaydırdığım doku bırakılır ve ilaç enjekte edilir’’ %15,6 (n=7) ve Önerme 23 ‘‘Hastaya 20 saniyede bir mililitre ilaç verilecek şekilde uygulanır’’ %13,3 (n=6) olarak saptandı. Eğitim sonrasında kontrol grubu hemşirelerin ve ebelerin en az doğru yanıt verdiği ilk üç önermenin yüzde dağılımı ise; Önerme 3 ‘‘VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir’’ %8,9 (n=4), Önerme 21 ‘‘Z Tekniği uygularken iğne doku içine girdikten sonra, yana kaydırdığım doku bırakılır ve ilaç enjekte edilir’’ %35,6 (n=16) ve Önerme 23 ‘‘Hastaya 20 saniyede bir mililitre ilaç verilecek şekilde uygulanır’’ %37,8 (n=17) olarak saptandı (Tablo 7).

Tablo 8. Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Deney (45) Ortalama±SS	Kontrol (45) Ortalama±SS	F [a]	P Değeri [a]
Toplam					
	Eğitim Öncesi	14,29±8,34	10,38±8,87		
	Eğitim Sonrası	23,53±3,14	18,76±6,80		
P Değeri [b]		**0,001***	**0,001***		
	F [b]	**54,755**	**39,451**		
	Değişim (Son-İlk)	9,24±8,38	8,38±8,95	0,225	0,637

General Linear Model Repeated Anova (Wilks' Lambda) (Bootstrap) SS: Standart Sapma

[a] : Gruplara arası için P ve F Değeri [b]: Grup içi P ve F Değeri

*p< 0,05

Hemşirelerin ve ebelerin ventrogluteal bölgeye ilişkin soruların toplam puanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası dağılımları gruplara göre incelendiğinde; deney grubunun eğitim öncesi puan ortalamasının 14,29±8,34 olduğu, eğitim sonrası puan ortalamasının 23,53±3,14 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p=0,001). Kontrol grubunun eğitim öncesi puan ortalamasının 10,38±8,87 olduğu, eğitim sonrası puan ortalamasının 18,76±6,80 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p=0,001). Grupların eğitim sonrası değişim puanları ve eğitim öncesi değişim puanları arasındaki fark değerlendirildiğinde deney grubunun ortalama toplam değişim puanı (9,24±8,38), kontrol grubunun ortalama toplam değişim puanları (8,38±8,95) arasında anlamlı bir fark saptanmadı (f=0,225, p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9. Eğitimden Bir Ay Sonra Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasında Kullandıkları Bölgelerin Dağılımı

	Grup				Toplam (n=90)	X^2	p
	Deney		Kontrol				
	n	%	n	%			
Dorsogluteal Bölge	28	%62,2	36	%80,0	64	3,500	0,186
Ventrogluteal Bölge	12	%26,6	6	%13,3	18		
Vastuslateralis Bölgesi	5	%11,1	3	%6,7	8		
Deltoid Bölge	0	%0,0	0	%0,0	0		
Rektusfemoris Bölgesi	0	%0,0	0	%0,0	0		
		Z: -0,056		Z: -2,762			
		p: 0,961		**p: 0,003***			

Fisher Exact Test (Monte Carlo) - Pearson Chi Square Test(Monte Carlo) - Wilcoxon Signed Ranks Test

*p< 0,05

Eğitimden 1 ay sonra deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler enjeksiyon uygulamasında kullandıkları bölgelerin dağılımı incelendiğinde; deney grubunun %62,2' sinin dorsogluteal bölgenin, %26,7' sinin ventrogluteal bölgenin, %11,1' inin vastuslateralis kasının kullanıldığı, deltoid bölgenin ve rektusfemoris kasının kullanılmadığı; kontrol grubunun %80' inin dorsogluteal bölgenin, %13,3' ünün ventrogluteal bölgenin, %6,7' sinin vastuslateralis kasının kullanıldığı, deltoid bölgenin ve rektusfemoris kasının kullanılmadığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun eğitimden bir ay sonra intramüsküler enjeksiyon uygulamasında kullandıkları bölgeler karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (x^2=3,500; p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=45) ≤10		11-20		21≤		Kontrol Grubu (n=45) ≤10		11-20		21≤		p değeri
	Yaş Grubu													
Eğitim Öncesi	***18-25***	1	%33,3	1	%33,3	1	%33,3	3	%75,0	1	%25,0	0	%0,0	X^2=0,005
	26-35	7	%38,9	7	%38,9	4	%22,2	4	%50,0	2	%25,0	2	%25,0	p=1,000
	36-45	4	%18,2	11	%50,0	7	%31,8	11	%47,8	9	%39,1	3	%13,0	
	46 ve üstü	1	%50,0	0	%0,0	1	%50,0	5	%50,0	5	%50,0	0	%0,0	
			X^2=3,760			p=0,788			X^2=4,446			p=0,644		
Eğitim Sonrası	***18-25***	0	%0,0	0	%0,0	3	%100,0	0	%0,0	1	%25,0	3	%75,0	X^2=4,718
	26-35	0	%0,0	4	%22,2	14	%77,8	0	%0,0	5	%62,5	3	%37,5	**p=0,032***
	36-45	0	%0,0	4	%18,2	18	%81,8	2	%8,7	10	%43,5	11	%47,8	
	46 ve üstü	0	%0,0	0	%0,0	2	%100,0	2	%20,0	5	%50,0	3	%30,0	
			X^2=1,327			p=0,919			X^2=4,818			p=0,596		
	Cinsiyet													
Eğitim Öncesi	***Kadın***	12	%28,6	17	%40,5	13	%31,0	23	%51,1	17	%37,8	5	%11,1	X^2=1,207
	Erkek	1	%33,3	2	%66,7	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	p=0,804
			X^2=1,405			p=0,772			X^2= -			p= -		
Eğitim Sonrası	***Kadın***	0	%0,0	8	%19,0	34	%81,0	4	%8,9	21	%46,7	20	%44,4	X^2=1,797
	Erkek	0	%0,0	0	%0,0	3	%100,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	p=0,403
			X^2=0,695			p=0,625			X^2=-			p=-		
	Eğitim Durumu													
Eğitim Öncesi	***Lise***	3	%37,5	3	%37,5	2	%25,0	3	%75,0	1	%25,0	0	%0,0	X^2=5,625
	Önlisans	5	%22,7	13	%59,1	4	%18,2	10	%55,6	7	%38,9	1	%5,6	p=0,488
	Lisans	3	%23,1	3	%23,1	7	%53,8	9	%47,4	7	%36,8	3	%15,8	
	Lisansüstü	2	%100,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%25,0	2	%50,0	1	%25,0	
			X^2=11,941			**p=0,052***			X^2=3,456			p=0,750		
Eğitim Sonrası	***Lise***	0	%0,0	2	%25,0	6	%75,0	0	%0,0	1	%25,0	3	%75,0	X^2=9,492
	Önlisans	0	%0,0	5	%22,7	17	%77,3	0	%0,0	10	%55,6	8	%44,4	p=0,133
	Lisans	0	%0,0	1	%7,7	12	%92,3	3	%15,8	10	%52,6	6	%31,6	
	Lisansüstü	0	%0,0	0	%0,0	2	%100,0	1	%25,0	0	%0,0	3	%75,0	
			X^2=1,991			p=0,671			X^2=9,248			p=0,160		

*Pearson Chi-Square test(Monte Carlo) - Fisher exact Test - Linear-by-Linear Association(Monte Carlo) Kruskal-Wallis H Test(Monte Carlo) - Mann Whitney U Test (Monte Carlo) *p< 0,05*

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin yaş grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda 18-25 yaş grubunun %33,3' ünün (n=1), 26-35 yaş grubunun %22,2' sinin (n=4), 36-45 yaş grubunun %31,8' inin (n=7), 46 yaş ve üstü yaş grubunun %50' sinin (n=1) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi kontrol grubunda 18-25 yaş grubunun %0' ının (n=0), 26-35 yaş grubunun %25' inin (n=2), 36-45 yaş grubunun %13' ünün (n=3), 46 yaş ve üstü yaş grubunun %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney grubunda 18-25 yaş grubunun %100' ünün (n=3), 26-35 yaş grubunun %77,8' inin (n=14), 36-45 yaş grubunun %81,8' inin (n=18), 46 yaş ve üstü yaş grubunun %100' ünün (n=2) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrasında kontrol grubunda 18-25 yaş grubunun %75' inin (n=3), 26-35 yaş grubunun %37,5' inin (n=3), 36-45 yaş grubunun %47,8' inin (n=11), 46 yaş ve üstü yaş grubunun %30' unun (n=3) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05; Tablo 10).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin cinsiyetlerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda kadınların %31' inin (n=13), erkeklerin %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi kontrol grubunda kadınların %11,1' inin (n=5), erkeklerde %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu saptandı. Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Eğitim sonrası

deney grubunda kadınların %81’ inin (n=34), erkeklerde de %100’ ünün (n=1), bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrasında kontrol grubunda kadınların %44,4’ ünün (n=20), erkeklerde %0’ ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu saptandı. Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 10).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitim durumunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda lise mezunu olanların %25’ inin (n=2), önlisans mezunu olanların %18,2’ sinin (n=4), lisans mezunu olanların %53,8’ inin (n=7), lisansüstü mezunu olanların %0’ ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05). Eğitim öncesi kontrol grubunda lise mezunu olanların %0’ ının (n=0), önlisans mezunu olanların %5,6’ sının (n=1), lisans mezunu olanların %15,8’ inin (n=3), lisansüstü mezunu olanların %25’ inin (n=1) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Eğitim sonrası deney grubunda lise mezunu olanların %75’ inin (n=6), önlisans mezunu olanların %77,3’ sinin (n=17), lisans mezunu olanların %92,3’ inin (n=12), lisansüstü mezunu olanların %100’ ünün (n=2) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası kontrol grubunda lise mezunu olanların %75’ inin (n=3), önlisans mezunu olanların %44,4’ ünün (n=8), lisans mezunu olanların %31,6’ sının (n=6), lisansüstü mezunu olanların %75’ inin (n=3) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 10).

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (Devamı)

Ölçüm Zamanı	Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=45) ≤10		11-20		21≤		Kontrol Grubu (n=45) ≤10		11-20		21≤		p değeri
	Medeni Durumu													
	Evli	9	%25,0	14	%38,9	13	%36,1	22	%52,4	15	%35,7	5	%11,9	X^2=4,081
Eğitim Öncesi	***Bekar***	3	%42,9	4	%57,1	0	%0,0	1	%50,0	1	%50,0	0	%0,0	p=0,449
	Boşanmış / Eşi ölmüş	1	%50,0	1	%50,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%100,0	0	%0,0	
			X^2=4,712			p=0,360			X^2=2,033			p=0,797		
	Evli	0	%0,0	6	%16,7	30	%83,3	4	%9,5	20	%47,6	18	%42,9	X^2=4,389
Eğitim Sonrası	***Bekar***	0	%0,0	1	%14,3	6	%85,7	0	%0,0	0	%0,0	2	%100,0	p=0,296
	Boşanmış / Eşi ölmüş	0	%0,0	1	%50,0	1	%50,0	0	%0,0	1	%100,0	0	%0,0	
			X^2=1,509			p=0,535			X^2=3,694			p=0,449		
	Çocuk Sayısı													
	Yok	4	%40,0	5	%50,0	1	%10,0	4	%66,7	2	%33,3	0	%0,0	X^2=1,274
	Bir	4	%28,6	7	%50,0	3	%21,4	6	%60,0	3	%30,0	1	%10,0	p=0,282
Eğitim Öncesi	***iki***	4	%21,1	6	%31,6	9	%47,4	11	%42,3	11	%42,3	4	%15,4	
	üç	1	%50,0	1	%50,0	0	%0,0	2	%66,7	1	%33,3	0	%0,0	
	Diğer	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	
			X^2=6,351			p=0,406			X^2=2,767			p=0,876		
	Yok	0	%0,0	1	%10,0	9	%90,0	0	%0,0	3	%50,0	3	%50,0	X^2=2,262
	Bir	0	%0,0	2	%14,3	12	%85,7	0	%0,0	7	%70,0	3	%30,0	p=0,154
Eğitim Sonrası	***iki***	0	%0,0	4	%21,1	15	%78,9	3	%11,5	11	%42,3	12	%46,2	
	üç	0	%0,0	1	%50,0	1	%50,0	1	%33,3	0	%0,0	2	%66,7	
	Diğer	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	
			X^2=2,091			p=0,572			X^2=7,193			p=0,295		
	Klinik													
	Dahili	1	%7,1	3	%21,4	10	%71,4	5	%41,7	6	%50,0	1	%8,3	X^2=15,304
Eğitim Öncesi	***Cerrahi***	4	%28,6	7	%50,0	3	%21,4	5	%41,7	5	%41,7	2	%16,7	**p=0,003***
	Diğer	8	%47,1	9	%52,9	0	%0,0	13	%61,9	6	%28,6	2	%9,5	
			X^2=20,282			**p<0,001***			X^2=2,355			p=0,710		
	Dahili	0	%0,0	2	%14,3	12	%85,7	0	%0,0	4	%33,3	8	%66,7	X^2=10,204
Eğitim Sonrası	***Cerrahi***	0	%0,0	1	%7,1	13	%92,9	0	%0,0	6	%50,0	6	%50,0	**p=0,037***
	Diğer	0	%0,0	5	%29,4	12	%70,6	4	%19,0	11	%52,4	6	%28,6	
			X^2=2,774			p=0,299			X^2=7,811			**p=0,090***		

*Pearson Chi-Square test(Monte Carlo) - Fisher exact Test - Linear-by-Linear Association(Monte Carlo) Kruskal-Wallis H Test(Monte Carlo) - Mann Whitney U Test (Monte Carlo) *p< 0,05*

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin medeni durumunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda evli olanların %36,1' inin (n=13), bekâr olanların %0' ının (n=0), boşanmış/eşi ölmüş olanların %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi kontrol grubunda evli olanların %11,9' unun (n=5), bekar olanların %0' ının (n=0), boşanmış/eşi ölmüş olanların %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney grubunda evli olanların %83,3' ünün (n=30), bekâr olanların %85,7' sinin (n=6), boşanmış/eşi ölmüş olanların %50' sinin (n=1) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası kontrol grubunda evli olanların %42,9' unun (n=18), bekâr olanların %100' ünün (n=2), boşanmış/eşi ölmüş olanların %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 10).

Deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çocuk sayısının eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda çocuğu olmayanların %10' unun (n=1), bir çocuk sahibi olanların %21,4' ünün (n=3), iki çocuk sahibi olanların %47,4' ünün (n=9), üç çocuk sahibi olanların ve diğerlerinin %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi kontrol grubunda çocuğu olmayanların %0' ının (n=0), bir çocuk sahibi olanların %10' unun (n=1), iki çocuk sahibi olanların %15,4' ünün (n=4), üç çocuk sahibi olanların ve diğerlerinin %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Eğitim sonrası deney grubunda çocuğu olmayanların %90' ının (n=9), bir çocuk sahibi olanların %85,7' sinin (n=12), iki çocuk sahibi olanların %78,9' unun (n=15), üç çocuk sahibi olanların %50' sinin (n=1), diğerlerinin %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası kontrol grubunda çocuğu olmayanların %50' sinin (n=3), bir çocuk sahibi olanların %30' unun (n=3), iki çocuk sahibi olanların %46,2' sinin (n=12), üç çocuk sahibi olanların %66,7' sinin (n=2), diğerlerinin %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 10).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çalıştıkları kliniklerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda dahili klinikte çalışanların %71,4' ünün (n=10), cerrahi klinikte çalışanların %21,4' ünün (n=3), diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) klinikte çalışanların %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05). Eğitim öncesi kontrol grubunda dahili klinikte çalışanların %8,3' ünün (n=1), cerrahi klinikte çalışanların %16,7' sinin (n=2), diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) klinikte çalışanların %9,5' inin (n=2) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05). Eğitim sonrası deney grubunda dahili klinikte çalışanların %85,7' sinin (n=12), cerrahi klinikte çalışanların %92,9' unun (n=13), diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) klinikte çalışanların %70,6' sının (n=12) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrasında kontrol grubunda

dahili klinikte çalışanların %66,7’ sinin (n=8), cerrahi klinikte çalışanların %50’ sinin (n=6), diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) klinikte çalışanların %28,6’ sının (n=6) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$; Tablo 10).

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (Devamı)

Ölçüm Zamanı	Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=45)						Kontrol Grubu (n=45)						p değeri
		≤10		11-20		21≤		≤10		11-20		21≤		
	Çalışma Sekli													
Eğitim Öncesi	***Hasta Merkezli***	8	%22,9	14	%40,0	13	%37,1	17	%51,5	14	%42,4	2	%6,1	X^2=1,414
	İş Merkezli	5	%50,0	5	%50,0	0	%0,0	6	%50,0	3	%25,0	3	%25,0	p=0,480
			X^2=5,882			p=0,069			X^2=3,552			p=0,187		
Eğitim Sonrası	***Hasta Merkezli***	0	%0,0	3	%8,6	32	%91,4	3	%9,1	14	%42,4	16	%48,5	X^2=6,816
	İş Merkezli	0	%0,0	5	%50,0	5	%50,0	1	%8,3	7	%58,3	4	%33,3	**p=0,035***
			X^2=9,132			**p=0,003***			X^2=0,938			p=0,772		
	Memnuniyet													
	Hiç Memnun Değilim	0	%0,0	1	%100,0	0	%0,0	0	%0,0	2	%100,0	0	%0,0	X^2=0,205
Eğitim Öncesi	***Memnun Değilim***	3	%33,3	5	%55,6	1	%11,1	1	%33,3	2	%66,7	0	%0,0	p=0,692
	Biraz Memnunum	7	%38,9	6	%33,3	5	%27,8	6	%46,2	7	%53,8	0	%0,0	
	Memnunum	2	%12,5	7	%43,8	7	%43,8	16	%64,0	6	%24,0	3	%12,0	
	Çok Memnunum	1	%100,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	2	%100,0	
			X^2=8,942			p=0,335			X^2=24,958			**p=0,004***		
	Hiç Memnun Değilim	0	%0,0	0	%0,0	1	%100,0	0	%0,0	0	%0,0	2	%100,0	X^2=0,191
Eğitim Sonrası	***Memnun Değilim***	0	%0,0	3	%33,3	6	%66,7	1	%33,3	2	%66,7	0	%0,0	p=0,672
	Biraz Memnunum	0	%0,0	2	%11,1	16	%88,9	1	%7,7	6	%46,2	6	%46,2	
	Memnunum	0	%0,0	3	%18,8	13	%81,3	2	%8,0	12	%48,0	11	%44,0	
	Çok Memnunum	0	%0,0	0	%0,0	1	%100,0	0	%0,0	1	%50,0	1	%50,0	
			X^2=2,480			p=0,601			X^2=6,367			p=0,666		

Pearson Chi-Square test(Monte Carlo) - Fisher exact Test - Linear-by-Linear Association(Monte Carlo) Kruskal-Wallis H Test(Monte Carlo) - Mann Whitney U Test (Monte Carlo)
**p< 0,05*

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çalışma şekilleri eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda hasta merkezli çalışanların %37,1' inin (n=13), iş merkezli çalışanların %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi kontrol grubunda hasta merkezli çalışanların %6,1' inin (n=2), iş merkezli çalışanların %25' inin (n=3) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Eğitim sonrası deney grubunda hasta merkezli çalışanların %91,4' ünün (n=32), iş merkezli çalışanların %50' sinin (n=5) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05). Eğitim sonrası kontrol grubunda hasta merkezli çalışanların %48,5' inin (n=16), iş merkezli çalışanların %33,3' ünün (n=4) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05; Tablo 10).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin işten memnuniyet durumlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubunda hiç memnun değilim cevabını verenlerin %0' ının (n=0), memnun değilim cevabını verenlerin %11,1' inin (n=1), biraz memnunum cevabını verenlerin %27,8' inin (n=5), memnunum cevabını verenlerin %43,8' inin (n=7), çok memnunum cevabını verenlerin %0' ının (n=0) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim öncesinde kontrol grubunda hiç memnun değilim, memnun değilim ve biraz memnunum cevabını verenlerin %0' ının (n=0), memnunum cevabını verenlerin %12' sinin (n=3), çok memnunum cevabını verenlerin %100' ünün (n=2) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0,05). Eğitim

öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Eğitim sonrası deney grubunda hiç memnun değilim cevabını verenlerin %100' ünün (n=1), memnun değilim cevabını verenlerin %66,7' sinin (n=6), biraz memnunum cevabını verenlerin %88,9' unun (n=16), memnunum cevabını verenlerin %81,3' ünün (n=13), çok memnunum cevabını verenlerin %100' ünün (n=1) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası kontrol grubunda hiç memnun değilim cevabını verenlerin %100' ünün (n=2), memnun değilim cevabını verenlerin %0' ının (n=0), biraz memnunum cevabını verenlerin %46,2' sinin (n=6), memnunum cevabını verenlerin %44' ünün (n=11), çok memnunum cevabını verenlerin %50' sinin (n=1) bilgi seviyesinin iyi düzeyde (21 puan ve üzeri) olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 10).

Tablo 11. Eğitimden Bir Ay Sonra Deney ve Kontrol Grubu Ventrogluteal Bölge Kullanımı Beceri Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup					
	Deney		Kontrol		z	p
	Median	(Min-Max)	Median	(Min-Max)		
Eğitimden Bir Ay Sonra Beceri Puanı	93,75	(81,25-100)	93,75	(78,13-100)	0,445²	0,661
	Ort±SS		Ort±SS			
Eğitimden Bir Ay Sonra Beceri Puanı	92,29±4,39		92,22±4,29		t=0,076	0,94

Mann Whitney U Test (Monte Carlo) z : test istatistiği Independent T Test (Bootstrap)

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puanları ile karşılaştırılması incelendiğinde; beceri puan ortalamaları deney grubunda 92,29±4,39, kontrol grubunda 92,22±4,29 olup, hem deney hem de kontrol grubunun beceri puan ortalamasına 93,75 olduğu saptandı. Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 11).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitimden Bir Ay Sonra Ventrogluteal Bölge Kullanımı Beceri Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Deney Grubu Eğitimden 1 Ay Sonra				Kontrol Grubu Eğitimden 1 Ay Sonra				Test	p
		n	Median	Max.	Min.	N	Median	Max.	Min.		
Yaş Grubu	***18-25***	1	93,75	93,75	93,75	0	0	0	0	X²: 3,026	0,388
	26-35	3	96,88	100	93,75	3	100	100	96,88		
	36-45	8	92,19	100	84,38	2	96,87	100	93,75		
	46 ve üstü	0	0	0	0	1	100	100	100		
			X²: 0,906 p: 0,636				X²: 0,883 p: 0,643				
Cinsiyet	***Kadın***	11	93,75	100	84,38	6	100	93,75		Z: -1,219	0,223
	Erkek	1	90,63	90,63	90,63	0	0	0			
			Z: -0,894 p: 0,371								
Eğitim Durumu	***Lise***	2	92,19	93,75	90,63	0	0	0	0	X²: 1,879	0,598
	Önlisans	4	89,06	100	84,38	5	100	100	96,88		
	Lisans	4	98,44	100	93,75	1	93,75	93,75	93,75		
	Lisansüstü	2	95,31	100	90,63	0	0	0	0		
			X²: 3,050 p: 0,384				X²: 3,000 p: 0,083				
Medeni Durumu	***Evli***	10	93,75	100	84,38	4	100	100	96,88	X²: 2,696	0,26
	Bekar	1	93,75	93,75	93,75	1	93,75	93,75	93,75		
	Boşanmış / Eşi ölmüş	1	100	100	100	1	100	100	100		
			X²: 1,424 p: 0,491				X²: 3,125 p: 0,210				
Çalışılan Klinik	***Dahili***	6	93,75	100	84,38	1	96,88	96,88	96,88	X²: 1,955	0,376
	Cerrahi	3	93,75	100	84,38	2	96,87	100	93,75		
	Diğer	3	93,75	100	93,75	3	100	100	100		
			X²: 0,336 p: 0,845				X²: 2,550 p: 0,279				

Kruskal-Wallis Test-Mann Whitney U Test Max:Maximum Min:Minimum

***İntramüsküler enjeksiyon uygulamasında Ventrogluteal bölgeyi kullanan hemşireler incelenmiştir.**

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin yaş grubunun eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda 18-25 yaş grubunun 93,75 (n=1), 26-35 yaş grubunun 96,88 (n=3), 36-45 yaş grubunun 92,19 (n=8), 46 yaş ve üstü yaş grubunun 0 (n=0) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda 18-25 yaş grubunun 0 (n=0), 26-35 yaş grubunun 100 (n=3), 36-45 yaş grubunun 96,87 (n=1), 46 yaş ve üstü yaş grubunun 100 (n=1) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin cinsiyetlerinin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda kadınların 93,75 (n=11), erkeklerin 90,63 (n=1) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda kadınların 96,43 (n=6), erkeklerin 0 (n=0) beceri puan ortalamasına sahip olduğu grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitim durumunun eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda lise mezunu olanların 92,19 (n=2), önlisans mezunu olanların 89,06 (n=4), lisans mezunu olanların 98,44 (n=4), lisansüstü mezunu olanların 95,31 (n=2) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda lise mezunu olanların 0 (n=0), önlisans mezunu olanların 100 (n=5), lisans mezunu olanların 93,75 (n=1), lisansüstü mezunu olanların 0 (n=0) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin medeni durumun eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda evli olanların 93,75 (n=10), bekâr olanların 93,75 (n=1), boşanmış/eşi ölmüş olanların 100 (n=1) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda evli olanların 100 (n=4), bekâr olanların 93,75 (n=1), boşanmış/eşi ölmüş olanların 100 (n=1) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çalıştıkları kliniklerin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda dahili klinikte çalışanların 93,75 (n=6), cerrahi klinikte çalışanların 93,75 (n=3), diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) klinikte çalışanların 93,75 (n=3) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda dahili klinikte çalışanların 96,88 (n=1), cerrahi klinikte çalışanların 96,87 (n=2), diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) klinikte çalışanların 100 (n=3) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitimden Bir Ay Sonra Ventrogluteal Bölge Kullanımı Beceri Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikler		Deney Grubu Eğitimden 1 Ay Sonra				Kontrol Grubu Eğitimden 1 Ay Sonra				Test	p
		n	Median	Max.	Min.	n	Median	Max.	Min.		
Çocuk	***Yok***	1	93,75	93,75	93,75	2	96,87	100	93,75	X²:1,033	0,793
	Bir	6	95,31	100	90,63	0	0	0	0		
	İki	4	87,5	100	84,38	4	100	100	96,88		
	Üç	1	100	100	100	0	0	0	0		
		X²: 3,385 p: 0,336				X²: 0,645 p: 0,411					
Çalışma Şekli	***Hasta Merkezli***	10	93,75	100	84,38	4	98,44	100	93,75	Z:-1,343	0,179
	İş Merkezli	2	96,87	100	93,75	2	100	100	100		
		Z: -0,774 p: 0,439				Z: -1,095 p: 0,273					
Memnuniyet	***Hiç Memnun Değilim***	0	0	0	0	1	93,75	93,75	93,75	X²:1,825	0,768
	Memnun Değilim	1	93,75	93,75	93,75	1	100	100	100		
	Biraz Memnunum	5	93,75	100	90,63	0	0	0	0		
	Memnunum	5	90,63	100	84,38	4	100	100	96,88		
	Çok Memnunum	1	100	100	100	0	0	0	0		
		X²: 1,768 p: 0,622				X²: 3,125 p: 0,210					

Kruskal-Wallis Test-Mann Whitney U Test Max:Maximum Min:Minimum

***İntramüsküler enjeksiyon uygulamasında Ventrogluteal bölgeyi kullanan hemşireler incelenmiştir.**

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çocuk sayılarının eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda çocuğu olmayanların 93,75 (n=1), bir çocuğu olanların 95,31 (n=6), iki çocuğu olanların 87,5 (n=4), üç çocuğu olanların 100 (n=1) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda çocuğu olmayanların 96,87 (n=2), bir çocuğu olanların 0 (n=0), iki çocuğu olanların 100 (n=4), üç çocuğu olanların 0 (n=0) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çalışma şekillerinin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda hasta merkezli çalışanların 93,75 (n=10), iş merkezli çalışanların 96,87 (n=2) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda hasta merkezli çalışanların 98,44 (n=4), iş merkezli çalışanların 100 (n=2) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin memnuniyet durumlarının eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunda hiç memnun değilim cevabını verenlerin 0 (n=0), memnun değilim cevabını verenlerin 93,75 (n=1), biraz memnunum cevabını verenlerin 93,75 (n=5), memnunum cevabını verenlerin 90,63 (n=5), çok memnunum cevabını verenlerin 100 (n=1) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunda hiç memnun değilim cevabını verenlerin 93,75 (n=1), memnun değilim cevabını verenlerin 100 (n=1), biraz

memnunum cevabını verenlerin 0 (n=0), memnunum cevabını verenlerin 100 (n=4), çok memnunum cevabını verenlerin 0 (n=0) beceri puan ortalamasına sahip olduğu, grup içi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05; Tablo 12).

7. TARTIŞMA

7.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Ventrogluteal alana intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik hemşirelere ve ebelere verilen eğitimde Nöro Linguistik Programlama (NLP) tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; deney ve kontrol grubundaki hemşireler ve ebeler cinsiyetleri, eğitim durumları, medeni durumları, çocuk sayıları, çalıştıkları klinik ve birimleri, çalışma süreleri ve şekilleri, işten memnuniyet durumları gibi tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 1 ve Tablo 2). Sonuçlar her iki grubun tanıtıcı özellikler açısından benzer olduğunu göstermektedir. Araştırmada deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin yaş ortalamasının 35,84±6,13 ve %48,9' unun 36-45 yaş aralığında olduğu; kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin ise yaş ortalamasının 39,29±7,91 ve %51,1' inin 36-45 yaş grubu arasında olduğu; deney ve kontrol grubunun yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, iki grubun benzer olmadığı belirlendi (Tablo 1).

7.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin IM enjeksiyon uygulama sayısına göre incelendiğinde her iki grubunda günde ortalama on adet IM enjeksiyon uyguladıkları ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptandı (Tablo 3). Gülnar (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin haftalık uyguladıkları IM enjeksiyon sayı ortalamasının 52,7±298,6 olarak bildirmiştir (Gülnar 2012). Bu sonuç, araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarında kullandıkları bölge ile en güvenli bölgelere göre incelendiğinde; deney grubunun en çok dorsogluteal bölgeyi (%95,6) kullandığı, en güvenli bölgenin

ise %57,8 ile dorsogluteal bölge ve ikinci sırada %37,8 ile ventrogluteal bölge olduğu; kontrol grubunun en çok dorsogluteal bölgeyi (%88,9) kullandığı, en güvenli bölgenin %71,1 ile dorsogluteal bölge ve ikinci sırada %28,9 ile ventrogluteal bölgenin olduğu saptandı (Tablo 4). Floyd ve Meyer (2007) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin % 99' unun dorsogluteal bölgeyi, %97' sinin deltoid kası, %87' sinin vastuslateralis kası sadece % 9' unun ventrogluteal bölgeyi intramüsküler enjeksiyon amacıyla kullandıklarını (Floyd ve Meyer 2007); Güneş ve ark. (2009) hemşirelerin %60' ının enjeksiyon uygulamalarında her zaman dorsogluteal bölgeyi kullandığını, %78,2' sinin ventrogluteal bölgeyi hiçbir zaman kullanmadıklarını (Güneş ve ark. 2009); Gülnar (2012) hemşirelerin %85,9' unun IM enjeksiyon uygulamasında en sık DG bölgeyi kullandığı, sadece %7,4' ünün VG bölgeyi kullandığı ve vastus lateralis kası ve deltoid kas gibi diğer enjeksiyon bölgelerinin daha az sıklıkla kullanıldığını (Gülnar 2012); Tuğrul ve Denat (2014) hemşirelerin %48,2' sinin intramüsküler enjeksiyonda her zaman dorsogluteal alanı kullandıklarını, ventrogluteal alanı (%38,8), deltoid kası (%65,9), laterofemoral alanı (%52,9), rektus femoris kasını (%68,2) hiçbir zaman kullanmadıklarını ve %47,1' inin enjeksiyon alanı olarak ventrogluteal alanı en güvenli bulduklarını, daha sonra sırasıyla %36,5' i dorsogluteal alanı, %5.9' u laterofemoral alanı olduğunu (Tuğrul ve Denat 2014) bildirmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir. Ventrogluteal bölgenin kas içi enjeksiyon için en güvenli bölge olduğu belirlenmiş olsa da, sağlık personellerinin kalça bölgesinde DG bölgeyi kullandığı bildirilmektedir (Kara ve ark. 2015). Çalışmamızda, hemşirelerin ve ebelerin tamamına yakını IM uygulamalarda en çok dorsogluteal bölgeyi tercih etmektedir. Dorsogluteal bölgenin intramüsküler enjeksiyonlarda en çok kullanılma ve en güvenli bölge olarak söylenme nedeninin hemşirelerin ve ebelerin VG bölgenin avantajları ve literatürdeki intramüsküler enjeksiyon uygulamalarındaki gelişmeler konusundaki bilgi yetersizliğine ve VG alana enjeksiyonla ilgili yeterli demonstrasyonun yapılmamasına bağlı olduğu söylenebilir.

Deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin %84,4' ünün intramüsküler uygulamalar konusunda yeterli bilgiye sahibi olduğu, %55,6' sının hava kilidi tekniğini kullandığı, %57,8' inin Z tekniğini kullanmadığı; kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin %75,6' sının intramüsküler uygulamalar konusunda yeterli

bilgiye sahibi olduğu, %51,1' inin hava kilidi tekniğini kullanmadığı, %51,1' inin Z tekniğini kullandığı saptandı (Tablo 4). Altıok ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada ebe ve hemşirelerin %17' sinin intramüsküler enjeksiyonda "Z" tekniğini kullandığını (Altıok ve ark. 2007), Güneş ve ark. (2009) hemşirelerin %54,5' inin enjeksiyon uygulaması esnasında her zaman hava kilidi tekniğini kullandıklarını, %14,5' inin her zaman intramüsküler enjeksiyon uygulaması esnasında Z tekniğini kullandıklarını bildirmiştir (Güneş ve ark. 2009). Nicoll ve Hesby (2002), tüm IM ilaç uygulamalarında Z-yol tekniğin kullanılması gerektiğini bildirmiştir (Nicoll ve Hesby 2002). Literatürde, IM enjeksiyon sırasında uygulanan hava kilidi tekniğinin irritan ilaçların cilt altı dokusunu tahriş etme ve buna bağlı oluşabilecek enjeksiyon ağrısını azalttığı bildirilmektedir (Engstrom ve ark. 2000; Öçal 2012; Süzen ve Ay 2013; Kara 2013). Çalışmamızdaki hemşirelerin ve ebelerin Z yol tekniği ve hava kilidi tekniğini yeterli düzeyde kullanmadığı, deney ve kontrol grubundaki hemşireler ve ebeler intramüsküler enjeksiyon uygulamaları konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olduklarını bildirseler de bu konudaki bilgilerinin istenilir düzeyde olmadığı söylenebilir.

Deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin %66,7' sinin en son 13 ay ve üstü öncesinde eğitim aldığı ve %64,4' ünün VG bölge tespiti konusunda demonstrasyon yapmadığı; kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin %53,3' ünün 13 ay ve üstü öncesinde eğitim aldığı ve %68,9' unun VG bölge tespiti konusunda demonstrasyon yapmadığı saptandı (Tablo 4). Hemşirelerin ve ebelerin konu ile ilgili uzun bir süre önce eğitim almış olmaları ve VG bölge tespiti konusunda demonstrasyon yapmamış olmaları klinikte, IM enjeksiyon uygulamalarında VG bölgeyi kullanmama nedenlerinden biri olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler uygulamalarda VG bölgeyi kullanma durumu incelendiğinde; deney grubunda %71,1' inin, kontrol grubunda %75,6' sının intramüsküler uygulamalarda VG bölgeyi kullanmadığı, VG bölgeyi kullanmama nedenleri incelendiğinde; deney grubunun bilgi eksikliğine (%25), alışkanlığa (%21,9) ve güvenli olmamasına (%18,8) bağlı olduğu, kontrol grubunun bilgi eksikliğine (%58,8) ve alışkanlığa bağlı (%14,7) olduğu saptandı (Tablo 5). Floyd ve Meyer (2007); hemşirelerin ventrogluteal enjeksiyon alanını seçmelerindeki

isteksizliklerini; bu alanı belirlemenin zor olduğu, hemşirelik kitaplarının 1960' dan bu yana intramusküler enjeksiyon için dorsogluteal alanı anlattıklarını, alışık oldukları ve kullandıkları yöntemden farklı bir yöntemi kullanmaya adapte olmakta zorlandıklarını ve bu konuyla ilgili kanıtların özellikle pratikte gözlenmediyse uygulamalarını değiştirmek için yeterli olmadığını belirtmiştir. Bazı hemşirelik okullarında ventrogluteal enjeksiyon alanının öğretildiğini fakat uygulamada nadiren yapıldığını, klinik eğitimde genellikle enjeksiyon alanları seçilirken dorsogluteal alan (riskleri bilinmesine rağmen), deltoid alan ve laterofemoral alanın tercih edildiğini (Floyd ve Meyer 2007), Gülnar (2012) hemşirelerin IM enjeksiyon uygulamasında VG bölgeyi kullanmama nedeni olarak, DG bölgeyi tercih etme (%58,3), VG bölgesine ilişkin bilgi sahibi olmama (%34,0) ve doğru bölgeyi tespit edememe (%3,3) şeklinde bildirmiştir (Gülnar 2012). Literatürdeki bilgiler ve yapılan araştırma sonuçları ile bulgularımız benzerlik göstermektedir. Konuyla ilgili geçmiş yıllarda okullarda verilen eğitim ve sahada çalışan hemşirelerin ve ebelerin çoğunluğunun eski mezunlardan oluştuğu düşünüldüğünde, elde edilen verilerin beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin kendilerini güncel tutamadıkları takdirde sadece kendi gelişimlerini engellemekle kalmayacakları, aynı zamanda rehberlik ettikleri öğrencilerin doğru yaklaşım ve uygulamaları ile çelişebilecekleri bildirilmektedir (Greenway 2014). Hemşirelerin ve ebelerin "İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarının daha güvenli olması için önerileriniz nelerdir?" sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; deney grubunun %17,8' inin okullarda bu konuya ağırlık verilmesi, %17,8' inin enjeksiyon uygulamalarında uyulması gereken kurallara dikkat edilmesi, %11,1' inin eğitimlerin sık yapılması; kontrol grubunun %15,6' sının okullarda bu konuya ağırlık verilmesi, %15,6' sının eğitimlerin sık yapılması, %8,9' unun enjeksiyon uygulamalarında uyulması gereken kurallara dikkat edilmesi olduğu saptandı (Tablo 6). Yeni Zelanda'da Cornwall (2011) tarafından hemşirelik 2. sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışma sonucunda, öğrencilerin çoğunluğunun güvenli bölge olarak dorsogluteal bölgeyi tercih ettiklerini, güvenli gluteal kas içi enjeksiyon uygulamasını anlamadıklarını belirtmiştir (Cornwall 2011). Sağkal ve ark. (2014) hemşirelik öğrencilerinin intramüsküler enjeksiyon uygulamalarına yönelik bilgilerinin incelenmesi amacı ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin intramüsküler

enjeksiyon uygulamalarına ilişkin bilgilerinin orta düzeyde ve bu konuda eksik ve hatalı bilgilere sahip olduklarını saptamıştır (Sağkal ve ark. 2014). Verilen yanıtların literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

7.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Eğitim öncesinde deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin en çok doğru yanıt verdiği ilk üç önerme incelendiğinde; ‘‘Enjeksiyon yapıldıktan sonra 10 sn beklenir’’, ‘‘Hastaya enjeksiyon uygulaması sırasında derin nefes alıp-vermesi söylenir’’ ve ‘‘Enjeksiyonda aspirasyon sonrası kan geldiğinde ilaç uygulanmaz ilaç yeniden hazırlanır, iğne ucu değiştirilerek enjeksiyon yapılır’’ olduğu saptandı (Tablo 7). Gülnar (2012) hemşirelerin intramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölgenin kullanımına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; VG bölgeye yönelik bilgi önermelerinde hemşirelerin büyük çoğunluğunun, ilacı vermeden önce kan kontrolü yapılması (%97,2), enjeksiyon yerinin antiseptik solüsyonla temizlenmesi (%93,6), enjeksiyon sonrası masaj yapılmayacağına (%77,4) dair önermelerini doğru yanıtladıklarını bildirmiştir (Gülnar 2012). Literatürde, enjeksiyondan önce kan kontrolü yapılmasının, hemşireler tarafından göz ardı edilmeyen bir adım olduğu görülmektedir (Beyea ve Nicoll 1995; Engstrom ve ark. 2000; Güneş ve ark. 2009). IM enjeksiyon uygulamalarında ilacı verildikten sonra iğneyi 10 saniye kadar dokuda bırakmasını, enjeksiyona bağlı ağrının giderilmesinde enjeksiyon sırasında bireyin dikkatinin başka yöne çekilmesini, pistonun geri çekilmesi sırasında enjektörde kan görüldüğünde iğnenin çıkarılıp enjeksiyon için yeni bir ilaç dozunun hazırlanması gerektiği belirtilmektedir (Ulusoy ve Görgülü 1995; Kara 2013; Kaya ve Palloş 2014). Çalışma sonuçlarımız, literatür bilgileri göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler enjeksiyona yönelik bilgi düzeylerinin yeterli olduğu söylenebilir.

Eğitim öncesinde deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin en az doğru yanıt verdiği ilk üç önerme incelendiğinde; deney grubunda ‘‘VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir’’, ‘‘Enjeksiyon

yerindeki doku başparmak ve işaret parmağı ile kavranır'' ve ''Ventrogluteal bölgeye maksimum 1-3 ml ilaç uygulanır'' olduğu; kontrol grubunda ''VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir'', ''Z Tekniği uygularken iğne doku içine girdikten sonra, yana kaydırdığım doku bırakılır ve ilaç enjekte edilir'' ve ''Hastaya 20 saniyede bir mililitre ilaç verilecek şekilde uygulanır'' olduğu saptandı (Tablo 7). Gülnar ve Çalışkan (2014) hemşirelerin en fazla yanlış yanıt verdiği önermelerin; %85,2 oranıyla "enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir", %84,1 oranıyla "ventrogluteal kas iyi geliştiğinden 7 ayın üzerindeki çocuklarda kullanımı önerilmektedir", %78,1 oranıyla "ventrogluteal bölge yalnızca erişkinlerde kullanılır" şeklinde olduğunu ifade etmiştir (Gülnar ve Çalışkan 2014). Tuğrul ve Denat (2014) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunun VG enjeksiyon alanında enjeksiyon yapılacak kasları, VG enjeksiyonun hangi yaş gruplarına uygulanabileceği, VG alanı saptama tekniği ile ilgili soruları yanlış yanıtladıklarını bildirmiştir (Tuğrul ve Denat 2014). Hemşirelerin ve ebelerin büyük çoğunluğunun VG bölgeye yönelik bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir.

Eğitim sonrasında deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin en çok ve en az doğru yanıt verdiği ilk üç önerme incelendiğinde; en çok doğru yanıt verdiği önermelerin ''Tahriş edici ve yağlı solüsyonların uygulanmasında hava kilidi önerilmektedir'', ''Enjeksiyon yeri antiseptik bir tamponla enjeksiyon yerinden dışa doğru 5 cm çapında dairevi şekilde silinir'' ve ''IM Enjeksiyonlarda en az ağrılı bölge ventrogluteal bölgedir'' olduğu; en az doğru yanıt verdiği önermelerin ''VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir'', ''Enjeksiyon yerindeki doku başparmak ve işaret parmağı ile kavranır'' ve ''VG bölge uygulamasında 45˚ lik açıyla enjeksiyon yapılır'' olduğu saptandı (Tablo 7). Gülnar (2012) hemşirelerin en fazla bilmiyorum/yanlış yanıtını verdiği önermelerin %85,2 oranıyla "enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir", %72,8 oranıyla "enjeksiyon uygulaması için dokuya 45-90

derecelik açı ile girilir" olduğunu bildirmiştir (Gülnar 2012). Araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürü destekler niteliktedir. Hemşirelere ve ebelere verilen eğitim sonrasında deney grubunun VG bölgenin en az ağrılı bölge olduğunun farkındalığının kazandırıldığı, ancak hemşirelerin ve ebelerin VG bölge tespitini tam olarak anlamadığı ya da bu bölgeye karşı ön yargılarının devam etmesinden ve kazanılmış becerinin değiştirilmesinin zorluğundan dolayı öğrenme algılarını kapattıkları söylenebilir.

Eğitim sonrasında kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin en çok ve en az doğru yanıt verdiği ilk üç önerme incelendiğinde; en çok doğru yanıt verdiği önermelerin ‘‘Enjeksiyon yapıldıktan sonra 10 sn beklenir’’, ‘‘Hastaya enjeksiyon uygulaması sırasında derin nefes alıp-vermesi söylenir’’ ve ‘‘Enjeksiyonda aspirasyon sonrası kan geldiğinde ilaç uygulanmaz ilaç yeniden hazırlanır, iğne ucu değiştirilerek enjeksiyon yapılır’’ olduğu; en az doğru yanıt verdiği önermelerin ‘‘VG enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir’’, ‘‘Z Tekniği uygularken iğne doku içine girdikten sonra, yana kaydırdığım doku bırakılır ve ilaç enjekte edilir’’ ve ‘‘Hastaya 20 saniyede bir mililitre ilaç verilecek şekilde uygulanır’’ olduğu saptandı (Tablo 7). Eğitim sonrasında kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitim öncesinde verdikleri yanlış yanıtları öğrendikleri, VG bölgenin tespitine yönelik ön yargılarından dolayı bu bölgenin tespitini öğrenmek istemedikleri sonucu söylenebilir.

Araştırma sonuçlarına göre deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler enjeksiyondaki temel bilinmesi gereken önermeler hakkında bilgi sahibi olduğu, ancak ventrogluteal bölgeye ilişkin önermelerdeki doğru cevap sayısının düşük olmasının, grubun mesleki öğrenim döneminde aldığı eğitimde bu bölge üzerinde çok durulmadığına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin ve ebelerin ventrogluteal bölgeye ilişkin soruların toplam puanlarının grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası dağılımları incelendiğinde; deney grubunun eğitim öncesi puan ortalamasının 14,29±8,34 olduğu, eğitim sonrası puan ortalamasının 23,53±3,14 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p=0,001); kontrol grubunun eğitim öncesi puan ortalamasının

10,38±8,87 olduğu, eğitim sonrası puan ortalamasının 18,76±6,80 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p=0,001; Tablo 8). Altıok ve ark. (2007) birinci basamak temel sağlık hizmetinde (sağlık ocakları) çalışan ebe ve hemşirelerin IM enjeksiyonuna yönelik bilgilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan ebe ve hemşirelerin IM enjeksiyona hazırlık, bölge seçimi ve uygulamalarına yönelik bilgilerinin orta düzeyde olduğunu saptamışlardır (Altıok ve ark. 2007). Gülnar (2012) yaptığı çalışma sonucunda, hemşirelerin IM enjeksiyonda ventrogluteal bölgenin kullanımıyla ilgili 24 önermeye ilişkin bilgi puan ortalamasının 13,1±3,7 olduğunu bildirmiştir (Gülnar 2012). Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir. NLP bize alıştırma yapma, konuşma, yeni ve pozitif yönde davranmada yardım eder (İnan ve Üstünoğlu 2004). Hemşirelerin eğitim öncesindeki bilgi düzeylerinin ortalamanın altında olduğu, eğitim sonrasında bilgi düzeylerinin ise iyi ve orta düzeye yükseldiği, yani hemşirelere iki farklı şekilde de verilen eğitimlerin bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Nöro Linguistik Programlama' nın öğrenci, öğretmen, yönetici ve toplulukların eğitimsel açıdan performansını geliştirmede etkili şekilde kullanılabileceği söylenmektedir (Özmen ve Aslan 2008). Hemşirelerin ve ebelerin ventrogluteal bölgeye ilişkin soruların toplam puanlarının gruplar arası eğitim öncesi ve eğitim sonrası değişim puanları incelendiğinde; deney grubundaki hemşirelerin ve ebelerin ortalama toplam değişim puanının 9,24±8,38 olduğu, kontrol grubunun ortalama toplam değişim puanının 8,38±8,95 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 8). Bardak (2009) NLP temelli bir öğretim programının "madde analizi" konusunun öğretiminde öğrencilerin akademik başarısına etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında deney ve kontrol gruplarının son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunduğunu, uygulanan ders planının faydalı olduğunu bildirmiştir (Bardak 2009). Şen (2014) hemşirelerde el hijyeni davranışlarının kazanılmasında NLP tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 1 ay sonra bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bildirmiştir (p<0,05) (Şen 2014). Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler nitelikte

değildir. Hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik verilen eğitimin deney ve kontrol grubunun bilgi düzeyini arttırdığı, ancak istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark yaratmadığı saptandığından, NLP temelli eğitimin normal eğitimden farklı olmadığı söylenebilir.

7.4. Eğitimden Bir Ay Sonra Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasında Kullandıkları Bölgelerin Değerlendirilmesi

Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler enjeksiyon uygulamasında kullandıkları bölgelerin dağılımı incelendiğinde; deney grubunun %62,2' sinin dorsogluteal bölgeyi, %26,7' sinin ventrogluteal bölgeyi, %11,1' inin vastuslateralis bölgesini kullandığı, deltoid ve rektusfemoris bölgesini kullanmadığı; kontrol grubunun %80' inin dorsogluteal bölgeyi, %13,3' ünün ventrogluteal bölgeyi, %6,7' sinin vastuslateralis bölgesini kullandığı, deltoid ve rektus femoris bölgesini kullanmadığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun eğitimden bir ay sonra intramüsküler enjeksiyon uygulamasında kullandıkları bölgeler karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 9). Floyd ve Meyer (2007) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin % 99' unun dorsogluteal bölgeyi, %97' sinin deltoid bölgeyi, %87' sinin vastuslateralis bölgesini, sadece %9' unun ventrogluteal bölgeyi intramüsküler enjeksiyon amacıyla kullandıklarını (Floyd ve Meyer 2007); Walsh (2011) yaptığı çalışmada hemşirelerin tercihen ventrogluteal bölge yerine dorsogluteal bölgeyi tercih ettiklerini belirtmiş ve yönetici hemşirelerin VG bölge kullanımını ve konfor seviyesini arttırmayı amaçlayan stratejiler geliştirilmesine odaklanması gerektiğini bildirmiştir (Walsh 2011). Yapılan çalışmalarda ventrogluteal bölgeye enjeksiyon uygulama oranının düşük olduğu görülmektedir. İntramüsküler enjeksiyon uygulamasında VG bölgenin tercih edilmemesinin ve VG bölge kullanımına ilişkin davranış değişikliğinin sağlanamamasının nedeni, hemşire ve ebelerin çalışma hayatı boyunca aldıkları eğitim doğrultusunda dorsogluteal bölgeyi kullanma alışkanlıklarına, hastaların da aynı şekilde enjeksiyon uygulamasında dorsogluteal bölgeye alışkın olmalarına ve ventrogluteal bölgeye uygulanması durumunda yanlış uygulama yapıldığı inancına sahip olmaları ile bu

bölgenin kullanımı konusunda kurum tarafından da hemşire ve ebelerin yeterli düzeyde teşvik edilmemesine bağlı olduğu söylenebilir. Nöro linguistik programlamanın hemşirelerin el yıkama konusunda davranış değişikliği üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada etkili olduğu bildirilmiştir (Şen 2014). Acaralı (2009)' nın keman eğitiminde, temel becerilerin kazanılmasında NLP tekniklerinden yararlanılmasının eğitime katkıları ve değişik yaş grupları üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla yaptığı çalışma sonucunda da deney grubuna uygulanan tekniğin, öğrencilerin keman çalabilme performansı üzerinde önemli ölçüde fark yarattığı saptanmıştır (Acaralı 2009). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Hemşirelerin ve ebelerin eğitim aldıkları dönemdeki bilgiler ile şu anki bilgilerin farklı olmasına, literatür bilgilerinin güncellenmesine bağlı olduğu, bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin alanlarındaki gelişmeleri yakından takip etmesi ve bilgilerini güncellemeleri gerektiği düşünülmektedir.

7.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; yaş grubu, çalışılan klinik, çalışma şekli gibi tanıtıcı özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı ve memnuniyet durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 10).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin yaş grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde en düşük bilgi düzeyine deney grubunda 46 yaş ve üstü yaş grubu, kontrol grubunda 18-25 yaş grubu hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; en yüksek bilgi düzeyine deney grubunda 46 yaş ve üstü yaş grubu, kontrol grubunda 26-35 yaş grubu hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Eğitim sonrasında deney grubunda en düşük bilgi düzeyine sahip hemşirelerin ve ebelerin

olmadığı, kontrol grubunda 46 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerin ve ebelerin en düşük bilgi düzeyine sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine deney ve kontrol grubundaki 18-25 yaş grubu hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 10). Walsh (2011) IM enjeksiyonda bölge seçiminin yaşa göre değiştiğini, 20-24 yaş grubu arasında (%66,7) ve 25-29 yaşları arasındaki (%28) genç hemşirelerin, tecrübeli hemşirelere göre IM enjeksiyonda VG bölgeyi daha çok tercih ettiklerini bildirmiş, eğitim için ana hedef kitlesinin 30 yaş ve üstü hemşire grubunun olmasını önermiştir (Walsh 2011). Eğitim öncesi dönemde 18-25 yaş grubundaki ebelerin ve hemşirelerin bilgi düzeyi düşükken, eğitim sonrası her iki grupta da belirtilen yaş grubunun bilgi düzeyinin en yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Bu durum, 18-25 yaş grubunun mezun olma süresinin yakınlığına, yaş ortalamasının daha düşük olmasından dolayı algı düzeyinin daha yüksek olmasına bağlı olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin cinsiyetlerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde en düşük bilgi düzeyine deney grubunda erkeklerin, kontrol grubunda kadınların sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine deney ve kontrol grubunda kadınların sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Eğitim sonrasında deney ve kontrol grubunda en düşük bilgi düzeyine sahip kadınların ve erkeklerin olmadığı, en yüksek bilgi düzeyine deney grubunda erkeklerin, kontrol grubunda kadınların sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 10). Bu bulgular doğrultusunda kadın hemşirelerin ve ebelerin bilgi düzeyinin erkek hemşirelere göre daha yüksek olmasının kontrol grubunda erkek hemşirelerin olmayışına bağlı olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitim durumunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde en düşük bilgi düzeyine deney grubunda lisansüstü mezunlarının, kontrol grubunda lise mezunlarının sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine deney grubunda lisans mezunlarının, kontrol grubunda lisansüstü mezunların sahip olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrasında deney grubunda en düşük bilgi düzeyine sahip hemşirelerin ve ebelerin olmadığı, kontrol grubunda en düşük bilgi düzeyine lisansüstü mezunların sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine deney grubunda lisansüstü mezunlarının, kontrol grubunda lisansüstü ve lise mezunlarının sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 10). Gülnar ve Çalışkan (2014) hemşirelerin çalıştığı hastane, öğrenim durumu, çalışılan klinik ile bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığını bildirmiştir (Gülnar ve Çalışkan 2014). Altıok ve ark (2007) sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin ve ebelerin intramüsküler enjeksiyona yönelik genel bilgi skorunun araştırma grubunun çalışma süresi ve meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı, eğitim açısından gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğunu, lisans mezunu olanlar, ön lisans mezunlarına göre konu ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olduğunu bildirmiştir (Altıok ve ark. 2007). Araştırma sonuçlarımız Gülnar ve Çalışkan' ın çalışma sonuçlarını desteklerken, Altıok ve ark.' nın yaptığı çalışma sonucu ile benzerlik göstermemektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin medeni durumunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde en düşük bilgi düzeyine deney grubunda boşanmış/eşi ölmüş, kontrol grubunda evli hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine deney ve kontrol grubunda evli hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim sonrasında deney grubunda en düşük bilgi düzeyine sahip hemşirelerin ve ebelerin olmadığı, kontrol grubunda en düşük bilgi düzeyine evli hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, deney ve kontrol grubunda en yüksek bilgi düzeyine bekâr hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 10). Eğitim öncesinde en yüksek bilgi düzeyine evli hemşireler ve ebeler sahip olsa da verilen eğitimin bekâr hemşirelerde ve ebelerde daha etkili olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çalıştıkları kliniklerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; eğitim öncesinde en düşük bilgi düzeyine deney

ve kontrol grubunda diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) kliniklerde çalışanların sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine deney grubunda dahili klinikte çalışanların, kontrol grubunda cerrahi klinikte çalışanların sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Eğitim sonrasında deney grubunda en düşük bilgi düzeyine sahip hemşirelerin ve ebelerin olmadığı, kontrol grubunda en düşük bilgi düzeyine diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) kliniklerde çalışanların sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine deney grubunda cerrahi klinikte çalışanların, kontrol grubunda dahili klinikte çalışanların sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 10). Gülnar (2012) hemşirelerin IM enjeksiyonda VG bölgeye ilişkin bilgilerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin bilgi puan ortalamasının (12,4±3,6) diğer bölümlere göre daha düşük olduğunu bildirmiştir (Gülnar 2012). Araştırma bulgularımız Gülnar'ın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Tedavi ve bakım girişimlerinin en yoğun olduğu acil serviste çalışan hemşirelerin ve ebelerin bu konuda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmamaları, acile gelen hasta grubunda uygulanan girişimlerin daha hızlı etki etmesi istendiğinden intravenöz uygulamaları daha sık uygulamalarına ve hasta sirkülasyonunun, yoğunluğun daha fazla olmasından dolayı literatürü yakından takip edememelerine bağlı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

7.6. Eğitimden Bir Ay Sonra Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelerin ve Ebelerin Ventrogluteal Bölge Kullanımı Beceri Düzeyi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puanları ile karşılaştırılması incelendiğinde; beceri puan ortalamaları deney grubunda 92,29±4,39, kontrol grubunda 92,22±4,29 olup, hem deney hem de kontrol grubunun 93,75 beceri puan ortalamasına sahip olduğu saptandı. Eğitimden bir ay sonra deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 11). Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin ventrogluteal bölge beceri düzeylerinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamalarının değerlendirilmesi incelendiğinde; yaş grubu, çalışılan klinik, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi tanıtıcı özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 12). Araştırmadan çıkan sonuç; hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin beceri düzeyine etkisinin olmadığı söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin yaş grubunun eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına deney ve kontrol grubunda 36-45 yaş grubundaki hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına deney ve kontrol grubunda 26-35 yaş grubundaki hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 12). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen, genç hemşirelerin tecrübeli hemşirelere göre beceri düzeyi puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Acaralı (2009) keman eğitiminde, temel becerilerin kazanılmasında NLP tekniklerinden yararlanılmasının eğitime katkıları ve değişik yaş grupları üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla ilköğretim okulunda eğitim gören üç ayrı yaş grubundaki öğrencilerle yaptığı çalışmada üç ayrı yaş grubunda da temel becerileri gerçekleştirebilme düzeylerini olumlu yönde etkilediği belirlemiştir (Acaralı 2009). Walsh (2011) IM enjeksiyonda bölge seçiminin yaşa göre değiştiğini, %66,7' sinin (n=8) 20-24 yaş grubu arasında ve %28' inin (n=14) 25-29 yaşları arasındaki genç hemşirelerin, tecrübeli hemşirelere göre IM enjeksiyonda VG bölgeyi daha çok tercih ettiklerini bildirmiştir (Walsh 2011). Araştırma bulgularımız Walsh' un yaptığı çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Genç hemşirelerin ventrogluteal bölge kullanımına yönelik beceri düzeyinin tecrübeli hemşirelere göre daha iyi olmasının IM enjeksiyon uygulamasındaki alışkanlıklarını değiştirmeye daha açık olmalarına ve mezuniyet süresi daha yakın olduğu için literatürü daha yakından takip etmelerine bağlı olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin cinsiyetlerinin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda erkeklerin, kontrol grubunda kadınların sahip olduğu, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına deney ve kontrol grubunda kadın hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 12). Araştırmadan çıkan sonuca göre kadın hemşirelerin ve ebelerin erkeklere göre beceri düzeyinin daha yüksek olması, kontrol grubunda erkek olmamasına bağlı olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitim durumunun eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda ön lisans mezunlarının, kontrol grubunda lisans mezunu hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda lisans mezunlarının, kontrol grubunda ön lisans mezunu hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin medeni durumunun eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda evli hemşirelerin ve ebelerin, kontrol grubunda bekâr hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda boşanmış/eşi ölmüş, kontrol grubunda evli, boşanmış/eşi ölmüş hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çalıştıkları kliniklerin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda dahili, cerrahi ve diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) kliniklerde çalışanların, kontrol grubunda cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda dahili,

cerrahi ve diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) kliniklerde çalışanların, kontrol grubunda diğer (acil servis, poliklinik ve palyatif bakım) kliniklerde çalışan hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çocuk sayılarının eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda iki çocuk sahibi olanların, kontrol grubunda çocuğu olmayanların sahip olduğu, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda üç çocuk sahibi olanların, kontrol grubunda iki çocuk sahibi olan hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin çalışma şekillerinin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına hem deney hem de kontrol grubunda hasta merkezli çalışanların, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına hem deney hem de kontrol grubunda iş merkezli çalışan hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 12).

Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin memnuniyet durumlarının eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; en düşük beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda memnunum cevabını verenlerin, kontrol grubunda hiç memnun değilim cevabını verenlerin, en yüksek beceri düzeyi puan ortalamasına deney grubunda çok memnunum cevabını verenlerin, kontrol grubunda memnunum cevabını veren hemşirelerin ve ebelerin sahip olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 12).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Araştırmanın bulgularından elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Deney ve kontrol grubunun ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında grupların eğitim sonrası değişim puanları ve eğitim öncesi değişim puanları arasındaki fark değerlendirildiğinde; deney grubunun ortalama toplam değişim puanı, kontrol grubunun ortalama toplam değişim puanı arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Bu sonuç H_1 hipotezini desteklememektedir.
- Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; yaş grubu, çalışılan klinik, çalışma şekli açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). Bu sonuç H_2 hipotezini desteklemektedir.
- Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma süresi, memnuniyet düzeyi, çocuk sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Bu sonuç H_2 hipotezini desteklememektedir.
- Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puan ortalamalarının değerlendirilmesi incelendiğinde; yaş grubu, çalışılan klinik, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi tanıtıcı özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Bu sonuç H_3 hipotezini desteklememektedir.
- Deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ve ebelerin eğitimden bir ay sonra ventrogluteal bölge kullanımı beceri düzeyi puanları ile karşılaştırılması incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Bu sonuç H_4 hipotezini desteklememektedir.

8.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır.

1) Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin eğitim sürecinde öğrencilerin öğrenme stilleri/temsil sistemlerine göre eğitim sunumunun hazırlanması,
2) Hemşirelik ve ebelik öğrencilerine IM enjeksiyonlarda ventrogluteal bölge kullanımı ile ilgili verilen demonstrasyon sayısının arttırılması ve alanlarda bire bir öğrencilere bu uygulamanın gösterilmesi,
3) Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin IM enjeksiyon uygulamalarında ventrogluteal bölge kullanımına teşvik edilmesi ve öneminin vurgulanması,
4) Sağlık çalışanlarının yıllık hizmetiçi eğitim planına bu konunun eklenmesi, eğitimlerde NLP teknikleri kullanılarak eğitim sunumunun hazırlanması ve bu alandaki yeniliklerin tartışılması,
5) Sağlık çalışanlarının intramüsküler enjeksiyon uygulamasına ilişkin son yenilikleri yakından takip etmesi,
6) Kliniklerdeki sağlık çalışanlarının, eğitim hemşireleri ile birlikte ventrogluteal bölge kullanımını uygulaması,
7) Ventrogluteal bölgeye enjeksiyon uygulanması durumunda, hastaların yanlış bölgeye enjeksiyon uygulandığına ilişkin endişelerini (yanlış inançlarını) azaltmak/yok etmek amacıyla uygulama öncesi bu bölgenin avantajları konusunda eğitim verilmesi,
8) Yeni mezun hemşirelerin oryantasyon eğitimlerine bu konunun eklenmesi,
9) Lisans eğitim müfredatında ventrogluteal alana ilişkin enjeksiyon uygulamasına daha fazla ağırlık verilmesi,
10) Benzer araştırmanın farklı ve daha geniş bir örneklem grubu ile daha önce NLP eğitimi almış kişilerle çalışılması ve sonraki çalışmalarda NLP ile verilen eğitim sayısının arttırılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Acaralı AB. Keman Eğitiminde Temel Becerilerin Kazanılmasında NLP Teknikleri. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Öğr. Gör. Z. Barut).

Ağaç E, Güneş ÜY. Effect On Pain Of Changing The Needle Prior To Administering Medicine Intramuscularly: A Randomized Controlled Trial. Journal of Advanced Nursing. 2011; 67(3): 563–568.

Akbayrak N. Parenteral Yol İle İlaçların Verilmesi. Hemşirelik Esasları. 8. Baskı, Damla Matbaacılık Rek. ve Yay. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2000, s: 227-252.

Aksayan S, Emiroğlu NO. Araştırma Tasarımı. İçinde: Erefe İ, eds. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. 3. baskı, Odak Ofset, Ankara; 2004, s: 65-122.

Aktürk Z, Acemoğlu H. Sağlık Çalışanları İçin Araştırma ve Pratik İstatistik. 2. baskı. Anadolu Matbaası, İstanbul; 2011.

Alan N, Khorshid L. Fakülte Mezunu Hemşirelerin Lisans Eğitimine İlişkin Görüşlerinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 18(2): 87-93.

Alder, H. NLP For Managers Çeviren: Tevfik Ertan. Yöneticiler İçin NLP. 2. baskı, Sistem Yayıncılık ve Mat. San. Tic. A.Ş., İstanbul; 2001.

Alder, H. NLP: Neuro Linguistic Programming Çeviren: Zarife Biliz. NLP: Yüksek Performansa Ulaşmanın Yeni Bilimi ve Sanatı. 2. basım, Sistem Yayıncılık A.Ş., İstanbul; 2013.

Altıok M, Kuyurtar F, Gökçe H, Taşdelen B. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İntramuskuler Enjeksiyonuna Yönelik Bilgileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2(4): 69-84.

Aslan MM. Kurum İçi Halkla İlişkilerin Geliştirilmesinde NLP' nin Rolü. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı

Araştırma Yöntemleri Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Konya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. K. Canöz).

Aydemir ÇAB. İşletmelerde Hedef Belirleme ve Etkili İletişimde NLP. Yönetim Bilimleri Dergisi. 2010; 8(1): 95-116.

Aytaç S. İş Yaşamında Başarının Sırrı: NLP Tekniği. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2000; 2(1).

Bardak KA. NLP Temelli Bir Öğretim Programının "Madde Analizi" Konusunun Öğretiminde Öğrencilerin Akademik Başarısına Etkisi (Fırat Üniversitesi Örneği). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Elazığ (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ç. Semerci).

Beyea SC, Nicholl LH. Administration of Medications Via The Intramuscular Route: An Integrative Review of The Literature and Research-Based Protocol For The Procedure. Applied Nursing Research. 1995; 5(1): 23-33.

Bilasa P. NLP (Neuro Lınguistic Programming) (Beyin Dili Programlaması) Pratisyenlik Eğitim Programının Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Programları ve Öğretim Bilim Dalı (Program Geliştirme Programı), Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Prof. Dr. T. Gürkan).

Bulut Y, Ülger Z, Bulut S, Egemen A. Gluteal İntramusküler İlaç Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Düşük Ayak: Bir Vaka Takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2007; 50: 193-198.

Bulut M. Beyin Temelli Öğrenme Yaklaşımının Türkçe Öğretimine Etkisi. International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2014; 9(3): 293-309.

Burbridge EB. Computed Tomographic Measurement of Gluteal Subcutaneous Fat Thickness in Reference to Failure of Gluteal Intramuscular Injections. Can J Assoc Radiol. 2007; 58(2):72–75.

Cocoman A, Murray J. Recognizing the evidence and changing practice on injection site. British Journal of Nursing. 2010; 19(18): 1170-1174.

Cornwall J. Are Nursing Students Safe When Choosing Gluteal Intramuscular Injection Locations?. Australasian Medical Journal. 2011; 4(6): 315-321.

Çağan E, Çağan HH, Şan M. İntramusküler Enjeksiyon Sonrası Escherichia Coli'nin Neden Olduğu Uyluk Apsesi ve Yaygın Pannikülit: Olgu Sunumu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2015; 49(2): 155-158.

Çalışkan S. Satış Yönetiminde Müşteri İlişkilerinin Geliştirilmesi ve NLP (Zihin Dili Programlaması) Tekniğinin Bir Satış Eğitim Modeli Olarak Uygulanabilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ö. Usta).

Dağlı D. Hemşirelikte Hizmet İçi Eğitimlerin Performansa Etkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Kitapçı).

Demir S, Bingül H. İlköğretim Öğrenci ve Velilerinin Nöro Linguistik Programlamanın (NLP) Sınıf İçinde Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2007; 6(19): 224-232.

Demiralp M, Ünver V, Güvenç G, Şengün G, Üstünsöz A, Akyüz A, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Hemşirelikte Lisans Programını Değerlendirme Ölçeği (HLPDÖ): Geliştirilmesi, Geçerliği, Güvenirliği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014; 11(2): 22-29.

Dilts, R. Sleight Of Mouth. Çeviren: A. Volkan Çubukçu. Dil İllüzyonları. 5. baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul; 2014.

Dinç L. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. İçinde: Aştı TA, Karadağ A, eds. Parenteral İlaçlar. Adana Nobel Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana; 2011, s: 693-761.

Engstrom JL, Giglio NN, Takacs SM, Ellis MC, Cherwenka DI. Procedures Used To Prepare And Administer Intramuscular Injections: A Study Of İnfertility Nurses. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing. 2000; 29(2): 159-168.

Filinte GT, Akan M, Filinte D, Gönüllü ME, Aköz T. Gluteal Enjeksiyonlar; Düşündüğümüz Kadar Masum Mu? Olgu Sunumu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2010; 21(2): 89-93.

Floyd S, Meyer A. Intramuscular injections - what's best practice. Why is there such a gap between what is taught in nursing schools about the best sites end technique for intramuscular injections and what actually happens in practice? Two nurses decided to find out. Kai Tiaki: Nursing New Zealand. 2007; 13(6): 20-22.

Genç D. Subkütan Enjeksiyon Konusunun Öğretiminde İki Farklı Yöntemin Öğrenci Başarısına Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. D. Bulut).

Greenway K. Rituals In Nursing: Intramuscular Injections. Journal of Clinical Nursing. 2014; 23: 3583–3588.

Greenway K. Using The Ventrogluteal Site For Intramuscular Injection. Nursing Standard. 2004; 18(25): 39-42.

Gülnar E. Hemşirelerin İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölgenin Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Çalışkan).

Gülnar E, Çalışkan N. Hemşirelerin Ventrogluteal Bölgeye İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(2): 70-77.

Gün N. NLP Zihninizi Kullanma Kılavuzu. 43. baskı, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul; 2015.

Günenç E. NLP (Nöro Linguistik Programlama) Eğitiminin Sağlık Yöneticilerinin İletişim Tarzı, Sözsüz İletişim Düzeyi ve Kişiler Arası İletişim Süreci Üzerindeki Etkileri (Tire Devlet Hastanesinde Bir Uygulama). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Dr. Z. A. Bulut).

Güneş ÜY, Zaybak A, Biçici B, Çevik K. Hemşirelerin İntramüsküler Enjeksiyon İşlemine Yönelik Uygulamalarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(4): 84-90.

Güneş ÜY, Zaybak A, Tamsel S. Ventrogluteal Bölgenin Tespitinde Kullanılan Yöntemin Güvenilirliğinin İncelenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 12(2): 1-8.

Hopkins U, Arias YC. Large-Volume IM Injections: A Review Of Best Practices. Oncology Nurse Advisor. 2013; January/ February: 32-37.

Hunter J. İntramuscular injection techniques. Nursing Standard. 2008; 22(24): 35-40.

İnan D, Üstünlüoğlu E. Connecting NLP And Poetry Writing In The Language Class. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; 2: 57-67.

Kadıoğlu HH. İlaç Enjeksiyonuna Bağlı Siyatik Sinir Yaralanması: Bir Komplikasyon Mudur?. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2004; 36: 65-70.

Kara D, Uzelli D, Karaman D. Using Ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a Priority or an Alternative?. International Journal of Caring Sciences. 2015; 8(2): 507-513.

Kara D. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamalarında Ekstremitelerin İnternal Rotasyonunun ve ‘‘Z Yolu Tekniği’’ nin Ağrı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ü. Y. Güneş).

Kara D. İntramüsküler Enjeksiyona Bağlı Gelişen Ağrının Azaltılmasına Yönelik Yöntemler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(2): 275-289.

Kaya N, Palloş A. Parenteral İlaç Uygulamaları. İçinde: Aştı AT, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 2. 1. baskı, Akademi Basım ve Yayıncılık, İstanbul; 2014, s: 767-817.

Kaya N, Turan N, Palloş AÖ. Dorsogluteal Bölge İntramusküler Enjeksiyon Uygulamak Amacıyla Kullanılmamalı Mı?. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(2): 146-153.

Kondu C. Herkes İçin NLP. Beyin Gücü Kişisel Gelişim - Zeka & Hafıza Geliştirme-Sınavlara Hazırlık ve Yabancı Dil Öğrenme Dergisi. İstanbul; 2010.

Kozanlı S. NLP İle Öğrenmeyi Öğrenmek ve Başarmak. 1. basım, Sentez Yayın ve Dağ. Eğitim ve Öğretim Kur. Tic. ve San. A.Ş., Bursa; 2008.

Küçükahmet L. Öğretim İlke ve Yöntemleri. 26. basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2014.

Mert A. Erdemir Eğitim Merkezi Tarafından Verilecek Eğitimlerde NLP (Neuro Linguistic Programming)' nin Yetişkin Eğitimlerinde Kullanılması. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Programları ve Öğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Zonguldak (Danışman: Yrd. Doç. R. Yurt).

Mishra P, Stringer MD. Sciatic Nerve Injury From Intramuscular Injection: A Persistent and Global Problem. International Journal of Clinical Practice. 2010; 64(11): 1573–1579.

Nicoll LH, Hesby A. Intramuscular Injection: An Integrative Research Review And Guideline For Evidence-Based Practice. Applied Nursing Research. 2002; 15(3): 149-62.

O'Conor J. NLP Workbook Çeviren: Savaş Şenel. NLP Çalışma Kitabı. 1. baskı, Arıtan Yayınevi, İstanbul; 2014.

O'Conor J, McDermott I. Principle Of NLP Çeviren: Demet Uyar Ezerler. NLP' nin İlkeleri. 2. basım, Sistem Yayıncılık ve Mat. San. Tic. A.Ş., İstanbul; 2002.

Öçal H. Kas İçi Enjeksiyonlarda Ağrı, Kanama ve Hematom Gelişimi Açısından Dorsogluteal ve Ventrogluteal Bölgelerin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. G. Karabacak).

Özdemir L, Pınarcı E, Akay NB, Akyol A. Effect of Methylprednisolone Injection Speed on the Perception of Intramuscular Injection Pain. Pain Management Nursing. 2013; 14(1): 3-10.

Özmen F, Aslan C. Sinir Dili Programlamanın (SDP) Eğitim Yönetimi ve Denetiminde Kullanılması. e-Journal of New World Sciences Academy,2008; 3(2): 226-237.

Pekar M. NLP Tekniğinin Oyunculuk Üstündeki Etkisi. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, , Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Ç. K. Sarıkartal).

Penirci G. Yetişkin Eğitimi Kurslarının Yetişkin Eğitimi ve Yetişkin Öğrenen İlke ve Özelliklerine Göre İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Halk Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. O. Ural).

Potter AP, Perry AG, Stockert AP, Hall MA. Fundamentals of Nursing. 8th Ed. St. Lous Missouri: Mosby Inc. Canada; 2013.

Robbins A. Kişisel Başarıda Zirveye Ulaşmanın Yolu Sınırsız Güç. Çeviren: Dr. Mehmet Değirmenci. 25. basım, İnkılap Kitabevi Yayın Sanayi ve Ticaret AŞ, İstanbul; 2008.

Rodger MA, King L. Drawing Up and Administering Intramuscular Injections: A Review Of The Literature. Journal of Advanced Nursing. 2000; 31(3): 574-582.

Sağkal T, Edeer G, Özdemir C, Özen M, Uyanık M. Hemşirelik Öğrencilerinin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamalarına Yönelik Bilgileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 17(2): 80-89.

Sharif S, Aziz ARE. Application Of Neuro-Linguistic Programming Techniques To Enhance The Motivation Of At-Risk Student. IJAEDU- International E-Journal of Advances in Education. 2015; 1(1): 42-48.

Soysal Y. Aşırı Kilo ve Obezite Sorunu Yaşayan Bireylerde Egzersiz ve NLP Uygulamalarının Yeme Tutumlarına Etkisinin Karşılaştırılması. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Öğretmenliği Anabilim Dalı Sporda Psikososyal Alanlar Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Manisa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Çamlıyer).

Süzen B, Ay F. İlaç Uygulamaları. İçinde: Ay F, eds. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 5. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2013 s: 422-509.

Şahin M. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulanan Erişkin Hastalarda Buzzy® Uygulamasının Ağrı ve Enjeksiyon Memnuniyetine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Prof. Dr. İ. Eşer).

Şen S. "Hemşirelerde El Hijyeni Davranışlarının Kazanılmasında Nöro Linguistik Programlama (NLP) Tekniklerinin Etkisi''. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. H. Kaya).

Şendir M, Doğan P. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyonun Kullanımı: Sistematik İnceleme. F.N. Hem. Derg. 2015; 23(1): 49-56.

Taşpınar M, Semerci N, Semerci Ç, Güney K. NLP İlkelerinin Öğrenci Algısına ve Başarısına Etkisi. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2007; 2: 45-55.

Taştan K, Set T, Çayır Y. Nöro Linguistik Programlama ve Aile Hekimliğinde Kullanımı. Konuralp Tıp Dergisi. 2014; 6(3): 63-66.

Tat M. Zihin Dili Programlaması (NLP)' nın Kişisel Gelişim ve Kişilerarası İletişim Üzerindeki Etkileri (NLP Eğitimlerinin Kişisel Gelişim, Örgütlerde Kişilerarası İletişim ve Performans Geliştirme Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bir Araştırma). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2007, İzmir (Danışman: Prof. Dr. D. Gürbüz).

Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Seventh Edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Tepiroğlu ÇA. Sinir-Dilsel Programlama (NLP) Destekli Dil Öğretme-Öğrenme Modeli. Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yabancı Diller Eğitimi Anabilim Dalı Yabancı Dil (İngilizce) Öğretimi Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Erözden).

Tokgözlü ŞZ. Arapça Öğretimine Yönelik NLP İlkelerine Dayalı Etkinlik Önerileri. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yabancı Diller Eğitimi Anabilim Dalı Arap Dili Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Doç. Dr. N. Ceviz).

Topal FE, Yıldırım B. The Assessment Of Distances Of Intramüsküler Injection Location From Some Landmarks In The Students Of Muğla School Of Health Sciences. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2014; 36: 206-213.

Tuğrul E, Denat Y. Hemşirelerin Ventrogluteal Alana Enjeksiyon Uygulamaya İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(4): 275-284.

Ulusoy F, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. İçinde: İlaçların Uygulanması. Cilt 1. Çağın Ofset, Ankara; 1995 s: 165-200.

Uysal FG. Örgütsel İletişimde Nöro Linguistik Programlama (NLP) ve Bir Uygulama. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı

Yönetim-Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi, 2007, Bursa (Danışman: Prof. Dr. M. Tüz).

Ünal V, Ünal EÖ, Emir A, Özer Y, Çağdır S. Enjeksiyon Nöropatisi Olgularına Adli Tıbbi Yaklaşım. Adli Tıp Bülteni. 2015; 20(1): 14-20.

Walsh L, Brophy K. Staff nurses' sites of choice for administering intramuscular injections to adult patients in the acute care setting. Journal of Advanced Nursing. 2011; 67(5): 1034-1040.

Walters M, Furyk J. Nurse Education In a Resource Limited Environment: An Evaluation of An Educational Teaching Package on Intramuscular Injections, In Blantyre, Malawi. Nurse Education in Practice. 2010; 10: 256–261.

Workman B. Safe injection techniques. Nursing Standard. 1999; 13(39): 47-53.

Yavuz DE, Karabacak Ü. İntramüsküler Enjeksiyonda Neden Ventrogluteal Bölgeyi Tercih Etmeliyiz?. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011; 2: 81-88.

Zaybak A, Güneş Ü.Y, Tamsel S, Khorshid L, Eşer İ. Does obesity prevent the needle from reaching muscle in intramuscular injections?. Journal of Advanced Nursing. 2007; 58(6): 552-556.

10. EKLER

EK 1: Hemşire ve Ebe Tanıtım Soru Formu

EK 2: Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri

EK 3: Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu

EK 4: İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölge Kullanımı İşlem Basamakları Gözlem Formu

EK 5: Eğitim Broşürü

EK 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 7: NLP Eğitim Sertifikası

EK 8: Araştırmanın Yapılacağı Kurum İzni

EK 9: Etik Kurul Onay Yazısı

EK 10: Uzman ve Hemşire Görüşü Kişi Listesi

EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi

EK 12: NLP Teknikleriyle Hazırlanmış IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi

EK 1: Hemşire ve Ebe Tanıtım Soru Formu

Tarih:

Anket No:

1. Çalıştığınız Klinik ……
2. Çalıştığınız Birim ( ) Servis ( ) Yoğun bakım ( ) Diğer……..
3. Kaç yaşındasınız? .....
4. Cinsiyetiniz ? 1. Kadın 2. Erkek
5. Eğitim Durumunuz nedir ?
    1. Lise
    2. Önlisans
    3. Lisans
    4. Lisansüstü
6. Medeni durumunuz nedir ? 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış
7. Çocuğunuz var mı ? 1) Yok 2) Bir tane 3) İki tane 4) Üç tane 5)Diğer …..
8. Ne kadar süredir hemşire olarak çalışıyorsunuz ? …….
9. Gündüz/Gece kaç hastaya bakım veriyorsunuz ? ……..
10. Günde kaç saat çalışıyorsunuz ? …….
11. Çalışma şekliniz nedir ? 1) Hasta merkezli 2) İş merkezli
12. Genel olarak yaptığınız işten memnun musunuz ?

1. Hiç memnun değilim
2. Memnun değilim
3. Şöyle böyle memnunum
4. Memnunum
5. Çok memnunum

EK 2: Hemşirelerin ve Ebelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri

1. Günde kaç kez intramüsküler enjeksiyon uyguluyorsunuz? .....
2. İntramüsküler enjeksiyon uygulaması için en çok hangi bölgeyi kullanırsınız?
   a. Dorsogluteal Bölge b. Ventrogluteal Bölge
   c. Vastus Lateralis Kası d. Deltoid Kas e. Rektus Femoris Kası
3. İntramüsküler enjeksiyon uygulaması için en az hangi bölgeyi kullanırsınız?
   a. Dorsogluteal Bölge b. Ventrogluteal Bölge
   c. Vastus Lateralis Kası d. Deltoid Kas e. Rektus Femoris Kası
4. İntramüsküler enjeksiyonda ventrogluteal bölgeyi kullanıyor musunuz?
   a.Evet b.Hayır
5. Hayır ise kullanmama nedeniniz nedir?
   yazınız .....
6. İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarında sizce en güvenli bölge neresidir? yazınız…….
7. İntramüsküler enjeksiyon uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
   a.Evet b.Hayır
8. İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarında Hava Kilidi Tekniğini kullanıyor musunuz?
   a.Evet b.Hayır
9. İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarında Z Tekniğini kullanıyor musunuz?
   a.Evet b.Hayır
10. Ventrogluteal bölge tespiti konusunda okulunuzda demonstrasyon yaptınız mı?
    a.Evet b.Hayır
11. İntramüsküler enjeksiyon uygulamaları konusunda en son ne zaman eğitim aldınız? yazınız .....
12. İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarının daha güvenli olması için önerileriniz nelerdir? yazınız …….....

EK 3: Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu

Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgiler	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1. Ventrogluteal bölge Gluteus Medius ve Gluteus Minimus kaslarından oluşan kalça bölgesidir.			
2. Eğer hastanın sağ kalçası kullanılacaksa sağ el ayası, sol kalça kullanılacaksa sol elin ayası femur başına yerleştirilir.			
3. Ventrogluteal enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir.			
4. Enjeksiyon bölgesinin saptanması için hemşire el ayasını femurun büyük trokanterine yerleştirir.			
5. Major sinirler, büyük kan damarlarından uzakta ve derinde olduğu için hastalar için güvenlidir.			
6. Ventrogluteal bölge kullanımında fibrozis, sinir zedelenmesi, apse, doku nekrozu, kas kontraksiyonu, ağrı gibi komplikasyonlar sık görülmektedir.			
7. Enjeksiyon yerindeki doku başparmak ve işaret parmağı ile kavranır.			
8. Kas dokusu dorsogluteal bölgeye göre daha kalındır ve subkutan yağ dokusu daha incedir.			
9. Ventrogluteal bölge yedi aylıktan büyük süt çocuğu dahil tüm yaş gruplarında birincil enjeksiyon bölgesidir.			
10. İntramüsküler enjeksiyonlarda en az ağrılı bölge ventrogluteal bölgedir.			
11. Enjeksiyon yeri antiseptik bir tamponla enjeksiyon yerinden dışa doğru 5 cm çapında dairevi şekilde silinir.			
12. Çok şişman (obez yada aşırı kilolu) hastalar için en uygun bölge ventrogluteal bölgedir.			
13. Hastaya her pozisyonda VG bölge enjeksiyonu yapılabilir.			
14. Ventrogluteal bölge fekal kontaminasyon riski olan bir bölgedir.			
15. Ventrogluteal bölge hayali çizgiler kullanılarak, dorsogluteal bölge ise kemik yapılar palpe edilerek tespit edilir.			
16. Hastaya enjeksiyon uygulaması sırasında derin nefes alıp-vermesi söylenir.			
17. Ventrogluteal bölge uygulamasında 45˚ lik açıyla enjeksiyon yapılır.			
18. Ventrogluteal bölge kaşektik hastalarda kullanılabilir.			
19. Ventrogluteal bölgede aspirasyon yapılmaz.			
20. Enjeksiyonda aspirasyon sonrası kan geldiğinde ilaç uygulanmaz ilaç yeniden hazırlanır, iğne ucu değiştirilerek enjeksiyon yapılır.			
21. Z Tekniği uygularken iğne doku içine girdikten sonra, yana kaydırdığım doku bırakılır ve ilaç enjekte edilir.			
22. Enjeksiyon yapıldıktan sonra 10 sn beklenir.			
23. Hastaya 20 saniyede bir mililitre ilaç verilecek şekilde uygulanır.			
24. Tahriş edici ve yağlı solüsyonların uygulanmasında ventrogluteal bölge önerilmemektedir.			
25. Z Tekniği uyguladıktan sonra masaj uygulanır.			
26. VG bölgede hava kilidi kullanılmaz.			
27. 2 yaşın altındaki çocuklarda 1 ml den fazla ve yenidoğanlara 0,5 ml' den fazla ilaç verilmez.			
28. Ventrogluteal bölgeye maksimum 1-3 ml ilaç uygulanır.			
29. Tahriş edici ve yağlı solüsyonların uygulanmasında hava kilidi önerilmektedir.			
30. Ventrogluteal enjeksiyon uygulamalarında hastanın yatış şekline göre pozisyon verilmez.			

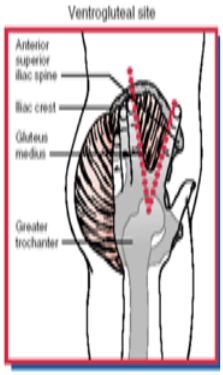
EK 4: İntramüsküler Enjeksiyonda Ventrogluteal Bölge Kullanımı İşlem Basamakları Gözlem Formu

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYONDA VENTROGLUTEAL BÖLGE KULLANIMI İŞLEM BASAMAKLARI GÖZLEM FORMU	EVET	HAYIR
1.Eller yıkanır.		
2.Gerekli araç gereç hazırlanır.		
3. Ampul ya da flakondan ilaç doğru yöntemle enjektöre çekilir.		
4. Enjektöre 0,2-0,5 ml hava çekilerek hava kilidi oluşturulur.		
5. Hasta dosyasından kimlik bilgileri, hekim isteği tekrar kontrol edilir.		
6. İşlem hastaya açıklanır ve işbirliği sağlanır.		
7. Hastanın adı soyadı ile hitap ederek doğru hasta olduğundan emin olunur.		
8. Hastanın güvenliği ve gizliliği sağlanır.		
9. Eldiven giyilir.		
10. Enjeksiyon bölgesi rahatlıkla görülebilecek biçimde hastanın giysileri çıkarılır.		
11. Enjeksiyon uygulanacak alanda nodül yada kitle olup olmadığını palpe edilerek kontrol edilir.		
12.Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir.		
13.Hastaya enjeksiyon uygulaması için uygun pozisyon verilir (Lateral yada Supine).		
14. Hastanın sağ kalçası kullanılacaksa sol elin ayası, sol kalça kullanılacaksa sağ elin ayası femur başına; işaret parmağını anterior superior ilyak spinaya, baş parmak hastanın kasığını, diğer parmaklar başını gösterecek şekilde yerleştirilir.		
15.Bölge antiseptik solüsyonlu pamuk ile merkezden dışa doğru dairesel tek bir hareketle yaklaşık beş santimetre çapında daire oluşturularak silinir ve bölgenin kuruması beklenir.		
16.Yeni bir kuru pamuk hazırlayarak aktif olmayan elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştir.		
17.İğne kılıfı, iğne ucunun sterilliğini bozmadan çıkarılır.		
18.Silinen bölgeye dokunmadan, pasif elin baş ve işaret parmağı ile belirlenen bölge üzerindeki deri gerdirilir.		
19.Hastaya derin nefes alıp-vermesi söylenir. (Dikkati başka yöne çekilerek kasların gevşemesi sağlanır)		
20. İğne 90˚ lik açı ile tek bir harekette, hızlı ve düzgün bir biçimde doku içine batırılır.		
21. İğnenin girişinden sonra doku serbest bırakılır.		
22. Aktif el ile enjektör sabit bir şekilde hareket ettirilmeden tutulur (ya da İğne doku içine girdikten sonra, aktif olmayan el yavaşça çekilir ve piston tutulur(El Değiştirme))		
23. Eğer Z tekniği uygulanacaksa; Cildi yana kaydıran aktif olmayan elin baş ve işaret parmağı ile enjektör tutulur ve aktif el ile pistonu tutulur. İlaç verildikten sonra iğne çıkarılır çıkarılmaz doku serbest bırakılır ve kanal boyunca kırık bir çizgi oluşması sağlanır.		
24. Piston aktif olmayan el ile hafifçe geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılır.		
25. Eğer kan aspire edilmişse, iğne dokudan çıkarılır ve yeni bir ilaç hazırlanır.		
26. Eğer kan aspire edilmemiş ise ilaç doku içine yavaş yavaş verilir. (10 sn' de 1 cc olacak şekilde)		
27. İlaç verildikten sonra 10 saniye beklenir.		
28. Tek bir hareketle iğne dokudan çıkarılır ve kuru pamuk iğnenin girdiği yere yerleştirilir ve hafifçe basınç uygulanır.		
29. Hastaya rahat bir pozisyon verilir.		
30. Atılabilir araç gereç uygun şekilde imha edilir, diğer araç gereçler kaldırılır ve eller yıkanır.		
31. İlacın adı, dozu, veriliş yolu ve saati hemşire gözlem formuna kaydedilir.		

EK 5: Eğitim Broşürü

VENTROGLUTEAL BÖLGEYE ENJEKSİYON NASIL TESPİT EDİLİR?

- Hemşire, hastanın sağ kalçası kullanılacaksa sol eli, sol kalça kullanılacaksa sağ elin ayasını femur başına; baş parmak hastanın kasığını, diğer parmaklar başını gösterecek şekilde yerleştirilir.
- İşaret parmağını anterior superior iliyak spinaya yerleştirilir.
- Orta parmak mümkün olduğu kadar iliyak kristaya doğru açılır.
- İşaret ve orta parmak arasındaki bölge uygulama alanıdır.



VENTROGLUTEAL BÖLGEYE I.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

1. Hasta dosyasından kimlik bilgilerini, hekim isteğini tekrar kontrol et.
2. Hastaya uygulama hakkında bilgi ver.
3. İşlem için hastadan izin al.
4. Malzemeler için uygun ve temiz alan seç ve malzemeleri yerleştir.
5. Hastaya ismi ile hitap ederek doğru hasta olduğundan emin ol.
6. Mahremiyeti koruyucu önlemler al.
7. Eldiven giy.
8. Enjektörü, aktif olan elin baş ve işaret parmakları arasında kalem gibi tut.
9. Hastanın giysilerini enjeksiyon bölgesini iyice görebileceğin biçimde aç.
10. Enjeksiyon uygulanacak alanda nodül yada kitle olup olmadığını palpe ederek kontrol et.
11. Hastanın sağ kalça kullanılacaksa sol eli, sol kalça kullanılacaksa sağ elin ayasını femur başına; baş parmak hastanın kasığını, diğer parmaklar başını gösterecek şekilde yerleştir.
12. İşaret parmağını anterior superior iliyak spinaya yerleştir.
13. Orta parmak mümkün olduğu kadar iliyak kristaya doğru aç.
14. İşaret ve orta parmak arasındaki bölge uygulama alanıdır.
15. Bölgeyi batikon yada alkol emdirilmiş pamuk ile dairesel tek bir hareketle yaklaşık beş santimetre çapında daire oluştur.
16. Yeni bir alkollü yada batikonlu pamuk hazırlayarak aktif olmayan elin yüzük parmağı ile küçük parmağ arasına yerleştir.
17. İğne kılıfını, iğne ucunun sterilliğini bozmadan çıkar.
18. Batikon yada alkol ile silinen bölgenin kurumasını bekle.
19. Silinen bölgeye dokunmadan, bastırılmayan el ile belirlenen bölge üzerindeki deriyi baş parmak ve işaret parmağı arasında gerdir ve hafifçe bastır.
20. Hastaya derin nefes alıp-vermesini söyle.
21. Enjektörü 90° tutarak tek bir hareketle, hızlı biçimde doku içine batır.
22. İğne doku içine girdikten sonra, aktif olmayan eli yavaşça çek ve pistonu tut (El Değiştirme)
23. Eğer Z tekniği uygulanacaksa;
24. Cildi yana kaydıran aktif olmayan elin baş ve işaret parmağı ile enjektörün alttaşını tut ve aktif el ile pistonu tut.
25. Pistonu aktif olmayan el ile hafifçe geri çek ve alttaşın içine kan gelip gelmediğini sözle.
26. Eğer kan aspire edilmişse iğneyi hemen çek, iğneyi değiştir.
27. İlaç içine kan girmiş ise ilacı tekrar hazırla.
28. Eğer kan aspire edilmemiş ise ilacı yavaşça ver.
29. İlaç verildikten sonra 10 saniye bekle.
30. Diğer alkollü yada batikonlu pamuğu iğnenin girdiği yere yerleştir ve hafifçe basınç uygula, tek bir hareketle iğneyi dokudan çıkar.
31. İlaç verildikten sonra dokuyu serbest bırak ve kanal boyunca kıvrık bir çizgi oluşmasını sağla.
32. Kullanılmış iğne ucunu tıbbi atık kutusuna at.
33. Hastaya rahat pozisyon ver.
34. Eldivenleri çıkar.
35. Ellerini yıka.
36. Yapılan işlem ve bulguları kayıt et.
37. İlacın etki/yan etkisini hastayı 1-2 saat gözlemleyerek değerlendir.

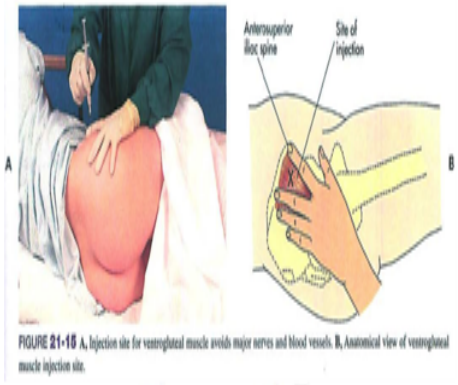
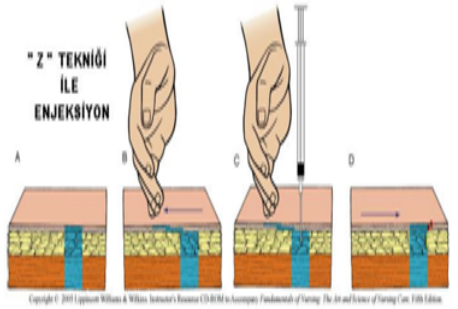


FIGURE 21-18 A, Injection site for ventrogluteal muscle avoids major nerves and blood vessels. B, Anatomical view of ventrogluteal muscle injection site.



EK 6: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

---

ÇALIŞMANIN ADI (*Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.*) **:**

Ventrogluteal Alana İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Hemşirelere Verilen Eğitimde Nöro Linguistik Programlama Tekniği'nin Etkisi

---

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Hemşireler arasında IM enjeksiyon uygulamasında birbirinden çok farklı yöntemler uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgilerinin olmadığı ve doğru bölgeyi belirleyemedikleri için çok tercih edilmediği bildirilmektedir. Bu nedenle sizlere farklı bir teknikle eğitim verilmesinin VG bölge tespitinin öğrenilmesine ve kullanımına etkisinin yararlı olacağı düşünülerek bu çalışma planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda size verilecek olan eğitim öncesinde "Hemşire Tanıtım Formu", ‘‘Hemşirelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri Formu’’ ve “Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu’’ nu, eğitimden sonra da ‘‘Hemşirelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri Formu’’ ve “Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu’’ nu tekrar doldurmanız istenecektir. "Hemşire Tanıtım Formu" sosyodemografik özelliklerinizi ve mesleki özelliklerinizi saptayan 12 soru içermektedir. ‘‘Hemşirelerin İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına İlişkin Görüşleri Formu’’ intramüsküler enjeksiyon uygulamasına ilişkin düşüncelerinizi belirteceğiniz 12

EK 6: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (devamı)

sorudan oluşmaktadır. "Ventrogluteal Bölgeye İlişkin Bilgi Formu'' ise ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgilerinizi değerlendiren 30 sorudan oluşmaktadır. Bu formları doldurmanız için 10-15 dakika zaman ayırmanız ve size uygun olan seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir. Ventrogluteal alana yönelik verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla 1 ay sonra ventrogluteal bölgeye enjeksiyon uygulama checklisti kullanılarak uygulamalarınız gözlemlenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız NLP tekniğinin öğrenme üzerine etkisini belirlemeye yardımcı olacak ve çalışma sonuçları literatüre katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI RİSKLERİ NELERDİR?

Çalışmaya katılmanızın herhangi bir riski bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

1. Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Bununla birlikte kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Yrd. Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK: 05533185899
2. Yükseklisans Öğrencisi Sinem EROĞLU: 05544160378

Çalışmaya Katılma Onayı

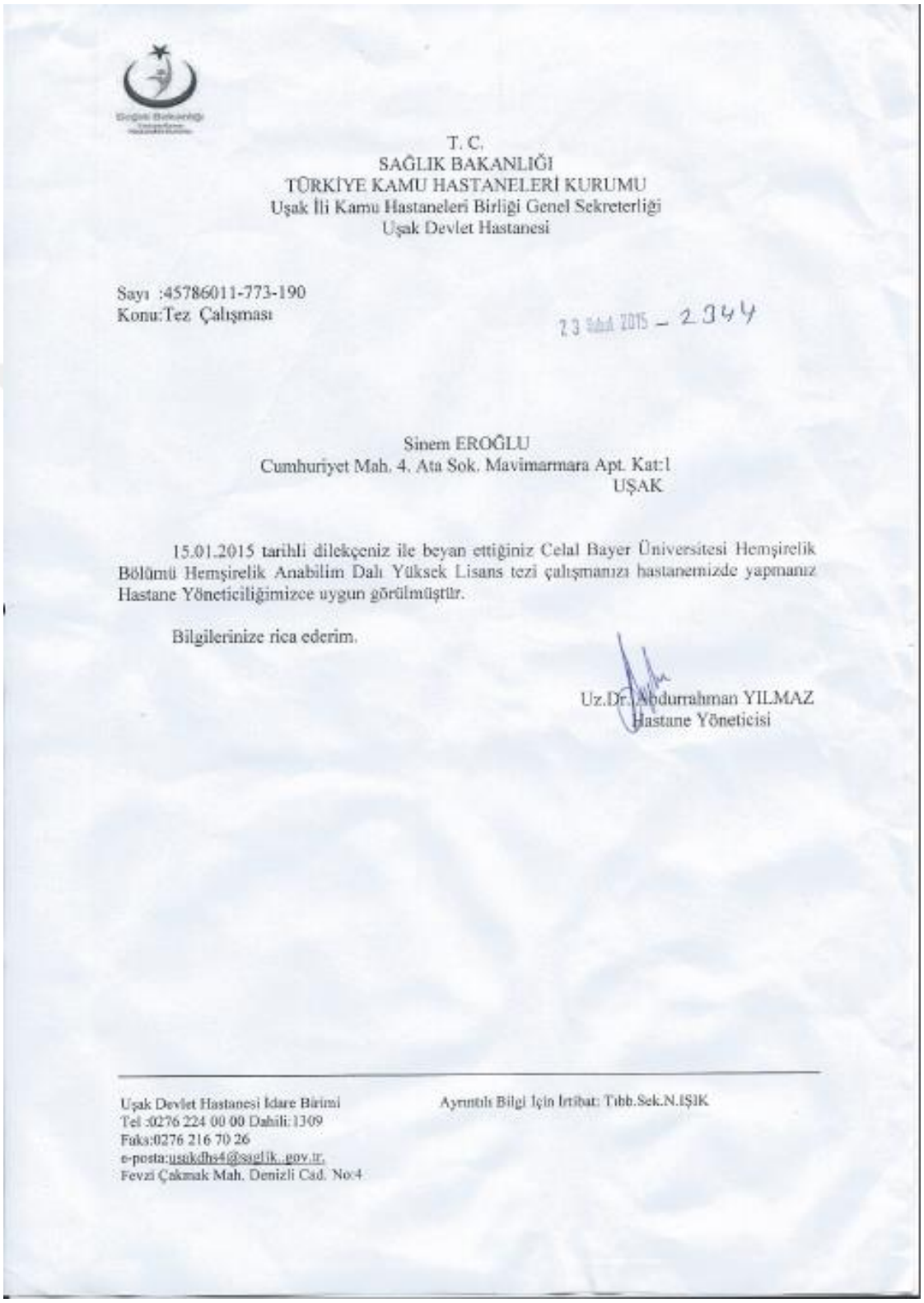
Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

Gönüllü Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

EK 7: NLP Eğitim Sertifikası



EK 8: Araştırmanın Yapılacağı Kurum İzni



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Uşak İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Uşak Devlet Hastanesi

Sayı :45786011-773-190
Konu:Tez Çalışması

23 Şubat 2015 – 2344

Sinem EROĞLU
Cumhuriyet Mah. 4. Ata Sok. Mavimarmara Apt. Kat:1
UŞAK

15.01.2015 tarihli dilekçeniz ile beyan ettiğiniz Celal Bayer Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi çalışmanızı hastanemizde yapmanız Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Abdurrahman YILMAZ
Hastane Yöneticisi

Uşak Devlet Hastanesi İdare Birimi
Tel :0276 224 00 00 Dahili:1309
Faks:0276 216 70 26
e-posta:usakdhs4@saglik..gov.tr.
Fevzi Çakmak Mah. Denizli Cad. No:4

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: Tıbb.Sek.N.IŞIK

EK 9: Etik Kurul Onay Yazısı

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	08 / 04 / 2015 / 20478486 - 162
ARAŞTIRMANIN ADI	Ventrogluteal Alana İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Hemşirelere Verilen Eğitimde Nöro Linguistik Programlama Tekniği'nin Etkisi''
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK – CBÜ. S.Y.Ö
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi Sinem Eroğlu
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	**UZMANLIK TEZİ** ☐ **YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ** ☒ **AKADEMİK AMAÇLI** ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	03 / 04 / 2015 / 152 – Tarih ve sayılı araştırma dosyası
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası görüşülmüş, Bilimsel ve etik açıdan oy birliği ile **UYGUN** bulunmuştur.

Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD		☐	☐	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD		☐	☐
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD		☐	☐	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD		☐	☐	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	—	☐	☒
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD		☐	☐	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD		☐	☐
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD		☐	☐	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD		☐	☐
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD		☐	☐	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	—	☐	☒
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbı Etik AD		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD		☐	☐
Nazlı KÜEY Avukat		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		☐	☐
		☐	☐	Derviş KILIÇ Sivil Üye	—	☐	☒

Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ
Başkan

EK 10: Araştırmada Kullanılan Anketler İçin Görüşleri Alınan Kişi Listesi

1) Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL- Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi- Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
2) Yard. Doç. Dr. Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT- Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
3) Yard. Doç. Dr. Nazike DURUK- Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu- Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
4) Yard. Doç. Dr. Serpil İNCE- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi- Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
5) Yard. Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY- Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu- Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
6) Sevinç ARAS- Uşak Devlet Hastanesi- Eğitim Hemşiresi
7) Emre NAMIK- Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi- Dahili Birimler Yoğun Bakım Hemşiresi
8) Fatma TAYFUN KIROĞLAN- Manisa Devlet Hastanesi- Hematoloji Servisi Hemşiresi
9) Egemen AKINCI- Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi- Dahili Birimler Yoğun Bakım Hemşiresi
10) Fatma AVAZ- Uşak Devlet Hastanesi- KBB Poliklinik Hemşiresi

EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMALARINDA VENTROGLUTEAL BÖLGE KULLANIMI

Hazırlayan: Yüksek Lisans Öğrencisi
Sinem EROĞLU

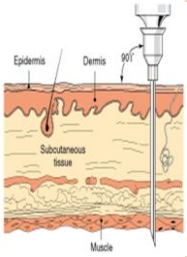
İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON NEDİR?

- İlacın derin kas dokusu içine enjekte edilmesine **İntramüsküler Enjeksiyon** denir.



İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

- İlaç derin kas dokusu içine enjekte edilir.
- İntramüsküler enjeksiyon **90 derecelik açıyla** uygulanmaktadır.
- Müsküler tabaka, subkütan dokuya oranla daha çok kan damarı yapısına sahip olduğu için emilim hızlıdır.
- Kas dokusunda daha az sayıda sinir ucu bulunur. Bu nedenle fazla miktarda ve irritan ilaçlar verilebilir.



İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

- ***İlacın yoğunluğu, enjeksiyon bölgesi, hastanın vücut ağırlığı ve yağ dokusu yeterliliği iğne seçimini etkiler.***
- Çok şişmanlarda uzun iğneler, çok zayıf ve çocuklarda kısa iğneler kullanılmalıdır.
- Sistemik etki 20-30 dakika içinde başlar.



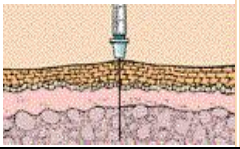
İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

- Farklı yaş gruplarında, intramüsküler enjeksiyon bölgelerine uygulanabilecek ilaç miktarı farklıdır.
- Kas tabakası iyi gelişmiş yetişkinlerde, maksimum 1-4 ml ilaç uygulanabilir.
- ***2 yaşın altındaki çocuklarda1 ml den fazla ve yenidoğanlara 0.5 ml den fazla ilaç verilmemelidir.***



İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

- Enjeksiyon için sinir, kemik ve kan damarlarından uzak bir bölgenin seçimi önemlidir.
- **İlaç uygulandıktan sonra 10 saniye beklenmelidir.**
- Kas içi enjeksiyon (intramüsküler enjeksiyon) aseptik teknik ile uygulanır. Bu nedenle steril alanlar kontamine edilmemelidir.



EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

- Enjeksiyon sırasında oluşacak rahatsızlıkları azaltmak ve kası gevşetmek için hastaya doğru pozisyon verilmelidir.
- İ.M. Enjeksiyon sürekli uygulanacaksa mutlaka rotasyon uygulanmalıdır.
- İ.M. Enjeksiyonda ***Z tekniği kullanılması*** önerilmektedir.
- İntramüsküler enjeksiyonlarda, **enjektörde 0.2-0.3 ml hava boşluğu** bırakılmalıdır...



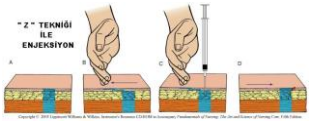
HAVA KİLİDİ TEKNİĞİ

- İntramüsküler enjeksiyon sırasında ilaçların ***cilt altı dokusuna sızma ve tahriş etme olasılığını azaltmak için*** uygulanır.
- Enjekte edilecek ilaç çekildikten sonra enjektöre **0.2-0.3 ml** hava çekilir.
- Enjeksiyon uygulandıktan sonra hava kabarcığı da ***kas dokusu içine verilir.***



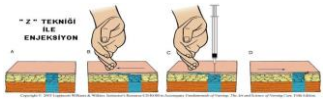
Z TEKNİĞİ (ZİG ZAG YÖNTEMİ)

- Deri altı dokusu için ***aşırı derecede tahriş edici olan ve/veya deri ve deri altını kalıcı şekilde boyayan demir gibi ilaçların,*** intramüsküler enjeksiyonunda kullanılır.
- Hava kilidi tekniğiyle birlikte kullanılmalıdır.
- **Z tekniği kullanılacaksa eğer** ilaç çekildikten sonra iğne ucu değiştirilmelidir.



Z TEKNİĞİ (ZİG ZAG YÖNTEMİ)

- İ.M. Enjeksiyon uygulama ilkeleri aynı şekilde uygulanırken ***buradaki fark*** az kullanılan el ile deri ve deri altı dokusu bir yana doğru çekilir ve enjeksiyon süresince bu pozisyonda kalınır.
- İlaç verildikten sonra doku serbest bırakılır ve kanal boyunca ***kırık bir çizgi oluşması sağlanır.***
- **Uygulamadan sonra masaj yapılmaz...**



İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON SONRASINDAKİ AĞRIYI ENGELLEMEK İÇİN;

- Hastaya uygun pozisyon vermek
- Hastaya doğru teknikle enjeksiyon uygulamak
- **İlacı 10 saniyede bir mililitre ilaç verilecek şekilde uygulamak**
- Enjeksiyon uygulanan bölgeye soğuk uygulama yapmak
- Hava kilidi ve Z tekniği uygulamak.
- Z yol tekniği uygulanmamışsa masaj yapmak
- Manuel basınç uygulamak
- Dikkati başka yöne çekmek
- Nefes alıp-verme egzersizi uygulamak



İ.M. ENJEKSİYONDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

- Hastaya yüzüstü yada yan yatar pozisyon verilmelidir.
- ***Yüzüstü yatıyor ise*** ayaklar içe çevrilmeli baş parmaklar birbirine bakmalıdır.
- ***Yan yatıyor ise*** alt bacak düz, üst bacak kalçadan ve dizden bükülerek alttaki bacağın önüne alınmalıdır.



EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)

İ.M. ENJEKSİYONDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

- ***Küçük çocuklara yatar pozisyon verilmelidir.*** Ekstremiteler ve enjeksiyon bölgesi, bir yardımcı tarafından hareket etmeyecek biçimde sabit tutulmalıdır.
- ***Çocuk yada yetişkin çok zayıf ise*** kas iki parmak arasında gerilmek yerine iki parmak arasında sıkıştırılarak toplanmalıdır...

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON KOMPLİKASYONLARI

- Enjeksiyon sırasında ağrı
- Sinir yaralanması kalıcı veya geçici paralizi
- Subkutan veya kas dokusunda hasar, renk değişikliği, hematomlar ve kas kontraksiyonu
- Kemik yaralanması
- Şok veya ilacın çok hızlı emilmesi
- Kas veya kemiğin enfeksiyonu



İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON HANGİ BÖLGELERE YAPILIR?

- Dorsogluteal Bölge
- Ventrogluteal Bölge
- Vastus Lateralis Kası (Laterofemoral Bölge)
- Rektus Femoris Kası
- Deltoid Bölge



- NEDEN VENTROGLUTEAL BÖLGE???

NEDEN VENTROGLUTEAL BÖLGE?
ARAŞTIRMALAR



- Gülnar ve Çalışkan (2014) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %85.9'unun en sık dorsogluteal bölgeyi kullandığı, ***%63.3'ünün ise ventrogluteal bölgeyi hiç kullanmadığı*** *belirlenmiştir.*
- Hemşirelerin intramüsküler enjeksiyonda ***ventrogluteal bölgeye ilişkin bilgilerinin istenilir düzeyde olmadığını saptamıştır.***

NEDEN VENTROGLUTEAL BÖLGE?
ARAŞTIRMALAR

- Tuğrul ve Denat (2014) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %48.2'si her zaman dorsogluteal alanı kullandıklarını, ***%38.8'i ventrogluteal alanı hiçbir zaman kullanmadıklarını bildirlemişlerdir.***
- Hemşirelerin, **uygulanan yaş grubu (%95.3),** ***enjeksiyon alanını doğru saptama (%87.1) ve ventroguluteal enjeksiyon yapılan kaslar (%72.5) konusunda yanlış bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir.***

EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)

NEDEN VENTROGLUTEAL BÖLGE? ARAŞTIRMALAR

- Güneş, Zaybak ve Tamsel (2008) yaptıkları çalışmalarında bireylerin *ventrogluteal ve dorsogluteal bölgedeki subkutan doku kalınlığı ortalamaları* (p<0.001) ve kas kalınlığı ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu (p<.001), ***beden kitle indeksi 18.5- 29.9 arasında olan bireylerin tümünde (%100) yöntemin güvenilir olduğu saptanırken,*** 30-39.9 arası olan bireylerin %15'inde, 40 ve üzeri olan bireylerin ise tümünde (n=2) yöntemin güvenilir olmadığı saptanmıştır.

NEDEN VENTROGLUTEAL BÖLGE? ARAŞTIRMALAR

- ***Bu sonuçlar ışığında,*** *ventrogluteal bölgede kas kütlesinin daha geniş olmasından dolayı, bu bölgeye yapılan enjeksiyonların komplikasyonlar açısından daha güvenilir olduğu söylenebilir.*
- Önerilerinde hemşirelik eğitiminde, öğrencilere enjeksiyon bölgesinin seçiminde ***ventrogluteal bölgenin dorsogluteal bölgeye bir alternatif olarak değil, birinci seçenek olarak düşünülmesi gerektiğinin*** vurgulanmasını bildirmişlerdir.

NEDEN VENTROGLUTEAL BÖLGE? ARAŞTIRMALAR

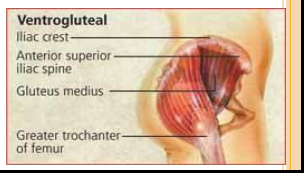
- Yavuz ve Karabacak (2011) araştırmaların sonuçlarından oluşan derlemesinde ***Ventrogluteal enjeksiyon sonrasında damar sinir yaralanması da dahil olmak üzere enjeksiyon tekniğinden kaynaklanan lokal komplikasyon bildiren rapora rastlanmamıştır*** *demişlerdir.*

NEDEN VENTROGLUTEAL BÖLGE? ARAŞTIRMALAR

- Kaya, Turan ve Palloş (2012) yazdıkları derlemede son literatürde ***dorsogluteal bölgenin damarlardan zengin olması, siyatik sinire yakın olması ve subkütan dokusunun diğerlerine göre kalın olması nedeniyle intramusküler uygulama için en riskli bölge olduğunu belirtmektedir.***
- Nitekim ***yapılan çalışmalarda da siyatik sinir yaralanmalarının sıklıkla dorsagluteal bölgeye yapılan ilaç uygulamaları nedeniyle geliştiğini ifade etmektedirler...***

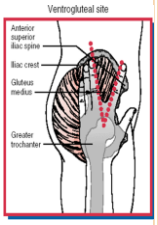
VENTROGLUTEAL BÖLGE NEDİR?

- ***Gluteus Medius kası*** ve ***Gluteus Minimus*** kaslarından oluşan yan kalça bölgesidir.



VENTROGLUTEAL BÖLGEYE ENJEKSİYON NASIL TESPİT EDİLİR?

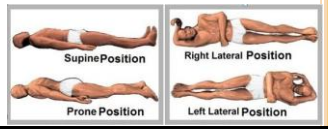
- Hemşire, hastanın ***sağ kalçası kullanılacaksa sol eli, sol kalça kullanılacaksa sağ elin ayasını femur başına;*** baş parmak hastanın kasığını, diğer parmaklar başını gösterecek şekilde yerleştirilir.
- ***İşaret parmağını*** anterior superior ilyak spinaya yerleştirilir.
- ***Orta parmak*** mümkün olduğu kadar ilyak kristaya doğru açılır.
- ***İşaret ve orta parmak arasındaki bölge uygulama alanıdır.***



EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)

VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYONUN OLUMLU ÖZELLİKLERİ

- Major sinirlerden, büyük kan damarlarından uzakta ve derinde olduğu için ***bütün hastalar için güvenlidir.***
- ***Hastaya supine, lateral yada prone pozisyonda uygulama yapılabilir.***



VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYONUN OLUMLU ÖZELLİKLERİ

- ***Araştırmalar,*** fibrozis, sinir zedelenmesi, apse, doku nekrozu, kas kontraksiyonu, gangren, ağrı gibi ***komplikasyonların ventrogluteal bölge dışındaki kaslara uygulanan enjeksiyonlarla ilişkili olduğunu göstermiştir.***

VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYONUN OLUMLU ÖZELLİKLERİ

- Kas dokusu dorsogluteal bölgeye göre daha kalındır ve subkütan yağ dokusu daha incedir. (bu sayede subkutan dokuya yapılma olasılığı azalır.)
- *Fekal kontaminasyon riski azdır.*
- **Kemik çıkıntıları kolaylıkla tespit edilebilir.**
- ***Daha fazla volümdeki, akışkanlığı düşük ve irritasyona neden olan ilaçlar için yetişkinlerde, çocuklarda ve bebeklerde bu bölge tercih edilebilir.***

VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYONUN OLUMLU ÖZELLİKLERİ

- ***İ.M. Enjeksiyonlarda en az ağrılı bölge olarak kabul edilmektedir.***
- ***Literatürde ventrogluteal alandaki kasların yetişkinlerde ve çocuklarda iyi gelişmiş olduğu, özellikle çocuklarda yedi aydan sonra kullanılabileceği (bu konuda net fikir yok) belirtilmektedir.***
- *Kaşektik hastalarda kullanılabilir...*



VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYONUN OLUMSUZ ÖZELLİKLERİ

- ***Çok şişman hastalarda*** *büyük torakanterin bulunamaması veya bölgede çamaşırların yeterince açılmaması, doğru yerin saptanamamasına neden olabilir.*



VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

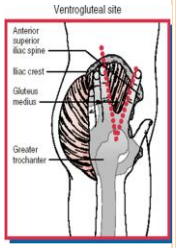
- Hasta dosyasından kimlik bilgilerini, hekim isteğini tekrar kontrol et.
- Hastaya uygulama hakkında bilgi ver.
- İşlem için hastadan izin al.
- Malzemeler için uygun ve temiz alan seç ve malzemeleri yerleştir.
- Hastaya ismi ile hitap ederek doğru hasta olduğundan emin ol.
- Mahremiyeti koruyucu önlemler al.
- Eldiven giy.



EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)

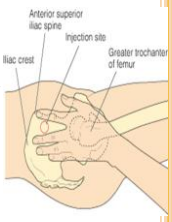
VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

- *Enjektörü, aktif olan elin baş ve işaret parmakları arasında* ***kalem gibi tut.***
- Hastanın giysilerini *enjeksiyon bölgesini* iyice görebileceğin biçimde *aç.*
- Enjeksiyon uygulanacak alanda nodül yada kitle olup olmadığını palpe ederek kontrol et.



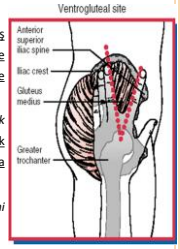
VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

- Hastanın ***sağ kalça kullanılacaksa sol eli, sol kalça kullanılacaksa sağ elin ayasını femur başına; baş parmak hastanın kasığını, diğer parmaklar başını gösterecek şekilde yerleştir.***
- ***İşaret parmağını*** *anterior superior ilyak spinaya yerleştir.*



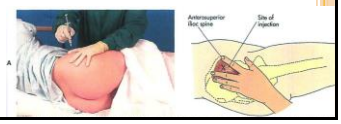
VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

- Bölgeyi batikon yada alkol emdirilmiş pamuk ile dairesel tek bir hareketle yaklaşık beş santimetre çapında daire oluştur.
- *Yeni bir alkollü yada batikonlu pamuk hazırlayarak* aktif olmayan elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştir.
- İğne kılıfını, *iğne ucunun sterilliğini bozmadan çıkar.*



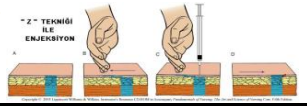
VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

- Batikon yada alkol ile silinen bölgenin kurumasını bekle.
- Silinen bölgeye dokunmadan, baskın olmayan el ile belirlenen bölge üzerindeki deriyi ***baş parmak ve işaret parmağı arasında gerdir ve hafifçe bastır.***
- Hastaya derin nefes alıp-vermesini söyle.
- *Enjektörü 90˚ tutarak* tek bir harekette, hızlı biçimde doku içine batır.
- ***İğne doku içine girdikten sonra, aktif olmayan eli yavaşça çek ve pistonu tut (El Değiştirme)***



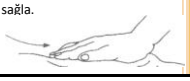
VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

- ***Eğer Z tekniği uygulanacaksa;***
- Cildi yana kaydıran aktif olmayan elin baş ve işaret parmağı ile enjektörün ajutajını tut ve aktif el ile pistonu tut.
- Pistonu aktif olmayan el ile hafifçe geri çek ve *ajutajın içine kan gelip gelmediğini gözle.*
- ***Eğer kan aspire edilmişse,*** iğneyi hemen çek, iğneyi değiştir ve yeni bir ilaç hazırla.
-



VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

- Eğer kan aspire edilmemiş ise ilacı yavaşça ver.
- İlaç verildikten sonra ***10 saniye bekle.***
- Diğer alkollü yada batikonlu pamuğu *iğnenin girdiği yere yerleştir ve hafifçe basınç uygula, tek bir hareketle iğneyi dokudan çıkar.*
- ***İlaç verildikten sonra dokuyu serbest bırak*** ve kanal boyunca kırık bir çizgi oluşmasını sağla.



EK 11: Standart IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)

VENTROGLUTEAL BÖLGEYE İ.M. ENJEKSİYON İŞLEM BASAMAKLARI

- Kullanılmış iğne ucunu tıbbi atık kutusuna at.
- Hastaya rahat pozisyon ver.
- Eldivenleri çıkar.
- ***Ellerini yıka.***
- Yapılan işlem ve bulguları kayıt et.
- İlacın etki/yan etkisini hastayı 1-2 saat gözlemleyerek değerlendir...





DİNLEDİĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER...

Mayıs 14, 2015

KAYNAKLAR

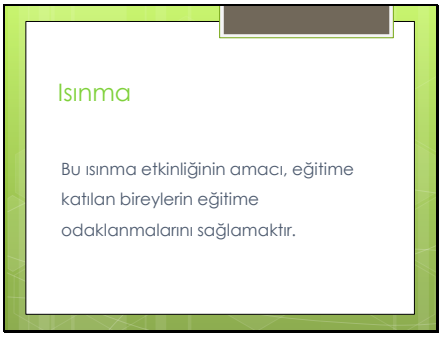
- Dinç, L. (2011). Parenteral İlaçlar, Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri (Ed. Aştı, A. T., Karadağ, A.). Nobel Kitabevi. Adana. s: 693-761.
- Kaya, N. , Palloş, A. (2014). Parenteral İlaç Uygulamaları, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 2 (Ed. Aştı, A. T., Karadağ, A.). Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul. s: 767-816.
- Akbayrak, N. (2000). Parenteral Yol İle İlaçların Verilmesi, Hemşirelik Esasları. Damla Matbaacılık. Ankara. s: 227-252.
- Süzen, B., Ay, A. F. (2013). İlaç Uygulamaları, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (Ed. Ay, A. F.). Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. s: 422-509.
- Ulusoy, F., Görgülü, R. S. (1995). İlaçlann Uygulanması, Hemşirelik Esasları Temel Kuram Kavram İlke ve Yöntemler. Çağın Ofset. Ankara. s: 165-200.
- Kaya, N., Turan, N., Palloş, Ö. A. Dorsogluteal Bölge İntramusküler Enjeksiyon Uygulamak Amacıyla Kullanılmamalı Mı?. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2012; 20(2) : 146-153.

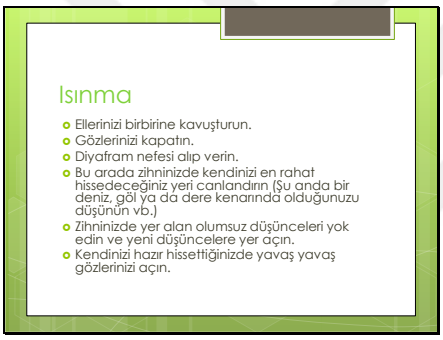
KAYNAKLAR

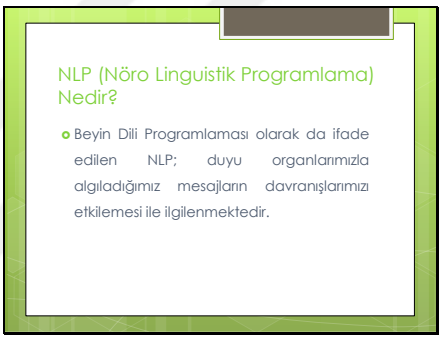
- Tuğrul, E., Denat, Y. Hemşirelerin Ventrogluteal Alana Enjeksiyon Uygulamaya İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014; 7(4) : 275-284.
- Günar, E., Çalışkan, N. Hemşirelerin Ventrogluteal Bölgeye İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014; 7(2) : 70-77.
- Yavuz, D. E., Karabacak, Ü. İntramüsküler Enjeksiyonda Neden Ventrogluteal Bölgeyi Tercih Etmeliyiz?. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2011; 2 : 81-88.
- Kara, D. İntramüsküler Enjeksiyona Bağlı Gelişen Ağrının Azaltılmasa Yönelik Yöntemler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 2(2) : 275-289.
- Altınk, M., Kuyurtar, F., Gökçe, H., Taşdelen, B. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İntramuskuler Enjeksiyonuna Yönelik Bilgileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(4) : 69-84.
- Güneş, Y. Ü., Zaybak, A., Tamsel, S. Ventrogluteal Bölgenin Tespitinde Kullanılan Yöntemin Güvenirliğinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(2) : 1-8.

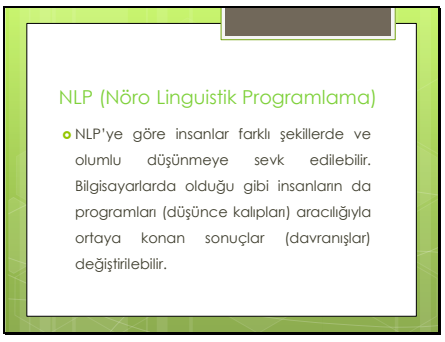
EK 12: NLP Teknikleriyle Hazırlanmış IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi

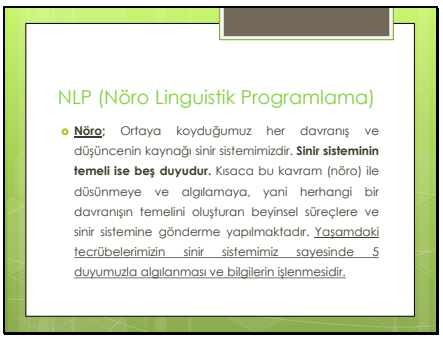






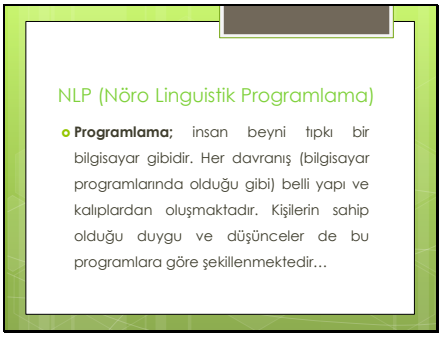


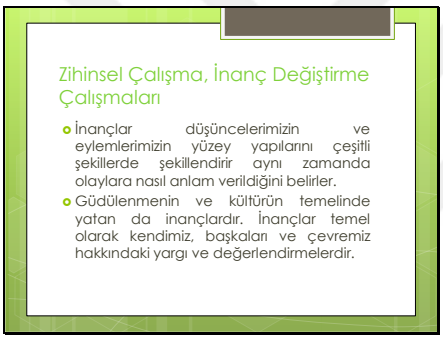


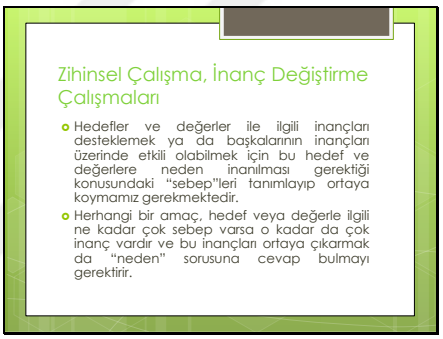


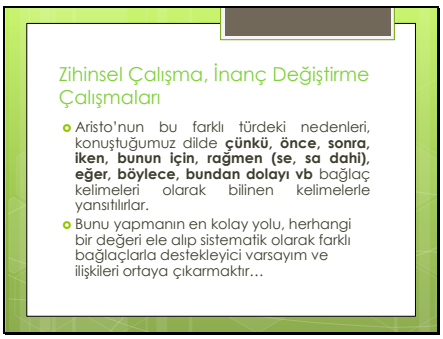
EK 12: NLP Teknikleriyle Hazırlanmış IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)





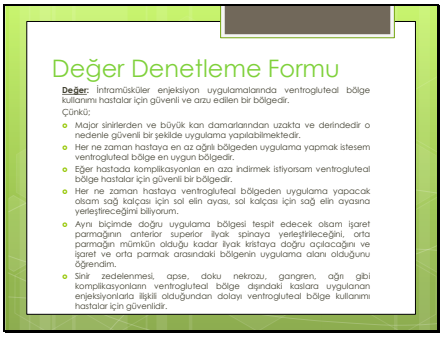


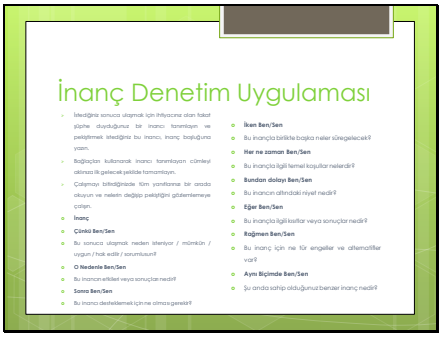


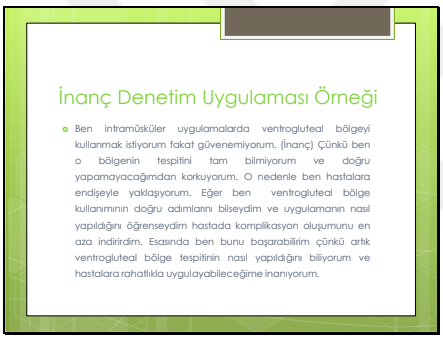




EK 12: NLP Teknikleriyle Hazırlanmış IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)











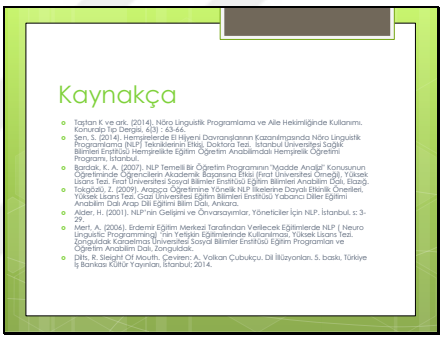


EK 12: NLP Teknikleriyle Hazırlanmış IM Enjeksiyonda VG Bölge Kullanımı Eğitimi (devamı)









11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	SİNEM	**Soyadı**	EROĞLU
Doğum Yeri	KASTAMONU	**Doğum Tarihi**	19.09.1986
Uyruğu	TC	**Tel**	05544160378
E-mail	sinemcitakeroglu@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Özel Öğrenci	2016-
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014-2016
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2009
Önlisans	Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Eylül 2013 (Halen Devam)
Lise	Yabancı Dil Ağırlıklı Turhal Cumhuriyet Lisesi	2004

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi / Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu	Uşak Medicalpark Hastanesi	1,5 yıl
Sözleşmeli Eğitmen	Uşak Üniversitesi SYO	1 dönem

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
48.75								

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	72,57	70,75	
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
İyi	İyi

Ulusal/Uluslararası Toplantılarda Sunulan Bildiriler

- Çevik K, Pakiş ÇS, Eroğlu S. Santral Venöz Kateter Uygulamaları ve Kan Kültürü Alınması Konusunda Hemşirelere Verilen Eğitimde Nöro Linguistik Programlama Tekniği'nin Bilgi Düzeyine Etkisi. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, Bursa, 5-6 Kasım 2015 (Poster Bildiri).
- Bal-Yılmaz H, Ak B, Muslu G, Uyanır S, Çıtak S. Okul Çağı Çocukların Olumlu Sağlık Davranışları Sıklığı ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. 8. Ulusal & Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ankara, 4–6 Haziran 2009. (Sözel Bildiri)
- Çıtak S. Özgür G. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Servis ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Zaman Yönetimi. 8. Ulusal & Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ankara, 4–6 Haziran 2009 (Poster Bildiri).
- Çıtak S, Demircan Ş, Taşçı E, Şirin A, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Entegre Eğitim Öğrencilerinin Transkültürel Hemşirelik İle İlgili Görüş Ve Düşünceleri, 6. Ulusal "Uluslararası Katılımlı", Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul, 26-29 Haziran 2007 (Poster Bildiri).

Ulusal Hakemli Dergilerdeki Yayınlar

- Eroğlu S, Özgür G. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Servis ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Zaman Yönetimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(1): 12-22.

Sertifikalar/Katılımlar

- NLP Eğitimi Uygulayıcı Sertifikası, İzmir / 2015
- Klasik Masaj Teknikleri Katılım Belgesi, İzmir / 2015
- Sağlık Bakanlığı Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sertifikası, İzmir / 2010
- 8. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi – Ankara- GATA Hemşirelik Yüksekokulu / 2009
- 7. Ege Yöresi Dahili Tıp Günleri Kongresi - İzmir - Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi / 2008

- Ege Üniversitesi Prof. Dr. Eker DOĞANAVŞARGİL Ramotoloji Eğitimi Katılım Belgesi - İzmir / 2008
- Ege Üniversitesi Acil Tıp Kursu Katılım Belgesi - İzmir / 2008
- 6. Ulusal "Uluslararası Katılımlı" Hemşirelik Öğrencileri Kongresi– İstanbul – Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / 2007
- "Oğuz Saygın NLP İlkeleri İle Etkili İletişim" Katılım Belgesi - İzmir / 2006

Ödüller

- 2009, Okul Çağı Çocukların Olumlu Sağlık Davranışları Sıklığı ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. 8. Ulusal&Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Sözel Bildiri İkincilik Ödülü.