



Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Dergisi

Journal of Hacettepe University
Faculty of Nursing

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 4 • Sayı/No 2 • Mayıs-Ağustos/May-August 2017

Sahibi Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Leyla DİNÇ

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü **Doç.Dr. Sergül DUYGULU**

Yayın Kurulu

Başkan **Doç. Dr. Sergül Duygulu**
Başkan Yardımcısı **Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar**
Sekreterler: **Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin**
Arş. Gör. Dr. Seher Başaran
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz
İngilizce Düzeltme: **Doç. Dr. Sevgisun Kapucu**
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Arş. Gör. Dr. Hatice Pars**
Arş. Gör. Funda Aslan
Arş. Gör. Sevil Çınar
Arş. Gör. Rabiye Akın

Yayın Türü: **Yerel Süreli Yayın**
Yayın Dili: **Türkçe, İngilizce**
Yayınlanma Biçimi: **Dört ayda bir yayımlanır**
Basım Tarihi: **16 Ağustos 2017**
Yönetim Yeri: **H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği**
06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye
Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85
E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr
Web Adresi: <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org>

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

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

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

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

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşođlu

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

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. Oya Nuran Emirođlu

Hemşirelik Esasları
Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz

Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim
Doç. Dr. Süheyla Abaan

İç Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Leyla Özdemir

Psikiyatri Hemşireliği
Prof. Dr. Fatma Öz

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Danışma Kurulu*

Prof. Dr. Ahsen Şirin	İstanbul Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Anahit Coşkun	Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Karadağ	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel Badır	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşe Okanlı	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Azize Karahan	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Besti Üstün	Üsküdar Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Bilge Kalanlar	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Birol. Diana Voita	Riga Teacher Training and Educational Management Academy
Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu	Ege Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Daniel Pesut	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Deniz Koçoğlu	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şelimen	Maltepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Dilek Cingil	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Darja Jarosova	Ostrava Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Özden	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay	Mersin Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Elif Gürsoy	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc	British Columbia Üniversitesi
Doç. Dr. Emine İyigün	GATA
Yrd. Doç. Dr. Emine Turkmen	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Oflaz	Okan Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Cebeci	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Demirkıran	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan	Acıbadem Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Gözükara	Harran Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Orgun	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fethiye Erdil	Emekli
Yrd. Doç. Dr. Figen İnci	Niğde Üniversitesi
Doç. Dr. Filiz Hisar	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Fiona Bogossian	Queensland Üniversitesi
Prof. Dr. Firdevs Erdemir	Adıyaman Üniversitesi
Doç. Dr. Funda Özdemir	Ankara Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi

Doç. Dr. Gülelgün Türk	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Güler Cimete	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Doç. Dr. Gülnaz Karatay	Tunceli Üniversitesi
Prof. Dr. Gülseren Kocaman	İzmir Üniversitesi
Prof. Dr. Gülsün Taşocak	Emekli
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural	Sanko Üniversitesi
Doç. Dr. Gülten Güvenç	GATA
Prof. Dr. Gülümser Kublay	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Hacer Gülen Savaş	Düzce Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu	Zirve Üniversitesi
Doç. Dr. Hatice Çiçek	GATA
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Havva Tel	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Hayriye Ünlü	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Hicran Bektaş	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Bulut	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Kulakçı	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Okumuş	Şifa Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Uçar	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Doç. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. İknur Gönenç	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. İsmet Eşer	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Joanne Disch	Minnesota Üniversitesi
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Kenan Köse	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Lale Taşkın	Başkent Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Levent Özbek	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Leyla Dinç	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Linda Roussel	University of South Alabama
Prof. Dr. Linda D. Moneyham	The University of Alabama at Birmingham
Doç. Dr. Lisa Kane Low	Michigan Üniversitesi
Prof. Dr. Lisbeth Maria Fagerström	Buskerud Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin	Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Prof. Dr. Mary E. Duffy	Utah Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Mary Jane Madden	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Doç. Dr. Melek Serpil Talas	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Bayat	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Demiralp	Emekli
Doç. Dr. Meral Kelleci	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Mevlüde Karadağ	Gazi Üniversitesi
Prof. Miaofen Yen	National Cheng Kung Üniversitesi
Doç. Dr. Naile Bilgili	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan Başaran Akbayrak	SANKO Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Neriman Akyolcu	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Nermin Olgun	Acıbadem Üniversitesi

Prof. Dr. Nesrin Aştı	İstanbul Arel Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kanan	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban	Pamukkale Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Nihal Ata	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Karataş	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Ovayolu	Gaziantep Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran Kömürücü	Emekli
Doç. Dr. Nurcan Çalışkan	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nurhan Bayraktar	Zirve Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Nuriye Yıldırım	Düzce Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Küçükgülü	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Örsal	Eskisehir Osmangazi Üniversitesi
Doç. Dr. Perihan Güner	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Pınar Özdemir	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Rana Yiğit	Mersin Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ronald J. Piscotty	Wayne State Üniversitesi
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş	Selahattin Eyyubi Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Selma Atay	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Doğan	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Görgülü	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Semra Kocaöz	Niğde Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu	Emekli
Doç. Dr. Sevgişun Yılmaz Kapucu	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Sevilay Karahan	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Sevinç Taştan	GATA
Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu	Gaziantep Üniversitesi
Doç. Dr. Sinan Türkyılmaz	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Stephen Tee	King's College London
Prof. Dr. Sultan Kav	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Susan Beck	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Suzan Yıldız	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Süheyla Özsoy	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Şebnem Çınar Yücel	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar	Marmara Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Şule Ergöl	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Thom Mansen	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Tülay Yavan	GATA
Prof. Dr. Tülin Bedük	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu	Atatürk Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin Kutlu	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Yeter Kitiş	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdağül Erdem	Kırıkkale Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Zahide Tuna	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Zeynep Özer	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Zuhal Bahar	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal	Ege Üniversitesi

Değerli Okurlarımıza

Dergimizin 2017 yılı Cilt 4, Sayı 2'sini sizlerle buluşturmanın mutluluğunu yaşamaktayız. Değerli okurlarımız, ülkemiz hemşirelik eğitim ve uygulamalarına yaptığı önemli katkılarla hemşirelik mesleğinin gelişiminde öncü rol almış değerli hocamız Prof. Dr. Sayın Eren KUM'un aramızdan ayrılışının ikinci yıldönümü olması nedeniyle, değerli hocamızı burada saygı ve hemşirelik mesleğine yapmış olduğu katkılarından dolayı şükran duygularımızla bir kez daha anıyoruz. Değerli hocamızın ışığı biz öğrencilerini ve tüm hemşireleri aydınlatmaya devam ediyor. İnanıyoruz ki, nesiller boyunca da ülkemizde hemşireliği daha ileriye, en iyiye götürme hedefi doğrultusunda bu ışık sönmeyecektir.

Mesleki gelişimin en önemli aktivitelerinden birisi olan bilimsel etkinliklerin sürekli ve artan bir şekilde ülkemizde gerçekleştiğini görmek sevindirici bir durumdur. Bu etkinliklerden birisi olan uluslararası katılımlı Temel Hemşirelik Bakımı kongrelerinin dördüncüsü “Hemşireliğin Sesi: Bakım” ana teması ile 25-27 Mayıs 2017 tarihleri arasında Fakültemiz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öncülüğünde Bodrum'da gerçekleştirilmiştir. Kongreye, eğitim ve uygulama alanından 278 katılımcı katılmıştır. Kongre; katılımcılarına alandaki yenileşimleri öğrenme, en iyi uygulamaları paylaşma ve bu uygulamalardan öğrenme ve ileri işbirliği olanağı sağlamıştır. Kongrenin önemli özelliği ise hem uygulama, hem de eğitim alanından profesyonelleri bir araya getirmiş ve hemşirelik alanında yaşanan güncel sorunların ele alınmasına fırsat sağlamış olmasıdır. Tüm katılımcılar sorunlara yönelik çözüm önerilerini paylaşmış ve kongre sonunda katılımcıların görüşlerini içeren bir sonuç raporu oluşturulmuştur. Sonuç raporu kongre web sayfasında (<http://www.thbk2016.org/>) siz değerli okurlarımızla paylaşılacaktır. Kongrede ele alınan konular aynı zamanda yazılı medyada da yer almıştır. Dolayısı ile kongre aynı zamanda ülkemizde hemşireliğin ve hemşirelerin bir sesi olmuştur. Bu sesin oluşmasında emeği geçen herkese çok teşekkür ederiz. Ayrıca düzenli olarak Fakültemiz öncülüğünde düzenlenen Uluslararası Hemşirelik Yönetimi Kongresi'nin yedincisinin çalışmalarının başlatıldığı ve yakında web sayfasının paylaşılacağı bilgisini siz değerli okurlarımızla paylaşmaktan mutluluk duyarız.

Değerli okurlarımız, dergimizin bu sayısında dört araştırma, bir olgu sunumu ve iki derleme olmak üzere toplam altı makale yer almaktadır. Değerli bilgileri içeren bu makalelerin okurlarımıza yarar sağlayacağına inanıyorum. Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim. Ayrıca önemli katkıları ile dergimizin yayın hayatının devam etmesine katkıda bulunan Üniversitemiz Rektörlüğüne teşekkür ederim.

Çalışmalarını bizimle paylaşmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını beklediğimizi bildirmekten mutluluk duyarız.

Saygılarımla.

Doç.Dr. Sergül DUYGULU
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura _____ V

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Araştırma Makaleleri

Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi _____ 1

Emine ÖZER KÜÇÜK, Seval ÇAKMAK, Sevgisun KAPUCU, Meltem KOÇ, Rabia KAHVECİ

Çocuk İhmal ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansımaları: Bir Literatür İncelemesi _____ 13

Elif BAKIR, Sevgisun KAPUCU

Gebeliğin Üçüncü Trimestrında Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi _____ 25

Rükuye BURUCU, Belgin AKIN

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları _____ 36

Yeşim YAMAN AKTAŞ, Kezban KORAŞ, Nezih Karabulut

Olgu Sunumu

Kronik Böbrek Yetmezliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu _____ 49

Hilal UYSAL, Ceren KARATAŞ

Derleme Makalesi

Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli _____ 62

Afra ÇALIK, Sevgisun KAPUCU

Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? _____ 76

Gülşen VURAL, Ayten ŞENTÜRK ERENEL

Yazarlara Bilgi _____ 84

Information for Authors _____ 90

Yayın İzni (Taahhütname) _____ 95

Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi

Determination of Nursing Students' Awareness of Evidence-Based Nursing Practice

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 1-12

Emine ÖZER KÜÇÜK¹, Seval ÇAKMAK¹, Sevgisun KAPUCU², Meltem KOÇ³, Rabia KAHVECİ¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Birimi, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 06 Ekim 2016

Kabul Tarihi: 10 Mart 2017

12 - 16 Ekim 2016 tarihleri arasında Sueno Hotel & Kongre Merkezi, Belek, Antalya'da düzenlenecek olan

18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde Poster Sunumu olarak kabul edilmiştir

ÖZ

Amaç: Çalışma hemşirelik son sınıf öğrencilerinin kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları ile ilgili farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı nitelikte tasarlanmış olup 75 öğrenci ile yürütülmüştür. Veriler Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları ile ilgili farkındalıkları değerlendiren, 21 soruluk soru formu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %96'sı Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları terimini daha önce duyduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %97,3'ü literatür taraması yapmayı bildiğini, %73,3'ü eleştirel makale eğitimi aldığını belirtirken, literatür taraması için en çok kullanılan veritabanı %98,7 ile Google Akademik olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %94,7'si hemşirelikte kanıtı dayalı uygulamaya inandığını ve %98,7'si ise hemşirelik uygulamalarında kanıtı ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %93,4'ü Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları ile ilgili daha fazla bilgi almak isterken, %90,7'si bu alanda eğitime katılmak istediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Öğrencilerin çoğunun Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları konusunda farkındalığının olduğu, önemine inandığını ve ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemşire öğrencilerin Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamasını engelleyen bariyerlerin belirlenmesine ilişkin çalışmaların planlanması, daha çok yayın yapmalarının desteklenmesini, bu alana yönelik olarak müfredat programlarının düzenlenmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, hemşirelik, kanıtı dayalı uygulama, öğrenci

İletişim : eoz_97@hotmail.com

ABSTRACT

Aim: This study was performed to determine the awareness of senior nursing students regarding to evidence based nursing practices.

Material and Methods: The study that is designed in a descriptive nature was conducted with 75 students. The data were collected by using a 21-item questionnaire that assess the students' awareness regarding to evidence based nursing practices.

Results: Of the students, 96% stated that they have heard the term of evidence based nursing practice before. While 97.3% of the students stated that they knew scanning the literature and 73.3% of them stated that they received training about critical article reviewing, the database that was mostly used for literature review was Google Scholar with the percentage of 98.7%. Of the respondents 94.7% stated that they believed in evidence-based practice in nursing and 98.7% stated that they needed evidence for nursing practices. While 93.4% of the students' wanted to get more information on evidence based nursing practice, 90.7% of them wished to participate in an education in this area.

Conclusion: Majority of the students had awareness with regards to evidence based nursing practice, believed in the importance of it and they needed it. In accordance with these results, we suggest planning of studies that will determine the barriers in front of evidence-based nursing, promotion of students for doing more publications, and regulation in the curriculum regarding to this area.

Key Words: Awareness, nursing, evidence-based practice, student

GİRİŞ

Yaşam süresinin uzamasıyla sağlık bakım maliyeti ve bakım yükü artmaktadır. Kaynakların uygun kullanımı ve bakım kalitesinin artırılması, ancak kanıta dayalı uygulamalarla mümkün olmaktadır. Kanıta dayalı uygulama kullanımı sağlık bakımında kalite sağlamanın temeli olarak bilinmektedir¹.

Kanıta dayalı uygulama 1972 de Epidemiyolog Dr. Archie Cochrane ile başlamıştır. Cochrane, araştırmalarında sağlık bakım kararlarının sistematik olarak kanıta dayalı olması gerektiğini vurgulamıştır. Bu öneri, ilk olarak tıp uygulamalarında kullanılarak Kanıta Dayalı Tıp (KDT) kavramı ortaya çıkmıştır. Daha sonra, Kanıta Dayalı Tıp çeşitli otoriteler tarafından Kanıta Dayalı Uygulama (KDU) ya da Kanıta Dayalı Sağlık Bakımı (KDSB) olarak kullanılmaya başlanmıştır². *Kanıta Dayalı Uygulama(KDU)*, belli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve bu sonuçların klinik uygulama kararları için hazırlanmasıdır. Kanıta dayalı tıp “ilkelerinin tüm sağlık disiplinlerinde uygulanması *Kanıta Dayalı Sağlık Bakımı* olarak da tanımlanmaktadır”³.

Kanıta dayalı hemşirelik (KDH), “hastalara en iyi bakımı sunabilmek için hasta bakımına ilişkin kararlarda, bilimsel yöntemle elde edilen en iyi kanıtların, deneyimler ve hasta tercihleri ile birleştirilerek hemşirelik bakımında kullanma yaklaşımı” olarak tanımlanmaktadır⁴⁻⁷. Kanıta dayalı hemşirelik araştırma kanıtları ile uygulanan hasta bakımı arasında oluşan büyük boşluktan ortaya çıkmıştır.

Sağlık profesyonelleri ve hemşireler için hastaya yapılan uygulamaların kanıt temelli

olması önem taşımaktadır. Son yıllarda kanıta dayalı uygulama yaklaşımlarının artması ve uluslararası hemşirelik birliği (International Council of Nursing=ICN) tarafından da tüm dünya hemşirelerine uygulamaların kanıta dayandırılması konusunda açık mesaj verilmesi konunun önemini vurgulamaktadır. Kanıta dayalı uygulama (KDU)'nın anlamı elde edilebilir en iyi bilgiyi kullanmamızın yanı sıra, deneyimimiz ve yargımızla birlikte hastalarımız için en iyi bakımı belirlemektir. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini artırmak gibi olumlu sonuçlar alınmasını sağlar⁸⁻¹¹.

Günümüzde KDU hemşirelik bakımının altın standardı haline gelmeye başlamıştır. Ayrıca birçok eğitim kurumundaki akademik stratejide kanıta dayalı uygulama ile ilgili farkındalığın ve yeterliliğin daha okul sıralarında kazandırılması için çaba sarf etmektedir. Çünkü geleceğin hemşireleri olacak olan öğrencilerin, okul yıllarında kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması ve farkındalık geliştirilmesi ilerideki topluma sunacakları hemşirelik bakımının kalitesini doğrudan etkileyecektir. Öğrencilerin, KDU için gerekli yetkinlikleri (*Literatür tarama, kanıt değerlendirme, araştırmaları eleştirel analiz edebilme ve araştırma bulgularını klinik uygulamaya aktarılması gibi*) kazanmaları, ilerideki meslek hayatlarında kanıta dayalı uygulamayı gerçekleştirmelerinde itici güç olacaktır.

Pek çok ülkede hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili farkındalık ve KDU ile ilgili yeterliliklerini değerlendiren çalışmalar yapılmıştır¹¹⁻¹⁴. Ülkemizin hemşirelik okullarında verilen eğitim müfredatına baktığımızda, “kanıta dayalı hemşirelik uygulamalar” başlığı altında derslerin çoğunlukla yer almadığı, ancak bazı derslerin içeriğinde bahsedildiği gözlenmiştir. Mezun olan hemşirelerin ise sahip oldukları teorik bilgiyi klinik uygulamaya geçirmede sorunları olduğu, kanıta dayalı uygulamalar yapmada sınırlı oldukları da gözlenmektedir. Yapılan kanıt içerikli çalışmaların ise genel olarak klinik uygulamaya aktarılmadığı daha çok akademik statü almada yararlı olduğu da bilinen bir gerçektir. Öğrenci hemşireler, hemşirelik eğitiminde çok önemli bir grubu oluşturur. Bu nedenle öğrenci hemşirelerin konuya ilişkin farkındalıklarının ve yeterliliklerinin ortaya konması önem arz etmektedir. Ülkemizde ise hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili farkındalıklarının ve yeterliliklerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma hemşirelik son sınıf öğrencilerinin kanıta dayalı uygulama ile ilgili farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, bir üniversitesinin Hemşirelik Fakültesi 4. Sınıf öğrencileri ile yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversitesinin hemşirelik fakültesi 4.sınıfta öğrenci olan 89 kişi oluşturmuştur. Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 75 (%84.2) öğrenci ile tamamlanmıştır. Çalışmanın yapıldığı üniversitenin müfredat programında “kanita dayalı uygulamalar” başlığında ders olmamasına rağmen, mevcut bazı derslerin içeriğinde (örn. Education in nursing dersi) kanita ulaşma ve kanıtı uygulamaya aktarmaya ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulaması için ilgili kurumdan yazılı izin ve 4. Sınıf hemşirelik öğrencilerinden aydınlatılmış onam alındıktan sonra veriler 1 Ekim- 31 Aralık 2015 tarihleri arasında öğrencilere kanita dayalı uygulama/hemşirelik farkındalıklarını değerlendiren, literatür taranarak hazırlanan ve alana ilişkin beş uzmandan görüş alınan 21 soruluk form kullanılarak toplanmıştır¹¹⁻²⁴. Bu form 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, katılımcıların demografik verilerine ulaşmak için hazırlanan 8 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm de ise kanita dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin 13 soru yer almaktadır (**Ek1**). Araştırmanın uygulanması, öğrencilerin uygun zamanları belirlenip dersane ortamında ortak buluşma zamanı belirlenerek organize edilmiştir. Daha sonra araştırmacılar tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü öğrencilere anketler dağıtılmıştır. Tüm katılımcılardan aynı anda anketleri doldurmaları istenmiştir. Anketlerin doldurulma süresi toplamda 15-25 dakikadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu'ndan (GO15/462-08) resmi izin ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı onam alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde lisanslı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı 16.0 versiyonu kullanılmıştır. Anket formu ile toplanan sorularda kapalı uçlu olanlar SPSS ile açık uçlu olanlar ise gruplanarak elde değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler olarak, sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma ve Fisher's ki kare testi kullanılmıştır. Makale değerlendirme eğitimi alma ile makale değerlendirebilme özellikleri ki kare testi ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 4.sınıfta öğrenci olan 89 kişiye ulaşıldı. Ankete katılmayı kabul eden ve anketi tamamlayan 75 öğrencinin verileri değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması $22,6 \pm 0,89$ yıl olup %92'si kadındı. Öğrencilerin %45,3'ü günlük 7 saatten fazla internet kullandığını ve %57,3'ü tıbbi bilgi edinmek için 4 saat ve altında zamanı internette geçirdiğini belirtmiştir. (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özellikleri (n:75)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş	Ortalama±SS(22,65±0,89)	
Cinsiyet		
Kadın	69	92,0
Erkek	6	8,0
Günlük internet kullanım süresi		
Hiç	1	1,3
4 saat ve daha az	20	26,7
5-7 saat	20	26,7
7 saatten fazla	34	45,3
Tıbbi bilgi edinmek için günlük internet kullanım süresi		
Hiç	4	5,4
4 saat ve daha az	43	58,1
5-7 saat	20	27
7 saatten fazla	7	9,5

Öğrencilerin %90,7'si kanıta dayalı tıp terimini, %96'sı kanıta dayalı hemşirelik terimini daha önce duyduğunu belirtmiştir. Ancak kanıta dayalı tıp ile ilgili eğitim alanlar sadece %12'dir. Üniversitede kanıta dayalı uygulama/hemşirelik eğitimi aldığını söyleyenler %57,3 iken derslerde kanıta dayalı uygulama/hemşirelik konularına yer verilmesi %96' idi.

Öğrencilerin %97,3'ü literatür taraması yapmayı bildiğini belirtirken, literatür taraması için en çok kullanılan veritabanı %98,7 ile Google Akademik olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmamızda öğrencilerin %73'ü eleştirel makale eğitimi aldığını belirtmiştir. Eleştirel makale değerlendirme eğitimi alan 56 (%74) kişinin %86,2'sı makale değerlendirebileceğini belirtmiştir. Makale değerlendirme eğitimi alma ile makale değerlendirebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Eleştirel makale değerlendirme eğitimi alan 56 kişinin %85,7'si makale değerlendirebileceğini ifade etmiştir.

Öğrencilerin %21,3'ünün en az bir bilimsel yayını olduğu; %8'inin makalesi; %9,3'ünün sözlü bildirisi ve %16'sının poster bildirisi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %94,7'si hemşirelikte kanıta dayalı uygulamaya inandığını ve %98,7'si ise hemşirelik

Tablo 2. Literatür Taraması Yapılan Veri tabanlarının Öğrencilerin Kullanımına göre dağılımı (n:75)

Veri Tabanları	n*	%
Akademik Google	74	98,7
Cochrane Database	69	92
Ulakbim	62	82,7
Medline	40	53,3
PubMed	37	49,3
Elseviersciencedirect	15	20,0
UpToDate	7	9,3
Springerlink	1	1,3

* Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemiştir.

uygulamalarında kanıtı ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşire adaylarının %93,4'ü kanıtı dayalı tıp ile ilgili daha fazla bilgi almak isterken, %90,7'si kanıtı dayalı hemşirelik alanında bir eğitime ya da programa katılmak istediklerini belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, hemşirelikte KDU konusunda farkındalığı olan, önemine inanan ve hemşirelik uygulamalarında kanıtı ihtiyaç duyanların oranı yüksek bulunmuştur. Cruz'un (2016) 188 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin KDH ile ilgili farkındalıkları yüksek bulunmuş ve KDH ile ilgili kurs programına katılmanın KDH ile ilgili tutumları ve becerileri olumlu etkilediği saptanmıştır¹¹. Aynı çalışmada KDH hemşirelikle ilgili kurs programına katılanların oranı %60 iken çalışmamızda bu oran %12'dür. Ancak çalışmamızda öğrencilerin %90'dan fazlası kanıtı dayalı tıp ile ilgili daha fazla bilgi almak ve kanıtı dayalı hemşirelik alanında bir eğitime ya da programa katılmak istemektedirler. Bu nedenle öğrencilerin KDH ile ilgili kurslara katılımı için kurslar düzenlenmeli ve katılımları desteklenmelidir. Çalışmamıza benzer olarak, Adams'ın (2009), kanıtı dayalı uygulamaları ölçmek amacıyla 247 öğrenci ile yaptıkları çalışmada da öğrenci hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamanın önemli olduğunu düşündükleri ve yeni fikirlere açık oldukları görülmüştür¹². Çalışmamızın ve diğer çalışmaların sonuçlarına bakacak olursak, öğrenci hemşireler kanıtı oluşturma ve uygulama alanına yansıtma konusu konusunda olumlu tutum göstermektedir. Bu durum öğrencilerin mezun olduklarında uygun koşullar yaratıldığında kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarını yapmada olumlu davranışlar göstereceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yarısından fazlası kanıtı dayalı uygulama/hemşirelik eğitimi aldıkları belirlenmiştir. Günümüzde birçok eğitim kurumundaki akademik

stratejide kanıta dayalı uygulama ile ilgili farkındalığın ve yeterliliğin daha okul sıralarında kazandırılması için çaba sarf edilmektedir¹². Kanada da kanıta dayalı uygulama yeterliliği mezun hemşirede aranan standart yeterlilikler arasında yer almaktadır¹³.

Çalışmamızda öğrencilerin %97,3'ü literatür taramayı bildiğini ifade etmiştir. Çalışmamızla benzer olarak Formigoni ve arkadaşlarının (2003) 1150 hemşire öğrencisi ve hemşire üzerinde yürüttükleri çalışmada; öğrencilerin %64'ü interneti, literatür tarama aracılığıyla en güncel kanıtlara ulaşmak için kullandıkları saptanmıştır¹⁴. Kaplan ve arkadaşları (2009) da literatür tarama yeterliliğinin artmasının KDU için temel oluşturacağını vurgulamaktadır. Ayrıca hemşirelerin kanıt düzeylerini belirleyebilmesi ve uygun kanıtları uygulamaya aktarabilmeleri için literatür tarama yeterliliğinin gerekli olduğunun önemini belirtmişlerdir¹⁵. Ancak Bostrom ve arkadaşlarının (2010) 987 yeni mezun hemşire ile yaptığı çalışmada ise hemşirelerin sadece %20'sinin veri tabanı kullanarak bilgiye ulaştıkları, %30'unun ise klinik uygulama için makale okuduğunu belirtmiştir¹⁶. Literatür¹⁴⁻¹⁶ ve çalışmamıza göre öğrenciler kanıta ulaşmaya ilişkin yeterince bilgililer, teknolojiyi kullanma sorunları yok, ancak mezun olduklarında araştırma ve okumaya ilişkin zaman ayırma konusunda sorun yaşıyor olabilirler. Gözlemlerimiz ve deneyimlerimize göre, öğrenci hemşire olarak çalışmaya başladığında aşırı iş yüküne ve çoğunlukla iş merkezli kurum politikalarına bağlı istekli olsa da kanıta dayalı uygulamalarda yeterlilik gösteremiyor olabilir.

Öğrencilerin literatür taraması için en çok kullandıkları veritabanının %98,7 ile Google Akademik olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer olarak Wahous ve arkadaşlarının (2016) 62 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çalışmada literatür taraması için en çok kullanılan veritabanının Google ve Pubmed olduğunu saptamışlardır¹³. Ross'un (2010) çalışmasında ise en çok kullanılan veri tabanı Medline'dir¹⁷. Çalışmalarda bu farklılığın, kullanılan veri tabanının öğrencinin literatür tarama konusundaki bilgisi, yabancı dil yeterliliği ve veri tabanlarına erişim kısıtlılığı gibi faktörlerden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda makale değerlendirme eğitimi alma ile makale değerlendirebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$). Eleştirel makale değerlendirme eğitimi alan 56 kişinin % 85,7'si makale değerlendirebileceğini ifade etmektedir. Brown ve arkadaşlarının hemşirelerde kanıta dayalı uygulamadaki bariyerlerin incelendiği çalışmasında, kanıta dayalı uygulamayı en yüksek tutumun, daha sonra bilgi ve pratik uygulamaların etkilediği görülmüştür. Bilgi ve kanıta dayalı uygulama arasında güçlü bir korelasyon saptamış, bilgi puanı arttıkça kanıta dayalı uygulama puanı da artmıştır. Kanıta dayalı uygulamaya tutum ile KDU organizasyonu arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur¹⁸. Ayrıca Ubbink ve ark. (2011) çalışmasında, katılımcıların %70'i kanıta dayalı uygulama önündeki engellerden biri olarak, makaleleri eleştirel olarak değerlendirme konusunda yeterli olmadıklarını belirtmişlerdir¹⁹. Birçok çalışmada bir makaleyi eleştirel olarak analiz edebilmenin kanıta ulaşmakta en temel yollardan biri olduğu vurgulanmaktadır^{13,17,19}. Çalışmamızda, makale değerlendirme konusundaki bu bulgusu çalışmaları desteklemektedir. Makaleyi eleştirel değerlendirme becerisi kanıta dayalı uygulamalar için vazgeçilmez yeterlikler arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda hemşire adayların %93,4'ü kanıta dayalı tıp ile ilgili daha fazla bilgi almak isterken, %90,7'si kanıta dayalı hemşirelik alanında bir eğitime ya da programa

katılmak istemektedir. Johansson ve arkadaşlarının (2007) hemşirelerin kanıta dayalı uygulama tutumlarını incelediği çalışmasında hemşirelerin çalışma yılının, eğitim düzeyinin, kanıta dayalı uygulama kursu ve aktivitelerin tutumlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür²⁰.

Çalışmamızda öğrencilerin %21,3'sinin bilimsel yayınının olduğu belirlenmiştir. Oermann ve arkadaşlarının (2008) 20 hemşirelik dergisini inceleyerek yaptığı çalışmada hemşirelik de araştırma ve pratik bilgi arasında olumlu bir ilişki görüldü ve hemşirelik dergilerinin yaygınlaşmasının kanıta dayalı uygulama için önemli olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama kullanımında güncel araştırmalara ihtiyaç duydukları görülmektedir²¹. Bu bağlamda öğrencilerin yayın yapmasının desteklenmesinin kanıta dayalı uygulama kullanımını artıracakı düşünülmektedir. Harrigan ve arkadaşları (2007) çoğu hemşirenin, hemşirelik okul yıllarındaki öğrendikleri, biriktirdikleri tecrübeleri ve araştırma kanıtlarını ihmal etme ya da dikkate almalarının; hemşirelik bakımlarının temelini oluşturduğu vurgulamaktadır²². Bu nedenle okul yıllarında yayın yapma tecrübesinin, mezun olduktan sonra ki profesyonel gelişimine büyük katkı sağlanması beklenmektedir.

Veerman'ın (2007) hemşirelerin araştırma bulgularını kullanma durumlarının incelendiği çalışmasında, araştırma bulgularını kullanmadaki bariyerlerin farkındalığın az olması, araştırma yapma ve değerlendirme konusunda bilgi eksikliği, yetersiz zaman, araştırma bulgularını yorumlayamama, araştırma bulgularını meslektaşları ile tartışmada eksiklik olarak görülmüştür²³. Thompson ve arkadaşlarının (2007) hemşirelik literatürü inceleyerek yaptığı çalışmada hemşirelerin hemşirelik araştırmalarını nasıl yapacağını az bildiğini ve araştırmada metodolojik ve kavramsal gelişime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir²⁴. Çalışmamızda hemşirelik öğrencileri araştırma ve literatür tarama ile ilgili ders aldıkları belirlenmiştir. Okul döneminde alınan bu derslerin hemşirenin kanıta dayalı uygulama kullanımını ve farkındalığını arttıracakı düşünmekteyiz.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Öğrencilerin çoğu daha önce kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı hemşirelik kavramlarını duyduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğu hemşirelikte kanıta dayalı uygulama konusunda farkındalığının olduğu, hemşirelikte kanıta dayalı uygulamaya inandığını ve hemşirelik uygulamalarında kanıta ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin makale, poster ve bildiri yapma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda öğrencilerin çoğunluğunun kanıta dayalı tıp ile ilgili daha fazla bilgi almak ve kanıta dayalı hemşirelik alanında bir eğitime ya da programa katılmak istemektedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşire öğrencilerin kanıta dayalı uygulamayı engelleyen bariyerleri belirleyen çalışmaların planlanması,
- Hemşirelik öğrencilerin daha fazla yayın yapmalarının desteklenmesini,
- Hemşirelik öğrencilerine ve çalışan hemşirelere kanıta dayalı uygulama ve araştırmaya ilişkin eğitim müfredatının düzenlenmesini,

- Kanıta dayalı uygulamalar için müfredat eğitim modellerinin geliştirilmesini önermekteyiz.

Sonuçlarımızın araştırma örneklemiyle sınırlı olup genellenemeyeceği ve bu nedenle konuyla ilgili araştırmaların daha büyük örneklem gruplarında yapılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Mazurek MB, Fineout-Overholt E. Evidence Based Practice in Nursing & Healthcare A Guide To Best Practice Second Edition. London; Wolters Kluwer; 2011. p.4-5
2. Hriday MS, Kevin CC. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. Plastic and Reconstructive Surgery 2009; 124(3): 982-988.
3. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing&healthcare: A guide to best practice. 2nd Ed. Toronto: LWW; 2011
4. Kathleen RS. The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. The Online Journal of Issues in Nursing 2013 May;18(2).
5. Yip WK, Mordi SZ, Shen L, Kim EN, Zhang X, MajidS. Nurses' perception towards evidence-based practice: A descriptive study. Singapore Nursing Journal 2013; 40(1), 34-4.
6. Cullen L. Adams S. What is evidence-based practice?. Journal of Perianesthesia Nursing 2010; 25(3), 171-173.
7. Kocaman, G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 2: 61-69.
8. Yurtsever S, Altıok M. Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2006; 20(2): 159-166.
9. Kahveci R, Meads C. Is primary care evidence-based in Turkey?, Journal of Evidence-Based Medicine 2009; 2:242-251.
10. Kessenich CR, Guyatt GH, DiCenso A. Teaching nursing students evidence-based nursing. Nurse educator 1997;22(6):25-9.
11. Cruz JP et all. Evidence-based practice beliefs and implementation among the Nursing Bridge Program students of a Saudi University. International Journal of Health Sciences Quassim University 2016;10(3):405-414.
12. Adams S. Use of evidence-based practice in school nursing: Survey of school nurses at a national conference. The Journal of School Nursing 2009;25:302-313.
13. Wahoush O, Banfield L. Information literacy during entry to practice: Information-seeking behaviors in student nurses and recent nurse graduates. Nurse Education Today 2014; 34(2):208-213.
14. Formıgönç C, Gualdana İ, Fornasarı D. Nurses' online information use and literature searching skills: a survey in SBBL network. 15th EAHIL Conference; 2016 June 06-11; Seville, Spain.
15. Kaplan SK et all. Information literacy as the foundation for evidence-based in graduate nursing education: a curriculum integrated approach. Journal of Professional Nursing 2003; 19: (5):320-328.
16. Bostrom A, Ehrenberg A, Gustavsson P, Wallin L. Registered nurses 'application of evidence-based practice: a national survey. Journal of Evaluation of Clinical Practice 2009; 1159-1163.
17. Ross J. Information literacy for evidence-based practice in perianesthesia nurses: readiness for evidence-based practice. Journal Perianesth Nurs 2010;25(2):64-70.
18. Brown C, Wickline M, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. Journal of Advanced Nursing 2008; 62(2): 371-381.

19. Ubbink DT et al. Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital. *The Netherlands journal of medicine*. 2011; 69(2):87-94.
20. Johansson B, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. Evidence-based practice: The importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management* 2010; 18: 70-77.
21. Oermann M et al. Dissemination of research in clinical nursing journals. *Journal of Clinical Nursing* 2007;17:149-156.
22. Harrigan HB, Hess RF, Weinland JA. A Survey of Registered Nurses Readiness for Evidence-Based Practice: A Multidisciplinary Project. *Journal of Hospital* 2008; 8(4):440-448.
23. Veeramah V. Use of research findings in nursing practice. *Nursing Times* 2007; 103(1): 32-33.
24. Thompson D, Estabrooks C, Scott-Findlay S, Moore K, Wallin, L. Interventions aimed at increasing research in nursing: A systematic review. *Implementation Science* [electronic resource] 2007; 22(15):1-16.ü

EK 1.

Kanıta dayalı hemşirelik; hastalara en iyi bakımı sunabilmek için, hasta bakımına ilişkin kararlarda, bilimsel yöntemle elde edilen en iyi kanıtların, deneyimler ve hasta tercihleri ile birleştirilerek hemşirelik bakımında kullanma yaklaşımıdır. En iyi kanıtlardan kasıt güvenilir ve özellikle hasta merkezli, bilimsel klinik araştırmalardır. Kanıta Dayalı Hemşirelik, deneyimlere dayalı karardan kanıta dayalı karar almaya geçiştir.

Hemşirelik Araştırması; Hemşirelik araştırması özellikle bilgisini geliştirmek, düzeltmek ve yaymak için tasarlanmış sistematik sorgulamayı kapsar. Hemşirelik araştırmasının amacı nicel, nitel veya karışık yöntemler kullanarak soruları cevaplamak ve bilgileri geliştirmektir.

Aşağıdaki soruları lütfen yukarıdaki tanımı okuduktan sonra cevaplayınız.

1. Kanıta dayalı tıp içerikli herhangi bir eğitim toplantısına katıldınız mı?
A) Evet B) Hayır
2. Üniversitenizde kanıta dayalı uygulama/hemşirelik ile ilgili ders aldınız mı?
A) Evet B) Hayır
3. Derslerinizde kanıta dayalı uygulama/hemşirelik konularına yer veriliyor mu?
A) Evet B) Hayır
4. Literatür taraması yapmayı biliyor musunuz?
A) Evet B) Hayır
5. Aşağıdaki veri tabanlarından hangilerinden tarama yaptınız?

VERİ TABANLARI	EVET	HAYIR
Medline		
Ulakbim		
Cochrane Database		
PubMed		
Elsevier science direct		
UpToDate		
Springerlink		
Akademik Google		

6. Makale eleştirel değerlendirilmesine (criticalappraisal)ilişkin bir eğitim aldınız mı?
A) Evet B) Hayır
7. Sizce bir makaleyi eleştirel olarak değerlendire bilir misiniz?
A) Evet B) Hayır

Halen yürüttüğünüz bilimsel bir hemşirelik araştırmanız var mı?

A) Evet B) Hayır

8. Bilimsel yayınınız var mı?

A) Evet B) Hayır

Cevabınız Evet ise Hangi tür yayınınız var?

Yayın türü	EVET	HAYIR
Makale		
Sözlü bildiri		
Poster		

9. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamaya inanıyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

10. Hemşirelik uygulamalarınızda kanıta ihtiyaç duyuyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

11. Kanıta dayalı tıp konusunda daha fazla bilgi edinmek ister misiniz?

A) Evet B) Hayır

12. Kanıta dayalı hemşirelik alanında eğitim ya da programa katılmak istiyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

Çocuk İhmali ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansıması: Bir Literatür İncelemesi

Reflection of Child Neglect and Abuse to Researches In Turkey: A Literature Review

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 13–24

Elif BAKIR¹, Sevgisun KAPUCU¹

¹Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 29 Aralık 2016

Kabul Tarihi: 21 Mart 2017

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de yapılmış çocuk ihmali ve istismarı konusunu ele alan araştırmaların incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada genel tarama modellerinden tekil tarama yöntemi ve doküman incelemesi tekniği kullanılmıştır. Taramalar, Ekim 2016 tarihinde ulusal veri tabanlarından Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri, Türk Medline ve Ulakbim Dergipark veri tabanlarında “çocuk istismarı, çocuk ihmali, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, cinsel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, Türkiye anahtar kelimeleri ile Türkçe ve İngilizce olarak taranmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 128 araştırma makalesi dahil edilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda en fazla araştırmanın (%93.75) son 10 yıl içinde yapıldığı, araştırmaların %63.28’inin tanımlayıcı tipte olduğu, %72.66’sının sağlık profesyonelleri tarafından, %6.25’inin multidisipliner ekip üyeleri tarafından yapıldığı; sağlık profesyonelleri tarafından yapılan araştırmaların %86.02’sinin hekimler tarafından, %11.83’ünün hemşireler tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Araştırmaların %45.31’inde genel çocuk ihmali ve istismarının birlikte çalışıldığı, örneklem grubunda %60.93 oranında çocuk ve ergenlerin yer aldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Ülkemizde çocuk ihmali ve istismarına ilişkin yapılan araştırmaların sayısında artış görülmüştür. Ancak bu alanda yapılan araştırmaların çoğunluğunun kanıt düzeyinin düşük olduğuna ve hemşirelerin konuya ilişkin yapacakları araştırmaların sayısının ve niteliğinin artmasının önemine dikkat çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk, çocuk ihmali, çocuk istismarı, hemşirelik*

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to review the research articles about child neglect and abuse in Turkey.

İletişim : elif.gokduman@hotmail.com

Material and Methods: In this descriptive study, single screening method among general screening models and document review technique were used. Literature search was conducted in national databases including Hacettepe University Libraries, Turkish Medline and Ulakbim Dergipark in October 2016, with the keywords of “child abuse, child neglect, physical abuse, physical neglect, sexual abuse, sexual neglect, emotional abuse, emotional neglect, Turkey” among Turkish and English articles.

Results: Of the research articles, 128 were included in the study. At the end of the review; it was found that most of the research (93.75%) were conducted in the last 10 years, 63.28% of the studies were descriptive, 72.66% of them were conducted by health professionals (physicians %86.02, nurses %11.83), 6.25% of them were conducted by multidisciplinary team members; among research conducted by healthcare professionals, 86.02% were carried out by physicians and 11.83% were carried out by nurses. Child neglect and abuse were studied together in 45.31% of the studies, children and adolescents took place in the population of 60.93% of the studies.

Conclusion: There is an increase in the number of research related to child neglect and abuse in our country. However, the majority of research in this field have low evidence level and it is important for nurses to conduct more research with higher evidence level.

Key Words: Child, child abuse, child neglect, nursing

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk ihmali ve istismarı; 18 yaşın altındaki çocukların sağlığını, sağ kalımını, gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü davranışlardır¹.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bildirimlere göre erişkinlerin çocukluk dönemlerinde yaklaşık %25'inin fiziksel istismara uğradığı, kadınların %20'sinin, erkeklerin %8'inin çocukluklarında cinsel istismara maruz kaldıkları belirtilmektedir. Ayrıca dünyada her yıl 15 yaş altında 31000 çocuğun yaşamını çocuk istismarı nedeniyle yitirdiği bildirilmektedir¹. **Ülkemizde UNİCEF tarafından yapılan (2010) çocuk istismarı ve aile içi şiddet konulu araştırmasına göre 7-18 yaş grubu çocuklarda**, duygusal istismarın %51, fiziksel istismarın %43, cinsel istismarın %3 oranında görüldüğü saptanmıştır².

Ülkemizdeki çocukluk çağında istismar ve ihmal olaylarının yaygınlığına ilişkin toplumsal tarama çalışmalarının sayısının az olduğu ve bunun nedeninin ise olayın belirlenmesinin zorluğu ve rapor edilmesindeki yetersizliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir³. Fiziksel istismarın hala ebeveynler tarafından bir disiplin aracı olarak kullanılması da bildiri engellemektedir⁴⁻⁷. Bildirilen vakalar ise genellikle ağır yaralanmalar ya da ölüm olarak hastanelere getirilmektedir⁸. Bildirim konusundaki eksikliklerden biri de olgularla en sık karşılaşan sağlık personelinin bildirim konusundaki bilgi eksikliğidir. Gölge ve ark. (2012) yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %70.9'unun, hemşirelerin ise %54.3'ünün çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında nasıl bir prosedür izlemeleri gerektiğini bilmedikleri ortaya çıkmıştır⁹. Cinsel istismar mağduru çocukların utanma, suçluluk, dışlanma korkuları, kendisine ya da sevdiklerine yönelik tehditler, olayın sorumlusu olarak kendini suçlama, ebeveynin

sevgisini kaybetme ve ailenin parçalanacağı korkusu istismarın gizlenmesine sebep olmaktadır¹⁰. Son zamanlarda medyadaki haberlerle kamuda erkek çocuklarının cinsel istismara uğramasıyla ilgili farkındalık oluşmuş olsa bile, erkek çocuklarının açıklamaya yönelik kaygılarının daha yüksek olması ve olayın görünür sonuçları kız çocukları kadar fark edilmediği için gizli kalmakta ve yetişkinlik hayatında problemler yaşamasına sebep olmaktadır¹¹. Cinsel istismara uğrayan erkek çocuklarında yetişkinlik döneminde intihar, alkol ve madde kullanımı, aile hayatında problemler yaşama ve depresyon görülme oranı daha yüksektir¹².

Çocukluk çağıında yaşanan istismar olayları özellikle cinsel istismar, çocukların ruh sağlığına ve yaşam kalitesine ciddi anlamda zarar vermektedir. Yapılan çalışmalar cinsel istismar ardından değerlendirilen çocukların büyük bir kısmında psikiyatrik bozukluk görüldüğünü saptamıştır¹³⁻¹⁹. Çocukluk çağıında görülen ruhsal bozukluklar çocukların normal psikolojik gelişimi aksatarak erişkin dönemde de sorunlar yaşamalarına sebep olmaktadır²⁰. Fiziksel istismara uğrayan çocuklar ileride kendi çocuklarına da istismar uygulamaktadır. Yapılan çalışmalar fiziksel istismara uğrayan çocukların ebeveynlerinde de istismar öyküsü olduğunu göstermiştir^{4,6,18}.

Çocuk ihmal ve istismarının tespit edilmesinde en önemli nokta “şüphe” dir. Sağlık personeli bazı durumlarda şüphesinin yersiz olduğunu düşünebilir ya da anne/babanın çocuğuna zarar vereceğini kabul etmez. Bu anlamda sağlık personelinin bilgisi çok önemlidir; sağlık kurumuna başvurmada yaşanan gecikme, öyküde çelişkilerin olması, şüpheli travma öyküsü şüphe uyandırması gereken konulardır. Aynı zamanda risk altındaki çocukların tespit edilmesi de tanının zamanında konulmasında büyük önem taşır²¹. Özel gereksinimi olan çocuklar, evlilik dışı doğan çocuklar, savaş ve göç mağduru çocuklar, gebe annenin diğer çocuğu, sosyo ekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük ailelerin çocukları, üvey anne/babayla yaşayan çocuklar, madde bağımlısı anne/babanın çocuğu, istenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuk ihmal ve istismara uğrama açısından yüksek risk altındadır^{21,22}.

Çocukların her türlü fiziksel, zihinsel ve cinsel ihmal ve istismardan korunmasını içeren Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Türkiye’nin de dahil olduğu 197 ülke tarafından imzalanmış ve 2 Eylül 2010’da yasa statüsüne kavuşmuştur²³. Suçluları cezalandırmak devletin sorumluluğunda olsa da, suç ile karşılaşan bireylerin de yasalarla belirlenmiş bir takım sorumlulukları vardır. Türk Ceza Kanunu (TCK)’nun 278/1’e göre) İşlenmekte olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”, TCK 279/1’e göre “Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”, TCK 280/1’e göre “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır²⁴.” İlgili maddelerde görüldüğü gibi kişiler ihmal ve istismara uğrayan çocuğu bildirmekle yükümlüdür.

Çocuk istismarının önlenmesinde evde, okulda, toplumsal düzeyde ve karar vericiler düzeyinde yapılacakları değerlendirmek önemlidir. Yapılması gereken eylemlerin başında bu konuda çalışan profesyonellerin, toplumun, ailelerin ve çocukların eğitimi gelir. İstismara maruz kalan çocuğu ilk fark edecek kişiler doktorlar, hemşireler

ve ebelerdir²⁵. Dünya Sağlık Örgütü çocuk ihmali ve istismarının önlenmesinde hemşirelerin önemli bir yeri olduğunu belirtmiş ve bu kapsamda hemşirelerin ev ziyaretleri sırasında ebeveynlere çocuk yetiştirme becerilerinin geliştirilmesi, çocuk gelişimi konusunda bilgilerinin artırılması, çocuk yönetiminde olumlu stratejilerin geliştirilmesi, gerekli okul öncesi eğitimin ve çocuk bakımının verilmesi gibi konularda eğitim vermeleri gerektiği belirtilmiştir¹. 1976 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından Hemşirelik kodları içerisinde tanımlanan hasta haklarının savunuculuğu rolü çocukları ihmal ve istismardan korumayı da içermektedir. Bu kapsamda hemşireler çocuk haklarının ihlal edildiği durumlarda çocuğun haklarını savunma, ihmalden, zulümden ve istismardan korumakla sorumludur²⁶.

Sağlık personelinin görevi sadece tanı koyup tedavi sürecini başlatmak olarak düşünülmemeli, aynı zamanda istismara uğrayan çocuğun hukuksal sürecinde yardımcı olmalı ve rehabilitasyon sürecinde desteklemelidir²⁵. İstismarın tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde çocuğa ve aileye yardım edebilmek için sağlık personelinin bu konuda çok iyi eğitim alması gerekir. Aynı zamanda konu ile ilgili yapılan araştırmaların artması da sağlık personelleri için yol gösterici olacaktır.

Türkiye’de bu konuda yapılan çalışmaların sayısında son yıllarda artış olmakla birlikte, konunun hassasiyeti ve önemi nedeniyle daha çok araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır^{2,27}. **Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili yapılan çalışmaların incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma, öğrencilere, araştırmacılara, özellikle çocuk ihmali ve istismarını önleme konusunda önemli rolleri olan çocuk sağlığı ve halk sağlığı hemşirelerine konu ile ilgili yapılması gereken araştırmalar konusunda yön vermesi açısından önemlidir.**

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma genel tarama modellerinden tekil tarama yöntemi kullanılarak yapılmış ve doküman incelemesi tekniği kullanılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırma makalesi olması
- Geçerlilik güvenilirlik çalışmaları
- Online olarak tam metnine ulaşılabilir olması
- Türkiye’de yapılmış olması
- 1995-2016 tarihleri arasında yayınlanmış olması

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Derleme makaleleri
- Yurtdışında yapılmış olması
- Araştırmanın tam metnine ulaşamaması

- Olgu sunumları
- Kongre kitabında yayınlanan bildiriler
- Düşünce/tartışma
- Kitap
- Proje ve raporlar

Verilerin Toplanması

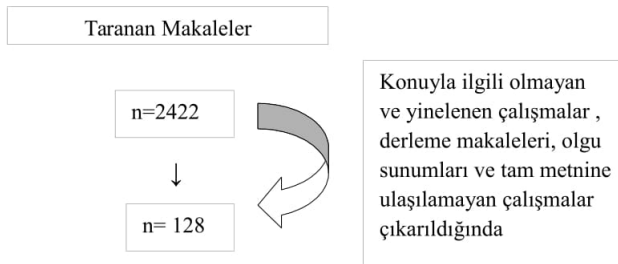
Bu çalışmada Türkiye’de 1995-2016 yılları arasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda yapılan çalışmalar incelenmiştir. Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri, Türk Medline, UlakbimDergipark veri tabanlarında “çocuk istismarı, çocuk ihmali, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, cinsel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, child abuse, child neglect, physical abuse, physical neglect, sexual abuse, sexual neglect, emotional abuse, emotional neglect, Turkey” anahtar kelimeleri ayrı ayrı kullanılarak tarama yapılmış ve Ekim 2016 itibarıyla 2422 makaleye ulaşılmıştır. Konuyla ilgili olmayan ve yinelenen çalışmalar, derleme makaleleri, olgu sunumları ve tam metnine ulaşılamayan çalışmalar çıkarıldığında kalan 128 araştırma makalesi çalışmaya dahil edilmiştir. (Şekil 1)

Verilerin Analizi

Araştırmaya dahil edilen çalışmalar konularına, çalışılan istismar/ihmal türüne, yapıldıkları yıllara, araştırmacıların yer aldıkları akademik alanlara, örneklem grubuna, araştırma tipine ve kullanılan veri toplama araçlarına göre analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi SPSS programı ile gerçekleştirilmiştir. İncelenen araştırmalara ilişkin verilerin dağılımı frekans ve yüzde olarak verilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda, araştırmalar yayımlandıkları yıllara, tipine ve araştırmalarda kullanılan veri toplama araçlarına göre incelenmiş ve tablo 1’de belirtilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi konu ile ilgili araştırmaların çoğunluğu (%93.75) son 10 yılda yayınlanmıştır. Taranan araştırmaların %63.28’i tanımlayıcı, %31.25’i ise retrospektif türde kayıt



Şekil 1. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmalar

inceleme çalışmalarından oluşmaktadır. Araştırmaların %38.28'inde Türkçe'ye uyarlanmış ölçekler veri toplama aracı olarak kullanılırken %32.03'ünde kayıtlar ve dosyalar, %28.9'unda araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu kullanılmıştır.

Tablo 2'de taranan çalışmaların bazı değişkenlere göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmacıların büyük çoğunluğu (%72.66) sağlık bilimleri alanından olup, ilk sırada (%86.02) tıp mensuplarının yer aldığı görülmektedir. İncelenen ihmal istismar türüne göre, %45.31 oranında genel çocuk ihmal ve istismarının çalışıldığı, %36.72 oranında cinsel ihmal ve istismar, %8.59 fiziksel ihmal ve istismar ve %7.81 oranında ise duygusal ihmal ve istismar alanında çalışma yapıldığı görülmektedir. Araştırmaların örneklem grubuna bakılırsa en fazla çalışılan grubun çocuk ve ergenler (%60.93) olduğu, en az çalışılan grubun ise aile (%7.81) olduğu görülmektedir (tablo 2).

Araştırma konuları açısından bakıldığında;28 çalışmada, hastanelere başvuran çocuk istismarı olgularının sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerinin, yaygınlığının, risk faktörlerinin geriye dönük incelendiği, 25 çalışmada,çocukluk çağı ihmal istismar yaşantılarının riskli davranışlar/ psikiyatrik semptomlar ile ilişkisine bakıldığı, 20 çalışmada ise,cinsel istismara uğrayan çocuklarda ve ebeveynlerinde istismar sonrası gelişen psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı görülmektedir.

Bunların dışında 17 çalışmada ebeveynlerin, öğretmenlerin, sağlık çalışanlarının, yargı mensuplarının ya da üniversite öğrencilerinin çocuk istismarı ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerin, 11 çalışmada çocuk istismarı açısından risk grubunda olan (psikiyatrik engelli, yanık tedavisi alan, çalışan çocuklar, madde bağımlısı, okulu bırakan) çocukların ihmal ve istismara uğrama durumları, 5 çalışmada duygusal istismara uğrayan çocukların davranış problemlerinin, 4 çalışmada çocuk istismarı ile ilgili ölçek geliştirilmesi ve geçerlilik güvenirliğinin yapıldığı, 4 çalışmada fiziksel istismara uğrayan çocukların fiziksel istismar hakkındaki görüşlerinin, maruz kalma sıklığının, risk ve koruyucu faktörlerin incelendiği, 4 çalışmada ise anne/babaların çocuklarını ihmal/istismar etme durumları ve bunları etkileyen faktörlerin araştırıldığı belirlenmiştir. Ayrıca çocuk istismarını önleme programının etkinliğini (2 çalışma), çocuk istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında ruhsal etkilenmeyi belirleyen (2 çalışma), cinsel istismarın mağdur ve sanık konumundaki çocuklar açısından inceleyen 2 çalışma bulunmaktadır. Son dört çalışmadan biri, okul öncesi dönemde kardeş istismarının incelenmesine, 1 çalışma çocuk ihmal ve istismarının önemli yansımalarından olan kayıp çocuk sorununun sebep ve sonuçlarının incelenmesine, 1 çalışma çocuk ağır ceza mahkemesinde akran istismarı nedeniyle yargılanan ve karara bağlanan dava dosyalarının incelenmesine, 1 çalışma cinsel istismarı önlemede aile yapısının öneminin incelenmesine, son 1 çalışma ise aile içi şiddet ve çocuk istismarı olgularına uygulanan sanat terapisinin rehabilitasyon sürecine katkısının incelenmesine yönelik yapılmıştır.

TARTIŞMA

Yaptığımız incelemelere göre, çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin araştırmaların son 10 yılda artış gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuç literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir^{10,27}. Bu konuda yapılan çalışmaların sayısındaki artışın; son yıllarda teknolojik araçların, özellikle akıllı telefonların kameralarının kullanım yaygınlığının artması ile olayların kanıtlanabilmesi ve bildirimini kolaylaşmasından dolayıyla

Tablo 1. Taranan Çalışmaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TANIMLAYICI ÖZELLİK	Sayı	%
Yayınlandığı Yıl		
1995-2005	8	6.25
2006-2016	120	93.75
Araştırma Tipi		
Tanımlayıcı Çalışma	81	63.28
Retrospektif Kayıt İnceleme	40	31.25
Diğer*	7	5.47
Kullanılan Veri Toplama Aracı		
Türkçeye uyarlanmış ölçekler	49	38.28
Kayıtlar, dosyalar	41	32.03
Araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu	37	28.9
Resim	1	0.79

* Ölçek geliştirme, geçerlilik güvenirlik çalışması, prospektif klinik çalışma, randomize kontrollü çalışma

bildirilen vakaların medyada daha fazla yer bulmasından ve toplumsal farkındalığın artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmalarda kullanılan veri toplama araçlarına bakıldığında “Türkçe’ye uyarlanmış ölçekler”den (%38.28) sonra en yüksek oranda (%32.03) “kayıtlar ve dosyalar”ın kullanıldığı görülmektedir. Araştırmacıların ulaşılması kolay olduğu için hastane kayıtlarını tercih ettikleri düşünülmektedir.

Bulgularımıza göre, araştırmaların çoğunluğu sağlık profesyonelleri tarafından (%72.66) yapılmıştır. Beyazıt ve Ayhan’ın (2015) çalışmasında cinsel istismar konularını ele alan bilimsel çalışmaların çoğunlukla tıp fakülteleri ve hastanelerde yapıldığı belirtilmiştir¹⁰. Bu durumun, istismar olgularıyla en sık karşılaşan grup içinde yer alan sağlık çalışanlarının, konuya ilgi duymaları ve farkındalık yaratma çabalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık bilimleri alanında yapılan çalışmalara bakıldığında ise, araştırmaların çoğunluğunun (%86.02) hekimler tarafından yapıldığı görülmektedir. Bu durum, hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal olgularının tanı, tedavi sorumluluğu olması ve olguların çoğunun sağlık kuruluşlarında tespit edilmesinden kaynaklı olması ile açıklanabilir. Olgularla sık karşılaşmalarına, çocuklar ve ailelerle yakın ilişkide olmalarına rağmen hemşirelerin konuyla ilgili yaptıkları araştırmaların az sayıda (%11.83) olduğu görülmüştür. Ev ziyaretlerinde, okullarda ve hastanelerde çocuklarla

Tablo 2. Taranan Çalışmaların Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER	Sayı	%
Araştırmacıların Yer Aldıkları Akademik Alan		
Sağlık Bilimleri	93	72.66
Eğitim Bilimleri	20	15.62
Multidisipliner	8	6.25
Sosyal Bilimler	7	5.47
Sağlık Bilimlerinde Yapılan Araştırmaların Alanlara Göre Dağılımı		
Tıp	80	86.02
Hemşirelik	11	11.83
Diğer*	2	2.15
Taranan Araştırmaların İncelediği İhmal ve İstismar Türüne Göre Dağılımı		
Genel Çocuk İhmali ve İstismarı	58	45.31
Cinsel İhmal ve İstismar	47	36.72
Fiziksel İhmal ve İstismar	11	8.59
Duygusal İhmal ve İstismar	10	7.81
Diğer**	2	1.56
Araştırmaların Örneklem Grubuna Göre Dağılımı		
Çocuk ve Ergen	78	60.93
Üniversite öğrencileri ve yetişkinler	27	21.1
Sağlık çalışanları, öğretmenler, yargı mensupları	13	10.16
Aile	10	7.81

*Ebelik, çocuk gelişimi

**Akran istismarı, kardeş istismarı

karşılaşan hemşireler, çocukları risk tanınması yoluyla istismar ve ihmal açısından değerlendirebilir ve olguların tespitini sağlayabilir. Yapılan araştırmalar çocuk kliniklerinde risk değerlendirmesinin küçük çocuklarda istismar ve ihmal görülme oranını azalttığını göstermektedir²⁸. Bailhache ve ark. (2013) yaptıkları bir sistematik derlemede, istismara uğrayan çocukların belirlenebilmesi için kullanılan tarama araçlarının düşük kalitede olduğunu belirtmişlerdir²⁹. Hemşireler tarafından

yapılacak araştırmalarla alanda kullanılabilir olacak geçerli tarama araçları geliştirmesi, ev ziyaretlerinde kullanılmak üzere pozitif ebeveynlik geliştirme ve aile-çocuk etkileşiminin artırılmasını içeren ebeveyn eğitim programlarının oluşturulmasına gereksinim duyulmaktadır.

Taranan çalışmalarda, multidisipliner ekip araştırmalarının sayısının yetersiz (%6.25) olduğu görülmüştür. Oysa ki çocuk istismarı bir halk sağlığı problemidir. Çocuk istismarının önlenmesi için, farklı alanlarda çalışan uzmanların birlikte araştırma yapması konuya yönelik bilgi birikiminin artmasına ve ilgili meslek üyeleri arasında yapılacak işbirliğine katkı sağlayacaktır.

Araştırmaların konularına bakıldığında, çoğunlukla (%45.31) ihmal ve istismarın birlikte incelendiği görülmüştür. Bu bulgu, Sarı ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarıyla tutarlık göstermektedir³⁰. En çok çalışılan (%36.72) özel konu cinsel istismardır. Enstest ve çocuk evlilikleri de cinsel istismar kapsamına alınmıştır, ancak oldukça önemli olmasına rağmen fiziksel istismar (%8.59) ve duygusal istismar (%7.81) konularında yeterince çalışma yapılmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar, çocukların en çok fiziksel ve duygusal istismara maruz kaldıklarını, anne ve babaların çocuklarını cezalandırmak için fiziksel şiddeti sıklıkla kullandıklarını göstermektedir^{2,31}. Duygusal ihmal ve istismarın çoğunlukla tek başına değil, diğer istismarlarla birlikte olması ve çocuk üzerindeki etkilerinin geç dönemde ortaya çıkması sebebiyle araştırmalarda önceliğin, diğer istismar türlerine verilmesine sebep olmakta, bu durum duygusal istismarın tanımlanmasına ve tanınmasına engel olabilmektedir³². Risk gruplarının belirlenmesi, onlara ulaşılması, sosyal destek ve eğitim verilebilmesi için fiziksel istismar ve duygusal istismar konularında daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

Örnekleme grubuna bakıldığında, en az çalışılan grubun aile (%7.81) olduğu görülmektedir. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde aile kilit noktadır. Yapılan araştırmalara göre, anne babaların ihmal ve istismar hakkında yanlış bilgilere ve olumsuz tutumlara sahip olması, çocuk istismarı ve ihmalinin yaşanmasında önemli bir risk faktörüdür^{33,34}. Çocuğa yönelik disiplin yöntemlerinde, çocukların bakımı ve korunmasında önemli rolü olan anne babada farkındalık oluşturmak amacıyla, ailelerle daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Medya ve toplum temelli eğitimlerin de ailelerin farkındalık kazanmalarına yardımcı olabileceği düşünülmekte olup, bu amaca yönelik multidisipliner projelere gereksinim duyulmaktadır.

Bulgularımıza göre, yapılan araştırmaların çoğunun çocuk istismarı olgularının sosyo demografik ve psikiyatrik özelliklerinin, yaygınlığının, risk faktörlerinin geriye dönük incelenmesini ve çocukluk çağı ihmal istismar yaşantılarının riskli davranışlar ya da psikiyatrik semptomlarla ilişkisinin incelenmesini amaçladığı, yani var olan bir durumu tanımlamaya yönelik yapıldığı görülmektedir. Toplumsal farkındalığı arttırmak ve ihmal ve istismarın önlenmesi için okul, aile ve sivil toplum kuruluşlarının da katılımı sağlanarak çocuklara yönelik önleme programları geliştirilmeli ve etkinliği deneysel araştırmalarla değerlendirilmelidir. Yapılan çalışmalarda okul tabanlı eğitimin³⁵ ve ebeveyn eğitim programlarının uygulanmasının³⁶ istismar potansiyelini ve risk faktörlerini azalttığı saptanmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

- Şimdiye kadar yayınlanmış araştırmaların çoğunun tanımlayıcı türde olması nedeniyle kanıt düzeyi yüksek olan randomize kontrollü çalışmalara gereksinim vardır. Çocuk istismarını önleme ve müdahale programlarının geliştirilmesi amacıyla multidisipliner ekip projeleri geliştirilmeli ve etkinliği deneysel araştırmalarla değerlendirilmelidir.
- Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili yapılmış araştırmalarda görülen eksikliklerden biri de bildirim sonrası çocukların ve ailelerin tedavi ve rehabilitasyon sürecinde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesine yöneliktir. Uygulanan tedavi ve rehabilitasyon sürecinin etkinliğini değerlendiren araştırmaların yapılması önerilebilir.
- Ayrıca mağdur çocuk ve ailenin yaşam kalitelerini geliştirecek araştırmalara ve istismara maruz kalan çocukların istismarcı olmalarının önlenmesine ilişkin programların geliştirilmesi ve etkinliklerinin değerlendirilmesi önerilebilir.
- Hemşirelerin konuyla ilgili daha fazla araştırma yapması teşvik edilmeli ve yapılacak araştırmalarda çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde etkili müdahaleler geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Child Maltreatment. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>. Erişim Tarihi: 21.09.2016.
2. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması(2010). <http://atud.org.tr/kutuphane/unisefrapor.pdf>. Erişim Tarihi: 25.09.2016.
3. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. **Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme.** *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12).
4. Bilge YD, Taşar MA, Kılınçoğlu B, Özmen S, Tıraş Ü. Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013;14:27-35.
5. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 24(3):128-134.
6. Altıparmak S, Yıldırım G, Yardımcı F, Ergin D. Annelerden alınan bilgilerle çocuk istismarı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013;14:354-361
7. Bektaş M, Öztürk C. İzmir’de bir ilköğretim okulunda aile içi şiddet araştırması. *Ege Pediatri Bülteni* 2007;14(3):165-169.
8. Yalçın N. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi, İstanbul, 2011.
9. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2012;26(2).
10. Beyazıt U, Ayhan AB. Türkiye’de yapılmış çocuğun mağdur olduğu cinsel istismar olgularını konu alan bilimsel çalışmaların incelenmesi. *International Journal of Social Science* 2015;31:443-453.
11. Scrandis DA, Watt M. Child sexual abuse in boys: implications for primary care. *The Journal for Nurse Practitioners* 2014;10(9):706-713.

12. Whitefield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experience sand the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *J Interpers Violence* 2003;18(2):166-185
13. Şimşek Ş, Fettahoğlu EÇ, Özatalay E. Cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(3).
14. Taner HA, Çetin FH, Işık Y, İşeri E. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015;16:294-300.
15. Simsek S, Uysal C, Bez Y, Gencoglan S. Comparison of sexual abuse survivors from two different geographical regions of Turkey in terms of the sociodemographic and abuse-related characteristics. *Düşünen Adam: The Journal Of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014;27 (4):323-327.
16. Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Özer S, Memik NÇ, Yıldız Ö, Ağaoglu B. Cinsel istismar mağduru bir grup çocuk ve ergende TSSB belirtileri ve WISC-R puanları arasındaki ilişki: Bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010;13:177-184
17. Yulaf Y, Gümüştaş FÖ. Çocuk ve ergenlerde cinsel istismarın psikiyatrik sonuçlarını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2013;16(4).
18. Demirci EÖ, Özmen S, Öztop DB, Özdemir Ç, Uytun MÇ. *Çocuk ve ergen cinsel istismar olgularında istismar ile ilişkili sosyo-demografik özelliklerin, ailesel değişkenlerin ve ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi*. *Adli Tıp Bülteni* 2014;19(3):146-153.
19. Soylu N, Pılan BS, Ayaz M, Sonmez S. Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2012;13 (4):292-298.
20. Dursun OB, Güvenir T, Özbek A. Çocuk ergen ruh sağlığında epidemiyolojik çalışmalar: yöntemsel bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2(3).
21. Önal SÇ, Celbiş O, Özdemir B, Özdemir MY. Çocuk istismarı. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2013; 23:124-127.
22. Sener MT, Anci Y, Dursun OB. Significance of healthy family structure in preventing child sexual abuse: A prospective controlled study. *Medicine Science International Medical Journal* 2014;3 (1):1046-53.
23. Kurt SL. Çocuk haklarına ilişkin temel uluslararası belgeler ve Türkiye uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2016;16(1): 99-127
24. Özmen R. Anayasa TCK-CMK ve İnfaz Kanunu. 47. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016. s.218
25. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı: Tanımlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007
26. Akça SÖ, Gözen D. Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013;21(3): 213-218.
27. Beyazıt U. Çocuk istismarı konusunda Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;1(1).
28. Selph SS, Bougatsos C, Blazina I, Nelson HD. Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the us preventive services task force recommendation. *Annals Of Internal Medicine* 2013;158(3):179-190.
29. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible: A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics* 2013; 13: 202.
30. Sarı HY, Ardahan E, Öztornacı BÖ. Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2016;15(6):501-511.
31. Türkiye İstatistik Kurumu Aile Yapısı Araştırması. www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=16. Erişim Tarihi 14.11.2016.
32. Dinleyici M, Dağlı FŞ. Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Journal Of Medicine* 2016;38.

33. Keser N, Odabaş E, Elibüyük S. Ana-babaların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2010;4(3).
34. Yalçın H, Koçak N, Duman G. Anne babaların çocuk istismarıyla ilgili tutumlarının incelenmesi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2014;16(Özel Sayı I):137-143.
35. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. Journal of Adolescent Health 2015; 56: 542-550.
36. Chen M, Chan KL. Effect of parenting programs on child maltreatment prevention: a meta-analysis. Trauma Violence & Abuse 2015; 1-17.

Gebeliğin Üçüncü Trimestrında Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi

Effect of Education Administered to
Pregnants in Third Trimester on Level of
Readiness for Postpartum Discharge

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 25-35

Rükuye BURUCU¹, Belgin AKIN²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya, Türkiye

²Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye

Geliş Tarihi: 31 Ocak 2013

Kabul Tarihi: 02 Haziran 2017

ÖZ

Amaç: Gebeliğin üçüncü trimestrında gebelere verilen planlı eğitimin doğum sonrası taburculuğa hazıroluşluk düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma son test kontrol gruplu müdahale tipi çalışmadır. Veriler araştırmacı/ lar tarafından hazırlanmış olan veri toplama formu ve Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 10,0 paket program kullanılarak ölçek puanı; ortalama ve standart sapma, kadınların doğurganlık özellikleri; sayı- yüzde, ölçek puan belirleyicileri ise; çoklu regresyon analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden yazılı izin, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerden araştırma süreci açıklanarak onamları alınmıştır.

Bulgular: Müdahale (M) ve kontrol (K) grupları benzer özellikler taşımaktadır. Erken taburculuğa M grubunun %54,3, kontrol grubunun %45,7 hazır olduklarını düşündükleri, ölçek puan farklarının anlamlı olduğu, eğitim alma durumunun ölçek puanı için önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Gebeliğin üçüncü trimestrında gebelere verilen planlı eğitimin doğum sonrası taburculuğa hazır oluşuğ arttırmada etkili bir girişim olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonrası dönem, gebe eğitimi, gebe izlemi, hemşire taburculuğa hazıroluşluk

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to investigate the effects of planned education given to

İletişim : rburucu@hotmail.com

pregnancies during the third trimester of pregnancy on postoperative levels of postpartum discharge.

Materials and Methods: The study is the intervention type with post test control group. Data were collected using the data collection form prepared by the researchers and the Preparedness Scale for Hospital Discharge - Newborn Mother Form. Statistical analyzes were performed using the SPSS 10.0 package program. For the scale score, mean and standard deviation, for the fertility characteristics of women; number-percentage is used. For the scale markers, multiple regression analysis methods have been used and evaluated. Before the research, approval of the ethics committee from the Ethics Committee of Selcuk University Faculty of Medicine, the permission of the Konya Education and Research Hospital taken with examining the process to the pregnant women in the intervention and control group.

Results: The intervention (M) and control (K) groups have similar characteristics. It was determined that, in the early discharge group, 54.3% of the M group and 45.7% of the control group were ready, meaning that the scale point differences were significant and that the education level was an important determinant of the scale score.

Conclusion: It has been determined that the planned education given to the pregnancies during the third trimester of pregnancy is an effective attempt to increase the readiness for postpartum discharge.

Key Words: Education of pregnant, follow-up of pregnant, nurse, postpartum period, readiness for discharge

GİRİŞ

Doğurgan çağdaki birçok kadın gebelik, doğum ve annelik gibi doğal fizyolojik bir süreç yaşamaktadır. Bununla birlikte sağlıklı olaylar olarak görülen gebelik ve doğum kadın için bazı risklere de yol açabilmektedir. Dünyada ve ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalar^{1,2,3,4,5,6} kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarının doğurganlık döneminde ortaya çıktığını ve kadınların erkeklerden daha çok sağlık problemi yaşadığını⁷ göstermektedir. Ülkemizde TNSA 2013⁸ verilerine göre gebelerin %97'si gebeliği süresince en az bir kez kontrole gitmekte, %97,4'ü bir sağlık personeli eşliğinde doğum yapmakta, doğum yapanların 3 gün ve sonrasında sadece %5,5'i doğum sonu bakım almakta, neonatal ölüm hızı %6, bebek ölüm hızı ise %13 olarak belirtilmektedir. Anne ölüm oranı ise 100.000 canlı doğumda 15,5' dir⁹. Anne ölümlerinin % 61,6'sının önlenemez nedenlerle olduğu, ölümlerin % 54,1'inin postpartum dönemde ve % 20,9'unun ilk 24 saatte meydana geldiği bilinmektedir⁸. Anne bebek ölümlerini azaltabilmek için hem doğum öncesi hem de sonrası bakım, izlem ve eğitimle gebelerin ve anne adaylarının desteklenmesi gerekmektedir².

Taburculuğa hazıroluşluk "eve gitmeye hazır olma" olarak tanımlanmaktadır^{10,11}. Hazıroluşluk kararının verilmesinde göz önünde bulundurulması gerekenler; fonksiyonel yeterlilik, evde özbakım için hazıroluşluk, sosyal desteğin varlığı, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, bebeğine uyum gibi psikososyal faktörler ve taburculuk sonrasıyla ilgili bilgi sahibi olmaktır¹². Ancak son yıllarda hasta memnuniyetini artırdığı ve maliyeti düşürdüğü için doğum sonu erken taburculuk anlayışı benimsenmiştir. Bununla birlikte erken taburculuğun yeterli hemşirelik bakımı ve eğitimi

verilememesine sebep olduğu, bu nedenle annenin kendisini hazır hissettiği zamana göre taburculuk planlamasının yapılmasının doğru olacağı da savunulmaktadır^{13,14,15,16,17}. Ancak hem ülkemizde hem de dünyada yenidoğanlar ve anneler ortalama 24-48 saat içinde farklı gerekçelerle taburcu edilmektedir, bu da eğitim için hastanede yeterince zaman ayrılamamasına sebep olmaktadır. Bu sebeple gebelik döneminden başlayarak doğum sonu hastanede ve taburculuk sonrasında da gebenin/loğusanın eğitimine özen gösterilmesi ve sürekliliği çok önemlidir^{3,4,18}.

Gebelik sürecinde anne adayının en rahat olduğu 20-30. haftaların doğum sonrasına yönelik eğitim için en uygun zaman olduğu belirtilmektedir^{2,3}. Gebelik süresince verilen eğitim anne adayının sosyo- kültürel durumuna uygun olacak şekilde sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire) tarafından yapılmalıdır. Eğitim alan gebelerde sezaryen oranının daha düşük olduğu¹⁹, doğum sonrası loğusalık depresyonuyla daha az karşılaşıldığı, kaygı seviyelerinin daha düşük olduğu^{18,19,20,21} doğum sonu dönemde verilen eğitimler sonrasında da annelerin kendi öz bakımları ve bebek bakımı konusunda daha rahat oldukları² vurgulanmaktadır. Gebeliğin son trimestrında anne adayına verilmesi gereken eğitim doğum öncesi ve doğum sonrasında annenin ve bebeğin özbakımı ile ilgili konulardan oluşmakta ve düzenli aralıklarla yapılması önerilmektedir^{22,23,24,25,26,27,28}. Hemşirelerin bu eğitimlerin öneminin farkında olması önemlidir^{18,19,29}.

Çalışmanın amacı; gebeliğin üçüncü trimestrında gebelere verilen planlı eğitimin doğum sonrası taburculuğa hazırloluşluk düzeyine etkisini incelemektir. Annenin taburculuğuna hazır oluşuğunu etkileyebilecek etkenlerin neler olduğu, bu etkenlerin taburculuğa hazır oluşuğu olumlu ya da olumsuz yönde nasıl etkilediğinin incelenmesi önemlidir. Çalışmada elde edilecek bilgiler gebelik süresince verilecek eğitimin doğuma hazırlık ve doğum sonrasına etkisine dikkat çekecek, anne ve bebek sağlığının gelişmesine yönelik hizmetlerin geliştirilmesinde katkı sağlayacaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma son test kontrollü bir müdahale çalışmasıdır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemede Rosner²⁹ tarafından iki bağımsız grup arasında yapılan çalışmalarda örnek büyüklüğünün saptanmasında önerilen hesaplama kullanılmıştır. Hesaplama başka bir çalışmanın¹⁸ da bulgularından faydalanılmıştır. Doğum sonrası hastaneden taburculuğa hazır olanların puan ortalaması 162,8 ve hazır olmayanların ise 143,9' dur. Hesaplama tüm grubun standart sapması olan 25,0 dikkate alınmış, güven düzeyi % 95 ve güç % 90 kabul edilmiştir. Hesaplama sonucunda her bir grup için en az 37 kişi alınması gerektiği saptanmıştır. Çalışmada müdahale grubu 42 ve kontrol grubu 42 gebeden (toplam 84) oluşmuştur. Karşılaşılabilecek sorunlara karşı da her grup için 10' ar adet yedek tercih edilmiştir.

Araştırmanın örnekleme 03 Ocak 2008-11 Şubat 2008 tarihleri arasında izlem amacıyla hastaneye başvuran son trimestirdaki 84 gebe alınmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarına gebeler rastgele atanmıştır. Kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerden son trimestir içinde olanlar poliklinikteki hekim tarafından araştırmacı tarafından oluşturulan gebe eğitim odasına yönlendirilmiş, gelen gebeler, rastgele bir müdahale, bir kontrol grubuna dahil edilmiştir. İki grubun benzer olabilmesi için özellikle bir eşleştirme yapılmamıştır. Gebelerden okuma yazması ve telefonu olan, çoğul gebeliği olmayan ve bilinen bir sağlık sorunu bulunmayan, Konya ili sınırları içinde yaşayan ve Konya’ da doğum yapacak olanlar tercih edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için araştırmacı tarafından literatüre dayanarak^{2,3,4} hazırlanan kadınların sosyo- demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri ve doğum sonu anne ve bebek özelliklerini içeren bir anket formu, ve doğum sonrası taburculuğa hazıroluşluk durumlarını değerlendirmek için “Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği- Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ - YDAF)^{20,29} kullanılmıştır.

Gebe Eğitim Kitapçığı

Gebe eğitiminde kullanılan ve literatüre dayalı oluşturulan ‘Gebe Eğitim Kitapçığı’ için 3 uzman görüşü alınmıştır. Ktapçıkta annenin öz bakımı ile ilgili olarak doğum sonu fizyolojik değişiklikler, perine hijyeni, karın ağrıları, boşaltım, banyo ve genel hijyen, uyku ve dinlenme, egzersiz, cinsel ilişki, ilaç kullanımı, kontrasepsiyon yöntemleri, emzirme ve meme bakımı konuları, yeni doğanın bakımı ile ilgili olarak yeni doğanın özellikleri, bebeğin tutulması, yatırılması, banyosu, giydirilmesi, anne ve bebeğin beslenmesi konularına yer verilmiştir.

Hastane Taburculuğuna Hazıroluşluk Ölçeği- Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ - YDAF)

Annenin doğum sonrası taburculuğa hazıroluşluk durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan HTHÖ-YDAF’ nin Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akın ve Şahingeri²⁰ tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 86,2 bulunmuştur. HTHÖ-YDAF hastaneden taburculuğa hazır oluşluğu annenin algılamasına göre değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi sonucu 0,698 ve Bartlett’s Test Sphericity analizi sonucu 1657,34 olarak belirtilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı toplamda 0,89, alt boyutlarda ise 0,69- 0,87 arasındadır^{20,29}. Annenin taburcu olmayı o anda nasıl algıladığını gösteren ölçek dört alt boyuttan ve toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0” ve en yüksek puan “220” dir. Puanlamada yüksek puan kişinin o konu hakkında yeterli durumda olduğunu, düşük puan ise yeterli olmadığını göstermektedir. Çalışmada Akın ve Şahingeri’nin¹⁹ önerisi doğrultusunda alt boyutlar kullanılmamış ve istatistiksel analizler toplam puan üzerinden yapılmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Verilerin toplanması 3 Ocak-5 Haziran 2008 tarihleri arasında iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada gebeliğin üçüncü trimestrındaki örnekleme

dahil edilen tüm kadınlara çalışma anlatılarak onamları alındıktan sonra gebe eğitim odasında sosyo- demografik ve doğurganlık özelliklerini içeren veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Daha sonra müdahale grubundaki her gebeye bire bir eğitim kitapçığı kullanılarak eğitim verilmiş, eğitim sonunda eğitim kitapçığı da kendisinde bırakılmıştır. Müdahale grubundaki her gebeye araştırmacının telefon numarası verilmiş, soruları olursa arayabilecekleri söylenmiştir. Kontrol grubunda ise kendilerine eğitim verilmeyeceği, ancak doğum sonrası arzu ederlerse verilerin toplanması bittikten sonra eğitim verilebileceği belirtilmiş, yalnızca hastanenin rutin izlem ve bakım hizmetinden yararlanmışlardır. Veriler, doğum sonrası dönemde erken taburculuk olarak kabul edilen “ilk 48 saat” içinde taburcu olan gebelerden, taburculuktan hemen önce toplanmıştır. Müdahale grubundaki gebeler her ay en az bir kez aranarak eğitim gerektiren, gebelik ve sonrasına yönelik soruları varsa cevaplanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; annenin taburculuğa hazıroluşluk düzeyi ve annenin algıladığı taburculuğa hazıroluşluk durumu, bağımsız değişkenleri ise; kadınların doğum öncesi üçüncü trimesterde eğitim alma durumu, sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, şimdiki gebeliklerine ilişkin özellikler, doğumlarına ilişkin özellikler ve bebeklerinin özellikleridir.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS 10,0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Kadınların sosyo- demografik özellikleri, bebeklerin özellikleri ve HTHÖ_ YDAF puanları; ortalama ve standart sapma ile kadınların doğurganlık özellikleri; sayı, yüzde kullanılarak, HTHÖ- YDAF puan belirleyicileri de çoklu regresyon analizi yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Annelerin doğum sonu taburculuğa hazıroluşluğuna etkisi olabileceği düşünülen bazı özellikleri; Kikare, tek yönlü varyans analizi ve student t testi ile incelenmiş, bu tek değişkenli analizlerde önemli bulunan değişkenler de gebeliğin son trimesterinde eğitim alma durumu ile birlikte çok değişkenli analizle yeniden değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Karar Sayısı: 2007213), Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden yazılı izin (Sayı: B.4.10.ISM.04.42.68.23.902.01/941), müdahale ve kontrol grubundaki gebelerden de veri toplamadan hemen önce açıklamalar yapılarak onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları tüm kadınlara genellenemez. Gebeliği süresince bebeği ve kendisinde bilinen bir sağlık sorunu, çoğul gebeliği, okuma yazması olmayan, ulaşılabilecek telefon numarası bulunmayan, Konya'da doğum yapmayı düşünmeyen ve bebeğini kaybeden gebelerin araştırmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

BULGULAR

Müdahale (M) ve kontrol (K) gruplarının yaş ortalamaları sırasıyla; $26,3 \pm 5,7$ / $26,6 \pm 4,8$, eşlerinin yaş ortalaması: M: $29,2 \pm 5,9$ /K: $30,2 \pm 5,3$, yaşayan çocuk sayısı: M:1,6, K:1,5' dir. M grubunda yarından çoğunun lise ve üzeri (% 61,9) kontrol grubunun ise ilkököl (%57,8) mezunu olduğu belirlenmiştir. M grubunun çoğu gelir düzeyini "iyi" (%56,3) olarak algılamakta kontrol grubunun daha çok "orta" (%52,0) olarak algıladığı görülmüştür. Gebeliği süresince kontrole gitme durumu M:%51,3, K:%48,7'dir. Bu gebeliğin istenilen bir gebelik olma durumu M: %50,9, K:%49,1, doğum şekli K: %50, M:%42,85 sezaryendir. (Tablo 1).

K grubunda taburculuğa hazır olmadığını ifade eden kadınların oranının (%71.4) M grubundaki kadınlardan (%28.6) daha fazla olmasına rağmen, taburculuğa hazır olduklarını düşünme bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 2).

M grubunun HTHÖ- YDAF puanının $149,9 \pm 24,1$, K grubunun puanının $128,7 \pm 31,85$ olduğu ve M grubunun taburculuğa hazıroluşluk düzeyinin kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p < 0,05$) (Tablo 3).

Gelir düzeyi, doğum şekli, bebeğine ve kendisine bakabileceğine inanma durumu, evde yardım edecek kişinin varlığı, kendisini yorgun hissetme ve ağrının taburculuğa hazıroluşlukta etkili belirleyiciler olmadığı ($p > 0,05$), eğitim alma durumunun önemli bir belirleyici olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,005$) (Tablo 4).

Taburculuğa algılanan hazıroluşlukta, hazır olmama yönünden risk faktörlerinin incelenmesine yönelik logistik regresyon analizine göre annenin sezaryenle doğum yapması taburculuğa hazır olmama yönünden risk faktörüdür (OR:4,177, CI: 1,138-15,335) ($p < 0,05$). Kendisini yorgun hissetme, ağrının şiddeti ve eğitim alma durumunun taburculuğa hazır olmama yönünden risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

TARTIŞMA

HTHÖ-YDAF puan ortalamalarında M grubunun puanı $149,9 \pm 24,1$ olarak tespit edilirken K grubunda puan $128,7 \pm 31,8$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). M grubundaki kadınların taburculuğa hazır olma düzeyleri daha yüksektir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Bunun yanında istatistiksel fark olmamakla birlikte ($p > 0,05$) M grubunun %54,3'ü K grubunun %45,7' sinin taburculuğa hazır olduklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir (Tablo 2). M ve K grubundaki kadınların "Taburculuğa hazır mısınız?" sorusuna verdikleri cevapta her iki grupta da "Evet" cevabı verenlerin daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Akın ve Şahingeri²⁷'nin çalışmasında kadınlara hastaneden taburcu olmayı olup olmadıkları sorulduğunda %70,4' ünün, Atıcı²⁶'nın çalışmasında %92,0'sinin, Weiss ve ark¹⁹'nın çalışmasında %89,0' unun, Gözüm³¹'nin çalışmasında ise %58,8' inin "evet" cevabı verdiği görülmektedir. Kadınların çoğunluğu (%84,5) bizim çalışmamızda bu değerlerle uyumlu olarak taburculuğa hazır olduğunu bildirmiştir (Tablo 2). Atıcı²⁴'nin çalışmasında hastaneden taburcu olmayı isteme nedeni olarak loğusaların "evde rahat etme", "evde çocuklarının olması", "hastaneden sıkılma" gerekçelerinin etkin olduğu bildirilmiştir. Çalışma grubumuzun da taburculuğu bu nedenlerle istemiş olabilecekleri söylenebilir.

Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik, Doğurganlık ve Bu Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale (n= 42)		Kontrol (n= 42)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş	26,3	5,7	26,6	4,8	1,437	0,234
Eş yaşı	29,2	5,9	30,2	5,3	0,327	0,690
Eğitim durumu	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
İlkokul	19	42,2	26	57,8	2,502	0,286
Ortaokul	10	55,6	8	44,4		
Lise ve üzeri	13	61,9	8	38,1		
Algılanan gelir durumu						
İyi	9	56,3	7	43,8	0,330	0,848
Orta	24	48,0	26	52,0		
Kötü	9	50,0	9	50,0		
Gebeliği süresince kontrole gitme durumu (*)						
Evet	41	51,3	40	48,7	**	**
Hayır	1	33,3	2	66,7		
Bu gebeliğinin planlı bir gebelik olma durumu						
Evet	29	50,9	28	49,1	0,055	0,815
Hayır	13	48,1	14	51,9		
Doğum şekli					2,710	0,258
Normal	21	50	27	57,14		
Sezaryen	21	50	15	42,85		

*Satır yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuğa Hazır Olduklarını Düşünme Durumları

	Müdahale(n= 42)		Kontrol(n= 42)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Taburculuğa algılanan hazırloluşluk						
Evet	38	54,3	32	45,7	3,086	0,079
Hayır	4	28,6	10	71,4		

*Satır yüzdeleri alınmıştır.

Eğitim verilen grubun taburculuğa daha çok hazır olduğunu ifade etmesi ve HTHÖ-YDAF puan ortalamalarının M grubunda daha yüksek olması deneysel girişimin etkinliğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. M grubundaki kadınların K grubuna göre daha hazır hissetmesi ve taburculuğa hazırloluşluk puanlarının yüksek olması evdeki yeni hayata uyum yönünden olumlu bir bulgudur. Benzer çalışmalarda⁸³⁰ da

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların HTHÖ- YDAF Puanlarının Karşılaştırılması

	Müdahale (n= 42)		Kontrol (n= 42)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Taburculuğa hazıroluşluk (HTHÖ- YDAF) puanı	149,9	24,1	128,7	31,85	3,436	0,001

*Satır yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Değişkenlere Göre HTHÖ-YDAF Puanlarının Çoklu Regresyon Analizi (n= 84)

Belirleyiciler	Std. B	t	p
Algılanan gelir düzeyi *	0,142	1,227	0,200
Doğum şekli (Sezaryen)	-0,125	-1,116	0,268
Bebeğine bakabileceğine inanma durumu (inanmama)	0,027	-0,219	0,827
Kendine bakabileceğine inanma durumu (inanmama)	-0,61	-0,483	0,631
Evde yardım edecek kişinin varlığı (kişinin bulunmaması)	0,212	1,977	0,052
Kendisini yorgun hissetme durumu (yorgun hissetme)	0,065	0,527	0,600
Ağrının şiddeti (Şiddetli)	-0,53	-402	0,689
Eğitim alma durumu (eğitim almayan)	-0,338	-2,942	0,004
R: 0,476 R ² : 0,226 Adjusted R: 0,120			

* Gelir düzeyi istatistiksel analizde sürekli değişken olarak alınmıştır

Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuğa Algılanan Hazıroluşluk Durumu Belirleyicilerinin Lojistik Regresyon Analizi (n= 84)

Belirleyiciler	QR	% 95 CI	p
Doğum şekli (Sezaryen)	4,177	1,138- 15,335	0,031
Kendisini yorgun hissetme durumu	1,180	0,281- 4,948	0,821
Ağrının şiddeti	0,582	0,115- 2,939	0,513
Eğitim alma durumu	0,053	0,839- 13,051	3,309

eğitim alan ve almayan annelerde ölçek puanı çalışmamızla benzer olup eğitimin önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde anne adaylarının doğum ve doğum sonrasına yönelik verilen eğitimin annenin taburculuğa hazırloluşluğunu etkileyen önemli bir hemşirelik girişimi olduğunu söyleyebiliriz. HTHÖ- YDAF puanının belirleyicilerinin “eğitim verme” durumu ile birlikte incelendiği çoklu regresyon analizinde doğum öncesi dönemde gebeliğin üçüncü trimesterinde eğitim alma durumunun doğum sonrası taburculuğa hazırloluşluk düzeyinde önemli bir belirleyici olduğu, “eğitim alma” durumunun annenin HTHÖ- YDAF puanını negatif yönde etkilediği ve eğitim almayan annelerin HTHÖ- YDAF puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Çoklu regresyon analizinde incelenen diğer bağımsız değişkenlerin (Doğum şekli, kendisini yorgun hissetme ve ağrı şiddeti) HTHÖ- YDAF puanında önemli belirleyiciler olmadığı saptanmıştır. Doğum öncesi dönemde eğitim alınan HTHÖ- YDAF puanındaki değişimin %13,9’ unu açıkladığı belirlenmiştir. Çalışmalarda da^{31,32} eğitim verilmesinin gebenin yaşadığı kaygının ve bilinmezden ötürü oluşan anksiyetenin azalmasında önemli bir etken olarak belirtilmektedir. Anksiyetesi artan hastanın taburculuğa daha az hazır olduğu ifade edilmektedir. Çok değişkenli analizde eğitim alınan HTHÖ- YDAF puanında tek önemli belirleyici olması deneysel girişimin (eğitim verme) etkisini ortaya koyma yönünden destekleyici bir bulgudur. Bu bulgulara dayanarak doğum öncesi dönemde eğitim almayan annelerin doğum sonrası taburculuğa hazır olmama yönünden risk grubu olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 4).

Taburculuğa algılanan hazırloluşlukta hazır olmama yönünden risk faktörlerinin incelenmesine yönelik Logistik regresyon analizine göre annenin sezaryenle doğum yapması taburculuğa hazır olmama yönünden risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (OR: 4,177, CI: 1,138- 15,335) ($p<0,05$). Annenin sezaryenle doğum yapması kendini taburculuğa hazır olarak algılamamasını 4 kat artırmaktadır. Bu bulgu sezaryenle doğum yapan annelerin taburculuk planlamasının özel olarak yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Lojistik regresyon analizi “eğitim alma” durumunun taburculuğa algılanan hazırloluşlukta önemli bir belirleyici olmadığını göstermektedir. M grubunda HTHÖ- YDAF puanı $149,9\pm 24,1$, K grubunda da $128,7\pm 31,8$ olarak tespit edilmiştir. Ölçek geniş kapsamlı olarak hazırlanmış ve anneyi taburculuğa hazırloluşluk yönünden daha ayrıntılı olarak değerlendirebilmeyi sağlamaktadır. Oysa ölçekte yer alan ve ayrıca değerlendirilmesi gereken “Taburculuğa hazır mısınız?” sorusu tek bir başlıkla anneleri değerlendirmektedir. Bu nedenle ölçeğin annelerin taburculuğa hazır oluştuğunu daha objektif, ancak “Taburculuğa hazır mısınız?” sorusunun daha sübjektif olarak değerlendirdiğini söyleyebiliriz. Bu durumun ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olması, buna rağmen taburculuğa algılanan hazırloluşluk durumunda farkın bulunmamasının sebebi olabileceği düşünülebilir. Annelerin taburcu olmak isteme sebebi; hastane ortamının evdeki gibi rahat olmaması, annelerin hastanede uyuyamaması, odalarda başka kişilerin de bulunması, ziyaretçi sınırının olması, yemek düzeninin alışıksız olmadığı şekilde olması, hastanede annelerin sıkılması gibi hastane ile ilgili nedenlerden kaynaklanabilir. Anne de ağrısının olması anneyi rahatsız eden ve kısa süre içerisinde evinde olmak istemesinin nedenleri olarak düşünülebilir (Tablo 5).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Hastaneye gebe izlemi için başvuran anne adaylarına doğum öncesi üçüncü trimestırda doğum ve doğum sonrasına yönelik eğitim verilmesi, bu eğitimlerin en az iki kez olacak şekilde tekrarlı planlanması
- Anneler taburculuğa hazır olduklarını ifade etseler bile aslında hazır olmayabileceklerinin unutulmaması
- Gebe eğitimi, taburculuk eğitiminde ve lohusanın evde takibinde hemşirelerin çok önemli bir etkiye sahip olabilecekleri konusunda hemşirelerde farkındalık oluşturulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003 Özel Eki;25 (4):73-81.
2. Koç G. Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2005;Ankara:130-144.
3. Coşkun G. Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, 2003; Mersin:125-142.
4. Taşçı KD. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007;10(2):20.
5. Women and Health Today's Evidence Tomorrow's Agenda. http://www.who.int/gender/women_health_report/full_report_20091104_en.pdf. Erişim tarihi: 11.02.2014.
6. Data and Information on Women's Health in the European Union. 2009 http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/women_report_en.pdf. Erişim tarihi: 11.02.2014.
7. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemine Göre Kadın Sağlığı Ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1): 67-99.
8. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı.http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf. Erişim tarihi: 06.06.2016.
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2013, www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi: 20.05.2015.
10. Weiss M E, Ryan P, Lokken L. Validity and Reliability of the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale. JOGNN Clinical Research. 2006; 35(1): 34-35.
11. Gölbaşı, Z. Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003;(2):15-21
12. Brooten D, Youngblut JM, Brown L, Finkler SA, Neff DF, Madigan, EA. Randomized Trial of Nurse Specialist Home Care for Women With High- Risk Pregnancies: Outcomes and Costs. The American Journal of Managed Care,. 2001; 7(8):793.
13. Dağ H, Dönmez S, Şen E, Şirin A. Vajinal Doğum Yapan Kadınların Hastane Taburculuğuna Hazırloluşluk Durumu. Gaziantep Tıp Dergisi.2013; 19(2): 65-70.
14. Büyükkayacı Duman N, Karataş N. Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;20(1): 54-67.

15. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013; 15(2): 45-56
16. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6(6): 479-484.
17. Duman NB. Postpartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2009;8(1):73-82.
18. Turan T, Ceylan S, Teyikçi S. Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(9): 157-172.
19. Weiss ME. and Piacentine LB. Psychometric Properties of Thereadiness for Hospital Discharges Cale. *Journal of Nursing Measurement*. 2006;14(3):163-180.
20. Akın B, Şahingeri M. Hastane Taburculuğuna Hazırlanış Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ- YDAF)'nın Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010;13(1):39-43.
21. Yıldız D, Akbayrak N. Doğum Sonrası Primipar Annelere Verile Eğitim vve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyleri ve Annelik Rolüne Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2014;56:36-41.
22. Kaplan S, Aynur B, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Atatürk üniversitesi Hemşirelik Y.O. Dergisi. 2007;10(1):113-121.
23. Okumuş F. Doğum Yöntemi Sectio Olan Kadınlarda Antenatal Bakım Alma Durumunun Değerlendirilmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. 2006; Gaziantep:89-94
24. Koçyigit D. Kayseri Doğum Evi'nde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Semptomları Gösteren Kadınların Oranı ve Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2004;Kayseri:94-118.
25. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörleri Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1(2):106-116.
26. Atıcı İ. Doğum Sonu Erken Taburculukta Loğusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2001;Erzurum:89-102
27. Altuntuğ K. Doğum Sonu Dönemde Anneler İle Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncelikleri. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. 2002;Konya:86-98.
28. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. *Sistam Ofset*, VI. Baskı. 2005; Ankara:98-104
29. Rosner B. Fundamentals of Bioistatistics (4th ed.) Section 8.10. İnference for means: Compering Two İndependent Samples. *İnstitute Für Medizin İsche Statistik*. 1995. <http://www.medunivien.ac.at/medstat/research/samplesize/nz.html>. Erişim tarihi:03.11.2007.
30. Akdolun Baklaya N. Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gerektilmesi ve Ebe-Hemşirenin Rolü, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2002; 6:2:42-49
31. Arslan F. Primipar Annelere Gebelikte Ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi., *Gülhane Askeri Tıp akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora Tezi*. 2001; Ankara.
32. Turan T, Ceylan SS, Teyakçı S. Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3(9):26-32.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları

Critical Care Nurses' Attitudes towards Technology

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 36-48

Yeşim YAMAN AKTAŞ¹, Kezban KORAŞ², Nezih Karabulut³

¹Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümü, Giresun, Türkiye

²Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik bölümü, Niğde, Türkiye

³Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümü, Erzurum, Türkiye

Geliş Tarihi: 21 Aralık 2015

Kabul Tarihi: 30 Haziran 2017

ÖZ

Amaç: Yoğun bakım hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutumlarını belirlemek.

Yöntem: Bu tanımlayıcı araştırma, bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 69 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Teknolojiye Karşı Tutum Ölçeği' kullanılarak toplandı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 26.48±4.77 (19-37) yıl olup, %30.4'ünün erkek, %69.6'sının kadın, %53.5'inin lisans mezunu olduğu saptandı. Yoğun bakım hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalaması 3.67±0.54 bulundu. Yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyet, eğitim durumu ve meslekte çalışma yıllarına göre teknolojiye ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Sonuç: Yoğun bakım hemşirelerinin teknolojiyi yakından takip ettikleri, teknoloji kullanan yoğun bakım ünitelerini desteklediği ve uygulamalarında yeni teknolojileri kullandığı belirlenmiştir. Ancak teknolojinin insanlar arası etkileşimi azaltacağı ve teknolojinin insanları yabancılaştırdığı konusundaki düşüncelerinde kararsız kaldıkları saptandı.

Anahtar Kelimeler: teknoloji, tutum, yoğun bakım, yoğun bakım hemşiresi

ABSTRACT

Aim: To determine critical care nurses' attitudes towards technology.

Methods: This descriptive study was carried out with 69 nurses who had been working in intensive care units of a university hospital. Data were collected by a questionnaire to determine nurses' demographic characteristic and 'Technology Attitude Scale'.

Results: The mean age of nurses was 26.48 years, with a standard deviation 4.77 years. Of the nurses in the study, 30.4% were male, 69.6% were female and 53.5% had graduated from bachelor degree. The mean score of 'Technology Attitude Scale' of the critical care nurses was found to be 3.67±0.54. There was no significant difference between critical care nurses' gender, education and working year in nursing and the mean score of the scale ($p>0.05$).

Conclusion: It was determined that nurses closely followed the technology, supported critical care units used technology and used new technologies in their interventions. However, it was found that critical care nurses were hesitant on their comments that technology could reduce interaction among people and technology could alineate from people.

Key Words: technology, attitude, critical care, critical care nurse

GİRİŞ

Günümüzde bilgi teknolojileri tıp ve sağlık bakımında yaygınlaşmakta ve sağlık bakımında teknoloji kullanımı giderek artmaktadır. Teknoloji kullanımı ile birlikte sağlık hizmetlerinin günümüzün gelişmişlik düzeyine uygun bir şekilde sunulmasını sağlamak, sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireleri olaylar ve olgular karşısında daha güçlü hale getirmektedir¹. Teknolojiyi kullanmanın ayrıcalık olmaktan çok zorunluluk haline dönüştüğü günümüz koşullarında, hemşirelerin sürekli değişmekte ve gelişmekte olan teknolojiye uyum sağlayabilmesi ve sunduğu fırsatlardan yararlanması için yeterli bilgi, beceri ve tutum kazanmaları gerekir^{1,2,3}. Çünkü, hemşireler hastaların fiziksel ve emosyonel rahatlığını sağlamak amacıyla güvenli, etkili ve kaliteli bakım girişimlerini gerçekleştirirken teknolojiyi kullanmaktadır^{4,5}. Günümüzde hemşirelerin teknolojiyi en yoğun kullandığı birimlerden birisi yoğun bakım üniteleridir⁶.

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) yüksek teknolojinin kullanıldığı karmaşık birimler olduğu için yoğun bakım hemşireliğinde teknoloji kullanımı daha fazla önem kazanmaktadır⁶. YBÜ, fiziksel durumu ağır olan hastaların monitör ile izlenerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve karmaşık cihazların bulunduğu (ventilatörler, infüzyon pompaları, monitörler, vb.) ileri teknolojinin kullanıldığı bölümlerdir⁶⁻⁹. Sağlık bakımının etkin bir üyesi olan YBÜ hemşireleri pek çok bakım ve uygulamalarında teknolojiyi en üst düzeyde kullanmaktadır^{10,11}. Bununla birlikte Barnard (2002) teknolojinin hemşirelik mesleğinden ayrı bir bilim alanı olduğunu ve bütüncül hemşirelik bakımını engellediğini, teknolojinin hastaların temel gereksinimlerinin karşılanmasının önüne geçtiğini ve hemşirelik bakımı yerine teknolojinin öncelikli olduğunu belirtmektedir¹². Ancak teknoloji ve hemşirelik bilimi, hemşirelik bakımının kalitesinin artırılması için önemlidir, bu nedenle bu bilim dalları iki ayrı alan olarak görülmemeli ve bu farklı iki alan birbirine entegre edilmelidir^{13,14}. Çünkü, hemşirelik teknolojileri günden güne daha kapsamlı ve gelişen bir yapı göstermekte ve teknolojinin tıbbi hatayı önleme, klinik karar vermeyi kolaylaştırma ve hemşirelik bakım kalitesini artırma gibi yararları bulunmaktadır^{6,14}.

Modern YBÜ'lerde teknolojinin kullanımı hasta merkezli bakımın sürdürülmesini ve karmaşık hemşirelik girişimleri gerçekleştirilirken YBÜ hemşirelerinin kendilerini daha fazla güvende hissetmelerini sağlar⁶. Ayrıca ileri monitorizasyon sistemlerinin kullanıldığı hastalarda daha fazla hemşirelik girişimlerinin (örn; hemodinamik açıdan stabil olmayan hastanın pozisyon değişikliği, endotrakeal tüpü olan bir hastanın aspirasyonu) uygulanabilmesine olanak sağlar^{6,15,16}. Kiekkas ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, YBÜ hemşirelerinin teknolojinin hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğunu belirttiklerini saptadı¹⁷. Aynı çalışmada teknolojinin hasta güvenliğini artırdığı ve hemşire iş yükünü azalttığını bildirdi. Dolayısıyla teknoloji, doğru ve

etkin kullanımıyla tüm sağlık bakımı ve eğitim ortamlarında etkili ve verimli hizmet sunma olanağı sağlamaktadır. Bu doğrultuda sağlık kurumları teknolojiyi, hemşirelik uygulamalarının temel yapı taşı olarak kabul etmekte ve teknolojiyi etkili olarak kullanabilme konusunda bilgi, beceri ve tutuma sahip olmayı hemşirelikte aranan bir nitelik olarak vurgulamaktadır^{2,18}.

Literatür gözden geçirildiğinde teknolojik ekipmanla donatılmış YBÜ'lerde özellikle hemşirelerin bakış açısıyla hemşirelerin deneyimlerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır^{4,17,19}. Ülkemizde ise bu konuda hemşirelerin tutumunun önemli olduğunu vurgulayan literatüre karşın, yoğun bakım hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutumlarını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Özellikle hemşirelik alanındaki çalışmaların daha çok bilgisayar ve bilgisayara dayalı teknolojilere odaklandığı görülmektedir^{4,20,21}. Bu bağlamda, bu çalışma YBÜ hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planlandı.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte tasarlandı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Erzurum'da bulunan bir üniversite hastanesinin anestezi-reanimasyon, nöroloji, yenidoğan, cerrahi, beyin cerrahi, dahiliye, koroner, kalp damar cerrahisi ve genel yoğun bakım ünitelerinde yürütüldü. Çalışmayı yürüten araştırmacının bağlı olduğu üniversitenin hastanesi olması ve üniversite hastanesinin yoğun bakım hemşirelerine sunmuş olduğu teknolojik farklılıklar nedeniyle bu hastane seçildi. Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini 75 hemşire, örneklemini ise 1-20 Ocak 2014 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 69 yoğun bakım hemşiresi oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Teknolojiye Karşı Tutum Ölçeği' kullanılarak toplandı. Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirildi^{2,3,6,16}. *Tanıtıcı Bilgi Formu*: Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, teknolojiye ilişkin tutumlarını ve yoğun bakım ünitelerinde kullandıkları teknolojik donanım ve araç-gereçleri belirlemeye yönelik 21 sorudan oluşmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan teknolojik donanım ve araç-gereçleri belirlemek üzere bir liste oluşturuldu ve hemşirelerden işaretlemesi istendi. Ayrıca hemşirelerin bilgisayar kullanma durumu, teknoloji ile ilgili gelişmeleri izleme ve eğitim programına katılma durumu, çalıştığı birimin teknolojik donanımını yeterli bulma ve teknolojik donanımdan yararlanma durumu, teknolojinin iletişimi kolaylaştırma ve hasta güvenliği artırma durumunu belirlemeye yönelik kapalı uçlu sorular hazırlandı.

Teknolojiye Karşı Tutum Ölçeği: Bu ölçek, Akbaba (2002) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldı²². Ölçek beşli likert tipindedir (Kesinlikle katılıyorum 5, Katılıyorum 4, Kararsızım 3, Katılmıyorum 2, Kesinlikle katılmıyorum 1) ve 37 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin alabilecekleri en yüksek puan 5, en düşük puan ise 1'dir. Ölçek, Teknolojiyi Benimseme (23, 24, 26-30 numaralı maddeler), Teknoloji ve Gelişme (18, 20-22, 37 numaralı maddeler), Teknolojiyi İzleme (6, 9, 11, 13,16 numaralı maddeler), Teknoloji ve Yönetim (5, 8, 10, 12 numaralı maddeler), Teknoloji Korkusu (14, 17, 19, 35 numaralı maddeler), Teknoloji ve İnternet (15, 25, 32, 36 numaralı maddeler), Teknolojiye Güven (31, 33, 34 numaralı maddeler), Teknoloji ve Karamsarlık (1, 3, 7 numaralı maddeler), Teknoloji Kullanımı (2, 4 numaralı maddeler) olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26-28, 30, 32, 35, 36 numaralı maddeler ters puanlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .91 bulundu²². Bu çalışmada ise cronbach alfa katsayısı .91 olarak saptandı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bilimleri Fakültesi etik kurul izni ve çalışmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin alındı. Çalışma süresince Helsinki Bildirgesi kriterlerine uyuldu. Araştırmada ölçeği geliştiren araştırmacıdan yazılı izin ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözel ve yazılı onamları alınarak araştırmaya gönüllü katılımları sağlandı. Aydınlatılmış onam formu veri toplama aracının ilk sayfası olarak eklendi ve hemşireler öncelikle bu formu okuyup, onaylarsa veri toplama formlarını cevapladılar. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşireleri ile görüşülerek araştırmanın amacı ve araştırmadan sağlanacak yararlılıklar konusunda açıklamalar yapıldı. Ayrıca araştırmada isim belirtilmeyeceği, verecekleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına dair açıklama yapılarak, katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olduğu belirtildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada veriler SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Çalışmanın tanımlayıcı verileri, ortalama ve yüzdelik hesaplamalar ile değerlendirildi. Ölçek maddelerine verilen yanıtların dağılımları ve ölçek alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesinde aritmetik ortalama kullanıldı. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerle ölçeğin toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiler nonparametrik testlerden Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak analiz edildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi. Ölçekte yer alan maddelerin yorumlanması yapılırken olumsuz ifadeler tersine puanlandı, 'kesinlikle katılıyorum' seçeneğine 4.20-5.00 puan, 'katılıyorum' seçeneğine 3.40-4.19 puan, 'kararsızım' seçeneğine 2.60-3.39 puan, 'katılmıyorum' seçeneğine 1.80-2.59 puan, 'kesinlikle katılmıyorum' seçeneğine 1.00-1.79 puan verildi. Ölçekten alınan puan arttıkça teknolojiye ilişkin tutum olumlu yönde artmaktadır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 26.48 ± 4.77 (19-37) yıl olup, %30.4'ünün erkek, %69.6'sının kadın, %53.5'inin lisans mezunu olduğu, %69.6'sının

hemşire olarak çalışma yılının 0 ile 5 yıl arasında olduğu saptandı. Hemşirelerin %85.5'inin bilgisayar sahibi olduğu, %89.9'unun teknoloji ile ilgili bir kurs ya da kongreye katıldığı ve %62.3'ünün hemşirelik ile ilgili teknolojik gelişmeleri izlediği bulundu (Tablo 1).

Tablo 2'de hemşirelerin YBÜ'nün teknolojik donanımına ilişkin görüşleri yer almaktadır. Hemşirelerin %81.2'si YBÜ'nün teknolojik donanımından yararlandığını ifade etmesine rağmen, %58'i YBÜ'nün teknolojik donanımını yetersiz bulmaktadır. YBÜ'de en fazla kullanılan teknolojik donanımın %98.6 oranı ile bilgisayar ve teknolojik araç-gerecin ise %100 oranı ile infüzyon pompası olduğu belirtildi. Hemşirelerin %98.6'sı otomasyon sisteminin hasta bakımında kolaylık sağladığını, %94.2'si teknolojinin hasta-hemşire arasındaki empatik ilişkiyi olumlu yönde etkilediğini ve araştırma kapsamında yer alan tüm hemşireler teknolojinin hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkilediğini ifade etti.

Tablo 3 incelendiğinde, yoğun bakım hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalaması 3.67 ± 0.54 bulundu. Hemşirelerin teknolojiye ilişkin tutum ölçeği alt boyutları incelendiğinde; "Teknoloji ve İnternet" boyutundan 3.88 ± 0.72 , "Teknoloji Kullanımı" boyutundan 3.85 ± 1.01 , "Teknoloji ve Yönetim" boyutundan

Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=69)

Yaş (X ± SS)	26.48 ± 4.77	
Tanıtcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	48	69.6
Erkek	21	30.4
Eğitim durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	20	29.2
Önlisans	7	10.1
Lisans	37	53.5
Yüksek lisans	5	7.2
Çalışma yılı		
0-5 yıl	48	69.6
6-10 yıl	14	20.3
11-15 yıl	5	7.2
16 yıl ve üzeri	2	2.9
Bilgisayara sahip olma durumu		
Evet	59	85.5
Hayır	10	14.5
e-posta adresine sahip olma durumu		
Evet	66	95.7
Hayır	3	4.3
Teknoloji ile ilgili bir kurs/kongreye katılma durumu		
Evet	62	89.9
Hayır	7	10.1
Hemşirelik ile ilgili teknolojik gelişmeleri izleme durumu		
Evet	43	62.3
Hayır	26	37.7

Tablo 2. Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitesinin Teknolojik Donanımına İlişkin Görüşleri

	Sayı	%
Ünitenin teknolojik donanımına ilişkin görüşler		
Yeterli	29	42.0
Yetersiz	40	58.0
Ünitenin teknolojik donanımından yararlanma durumu		
Evet	56	81.2
Hayır	13	18.8
Kullanılan teknolojik donanımlar*		
Bilgisayar	68	98.6
Otomasyon sistemi	67	97.1
Yatakbaşı ünitesi	56	81.2
Motorlu yatak	50	72.5
İnternet	48	69.6
Pnömotik sistem	34	49.3
Çağrı sistemi	25	36.2
Kullanılan teknolojik araç-gereçler*		
İnfüzyon pompası	100	100.0
Hasta başı monitör	67	97.1
EKG cihazı	63	91.3
Dijital termometre	60	87.0
Defibrilatör	60	87.0
Mekanik ventilatör	59	85.5
Dijital tansiyon aleti	54	78.3
İntraortik balon pompası	9	13.0
Hasta başı bilgisayar	7	10.1
Otomasyon sisteminin hasta bakımına kolaylık sağlama durumu		
Evet	68	98.6
Hayır	1	1.4
Teknoloji hasta bakım kalitesini		
Olumlu yönde etkiliyor	69	100.0
Olumsuz yönde etkiliyor	0	0.0
Teknoloji hemşire-hasta arasındaki empatik ilişkiyi		
Olumlu yönde etkiliyor	65	94.2
Olumsuz yönde etkiliyor	4	5.8

*Birden fazla yanıt verilmiştir

3.82±0.91, “Teknolojiyi Benimseme” boyutundan 3.80±0.64, “Teknoloji ve Karamsarlık” boyutundan 3.79±1.01, “Teknoloji ve Gelişme” boyutundan 3.65±0.58, “Teknolojiyi izleme” boyutundan 3.56±0.77, “Teknolojiye Güven” boyutundan 3.35±0.76 ve “Teknoloji Korkusu” boyutundan 3.17±0.85 puan aldıkları belirlendi. YBÜ hemşirelerinin en yüksek puanı “Teknoloji ve İnternet” alt boyutundan ve en düşük puanı ise “Teknoloji Korkusu” alt boyutundan aldıkları saptandı (Tablo 4). Bu bulgu hemşirelerin teknoloji ve internet kullanımını konusunda olumlu tutum içinde olduklarını, teknoloji korkusu ve teknolojiye güven konusunda ise düşüncelerinin olumsuz olduklarını göstermektedir.

YBÜ hemşirelerinin cinsiyet ($U=494.000$; $p>0.05$), eğitim durumu ($KW=2.268$; $p>0.05$) ve meslekte çalışma yıllarına ($KW=4.078$; $p>0.05$) göre teknolojiye ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Tablo 3. Hemşirelerin Teknolojiye Karşı Tutum Ölçeğine Verdikleri Cevapların Dağılımı

Ölçek Maddeleri	\bar{X}	SS
1. Günlük işlerimde teknolojiye yararlanmaktan kaçınıyorum.	4.02	1.27
2. İnsanları teknolojiyi kullanmaları için özendiririm.	3.84	1.18
3. Hemşireleri erken yaşlarda teknoloji ile tanıştırmayı faydalı bulmam.	3.73	1.38
4. Bilgisayar kullanmaktan hoşlanırım.	3.86	1.16
5. Yeni teknolojileri öğrenmenin zaman kaybı olduğunu düşünürüm.	4.08	1.19
6. Meslektaşlarım ile teknoloji üzerine konuşmaktan keyif duyarım.	3.85	0.95
7. Teknolojideki gelişmelerin klinikteki/YBÜ'deki rolümü azaltacağını düşünürüm.	3.60	1.22
8. Kliniğimde/YBÜ'de yeni teknolojilerin uygulanmasından hoşlanırım.	3.98	1.06
9. Teknoloji fuarlarına katılmaktan hoşlanırım.	3.47	1.06
10. Teknoloji ile ilgili hizmet içi eğitim programlarına katılmak beni rahatsız eder.	3.57	1.19
11. Teknoloji ile ilgili yayınları izlemekten zevk alırım.	3.53	1.02
12. Hastane yönetiminde teknolojinin yarar getireceğine inanmam.	3.65	1.32
13. Teknoloji ile ilgili televizyon programlarını seyretmekten zevk alırım.	3.55	1.05
14. Teknolojinin insanları yabancılaştırdığını düşünürüm.	3.04	1.24
15. E-posta (e-mail) kullanmanın bir kolaylık olduğunu düşünürüm.	4.08	0.88
16. İnsanlara teknoloji fuarlarına katılmalarını öneririm.	3.42	0.92
17. Teknolojiye bağımlı olmaktan korkarım.	3.07	1.21
18. Çalıştığım personelden teknolojik gelişmelere ilişkin bilgi almaktan hoşlanırım.	3.76	0.82
19. Teknolojinin insanlar arası etkileşimi azaltacağını düşünürüm.	2.92	1.24
20. Teknoloji ile ilgili konuşma yapılan ortamlarda bulunmaktan hoşlanırım.	3.56	0.89
21. Teknolojik gelişmeleri öğrenmek benim için fazladan bir yük sayılır.	3.71	0.98
22. Öğretim teknolojisinin öğrenmeyi arttırdığını düşünürüm.	3.94	0.70
23. İnsanları yeni teknolojik gelişmeler konusunda bilgilendirmekten hoşlanırım.	3.82	0.78
24. Teknolojinin insanın yerini alacağını düşünürüm.	3.28	1.00
25. İnternette araştırma yapmaktan hoşlanırım.	3.82	1.02

Tablo 3. Devamı.

Ölçek Maddeleri	\bar{X}	SS
26. Kendimi teknolojik gelişmeleri öğrenmek için yaşlı bulurum.	3.86	1.11
27. Teknoloji konusunda oluşturulan gruplara katılmanın faydalı olacağına inanmam.	3.68	1.09
28. Teknoloji kullanan klinikleri/YBÜ'lerini desteklemem.	4.14	0.89
29. Kliniğimde/YBÜ'de yeni öğretim teknolojilerinin kullanıldığını görmek beni mutlu eder.	3.81	1.06
30. Hemşirelerin gelişen teknolojilerden faydalanmalarını kliniğim/YBÜ için gerekli görmem	4.02	0.92
31. Hizmet içi eğitim programlarında teknolojiye geniş ölçüde yer verilmesini isterim.	3.73	0.93
32. İnternette araştırma yapmayı bir kolaylık olarak görmem.	4.04	1.03
33. Teknolojinin bilgiye ulaşmada tek yol olduğunu düşünürüm.	2.76	1.10
34. Teknolojinin kontrolümüz altında olduğuna inanırım.	3.55	1.07
35. İnsanlarla yeni teknolojik gelişmeler üzerine konuşmalara girmekten çekinirim.	3.65	0.92
36. E-posta kullanmak benim için önemli değildir.	3.56	1.11
37. Teknoloji ile ilgili kitaplar almaktan hoşlanırım.	3.28	1.09
Genel Ortalama	3.67	0.54

TARTIŞMA

Sağlık bakım alanında hizmetin sürdürülmesi ve bilginin kayıt edilmesi, saklanması, paylaşılması ve yönetiminde teknoloji gittikçe artan ve gelişen temel bir role sahiptir^{5,23}. Günlük ve mesleki yaşama giren teknoloji, doğru ve etkin kullanıldığında tüm sağlık bakımı ve eğitim ortamlarında etkili ve verimli hizmet sunma olanağı sağlamaktadır. Bu bağlamda teknoloji hemşirelik uygulamalarının temel yapı taşı olarak görülmekte ve teknolojiyi etkin olarak kullanabilme hemşirelikte aranan önemli bir nitelik olarak görülmektedir^{3,24}.

YBÜ hemşirelerinin en sık kullandığı ve yoğun bakım hastasının bakımına yön veren güncel teknolojiler arasında bilgi teknoloji sistemleri, programlanmış barkodlu infüzyon sistemleri, monitör, ventilatör ve intravenöz infüzyon pompaları önemli yer tutmaktadır²⁵. Özellikle YBÜ'de hasta bakımı, kabulü, transferi ve taburcu edilmesine kadar her türlü uygulama, bilgisayar sayesinde gerçekleştirilmektedir. Hemşirelerin birincil görevi hasta bakımı olmakla birlikte, hasta ile ilgili verilerin, hastaya ilişkin bakım ve uygulamaların kayıt edilmesi gibi nedenlerle bilgisayar kullanılmaktadır^{4,25}. Çalışmamızda YBÜ'lerde en fazla kullanılan teknolojik donanımın bilgisayar

Tablo 4. Teknolojiye Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Min.	Max.	\bar{X}	SS	Cronbach Alfa
Teknolojiyi Benimseme	7	1.86	5.00	3.80	.64	.77
Teknoloji ve Gelişme	5	2.40	5.00	3.65	.58	.66
Teknolojiyi İzleme	5	2.20	5.00	3.56	.77	.82
Teknoloji ve Yönetim	4	1.75	5.00	3.82	.91	.75
Teknoloji Korkusu	4	1.50	5.00	3.17	.85	.71
Teknoloji ve İnternet	4	2.00	5.00	3.88	.72	.66
Teknolojiye Güven	3	1.33	5.00	3.35	.76	.66
Teknoloji ve Karamsarlık	3	1.00	5.00	3.79	1.01	.68
Teknoloji Kullanımı	2	1.00	5.00	3.85	1.01	.67
Genel Ortalama	37	2.28	5.00	3.67	.54	.91

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamaları

	n	\bar{X}	SS	İstatistiksel değerlendirme	p
Cinsiyet					
Kadın	48	3.66	0.42	U=494.000	0.896
Erkek	21	3.61	0.75		
Eğitim durumu					
Sağlık Meslek Lisesi	20	3.59	0.54	KW=2.268	0.519
Önlisans	7	3.55	0.24		
Lisans	37	3.67	0.59		
Yüksek lisans	5	3.83	0.35		
Meslekte çalışma yılı					
0-5 yıl	48	3.68	0.56	KW=4.078	0.253
6-10 yıl	14	3.52	0.45		
11-15 yıl	5	3.76	0.48		
16-20 yıl	2	3.49	0.93		

(%98.6) olduğu saptandı. Gül ve ark. çalışmasında hemşirelerin %50'sinin çalıştığı klinikte bilgisayar olduğunu ve bilgisayarı %75.3 oranında hemşirelik kayıtları için kullandıklarını belirtmiştir²⁶. Aynı çalışmada kliniklerde %94 oranında internet bağlantısı olduğu ve hemşirelerin %18.7'sinin klinikte internet kullandığı saptanmıştır. Erdemir ve ark. çalışmasında hemşirelerin %60'ının evinde bilgisayar olduğunu ve bir elektronik posta adreslerinin olduğunu belirtmiştir²⁷. Asah hemşirelerin bilgisayar kullanımını araştırdığı çalışmasında hemşirelerin bakım planı hazırlama (%77), bilgiye

ulaşma (%55) ve yenilikleri takip etme (%42) gibi nedenlerle bilgisayar kullandığını belirtmiştir²⁸. Eley ve ark. bilişim teknolojileri kullanımına ilişkin engelleri incelediği çalışmada, hemşirelerin %74-94'ünün bilgisayar kullandığını belirtmiştir. Ayrıca çalışmada kıdemli hemşirelerin daha fazla bilgisayar kullandığı ve iş yükü fazlalığının bilgisayar kullanımını olumsuz etkilediği saptanmıştır²⁹. Araştırmada bilgisayar kullanma durumunun yüksek olması YBÜ hemşirelerinin teknolojiye önem verdiğinin ve kullandığının bir göstergesi olup, teknolojiye yönelik olumlu tutum içinde olduğu söylenebilir. Ayrıca YBÜ hemşirelerinin çalıştıkları birimlerde hemşirelik bakım ve uygulamalarının kayıt edilmesi dışında performans girişi gibi uygulamalarda da bilgisayar kullanımı önemli olduğu için bu konuya ilişkin niteliksel çalışmaların yürütülmesi önerilebilir.

YBÜ'de en fazla kullanılan teknolojik araç-gerecin ise infüzyon pompası (%100) olduğu belirtildi. Tıbbi cihazlara bağlı ve ileri kardiyak yaşam desteği uygulanan hastalara yoğun ve karmaşık ilaç tedavilerini güvenli uygulamak için hemşireler YBÜ'lerde teknolojik cihazlar kullanmaktadır. Bu cihazlardan birisi infüzyon pompasıdır ve sıvı replasmanı ya da konsantre ilaçların sıvı içinde seyreltilerek verilmesinde kullanılırlar^{30,31}. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Bowcutt ve ark. hemşirelerin %93'ünün (n=573) hasta güvenliğini sürdürmek ve etkin hemşirelik bakımı sunabilmek için infüzyon pompası kullandığını saptamıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin %90'ı (n=618) infüzyon pompası kullanımının güvenli ilaç yönetimi sağladığını ve %65'i (n=436) ise sıvı infüzyon takibine gereksinim kalmadığını belirtmiştir³². Mason ve ark. ise araştırmaya katılan hemşirelerin %98.7'sinin güvenli ve etkin hemşirelik uygulamaları için infüzyon pompası kullandığını saptamıştır³⁰. Wikström ve ark. yoğun bakım ünitesinde teknolojinin önemini inceledikleri niteliksel çalışmalarında analjezi ve sedasyon yönetiminde hemşirelerin infüzyon pompası kullandıkları ve teknoloji kullanımının yüksek riskli ilaçların güvenliğini artırdığını belirtmişlerdir¹⁶. Bulgular doğrultusunda, yoğun bakım hemşireleri için hasta bakımında teknolojinin ne kadar önemli olduğu, özellikle yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması ve hasta güvenliğinin artırılmasında teknolojik araç ve gereçlerin kullanımının göz ardı edilemeyeceği söylenebilir.

Hemşireler teknolojiye ilişkin tutum ölçeğinden en yüksek puanı teknoloji ve internet ile teknoloji kullanımını alt boyutlarından aldığı saptandı. Ölçeğin alt boyut maddeleri incelendiğinde, YBÜ hemşirelerinin teknolojiden yararlandığı ve bilgisayar kullandığı belirlendi. Wikström ve ark. çalışmalarında, hemşirelerin yoğun bakım üniteleri için teknolojinin gerekli olduğunu, güvenli ilaç yönetimi için teknolojiyi kullandıklarını ve teknolojinin hasta bakım kalitesini artırdığını ifade etmişlerdir¹⁶. Benzer çalışmalarda da yoğun bakım hemşireleri teknolojinin hasta bakımı için gerekli olduğunu, hasta güvenliğini artırdığını ve iş yükünü azalttığını ifade etmişlerdir^{6,17}. Araştırma bulgularına bakıldığında hemşirelerin YBÜ'lerde teknolojiyi hasta bakımında sık kullandıkları ve teknoloji kullanımının bakım uygulamalarında hemşirelere kolaylık sağlayabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada YBÜ hemşireleri teknolojiye ilişkin tutum ölçeğinden en düşük puanı teknoloji korkusu alt boyutundan aldığı tespit edildi. Ölçeğin alt boyut maddeleri incelendiğinde, hemşirelerin teknolojinin insanlar arası etkileşimi azalttığı ve insanları yabancılaştırdığı konusunda kararsız kaldıkları belirlendi. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde, yapılan çalışmalar sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanılmasyla birlikte

hemşirelerin hastaların sosyal gereksinimlerini karşılayamadığı ve bağımsız rollerini gerçekleştirmediği için hasta bakımında hümanistik yaklaşımdan uzaklaştıklarını belirtmiştir^{16,33}. Almerud ve arkadaşları teknolojinin bütüncül hemşirelik yaklaşımını ve hastaların temel gereksinimlerinin karşılanmasını engellediğini saptamıştır¹². Çalışma bulgularımızın aksine Arthur ve ark. yüksek teknolojik donanıma sahip birimlerde çalışan hemşirelerin iletişime yönelik bakım uygulamalarının (hasta ile konuşma, terapötik dokunma, empatik yaklaşım, bireyselleştirilmiş bakım, vb.) düşük teknolojik donanıma olan birimlerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğunu bulmuştur³. Araştırma bulguları teknolojinin yoğun bakım ünitelerine entegre edilmesinde hemşirelerin olumlu tutum içinde olmalarına rağmen, hasta-hemşire arasındaki iletişimi azaltacağı konusunda endişe yaşadıklarını göstermektedir. YBÜ hemşirelerinin yaşadığı bu endişenin nedeni, hemşirelik mesleğinin insanı merkez alan bir meslek olması ve YBÜ’de hasta bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin çok daha fazla olması ile açıklanabilir.

Araştırmada teknolojiye ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu ve meslekte çalışma yıllarına göre değişmediği bulundu ($p>.05$). Kısa ve Kaya çalışmasında, hemşirelerin teknolojiye ilişkin tutumları ile yaş arasında anlamlı fark olduğunu, ancak akademik ünvan ve çalışma yılı arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır¹⁸. Bu bulgular doğrultusunda cinsiyet, eğitim durumu ve meslekte çalışma yılının teknolojiye ilişkin tutum üzerinde bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu örneklem grubundaki hemşirelere genellenebilir ve “Teknolojiye Karşı Tutum” ölçeğinde yer alan maddelerle sınırlıdır.

SONUÇ

YBÜ hemşirelerinin teknolojiye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hemşirelerin teknolojiyi yakından takip ettikleri, teknoloji kullanan YBÜ’leri desteklediği ve uygulamalarında yeni teknolojileri kullandığı belirlendi. Ancak, hemşirelerin teknolojinin insanlar arası etkileşimi azaltacağı ve insanları yabancılaştırdığı konusundaki düşüncelerinde kararsız kaldıkları görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelik bilişimi ve güncel teknolojilerin hemşirelik bakımında uygulanabilirliğinin sağlanması için lisansüstü programların açılıp yaygınlaştırılması ve sertifika programlarının düzenlenmesi önerilebilir. Ayrıca YBÜ hemşirelerine teknolojik araç-gereçlerin kullanımına ilişkin eğitim verilmesi, hizmet içi eğitim ve YBÜ sertifika programlarında teknolojinin önemi ve teknoloji kullanımı ile ilgili konulara yer verilmesi, YBÜ’de hemşirelik sürecinde bilgisayar kullanımının artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kurtzman ET, Corrigan JM. Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2007; 8: 20-36.

2. Maag M. Nursing students' attitudes toward technology. *Nurse Educator* 2006; 31(3): 112-118.
3. Arthur D, Pang S, Wong T. The effect of technology on the caring attributes of an international sample of nurses. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 37-43.
4. Ay F. Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 131-136.
5. Hovenga E, Gadre S, Heard S. Nursing constraint models for electronic health records: a vision for domain knowledge governance. *Int J Med Inf* 2005; 74: 886-898.
6. Tunlind A, Granström J, Engström A. Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2015; 31: 116-123.
7. Arslan S, Özer N. Yoğun bakım hastalarının duyuşsal girdi sorunlarında tamamlayıcı tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13: 2.
8. Demir F, Dramalı A. Yoğun bakım ünitelerinin tasarımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2002; 6(1): 8-15.
9. Fontaine DK, Briggs LP, Pope-Smith B. Designing humanistic critical care environments. *Critical Care Nursing Quarterly* 2001; 24(3): 21-34.
10. Aştı T. Bakım teknolojisinde yenilikler. II. Uluslar arası-IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 2003: Kemer-Antalya.
11. Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1 (3): 44.
12. Barnard A. Alteration to will as an experience of technology and nursing. *J Adv Nurs* 2000; 31: 1136-1144.
13. Almerud S, Alapack R, Fridlund B, et al. Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy* 2008; 9: 55-61.
14. Almerud S, Alapack R, Fridlund B, et al. Caught in an artificial split: a phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24: 130-6.
15. Alasad J. Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 407-413.
16. Wikström A, Cederborg A, Johanson M. The meaning of technology in an intensive care unit-an interview study. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23: 187-195.
17. Kiekkas P, Karga N, Pouloupoulou M, et al. Use of technological equipment in critical care units: Nurses' perceptions in Greece. *J Clin Nurs* 2006; 15: 178-87.
18. Kısa B, Kaya H. Hemşire öğretim elemanlarının teknolojiye ilişkin tutumları. *The Turkish Online Journal of Educational Technology* 2006; 5(2): 77-83.
19. Crocker C, Timmons S. The role of technology in critical care nursing. *J Adv Nurs* 2009; 65: 52-61.
20. Başar A, Delice TS, İlhan MN, et al. Hemşirelik hizmetlerinde bilgisayar kullanımı – Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi örneği. *Bilişim Teknolojileri Dergisi* 2008; 1(1): 43-46.
21. Dinç L. Bilgisayarın hemşirelik eğitimi ve hizmetlerindeki yeri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1995; 2: 47-50.
22. Akbaba S. Okul yöneticilerinin teknolojiye karşı tutumlarının incelenmesi. *Çağdaş Eğitim Dergisi* 2002; 286: 9-14.
23. Helleso R, Ruland CM. Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *J Clin Nurs* 2001; 10: 799-805.
24. McNeil JB, Elfrink LV, Bickford JC, et al. Nursing information technology knowledge, Survey. *J Nurs Educ* 2003; 42: 341-349.
25. Bilgiç Ş, Şendir M. Hemşirelik bilişimi. *Cumhuriyet Hem Der* 2014; 3: 24-28.

26. Gül A, Gençtürk N, Bozkurt G. Hemşireler arasında bilgisayar ve internet kullanım sıklığının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(3): 8-18.
27. Erdemir F, Hanoğlu Z, Akman A. Hemşirelerin bilgisayar ve internet kullanma durumu ve hemşirelikte bilgisayar kullanımının değerine ilişkin görüşleri. 2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi; 2005: 78-84.
28. Asah F. Computer usage among nurses in rural health care facilities in South Africa: obstacles and challenges. Journal of Nursing Management 2013; 21: 499-510.
29. Eley R, Fallon T, Soar J, et al. Barriers to use of information and computer technology by Australia's nurses: a national survey. J Clin Nurs 2008; 18: 1151-1158.
30. Mason JJ, Roberts-Turner R, Amendola V, et al. Patient safety, error reduction, and pediatric nurses' perceptions of smart pump technology. J Pediatr Nurs 2014; 29: 143-151.
31. Yava A, Koyuncu A. Yoğun bakımda parenteral ilaç uygulama rehberi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
32. Bowcutt M, Rosencoetter MM, Chernecky CC, et al. Implementation of an intravenous medication infusion pump system: Implications for nursing. Journal of Nursing Management 2008; 16: 188-197.
33. Khorshid L, Tulum Y. Hemşirelik uygulamalarında teknoloji ve hümanizm. Aylık Aktüel Tıp Dergisi 2005; 17(7): 99 -103.

Kronik Böbrek Yetersizliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care According to Functional Health Patterns in Chronic Renal Failure: A Case Report (Olgu Sunumu)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 49-61

Hilal UYSAL¹, Ceren KARATAŞ²

¹İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 02 Mart 2017

Kabul Tarihi: 02 Mart 2017

ÖZ

Kronik böbrek yetersizliği glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır. Kronik böbrek yetersizliğinde hemşirelik bakımının amaçları; belirtileri azaltmak, yeterli ve dengeli besin alımını sağlamak, farmakolojik tedavinin etkilerini değerlendirmek, egzersiz toleransını artırmak, kronik böbrek yetersizliği ile ilgili komplikasyonları önlemek ve hasta/aile eğitimidir.

Yüksek ateş, kusma şikayetleriyle acile başvuran S.Ş., bir süre yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş ve daha sonra acil dahiliye servisine yatırıldı. 5-8 Aralık 2016 tarihleri arasında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli doğrultusunda değerlendirilen S.Ş.'de "Etkisiz solunum örüntüsü, kalp debisinde azalma, akut ağrı, sıvı volüm fazlalığı, etkisiz sağlık yönetimi, infeksiyon riski, düşme riski, deri bütünlüğünde bozulma, aktivite intoleransı, dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az, oral mukoz membranda bozulma, yutmada bozulma, uyku düzeninde bozulma" hemşirelik tanıları belirlendi ve bu tanımlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulandı ve sonuçlar değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: *Kronik böbrek yetersizliği, fonksiyonel sağlık örüntüleri, hemşirelik bakımı, hemşirelik tanısı.*

ABSTRACT

Chronic renal failure is defined as the consequent reduction in glomerular filtration value, the adjustment of the fluid-solute balance of the kidney, and the chronic and progressive deterioration of metabolic-endocrine functions. The aims of nursing care in chronic renal insufficiency; to reduce the indications, to provide adequate and balanced nutrient intake, to

evaluate the effects of pharmacological treatment, to increase exercise tolerance, to prevent complications related to chronic renal failure and patient / family education.

The patient who was referred to emergency department due to complaints of high fever and vomiting, she was followed up in intensive care unit and then was hospitalized in emergency department. Between the dates of December 2016, 5-8, Gordon's functional health patterns model in nursing care assessed in accordance with S.Ş., "ineffective breathing pattern; decreased cardiac output; acute pain; excess fluid volume; ineffective health management; Risk for infection; risk for falls; impaired skin integrity; activity intolerance; imbalanced nutrition: less than body requirements; impaired oral mucous membrane; impaired swallowing; disturbed sleep pattern" were identified nursing diagnoses and nursing interventions for this diagnosis were performed and the results were evaluated.

Key Words: *Chronic renal failure, functional health patterns, nursing care, nursing diagnosis.*

GİRİŞ

Kronik böbrek yetersizliği, glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. Etiyolojide birçok hastalık bulunsa da diyabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerulonefritler altta yatan temel nedenleri oluşturur^{1,2}.

Hastalardaki sorunlar genellikle ya böbrek yetersizliğine neden olan hastalığın belirti ve bulgularıdır ya da en çok hangi sistem etkilenmiş ise o sisteme ait belirti ve bulgular görülür. Hastalarda hipo/hipervolemi, hipo/hipernatremi, hipo/hiperpotasemi, hipokalsemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi, stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, bulantı, kusma, dispepsi, anoreksiya, anemi, üremik deri değişiklikleri, deri turgorunda azalma, beslenme bozukluğu, pulmoner ödem, kardiyovasküler hastalıklara ait belirti ve bulgular sıklıkla görülür^{1,3}.

KBY'nin tedavisindeki hedef morbidite ve mortalitenin azaltılması yönünde olmalıdır. Hastalığın ilerlemesini önlemeye yönelik girişimlerin vakit kaybetmeden uygulanması hayatidir. Böbrek fonksiyonlarının korunması ve kontrol altında tutulması için kan basıncının kontrol altında tutulması, kan şekerinin düzenlenmesi, protein, tuz kısıtlaması, yeterli sıvı alımı, kan lipitlerinin kontrolü, aneminin düzeltilmesi, elektrolitlerin normal sınırlarda tutulması önemlidir¹.

Kronik böbrek yetersizliğinde hemşirelik bakımının amaçları; belirtileri azaltmak, yeterli ve dengeli besin alımını sağlamak, farmakolojik tedavinin etkilerini değerlendirmek, egzersiz toleransını artırmak, KBY ile ilgili komplikasyonları önlemek ve hasta ve aile eğitimidir. Hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi, hastanın sağlık durumunu optimal düzeye getirebilmek için hemşirelik süreci doğrultusunda uygulanmalıdır.

Olgu, Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli^{4,5} ve NANDA hemşirelik tanıları^{6,7} ile değerlendirildi. Bireyleri kapsamlı bir şekilde biyopsiko-sosyal boyutta ele alan bu model, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda açıklamaktadır. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplamayı ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini sağlamaktadır. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, hemşirelerin hasta bakımında daha kapsamlı bir

değerlendirme yapması ve hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri için kullanılmak üzere tanımlanmış bir süreçtir^{3,4}.

OLGU SUNUMU

Sosyo-demografik özellikler: S.Ş., 50 yaşında, ev hanımı, evli ve iki çocuğu olan kadın hastadır.

Sağlık hikayesi

Geçmiş sağlık hikayesi: S.Ş.'nin geçirilmiş ameliyatı ve besin veya ilaç alerjisi yoktur. S.Ş.'ye bir yıl önce kronik böbrek yetersizliği tanısı konulmuş olup, altı senedir hipertansiyon ve on senedir Diyabetes Mellitus (DM) tanısı ile tedavi edilmektedir.

Şimdiki sağlık hikayesi: Bilinen hipertansiyon ve DM tanısı olan hasta, yüksek ateş ve kusma şikayetleriyle acil dahiliyeye başvurdu. Durumu kötüleşen hasta yoğun bakıma alındı ve ardından durumu stabil olunca acil dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın ara sıra olan ağrılarını giderebilmek için analjezik tedavi uygulanıyor. Hastanın bulantı ve kusma şikayetini gidermek için antiemetik tedavi uygulanmaya başlandı. Hastaneye yatışından bu yana hasta kilo vermeye başladığı için total parenteral beslenme tedavisi uygulandı. Ayrıca S.Ş.'de hastanede yattığı süre içinde hastane infeksiyonu olan Proteus Mirabilis bakterisi ürettiği tespit edildi. Proteus Mirabilis bakterisinden dolayı hastada temas izolasyonu uygulanmaya başlandı.

Tıbbi tanıları: Kronik böbrek yetersizliği, hipertansiyon, diyabetes mellitus.

Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirme

1. Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi

- S.Ş., sağlığını orta düzeyde tanımladı, düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını, ara sıra egzersiz yaptığını, daha önce sigara ve alkol kullanmadığını belirtti. Baskı hissi yaratan göğüs ağrısı şikayeti yaşadığını ve bu durumun aralıklı olarak devam ettiğini belirtti. Ağrı skalasına göre ağrının derecesini 3 olarak ifade etti.

Hemşirelik tanısı 1: Akut Ağrı (NANDA Alanı 12: Konfor (rahatlık), Sınıf 1:Fiziksel konfor)

Beklenen sonuç: Ağrının giderilmesi ve/veya hastanın ağrı derecesinde azalma olduğunu ifade etmesidir.

Hemşirelik girişimleri: Akut ağrı tanısı için hastaya uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, ağrının yeri, şiddeti ve niteliğinin, derecesinin değerlendirilmesi; ağrıyı azaltan/arttıran faktörlerin sorgulanması; hekim istemine göre analjezik tedavinin uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi; kontrendike değilse ağrı kontrolü için farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanmasıdır (kas gevşeme egzersizleri, masaj, pozisyon değiştirme vb.)⁸⁻¹¹.

Değerlendirme: "Akut Ağrı" hemşirelik tanılarına yönelik yapılan girişimler sonucunda, S.Ş.'nin ağrı skalası kullanılarak ölçülen ağrı şiddetinde ancak analjezik uygulandıktan sonra 3 den 2 ye geriledi.

- S.Ş. günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı durumdadır. Ayrıca hipertansiyon ve sağ bacağının dizden aşağısı ampute olduğu için düşme riski bulunmaktadır. İtaki düşme riski puanı 17 olarak tespit edildi. İtaki düşme riski puanının 5 ve üzerinde olması hastanın yüksek düşme riski olduğunu ifade eder¹².

Hemşirelik tanısı 2: Düşme riski (*NANDA Alanı 11:Güvenlik/Korunma, Sınıf 2:Fiziksel yaralanma*)

Beklenen sonuç: Hastanın düşmemesi, travmalara karşı korunmasıdır.

Hemşirelik girişimleri: Böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikler çok fazla ilaç kullanılmasına neden olabilir. İlaç kullanımından kaynaklanan ortostatik hipotansiyon, aritmiler, taşikardi, baş dönmesi, yorgunluk, serum elektrolit düzeylerinde dengesizlikler gibi yan etkiler ve metabolizmada ciddi değişiklikler olabilir. Bu nedenle hasta yakından izlenmelidir.⁸ Düşme riski tanısı için hastaya uygulanması planlanan ve uygulanan diğer hemşirelik girişimleri, sürekli kullandığı eşyaların kolaylıkla ulaşabileceği bir yere yerleştirilmesi; yatakta yattığı sürece yatak kenarlarının kapalı tutulması; gece lambası kullanarak riskin azaltılması; ayağa kalktığında destek olunması; banyoda oturarak yıkanmasının sağlanması; itaki düşme riski puanlaması yapılarak değerlendirilmesi ve hasta için güvenli bir çevre oluşturulmasıdır (batıcı, kesici aletler uzaklaştırılır)⁸⁻¹¹.

Değerlendirme: “Düşme riski” hemşirelik tanısına yönelik olarak, gerekli çevre düzenlenmesi sağlandı, herhangi bir düşme gözlenmedi, ancak risk devam etmektedir.

- Proteus mirabilis ürettiğinden hastada temas izolasyonu önlemi alındı. Proteus mirabilis, Enterobacteraceae ailesinden gram negatif, sıklıkla idrar ve intestinal kültürlerden izole edilen bir bakteridir¹³.

Hemşirelik tanısı 3: Etkisiz sağlık yönetimi (*NANDA Alanı 1:Sağlığın desteklenmesi, Sınıf 2: Sağlık yönetimi*)

Beklenen sonuç: Hastanın sağlığını etkili sürdürmesinin sağlanması, komplikasyonları erken tanınması, öz bakımını etkili bir şekilde sürdürmesidir.

Hemşirelik girişimleri: Etkisiz sağlık yönetimi için hastaya uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, özellikle hastalığını ve sonuçlarını kötüleştiren risk faktörlerini nasıl azaltabileceği konusunda bilgi verilmesine odaklıdır⁷. Ayrıca bakterinin bulaşmasının önlenmesi için hasta ve/veya ailesine izolasyon önlemlerinin anlatılması; hastanın ve hasta ile temas edenlerin maske, eldiven ve önlük giymeleri gerektiğinin öneminin açıklanması; hasta ve ailesine infeksiyon belirti ve bulguları ile hasta odasına sık giriş çıkışların önlenmesi gibi infeksiyon gelişmesinin önlenmesi için yapılması gerekenler konusunda eğitim verilmesi sayılabilir^{7,8}.

Değerlendirme: “Etkisiz sağlık yönetimi” tanısına yönelik olarak, temas izolasyonu önlemleri alındı. Hasta için hijyenik ve güvenli bir ortam hazırlanarak özel odaya alındı. Hastanın gerekli durumlar dışında odadan çıkması kısıtlandı. S.Ş. ve ailesi alınan önlemlere gerekli uyumu gösterdi.

2. Beslenme- Metabolik Durum

- S.Ş.’nin hekim istemine göre tuz kısıtlaması vardı. S.Ş., oral olarak yetersiz beslendiği için Perkütan Endoskopik Gastrotomi (PEG) takıldı. Ancak bu yolla yeterli beslenme sağlanmadığı için total parenteral beslenmeye başlandı. Hekim

tarafından sıvı tüketimi artırılması (günlük aldığı-çıkardığı dengesinin +500 lt sıvı) planlandı. S.Ş., iştahsız olduğunu ve besinleri yutamadığını ifade etti. Ayrıca endişeli, stresli olduğu zamanlarda da iştahsızlık hissettiğini, son 3 ayda 10 kilo verdiğini belirtti.

Diyaliz hastalarında hipoalbuminemi prevalansı yüksektir ve kötü prognoz ile ilişkilidir^{14,15}. Hastada serum Albumin düzeyi 2.59-3.85 mg/dL, Total protein 5.51-6.01 mg/dL arasında düşük seviyelerde seyretmiştir.

Hemşirelik tanısı 4: Dengesiz beslenme; beden gereksiniminden az (*NANDA Alanı 2: Beslenme, Sınıf 1: Yutma*)

Beklenen sonuç: Hastanın iştahının artması, günlük metabolik gereksinimlerine ve aktivite düzeyine uygun olarak beslenmesi, kas kaybı olmadan normal kilosunun sürdürülmesi, kilo değişikliklerinin olmamasıdır.

Hemşirelik girişimleri: Kronik böbrek yetersizliği tanısı olan hastanın yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması ve sürdürülmesi için besin alımı, kilo-boy oranı, kas tonüsü ve laboratuvar değerlerinin (serum albumin, hematokrit, hemoglobin vb.) izlenmesi gerekir. Hastaya uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, hastanın günlük besin tüketim durumunun ve malnutrisyon belirtisi ve bulgularının (kilo kaybı, güçsüzlük, zayıflama, iştahsızlık) değerlendirilmesi; besin gereksinimlerinin karşılanması için diyetisyen ile işbirliği içinde uygun kalorili beslenmenin planlanması ve izlenmesi; diyetisyen ile işbirliği içinde hastaya yüksek kalorili, yüksek proteinli, vitaminli bir diyet düzenlenmesi; sodyum tüketiminin kısıtlanması ve iştahını açmak için alternatif önerilerde bulunulması; yemek sırasında yorgunluğu azaltmak için öğünlerden önce dinlenme periyotlarının planlanması; beslenmenin önemi hakkında bilgi verilmesi; günlük kilo ölçümü ve kilo değişikliklerinin izlenmesi, sıvı tüketiminin izlenmesi; hidrasyon durumunun (mukoz membran, nabız ve ortostatik hipotansiyon vb.) izlenmesidir⁸⁻¹¹.

Değerlendirme: “Dengesiz beslenme; beden gereksiniminden az beslenme” hemşirelik tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda, aldığı çıkardığı dengesi +500 oldu, kilo kaybı görülmedi, malnutrisyon belirtileri (iştahsızlık, herhangi bir şey içmeme) devam ediyor. Yeterli sıvı alımı sağlandı. Serum Albumin ve total protein düzeylerinde iyileşme görüldü, ancak hala normal değerlerin altında olduğu tespit edildi.

Hemşirelik tanısı 5: Yutmada bozukluk (*NANDA Alanı 2: Beslenme, Sınıf 1: Yutma*)

Beklenen sonuç: Yutma güçlüğüne ortadan kalkması ve yeterli beslenmenin sürdürülmesi, aspirasyon gelişmemesidir.

Hemşirelik girişimleri: Metabolik değişikliklerden dolayı hastada iştahsızlık ve yorgunluk geliştiğinden besinlerin yutulmasında sorun yaşanmaktadır. Bu nedenle yemek sırasında aspirasyon riski yaşanabilir⁸. Hastanın beslenme sırasında yatak kenarında oturması veya yatakta semi fowler pozisyonunda olması ve başı dik öne doğru tutulması; sık sık ve küçük öğünler şeklinde beslenmesi, yemek sırasında dikkatini yutma işine vermesi; ağız içinde yiyecek kalıntısı olup olmadığının kontrol edilmesi; uygun aralıkta ağız bakımı verilmesi hasta için planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri arasındadır⁷⁻⁹.

Değerlendirme: “Yutmada bozukluk” hemşirelik tanısına yönelik olarak yapılan girişimler sonucu hasta besinleri az az yutuyor, ama hala yutmada zorluk çekiyor.

- S.Ş.'nin ağızda hassasiyet ve kuruluk mevcut, ağız değerlendirme rehberine (ADR) göre puanı 16 bulundu (ADR puanı 8-24 arasında değişir. Ağız bakım sıklığı, ADR 8 puan ise 3x1; 9-19 puan ise 6x1; >20 puan ise 12x1 olarak planlanmalıdır).

Hemşirelik tanısı 6: Oral mukoz membranda bozulma (*NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 2: Fiziksel yaralanma*)

Beklenen sonuç: Ağız membran bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması, yeterli beslenme ve sıvı alımının sürdürülmesi, optimal oral hijyenin sağlanması.

Hemşirelik girişimleri: Kronik böbrek yetersizliği hastalarında malnutrisyon ve dehidratasyon nedeniyle oral mukoz membranda bozulma olabilir^{7,8}. Oral mukoz membranda bozulma tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, hekim önerisine göre her iki saatte bir sıvı alımının sağlanması; dudaklara 2 saatte bir ve/veya gerektiğinde nemlendirici krem sürülmesi; aşırı sıcak ve aşırı soğuk, baharatlı ve sert kabuklu besinlerden kaçınması hakkında bilgi verilmesi; ADR puanına göre günde en az 4 kez ve yemeklerden sonra ağız bakımı yapması için teşvik edilmesi; oral hijyenin düzenli olarak değerlendirilmesi ve kayıt edilmesidir⁸⁻¹¹.

Değerlendirme: "Oral mukoz membranda bozulma" hemşirelik tanısına yönelik olarak yapılan girişimlere rağmen, S.Ş.'de ağızda hassasiyet ve kuruluk şikayetleri devam ediyor. ADR puanı 11'e geriledi.

- S.Ş nin derisi kuru, dehidrate ve kaşıntı şikayeti olduğu tespit edildi. Pretibiyal ödem derecesi +3 olarak saptandı. Hastanın serum üre düzeyi 19.3-54.6 mg/dL, Kreatinin 1.4-2 mg/dL arasında değişmektedir.

Hemşirelik tanısı 7: Deri bütünlüğünde bozulma (*NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 2: Fiziksel yaralanma*)

Beklenen sonuç: Deri bütünlüğünün korunması, deride yaralanma olmamasıdır.

Hemşirelik girişimleri: Deri bütünlüğünde bozulma tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, deride kuruluk ve ödem varlığının değerlendirilmesi; deride kuruluk, üremiden dolayı kaşıntı varlığı ve hastanın diyabetes mellitus tanısından dolayı infeksiyon gelişme riski açısından derinin gözlenmesi; ekimoz, purpura ve kızarıklık açısından derinin değerlendirilmesi; aldığı- çıkardığı denge takibinin yapılması; derinin ve deriye temas eden kıyafet ve çarşafaların pamuklu, temiz, kuru ve kırışsız olmasının sağlanması; vücut bakımının yapılması; kuru bölgelerin nemlendirilmesi; deri temizliğinde kurutmayan sabun kullanılması; ödem (+3) nedeniyle deri bütünlüğünü korumak için 2 saatte bir pozisyon değiştirilmesi; hekim istemine göre sıvı alımının artırılmasıdır^{8-10,14}.

Değerlendirme: "Deri bütünlüğünde bozulma" tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda kaşıntı gözlenmedi, ancak kuruluk devam ediyor. Tibia bölgesindeki ödem +3 den +2 ye geriledi.

- Diyabetes mellitus tanısı olan S.Ş., hastaneye yatmadan yaklaşık 5 ay önce sağ bacağına dizden aşağısı ampüte edilmiştir. Ayrıca yutma gücü ve yetersiz beslenme nedeniyle PEG takılmış, solunumsal sıkıntılardan dolayı da trakeostomi bulunmaktadır. Hastanın ampüte bacağına, PEG ve trakeostomi nedeniyle infeksiyon riski bulunmaktadır.

S.Ş.'nin foley ve parenteral (İV infüzyon ve hemodiyaliz) kateterleri var. Hastaya haftanın 4 günü diyaliz uygulanıyor. S.Ş.'nin C-reaktif protein (CRP) düzeyi (84,26-49,73 mg/L arasında değişti) yüksek bulundu, lökosit değeri $4,5 \text{ mm}^3$ ve vücut sıcaklığı 36°C civarında seyretmektedir.

Hemşirelik tanısı 8: İnfeksiyon riski (*NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 1: İnfeksiyon*)

Beklenen sonuç: İnfeksiyonun oluşmamasıdır.

Hemşirelik girişimleri: Optimal yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve komplikasyonların gelişmemesi için hastanın infeksiyon riski açısından izlenmesi önemlidir. İnfeksiyon riski tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, infeksiyon belirti ve bulgularının izlenmesi (vücut sıcaklığında artış, dispne varlığı, CRP düzeyinde artma, lökosit sayısında artma); yaşam bulgularının izlenmesi ve değerlendirilmesi; kateterlerin infeksiyon belirti ve bulguları açısından izlenmesi ve uygun sıklıkta bakımlarının yapılması; parenteral uygulama sırasında aseptik tekniğe önem verilmesi; trakeostomi tüpünde sekresyon miktarı, rengi ve yoğunluğunun kontrol edilmesi; trakeostomi etrafında kızarıklık, koku ve akıntı varlığının kontrol edilmesi; pansuman kirlendiğinde temiz pansuman yapılması; trakeostomi ve boyun etrafındaki derinin durumunun değerlendirilmesi; sekresyon varlığında steril şartlarda aspire edilmesi; akciğer seslerinin dinlenmesi, değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi; aseptik tekniğe uygun olarak yara bakımının yapılması ve amputasyon bölgesinde kızarıklık, şişlik ve kaşıntı varlığının kontrol edilmesi; ziyaretçi kısıtlanması ve gelen ziyaretçilerin el yıkama ve evrensel önlemlere uymalarının sağlanması; hasta ve ailesine infeksiyon belirti ve bulguları hakkında bilgi verilmesidir.^{7-9,14}

Değerlendirme: "İnfeksiyon riski" hemşirelik tanısına yönelik olarak yapılan girişimler sonucu PEG, trakeostomi ve amputasyon bölgelerinde kaşıntı, kızarıklık, koku veya akıntı gözlenmedi. CRP değeri 84,26 dan 49,73 e geriledi, vücut sıcaklığı 36°C civarında seyretti.

3. Boşaltım

- Hastaya haftada 4 gün hemodiyaliz uygulanmasından dolayı sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesizliği gelişmektedir. S.Ş.'nin idrar miktarı günlük 20-100 ml arasındadır. Hastada sıvı dengesizliği ile birlikte serum sodyum (133-122 mEq/L), potasyum (3-3.5 mEq/L), magnezyum (0.74 mEq/L) ve kalsiyum (7.8-9 mg/L) düzeylerinde azalma ve/veya dengesizlik olduğu tespit edildi.

Periferik ödem başlangıçta +3 olarak ölçüldü, ilerleyen dönemde +2'ye gerilediği tespit edildi. Solunum sayısı 10/dk (bradikardi), kan basıncı 90/65 mmHg, hırıltılı akciğer seslerinin olduğu, boyun ven dolgunluğu ve karında asit varlığının olmadığı, son 3 ayda 10 kilo kaybı olduğu tespit edildi.

Hemşirelik tanısı 9: Sıvı volüm fazlalığı (*NANDA Alanı 2: Beslenme, Sınıf 5: Hidrasyon*)

Beklenen sonuç: Optimal sıvı dengesinin sürdürülmesi, vücut ağırlığının stabil olması, ödemin azalması, pulmoner konjesyon bulgusunun olmaması, diyaliz sonrası komplikasyonların gelişmemesidir.

Hemşirelik girişimleri: Diyalizler arasında aşırı sıvı, elektrolit, üre ve asit iyonları arasında dengesizlikler olması nedeniyle hastada metabolik sorunlara neden olmaktadır.

Hemodiyaliz sonrası hastada aminoasitlerin, protein, glukoz ve suda çözünebilir vitaminlerin kaybı fazladır¹⁴. Sıvı volüm fazlalığı tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, günlük vücut ağırlığı, aldığı-çıkardığı sıvı miktarı izlenmesi; yaşamsal bulguların değerlendirilmesi; boyun ven dolgunluğu ve karında asitin değerlendirilmesi; akciğer seslerinin dinlenmesi; tibia, ayak bilekleri, sakrum ve sırt bölgelerinde periferik ödem bulgularının değerlendirilmesi; yüzün görünümünün değerlendirilmesi; hastanın evde diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumunun değerlendirilmesi; diyaliz öncesi ve sonrası hastanın kilo, ödem, sıvı ve elektrolit düzeylerinin değerlendirilmesi ve kayıt edilmesidir^{7-9,14}.

Değerlendirme: "Sıvı volüm fazlalığı" tanısına yönelik yapılan girişimler sonucu tibia bölgesindeki ödem +2 ye geriledi. İdrar miktarında artma gözlenmedi.

4. Aktivite- egzersiz

- S.Ş.'nin solunum sayısı 10/dk, radyal nabızı 65/dk, kan basıncı 90/65 mm Hg ölçüldü ve öksürük, balgam, dispne şikayeti olmadı.

Kronik böbrek yetersizliği hastalarında eritropoetin üretiminde azalma söz konusudur. Bu nedenle anemi en önemli sorunlar arasındadır. Hemodiyaliz hastalarında anemi daha ciddi boyuttadır¹⁴. Hastada ciddi anemi (Hemoglobün 8.1-8.8 g/dL, Hematokrit 24.4-26.9, Trombosit düzeyi 75.5-81.1 arasında değişmektedir) bulunmaktadır. S.Ş., günlük yaşam aktivitelerini bağımlı gerçekleştirmektedir.

Hemşirelik tanısı 10: Aktivite intoleransı (*NANDA Alanı 4: Aktivite/İstirahet, Sınıf 4:Kardiyovasküler/Pulmoner yanıt*)

Beklenen sonuç: Aktiviteye toleransının iyileşmesi, bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi.

Hemşirelik girişimleri: Aktivite intoleransı tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, aktivite düzeyinin değerlendirilmesi; egzersize nabız ve kan basıncı yanıtının değerlendirilmesi; yatak içerisinde aktif-pasif ROM egzersizlerinin yaptırılması; günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yardımcı olunması; ziyaretçi sayısı ve süresinin kısıtlanması; ihtiyacı olduğu eşyaların rahat uzanabileceği ve alabileceği yerlere yerleştirilmesi; pulse oksimetre ile oksijen saturasyonunun değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi; hekim istemine göre oksijen tedavisi uygulanması ve izlenmesidir⁸⁻¹¹.

Değerlendirme: "Aktivite intoleransı" hemşirelik tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda uyku sorununun ortadan kaldırılmasıyla birlikte halsizlik belirtilerinin azaldığı gözlemlendi. Ancak S.Ş. günlük yaşam aktivitelerini yaparken başka birinin desteğine ihtiyacı vardı.

- S.Ş.'nin solunum sayısının dakikada 10 ve altına indiği ve yüzeysel solunumu olduğu, solunum seslerinin azaldığı tespit edildi. Oksijen saturasyonunun %98-94 arasında değiştiği tespit edildi. S.Ş.'de anemi olduğundan dolayı solunum sistemini olumsuz etkilemektedir.

Hemşirelik tanısı 11: Etkisiz solunum örüntüsü (*NANDA Alanı 4: Aktivite/İstirahet, Sınıf 4:Kardiyovasküler/Pulmoner yanıt*)

Beklenen sonuç: Solunum fonksiyon değişikliğini gösteren belirtileri azaltmak/önlemek.

Hemşirelik girişimleri: Etkisiz solunum örüntüsü tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, solunum hızı, ritmi ve derinliğinin değerlendirilmesi; rahat nefes almasını sağlamak ve sürdürmek için fowler pozisyon verilmesi; 1-2 saatte bir pozisyon değiştirilmesi; hekim istemine göre maske ile dakikada 5 lt oksijen uygulamasının sürdürülmesi; oksijen saturasyonunun değerlendirilmesi; korku ve anksiyetenin azalması; periferlerin ısı, renk, nabız açısından değerlendirilmesidir^{7,8,10,11,14}.

Değerlendirme: “Etkisiz solunum örüntüsü” tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda solunum sayısı 18/dk'ya yükseldi, daha rahat nefes almaya başladığı, solunum seslerinin normal duyulmaya başladığı tespit edildi. Oksijen saturasyonunda zaman zaman artma ve azalmalar olduğu için sürekli izlenmeye devam edildi.

- S.Ş. de kapiller geri dolun zamanı 3 sn, periferik nabızlar sağ ve sol olarak brakial nabız +2, karotis nabız +1, femoral nabız +1, popliteal nabız +1, posteriyor tibial nabız 0, dorsalis pedis nabız 0 derecelerde palpe edildi. S.Ş., altı senedir hipertansiyon hastasıdır.

Hemşirelik tanısı 12: Kalp debisinde azalma (*NANDA Alanı 4: Aktivite/İstirahat, Sınıf 4:Kardiyovasküler/Pulmoner yanıt*)

Beklenen sonuç: Kardiyak fonksiyonların sürdürülmesi, bilincin açık olması, periferik nabızların palpe edilebilmesi, kan basıncının kontrol altında tutulmasıdır.

Hemşirelik girişimleri: Kronik böbrek yetersizliğinde hipertansiyon önemli bir sorundur. Böbrek fonksiyonlarının iyileşmesi için hipertansiyonun kontrol altında tutulması gereklidir. Hipertansiyonun kontrolü için hekim istemine göre verilen ilaçların etki ve yan etkileri açısından izlenmesi ve kayıt edilmesi; kan basıncının ölçülmesi ve kayıt edilmesi gereklidir^{8,14}. Kalp debisinde azalma tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan diğer hemşirelik girişimleri, yaşam bulgularının değerlendirilmesi; dolaşım bozukluğu ve emboli riski nedeniyle sıklıkla nabızların değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi; kalp seslerinin değerlendirilmesi; aldığı-çıkardığı takibinin yapılması; boyun ven dolgunluğunun gözlenmesi; mental değişikliklerin gözlenmesi; periferik ve santral siyanoz açısından değerlendirilmesi; aritmi varlığının değerlendirilmesi için EKG çekilmesi ve değerlendirilmesi gereklidir^{7,8,10}.

Değerlendirme: “Kalp debisinde azalma” hemşirelik tanısına ilişkin yapılan girişimler sonucunda kan basıncı 130/65 mmHg, solunum 18/dk, radyal nabız 68/dk civarında ölçüldü. Periferik nabız değerlendirilmesinde karşılıklı olarak brakial nabız +2, karotis, femoral, popliteal nabız +1, posteriyor tibial, dorsalis pedis 0 palpe edilmeye devam etmektedir. Kapiller geri dolun zamanında 3 sn olarak devam etmektedir. Boyun ven dolgunluğu ve yatarken, oturarak ve ayakta kan basıncı ölçümleri sonucunda ortostatik hipotansiyon tespit edilmedi.

5. Uyku – dinlenme

- S.Ş., sabahları dinlenmiş olarak uyanmadığını, uykuya dalmada zorlandığını ve sabahları servisteki seslerden dolayı erken kalktığını ifade etti. Gece uyku süresi 4-5 saat ile sınırlanmış. Hasta gece ara ara solunumda sıkıntı yaşayıp uyandığını ifade etti. Bazı zamanlarda geceleri göğüs ağrısı çektiğini ifade etti (ağrı puanı: 3).

Hemşirelik tanısı 13: Uyku düzeninde bozulma (*NANDA Alanı 4: Aktivite/İstirahat, Sınıf 1: Uyku/İstirahat*)

Beklenen sonuç: Yeterli uyumanın sağlanması, uykusuzluk belirtilerinin azalması ve sabah uyandığında dinlenmiş hissetmesi, dinlenme ve aktivite arasında optimal dengenin olmasıdır.

Hemşirelik girişimleri: Uyku düzeninde bozulma tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, ziyaretçi sayısının kısıtlanması; dinlenme saatlerinde rahatsız edilmemesi; dinlendirici, sessiz ve sakin ortam oluşturulması; gündüz uykularını azaltması; uyku öncesi rutinlerini, zamanını, hijyenik alışkanlıklarını sürdürmesinin sağlanması; alışkanlıkları doğrultusunda uyumayı kolaylaştıran ilaç dışı uygulamalarda bulunulması (ılık süt, gevşeme teknikleri, müzik dinleme vb.); tıbbi girişimlerin uyku düzenine göre planlanmasıdır⁷⁻⁹.

Değerlendirme: "Uyku düzeninde bozulma" hemşirelik tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda S.Ş. uyku süresinin arttığını, sabah dinlenmiş uyandığını, gece uyanmalarının azaldığını belirtti.

6. Bilişsel-algısal durum

- S.Ş.'nin zaman, yer, kişi oryantasyonu var. Glaskow koma puanı 15'dir (Glaskow koma skalasında 3 puan en kötü, 15 puan en iyi prognostur). İtme, koku, tad, dokunma gibi duyuşal herhangi bir sorunu olmadı, sadece uzağı görmede biraz sıkıntılı olduğunu ve gözlük kullandığını ifade etti.

7. Kendini algılama- benlik kavramı

- S.Ş.'nin sakin bir görüntüsü vardı. Hastalığını kabullenmişti. Sadece bir an önce iyileşip, hastaneden çıkıp normal hayatına dönmek istediğini belirtti.

8. Rol- ilişki

- S.Ş., eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığını, aile içi ilişkilerinin iyi düzeyde olduğunu ve çocuklarıyla sorun yaşamadığını belirtti. S.Ş., zaten ev hanımı olduğu için hastanede olmasının çalışma durumunu etkilemediğini ifade etti. Komşuları ve arkadaşlarıyla sosyal ortamda görüşüğünü, ancak hastanede olduğu sürede görüşmelerinin azaldığını belirtti.

9. Cinsellik- üreme

- S.Ş., hastalığını ve kullandığı ilaçların kısıtlama yaratmasından dolayı cinsel yaşamını etkilediğini, ancak cinsel aktivite sırasında göğüs ağrısı yaşamadığını belirtti.

Hemşirelik tanısı 14: Cinsel işlevde bozulma (*NANDA Alanı 8: Cinsellik, Sınıf 2: Cinsel fonksiyon*)

Beklenen sonuç: Hastanın önceki cinsel aktivitesini sürdürebilmesi, endişelerinin giderilmesi.

Hemşirelik girişimleri: Cinsel işlevde bozulma tanısı konulan S.Ş.'de uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, eşyle tanı ve tedaviye ilişkin duygularını paylaşması; cinsel ilişkiye kendini hazır hissettiği zaman başlaması ve bu durumu eşyle paylaşması gerektirir⁸. Hastanın uzuv kaybı nedeniyle stres ve endişe yaşamaması, ağrılarının olması cinsel aktivitede uyum kaybı yaşamamasına neden olabilir. Hastaya kayba karşı yaşanan bu tepkilerin normal olduğunun ve eşi ile endişelerini paylaşmasının açıklanması gereklidir.

Değerlendirme: Hasta konuşulanları uygulamaya çalışacağını ifade etti.

10. Başetme- stres toleransı

- S.Ş., hastalığıyla baş etmede zorlanmadığını, hastalığının onu çok strese sokmadığını ifade etti.

Değerlendirme: Kronik böbrek yetersizliği ve hemodiyaliz uygulamaları ve tedavileri hastalarda psikososyal yönden beden imajının bozulması, bağımlılık, sosyal aktivitede azalma, aile ilişkilerinde bozulma, cinsel aktivitede bozulma ve ölüm korkusu gibi önemli sorunlar yaratabilir⁸. Hastanın tanısını ve tedavi rejimini (diyet, ilaç, diyaliz vb.) algılaması için psikososyal değerlendirme ve destek önemlidir. Bu nedenle S.Ş. ve eşinin de ilerleyen süreçte psikososyal yönden desteğe ihtiyacı olacaktır. Birey ve/veya aile üyeleri tarafından kullanılan baş etme stratejileri ve anksiyetesi değerlendirilmelidir.

11. Değer- inanç

- S.Ş., hastalığının değer ve inançlarını etkilemediğini ifade etti.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, kronik böbrek yetersizliği tanısı konulan bir hastanın sorunlarının çözümüne yönelik olarak Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli^{4,5} ve NANDA hemşirelik tanıları^{6,7} kullanılarak bakım planı hazırlandı ve uygulandı.

Kronik böbrek yetersizliği tanısı konulan hastalarda kronik inflamasyon, iştahsızlık, kas ve yağ kitlesi kaybı, kardiyovasküler hastalık riski oluşabilir. KBY'de inflamasyon nedenleri; enfeksiyon, üremi, malnütrisyon, düşük serum albumini olarak görülmektedir^{8,9,14}. S.Ş.'de de enfeksiyon, malnütrisyon ve düşük serum albümini bulunmaktadır. S.Ş.'nin enfeksiyon nedenini belirleyebilmek için kültür alındı, ardından enfeksiyon varlığından dolayı antibiyotik tedavisine başlandı.

Böbreklerden atılan ilaçlar için minimal toksik etki ve maksimal klinik etkinlik sağlamak için doz ayarı gerekir. Komplikasyon oluşmaması için doz ayarına dikkat edilip hastanın değerlendirilmesi gerekir^{8,14}. S.Ş. birçok ilaç kullanıyordu ve kullandığı ilaçlarda toksik etki yaratmadığı gözlemlendi.

Kronik böbrek yetersizliği sürecindeki hastalarda bir süre sonra son dönem böbrek yetersizliği gelişir ve bu hastalar diyaliz tedavisine ihtiyaç duyarlar. Kronik diyaliz tedavisine başlamak için kullanın en objektif parametre glomerüler filtrasyon değeridir. Glomerüler filtrasyon değerinin ölçülmesinde pratikte en sık kullanılan yöntem

kreatinin klirensidir. Kreatinin klirensi 0.1-0.15 ml/dk/kg düzeyine inince (70 kg bir hastada 7-11 ml/dakika) kronik diyaliz tedavisine başlamalıdır. Pratik olarak kreatinin klirensi 10 ml/dk'nın altına inince veya serum kreatinin düzeyi 12 mg/dl'yi ve BUN (blood urea nitrogen, kan üre azotu) 100 mg/dl'yi aşınca kronik diyaliz tedavisine başlanır^{10,14}. S.Ş.'nin kreatinin klirensi değeri ölçülmemiş, ancak BUN değeri 19.3-54.6 mg/dl ve serum kreatinin değeri 1.4-2 mg/dl arasında ölçüldü. Hastanın BUN ve serum kreatinin değerleri normalden yüksek olduğu için S.Ş.'ye hekim istemiyle diyaliz tedavisine başlandı.

Böbrek hastalığının ilerlemesini yavaşlatmak için hipertansiyonun kontrol altında tutulması ve diyetle protein kısıtlamasının etkili olduğu ve yararlılığı çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bununla birlikte ACE inhibitörler ve anjiyotensin reseptör blokerlerinin (ARB) de birlikte kullanılması etkiyi daha da artıracak kaçınılmazdır¹⁶. Olguda S.Ş.'nin kan basıncının uygulanan ilaç tedavisi ile ilk zamanlara göre düşürülmeye başlandığı ve kısmen kontrol altına alındığı söylenebilir. S.Ş.'nin hastanede yatışı devam ettiğinden gerekli girişimler devam etmektedir. Hastaya diyetisyen ile görüşmesi sağlanarak uygun diyet programı yapıldı ve hastanın da uyumunu artırmak için eğitimleri planlandı ve uygulandı.

Sonuç olarak, Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre ve NANDA hemşirelik tanılarına göre uygulanan hemşirelik bakımı ile hastanın sağlık sorunları kısmen giderilmiş olmakla birlikte, hastanın kronik hastalığından ve gelişen komplikasyonlarından dolayı sağlığında tam bir iyileşme gözlenmedi, bu nedenle hastanede yatışı devam etmektedir. Ayrıca S.Ş.'ye haftada dört gün olacak şekilde diyaliz tedavisi uygulanmaya devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Durna Z (edt). İç Hastalıkları Hemşireliği. İçinde: Anita Karaca, Gülay Yeşiltepe Kaçar. Üriner sistem hastalıkları ve bakım. İstanbul: Akademi basın ve yayıncılık; 2013.s. 468-474.
2. Strömberg A. Educating nurses and patients to manage heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2002; 1(1): 33-40.
3. Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H. Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İçinde: Serdengeçti, K, Altıparmak MR. Kronik Böbrek Yetersizliği. 2. baskı, cilt 2 İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. s. 789-805.
4. Gordon M. Fonsiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme, İçinde: Erdemir F, Yılmaz E, editör. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri, Klinik Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı. Ankara; 2003. s. 87-93.
5. Enç N, Can G (editörler), Özcan Ş, Tülek Z, Uysal H, Öz Alkan H. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Modülü. 2.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 7-40.
6. Herdman TH, Kamitsuru S (eds). Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2015-2017. Tenth edition, UK: Wiley Blackwell; 2014.
7. Erdemir F (çeviri editörü). Hemşirelik Tanıları El kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
8. Ignatavicius DD, Workman ML. Medical-Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care. Fifth edition, St.Louis: Elsevier Saunders; 2006. p. 1746-1749.
9. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'Brien GP, Bucher L. Medical-Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems. Seventh edition, St.Louis: Mosby Elsevier; 2007. p. 1214-1215.

10. Gulanick M, Meyer JL. Nursing Care Plans Diagnoses, Intervention and Outcomes. Philadelphia: Elsevier; 2014. p. 817-829.
11. Enç N (editör), Öz Alkan H. İç Hastalıkları Hemşireliği. In: Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s.227-236.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İtaki Düşme Riski Ölçeği. 2017. URL:<http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,13486/itaki-dusme-riski-olcegi.html> <http://www.kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/4202,itakisonolcekpdf.pdf?0,13.02.2017>
13. Farmer JJ, Kelly MT. Enterobacteriaceae. In Balows A, Hausler WJ, Herrmann KL Isenberg HD, Shadomy HJ (ed): Manuel of Clinical Microbiology. 5th Ed., Washington DC: American Society for Microbiology; 1991. P. 360-83,
14. Black JM, Matassarin-Jacobs E, Medical-Surgical Nursing, A Psychophysiologic Approach. Fourth Edition, Philadelphia: W.B.Saunders; 1993,p. 1519-1523.
15. Akpolat T, Arık N. Akut diyaliz tedavisi. Türk İlaç ve Tedavi Dergisi 1993; 6: 146-149.
16. Demiriz B, Şirinoğlu Demiriz I (çeviri editörleri). Harrison İç Hastalıkları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.s. 794-796.

Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Developing Healthy Life Style Behaviors in Diabetic Patients: Pender's Health Promotion Model

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 62-75

Afra ÇALIK¹, Sevgisun KAPUCU¹

¹Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 19 Ağustos 2016

Kabul Tarihi: 27 Ocak 2017

ÖZ

Diyabetli hastaların hastalığa uyumu bireyin diyetini, egzersizlerini ve ilaçlarına uyumu kapsamaktadır. Bireysel olarak bu uyumu artırmak mümkün olduğu gibi sağlık personelinin de özellikle hemşirelerin, bu uyum sürecinde önemli rolleri vardır. Pender'in geliştirmiş olduğu sağlığı geliştirme modeli ile hemşireler bireylerin geçmiş deneyimlerini, davranışa özgü yarar, engel algısı gibi faktörleri inceleyerek bireylere sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmak için davranışsal değişiklik yapmayı hedeflemektedir. Bu derlemenin amacı, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda diyabetli hastaların hastalığa uyumlarında olumlu etkisi olan sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinde modelin kullanımı için rehber oluşturmaktır. Derlemede, diyabet hastalığı ve hastalığa uyumu etkileyen faktörler incelenmiş; bu faktörler Sağlığı Geliştirme Modeli ile ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Diyabet, hastalığa uyum, Pender, Sağlığı Geliştirme Modeli*

ABSTRACT

Adaptation of diabetic patients to the disease includes individuals' diet, exercise and drug adherence. Besides it is possible to improve this adaptation individually, healthcare personnel especially nurses, have an important role in this process. With health promotion model developed by Pender, nurses aims to do behavioral changes to create a healthy lifestyle for individuals by exploring their past experiences, behavior-specific benefit and barrier perceptions. The purpose of this article, is to develop a guide for the use of Pender's Health Promotion Model in developing healthy life behaviors that have a positive effect on diabetic patients' adaptation to the disease. In the review, the diabetes disease and the factors that affect adaption to the disease were examined; these factors were discussed via Health Promotion Model.

Key Words: *Adaptation to disease, diabetes, Health Promotion Model, Pender*

GİRİŞ

Diyabet, her yaş grubu için tehdit oluşturan kronik bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütünün 2014 verilerine göre tüm dünyada toplamda 422 milyon yetişkinin (%8.5) diyabet tanısı aldığı tahmin edilmektedir¹. Bu oran Türkiye için %13.7 (TURDEP II) olarak belirtilmektedir². Uluslararası Diyabet Federasyonu 2013 yılındaki Diyabet Atlası'na göre Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında diyabet prevalansının en yüksek olduğu ülkedir. Ayrıca Uluslararası diyabet federasyonu 2040 yılında yaklaşık 642 milyon diyabetli olacağını ön görmüştür³. Diyabetli hasta sayısındaki artışın temel nedenleri arasında; nüfusun yaşlanması, sağlıksız beslenme, obezite ve hareketsiz yaşam belirtilmektedir⁴. Belirtilen nedenlere ilişkin olarak da hastaların, diyabete bağlı yaşam tarzı değişikliğine gitmeleri önerilmektedir. Diyabete ilişkin sağlıklı yaşam tarzını değiştirmenin temelinde ise, hastalığa uyum süreci yer almaktadır. Hastalığa uyum hastanın diyet, egzersiz ve ilaca uyumunu kapsamaktadır⁵.

Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyum

Literatürde^{6,7} diyabetli hastaların uyumlarını inceleyen Kartal (2006) diyabetli hastalarda yaptığı çalışmasında⁶ hastaların tedaviye uyumunu %44, 2008 yılında yaptığı çalışmasında ise, hastaların %50'sinin tedaviye uyum gösterdiğini belirtmiştir⁷. Daha sonraki yapılan çalışmalarda^{8,9-11} ise, hastaların çoğunluğunun hastalıklarına uyumlu oldukları bulunmuştur. Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2010), diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların tedaviye uyumunu %71.7 ve doktora gitme sıklığının da %50 olarak saptamışlardır⁹. Acemoğlu ve diğerleri (2006), çalışmalarında düzenli doktor kontrolünü gitme oranını %54.8, Aktaş ise %55 olarak belirtmişlerdir^{10,11}.

Uyumu etkileyen birçok etmen bulunmakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu etkileyen faktörleri beş ana başlık altında incelemiştir. Bu başlıklar¹²;

- Sağlık sistemi ve sağlık personeli ile ilgili faktörler,
- Sosyal ve ekonomik faktörler,
- Tedavi ile ilgili faktörler,
- Hastalık ile ilgili faktörler,
- Hasta ile ilgili faktörler

a. Sağlık Sistemi ve Sağlık Personeli ile İlgili Faktörler

Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyuma etki eden sağlık sistemi ile ilgili faktörler; sağlık sigorta planının varlığı, ilaç dağıtım kanallarının etkin olarak işlemesi, geri ödeme yöntemleri için etkili bir sağlık finansman sisteminin olması olarak ifade etmiştir¹². Sağlık personeli ile ilgili faktörler ise, sağlık personellerinin hastalık hakkındaki bilgisinin ve eğitimlerinin yeterli olması, hastalara davranışları ve hasta ile olan iletişimlerini içermektedir. Tiv ve diğ. (2012) Fransa'da Tip 2 diyabet hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, diyabet hastalarının reçetenin alınmasındaki zorluklar ile sağlık hizmetine yetersiz erişimin tedaviye uyumunu etkileyen sağlık sistemi ile ilgili faktörler olduğunu bulmuşlardır¹³. Ülkemizde de Taşkın (2006) tarafından

yapılan kalitatif bir araştırmada, hastaların devletin sağlık hizmetine ulaşma güçlükleri, hastaları özel sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yöneltmekte, ancak hastalar bunun maliyetini karşılayamamakta ve tedaviye uyum sağlayamamaktadırlar¹⁴. Hastaların mali zorluklar yaşaması hastalığı uyumda olumsuz etkiye neden olmaktadır.

b. Sosyal ve Ekonomik Faktörler

Sosyal destek; hastanın ailesinden, çevresinden ve toplumdan destek görmesiyle ilişkili iken, ekonomik destek tedaviye ulaşmak için sarf ettiği maddi gücü kapsamaktadır. Gomes-Villas Boas ve diğ. (2012) tarafından Brezilya’da yapılan tip 2 diyabete sahip hastalarda, sosyal desteği güçlü olanların, olmayanlara oranla daha fazla tedaviye bağlılık davranışı gösterdiği belirtilmiştir¹⁵. Sosyal desteği olan hastaların uyuma motivasyonda ve stres düzeylerinin azalmasında pozitif etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

c. Tedavi ile İlgili Faktörler

Tedavi planı içinde yer alan, birden fazla ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri ve bunlarla birlikte tedavi rejiminin karmaşıklığı hastanın tedaviye uyum sürecini zorlaştırmaktadır. Litaratürde^{16,17}, ilaç sayısının fazla olması ve tedavi planı karmaşıklığı sebebiyle diyabet tedavisine uyum çok düşük seyretmektedir. Teklay ve diğ. (2013) tarafından Etiyopya’da yapılan çalışmada, diyabet tedavisinin karmaşıklığının, hastaların tedaviye uyumunun üç kat azalttığı bulgusu elde edilmiştir. Yine aynı çalışmada ilacın yan etkisinin, hastaların tedaviye uyumu üç kat azalttığını bulmuşlardır¹⁶. Tedaviye uyumda hastaların tedavisinin başarısına inanmaları ve kabullenmeleri bu tedaviyi doğru şekilde uygulamalarına yardımcı olacağını düşünmekteyiz. Yukarıdaki çalışmalarda bu düşüncemizi desteklemektedir.

d. Hastalık ile İlgili Faktörler

Hastalığın tipi, seyri, şiddeti, süresi ve başka bir hastalığın varlığı gibi durumlar diyabete uyumda hastalık ile ilgili faktörlerin içerisinde yer almaktadır. Örneğin; Gimenes ve diğ. (2009) tarafından yapılan araştırmada, glikoz seviyesi yüksek olan hastaların, düşük olanlara oranla tedaviye daha iyi uyum sağladığını belirtmiştir. Ayrıca hastalık süresi beş yıldan az olanlarda tedaviye uyum %80 iken, beş yıldan uzun süredir diyabet hastalığı olanlarda %77,4 şeklinde bulunmuştur¹⁸.

e. Hasta ile İlgili Faktörler

Hastanın demografik özellikleri, sağlık personeli ile olan ilişkisi bireysel olan faktörler arasında yer almaktadır. Baykal & Kapucu (2015)’nin çalışmasında, hastaların %35.7’sinin diyetlerine tamamen uyduğu, %56.8’inin egzersiz yaptığı ve tedaviye uyumlarının ise %89.8 olduğu saptanmıştır⁸. Taşkın (2006) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalarının ara öğüne uyumda zorlandıkları görülmüştür. Yine aynı çalışmada, bireylerin tedaviye uyum sürecini özgürlüklerini kısıtlama olarak algıladıkları belirlenmiştir¹⁴. Hastalığa uyumda hasta ile ilgili faktörlerin çok önemli olduğunu düşünmekteyiz. Gözlemlerimize göre, hastalığına, tedavisine ve yaşam tarzı

değişikliğine inananların uyum sorunları yaşadığı, diyet ve egzersiz uyumunda zorluk yaşamaktadırlar. Özellikle ara öğün tüketme sorunları yaşadıkları ve bunu yaşamlarına adapte edemediklerini görmekteyiz.

Hastalığa Uyumu Kolaylaştırmada Mevcut Uygulamalar

Diyabetli hastalarda hastalığa yönelik eğitim programları ile hastaların hastalıklarını kabullenmesine, diyetine ve egzersizine uyum sağlamasına yardımcı olunmalıdır^{19,20}. Konuya ilişkin yapılan çalışmalara baktığımızda; Javanshir'in (2006) diyabet tutumuyla ilgili çalışmasında, egzersiz yapan hastaların hastalıklarına daha uyumlu oldukları gözlenmiştir²¹. Tessaro'nun (2005) çalışmasında, ailesinde diyabetli bulunmayan bireylerin diyabeti daha az ciddiye aldıkları bildirilmektedir²². Kim ve arkadaşları (2004), Tip II diyabet hastalarında eğitimin diyabet hastalarının öz-etkilik davranışı, diyabet bilgisi ve glisemik kontrolü üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varmışlardır²³. Daniel ve Messer (2002) çalışmalarında hastalıkla ilgili engel algısı düşük, ciddiyet algısı yüksek olan hastaların metabolik kontrollerini sağlayabildiklerini ve tedaviye daha iyi uyum gösterdiklerini belirlemiştir²⁴.

Tankova ve arkadaşları (2001), diyabetli bireylere verilen eğitim sonucunda, metabolik kontrolü sağlamada özellikle beslenme ile ilgili önerilerde hastaların uyum gösterdiğini ve metabolik kontrolü sağladıklarını saptamıştır²⁵. Matthew ve arkadaşları (2004), Tip II diyabet hastası olan 9, olmayan 10 toplam 19 kişi üzerinde diyabet eğitiminin etkisini inceledikleri araştırmalarında, 8 haftalık bir uyum ve direnç eğitiminin Tip II diyabet hastası olan ve olmayanlarda, önemli ve güçlü yarar sağladığını belirlemişlerdir²⁶. Gökdoğan'ın (2001) çalışmasında, diyabeti olan bireylerin birçoğunun ancak diyabet komplikasyonları ortaya çıktığında hastalığı ciddi olarak algılamaya başladıkları görülmüştür²⁷.

Hemşire, diyabet hizmetlerinin sunumunda, diyabetli bireylerde sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini artırma da önemli bir yere sahiptir. Sağlığın geliştirilmesi, bireyin uzun süreli ve yüksek standartlı bir hayat için sergilediği davranışları niteler. Bireye ve ailesine bütüncül bir yaklaşımla terapatik etkileşime giren hemşire, hem bireyde sağlıklı yaşam hissini uyandırarak kişinin enerjisini yükseltir hem de bireyi sosyal problemlerden uzaklaştırmış olur.

Hastalığa uyum ise, hastanın polifarmasisini önleyerek ülke ve hasta ekonomisine katkı verir. Aynı zamanda hastaneye yatış süresini kısaltarak daha az sağlık personeline ihtiyaç duyulmasını sağlar^{28,29}. Bu nedenle sağlık ekip üyesi hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşire, diyabetli hastanın kendi tedavilerini yönetmede, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve oluşabilecek komplikasyonlar için önlem almaları konusunda destekleyici rolünü üstlenmelidir. Bu nedenle hemşire, diyabetli hastanın hastalığına ve uyumuna karşı sorunları belirleyip buna yönelik plan çerçevesinde bireyin yaşam tarzını düzenlemelidir^{19,20}. Bu bağlamda hastaların hastalığa uyumunu değerlendirmek ve sağlamak amacıyla hemşirelik alanında birçok modelden faydalanılmaktadır. Bu alanda sağlık inanç modeli, sosyal bilişsel öğrenme kuramı, motivasyonel görüşme programları ve transteorik model gibi pek çok model kullanılmaktadır. Bu modellerin arasında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, klinikte sık kullanılan ve sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri kapsamaktadır^{30,31}.

PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ

Pender, Sosyal Öğrenme Teorisinden geliştirdiği modelde, sağlık inanç modelinde bulunan yarar ve engel algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada veya davranışı tahmin etmede önemli olduğunu savunur³². Ancak davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin modelde yer alması gerektiğini belirterek, bu kavramları da içeren Sağlığı Geliştirme Modeli'ni geliştirmiştir. Anlaşıldığı üzere Pender birkaç modelin eksikliğini gidermek ve üzerine yeni bileşenler koyarak kapsamlı bir model oluşturmuştur^{32,33}.

Sağlığı geliştirme modeli (SGM) Nola J. Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Model, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikte olup sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı hedeflemektedir³⁴. Modelin amacı; yaşam tarzına ilişkin sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak, bireyin deneyimlerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzına ilişkin davranışların belirleyicilerinin anlaşılması için sağlık profesyonellerine yardımcı olmaktır. Modele yönelik çalışmalar yaklaşık 27 yıldır devam etmektedir^{33,35}.

Modelin Teorik Kökeni: Model iki temel teori üzerine şekillenmiştir^{34,35}.

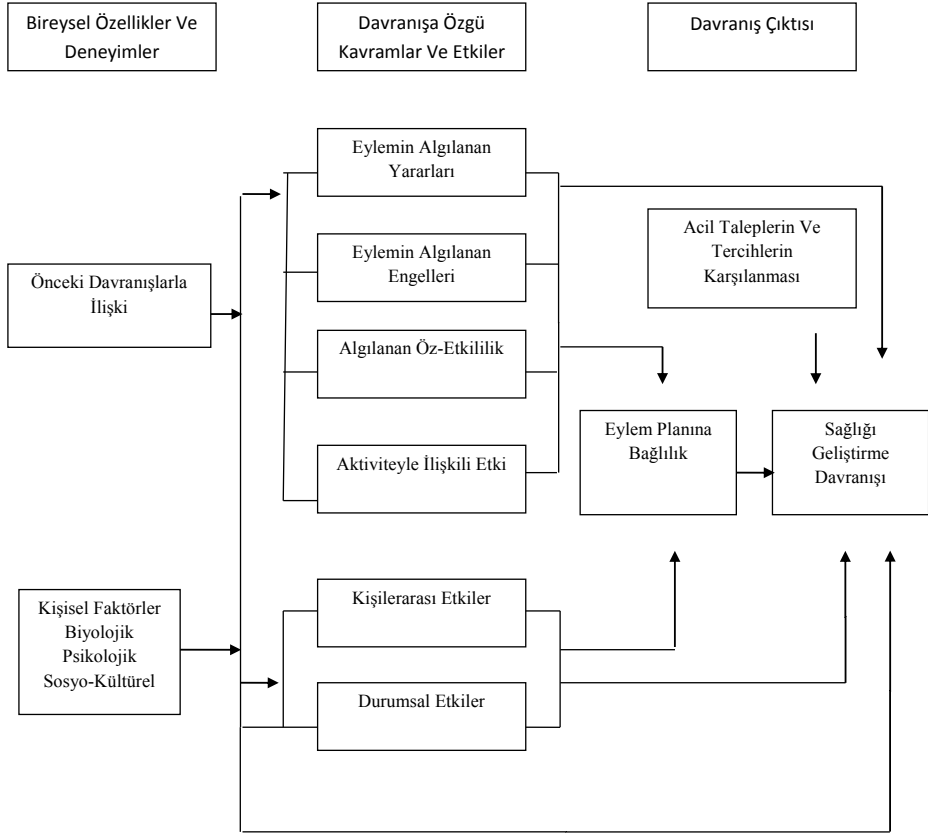
- **Beklenti Değer Teorisi-** Bireyler sonuçlarına değer verdikleri amaçları gerçekleştirmek için mümkün olduğunca istekli davranır.
- **Sosyal Bilişsel Teori-** Düşünceler, davranışlar ve çevre birbirini etkilemektedir. İnsanların düşünceleri davranışlarına yön verir.

Model, bireyin sağlık davranışının geçmiş deneyimlerden etkilendiğini belirtmektedir.

Modelin temel kavramları birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalıktır. 1982 yılında geliştirilen modelin bileşenleri: Bilişsel algısal değişkenler (Engel Algısı, Yarar Algısı, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Duyarlılık, Kontrol Algısı, Öz etkililik Algısı, Sağlığın Tanımı, Sağlık Algısı) iken, 1987 yılında revize edilen modeldeki Bilişsel Algısal Faktörlerde yer alan bileşenlerden bazılarının isimleri değişmiştir. Modifiye Edici Faktörler (Demografik özellikler, Biyolojik Özellikler, Kişilerarası Etkileşim, Duruma Özgü Faktörler, Davranışa Özgü Faktörler) ve Sağlığı Geliştirici Davranışa Katılma (Davranışı Uygulamaya Karar Verme, Davranışın Başlaması) durumu eklenmiştir. Daha sonra modele 1996 yılında, önceki davranışlarla ilişki, acil taleplerin ve tercihlerin karşılanması ve eylem planının sorumluluğu alanları eklenerek bu günkü halini almıştır^{35,36} (Şekil 1). Hemşire, hasta ile işbirliği içinde çalışarak ve modeli kullanarak, sağlıklı bir yaşam elde etmek için hastanın davranışlarında değişiklik yapılmasını sağlar³⁶.

MODELİN BİLEŞENLERİ

Model, bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü alanlar ve davranış çıktılarını içeren bileşenlerden oluşur (Şekil 1);



Şekil 1. Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practise (4th ed). NJ: Pearson Education, Inc 2002)

1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Bireysel özellikler; bireyin biyolojik (yaş, kilo, boy, cinsiyet); psikolojik (benlik saygısı, öz motivasyonu ve kişisel yetenekler) ve sosyokültürel özelliklerini (etnik grup, ırk, eğitim, gelir, bulunduğu yer, statü, görev) içerir. Deneyimler ise doğrudan ve dolaylı etkiye sahip olan davranışsal bir faktördür. Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkiler^{34,35,37}.

2. Davranışa Özgü Algılar

- **Eylemin Algılanan Yararları:** Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ise bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir. Örnek: Eğer birey fiziksel aktiviteyi

kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, egzersiz yapmaya ilişkin öz yeterlilik algısı da olumlu etkilenecek ve bu davranışında başarılı olabilecektir^{34,35,37}.

Pinto'un çalışmasında (2006) diyabetik hastalarda algılanan yarar artıkça öz bakımlarında da artış görüldüğünü belirtilir³⁸. Ayrıca Koch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların öz bakım davranışlarının yararlarını algılama ve bu davranışlara sadık kalma arasında doğrudan ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur³⁹.

- **Eylemin Algılanan Engelleri:** Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi de olumsuz yönde etkiler^{34,35,37}.

Bu engellerden en sık karşılaşılanları; bir süre sonra sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlik, davranışın güç olarak algılanması, öz yönetim algısı, davranışın diğer bireyler ve aile tarafından desteklenmemesidir^{34,35,37}.

Rothman ve arkadaşları (2008) tip 2 diyabetli adölesanların üzerinde yaptığı bir çalışmada, diyetine uymayan ve spor alışkanlığı olan hastalarda algılanan engeller ile arasında bir ilişki bulunmuştur⁴⁰. Bu durum Krichbom ve arkadaşlarının çalışmasında benzerdir. Krichbom (2003) yapmış olduğu sistemik derleme çalışmasında öz bakım davranışlarının kötüleşmesinde, algılanan engellerin fazla olması neden olarak gösterilmiştir⁴¹. Koch (2002), algılanan engeller ve öz bakım davranışları arasında negatif bir uyum olduğunu belirtmiştir³⁹. Wen ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında gruplar arasında algılanan engellerin artması, diyetle ve belirlenmiş fiziksel aktiviteye uyum azalttığı saptanmıştır⁴².

Bu bağlamda bireyin hastalığa uyumunda diyeti, fiziksel aktivitesi ve ilaçlarına uyumu konusunda algıladığı engeller bütüncül yaklaştığımızda hastalığa uyumu direk olarak etkilemektedir. Pender'in modeli ile bu sağlık davranışlarını yerine getirmedeki engeller ve yararlar belirlenirse bireyin hastalığa uyum süreci de bundan olumlu etkilenecek etkinliği artırmış oluruz.

- **Algılanan Öz Etkililik:** Öz etkililik bireyin sağlığını geliştirmede veya sağlıklı ilgili sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Öz-etkililik, bireyin belirli bir davranışını başarılı olarak yapmasına ilişkin kendi öz yargısı, inancı olarak tanımlanır. Birey, bir olayın çözümünde etkili olabileceğine inanıyorsa daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendisine daha fazla güvenir.

Bu "yapabilme-becerebilme" algısı, bireyin olayları kontrol edebilme duygusu olarak yansır. Düşük öz etkililik duygusunun ise depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile ilgili olduğu belirtilmektedir^{34,35,37}.

Öz etkililik, motivasyon ve kişinin amacına ulaşmak için tekrarlayan davranışlara neden olan güçlü inançları üzerinde etkilidir. Düşük öz yeterliliğe sahip olan bireyler yeni sağlık davranışlarına ya da alışılmış davranışları değiştirmeye daha az yatkındırlar. Öz etkililiğin davranış ve fonksiyon üzerine etkisi konulu farklı çalışmaların dayanağı, bu kavramın, hastanın öz bakımında özellikle de beslenme davranışı üzerine başarısında etkili olduğu görüşüdür^{34,35,37}.

- **Aktiviteye İlişkin Duygu Durumu:** Önceki benzer davranışın başarı ya da başarısızlığı sonraki davranışı etkiler. Davranışın performansını doğrudan, öz-etkililiği ise dolaylı etkileyen, özel bir davranış sonucu ortaya çıkan, olumsuz ya da olumlu duygulardan oluşur. Davranışla ilgili bireyde oluşan duygular, bireyin davranışının devamlılığını etkiler^{34,35,37}. Yapılan son çalışmalar, diyabetli bireylerin korkuları hakkında konuştukları, sıkıntı, keder ve suçluluk duygusu hissettikleri ve diyabetli yaşamlarının çok stresli bir deneyim olduğunu ifade ettiklerini göstermiştir^{38,43,44}.
- **Kişilerarası Etkiler:** Çevredeki insanların bireyin davranışına ilişkin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Bireye, davranışa ilişkin verilen destektir. Sosyal normlar, sosyal destek ve model alma kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağıdır. Bunun yanında diyabetli hastanın toplum içindeki statüsü ve rolü, sağlık profesyonelleriyle olan etkileşimleri de kişilerarası etkilerde birer faktördür^{34,35,37}.
- **Durumsal Etkiler:** Bireysel algılar, ortamdaki herhangi bir durum veya ortamın şartları davranışı kolaylaştırır ya da engel olur. Durumsal etkiler doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık davranışını etkileyebilir. Bireyin bulunduğu çevre, davranış oluşumunu etkilerken bireyin ya da grubun tam bir iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve memnun olması^{34,35,37}.

3. Davranış Çıktısı

- **Davranışa İlişkin Plan Yapma:** Bu aşama bireyin istenilen/hedeflenen sağlık davranışını gösterdiği, eyleme geçtiği aşamadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir. Bu plana bağlılık, önemli bir tercih ortaya çıkmadıkça bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışla ilgili niyet kavramını içerir^{34,35,37}.
- **Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler:** Alternatif davranışlar içinde bireylerin kendi tercihlerini kullanmasıdır. Aktiviteye karar vermeden önce var olan planlı davranış için bu alternatifler görüşülerek “yarar ve engel” kavramları belirlenir.

Bireyin kontrolü elden bırakmaması gerekir. Sağlık davranışları ile ilgili önemli engellerden birisi ihtiyaç duyulduğu zaman hemen karşılamaktır (kilo verme sürecinde acıkan bireyin öncelikli olarak tokluk hissini sağlamak için o anda ne bulursa yemesi). Kilo almamak için yemek miktarını az seçebilir ancak bu düşük kontroldür^{36,43,44}. Buna karşın bu birey yemek tercihlerini düşük yağlı, kalorisi zengin lifli, vitaminli, proteinli yiyeceklerden yana kullanırsa önceliklerini belirler ve davranışı üzerinde yüksek kontrol sağlamış olur^{34,35,37}.

- **Sağlığı Geliştirme Davranışı:** Bireyin istendik davranışı göstermesi ve yaşam biçimi haline getirilmesidir. İstendik davranışın gösterilmesi ile sağlık geliştirilmiş, işlevsel yetenek geliştirilmiş ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanmış olur^{34,35,37}.

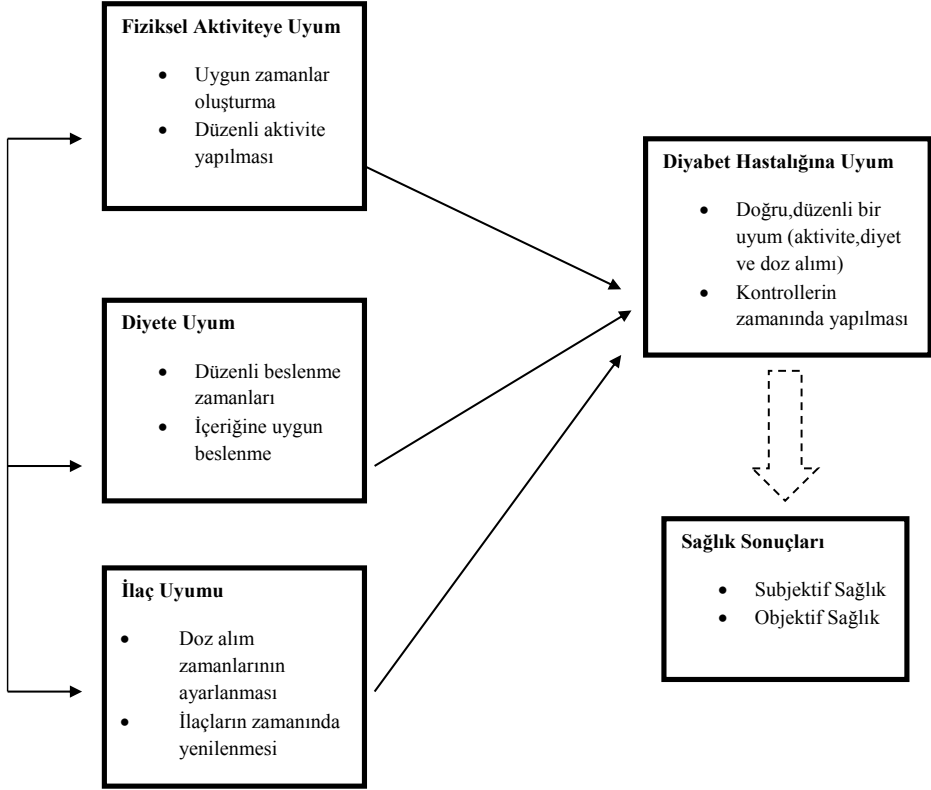
Modelin Varsayımları

Model, hem hemşireliğe hem de davranış bilimi yaklaşımlarını yansıtan varsayımlara temellenmiştir^{35,36}.

1. İnsanlar, kendilerine özgü sağlık potansiyellerini en iyi şekilde ifade edebilecekleri yaşam koşullarını oluşturmaya çalışırlar.
2. İnsanların, yeteneklerini/öz-yeterliliklerini değerlendirerek farkındalıklarını yansıtmaya kapasiteleri vardır.
3. İnsanlar, pozitif yönde gelişmeye değer verirler ve kişisel olarak kabul edilebilir düzeyde değişim ve duraganlık arasında denge kurabilirler.
4. Bireyler kendi davranışlarını aktif olarak geliştirmeye çalışırlar.
5. Bireyler, tüm biyopsikososyal karmaşalarında çevreleri ile etkileşim içerisinde olurlar ve çevreyi zaman içerisinde ve sürece yayarak değiştirirler.
6. Sağlık profesyonelleri, kişilerarası çevrenin bir parçası olup, bireyleri birbirleriyle etkileşim içerisinde olmaya yöneltir.
7. Çevre-insan etkileşimi insanların davranış değişikliğini etkileyen önemli unsurlardandır.

Sağlığı Geliştirme Modellerinin Teorik Önermeleri^{35,36}

- Modelden türeyen teorik önermeler sağlık davranışları üzerinde yapılan araştırmaların temelini oluşturmaktadır.
- Öncelikli davranışlar ile kalıtsal ve kazanılmış özellikler inançları etkiler ve sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların yapılmasını sağlar.
- İnsanlar, sonuçlarına değer verdikleri amaçlar edinmekten ve bunlara erişmekten haz duymaktadırlar.
- Algılanan engeller, sağlığı geliştirici bir davranışın eyleme dönüşmesini sınırlandırabilir
- Öz yeterlilik, bir eylemin ya da davranışın yerine getirilebilmesini sağlar.
- Algılanan engelin azalması olumlu sağlık davranışının yapılmasını sağlar.
- Davranışın sonucu pozitif ise öz yeterlilik artar.
- Pozitif duygular, davranışın eyleme dönüşme olasılığını artırmaktadır.
- İnsanlar, kendileri için önemli olan davranışları başkaları da benimsediğinde, sağlığı geliştirme davranışını gerçekleştirmeye daha yatkın olurlar, o davranışın meydana gelme olasılığına daha çok inanırlar ve bu noktada yardım almalı ve davranışın gerçekleşmesi için desteklenmelidirler.
- Aileler, akranlar ve sağlık profesyonelleri, kişiler arası etkileşim söz konusu olduğunda önemli birer kaynaktırlar ve bir sağlık davranışının eyleme dönüşme olasılığını artırabilen ya da azaltabilen değerlere sahiptirler.
- Dış çevrede meydana gelen duruma özgü etkiler, bir sağlık davranışının eyleme dönüşme olasılığını artıracak ya da azaltabilecek öneme sahiptirler.



Şekil 2. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne Göre Diyabetli Hastaların Hastalıklarına Uyum Modeli

- Belirli bir eylem planının uygulanması çabası, sağlığı geliştirme davranışını yapmasına ve davranışı sürdürmesini sağlar.
- Beklenen davranışla sonuçlanması için sürdürülen eylem planına bağlılık, diğer aktiviteler daha dikkat çekici olduğunda yani hedeflenen davranışa tercih edildiğinde azalır.

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre diyabetli hastaların hastalıklarına uyum sağlamalarında yardımcı olabilecek model içeriği şekil 2'de verilmiştir.

Sağlığı Geliştirme Modeli rehber alınarak diyabetli hastaların diyetlerine uyumuna ilişkin örnek sorular aşağıda verilmiştir^{35,36};

1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler: Geçmişte diyet yapmayı hiç denediniz mi? Bu deneyimlerden ne öğrendiniz?

2) Davranışa Özgü Algılar:

- Eylemin Algılanan Yararları: Diyet yapmanın kişisel yararları nelerdir?
- Eylemin Algılanan Engelleri: Diyet yaparken karşılaşılabileceğiniz sorunlar (engeller) nelerdir?

- Algılanan Öz-Etkililik: Diyetinizin kontrolünü sağlamak için bu engelleri aşacağınızdan ne kadar eminsiniz?
- Aktivite İlişkin Duygu Durumu: Diyetinize uyduğunuzda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- Kişilerarası Etkiler
- Sosyal Normlar: Ailenizden veya arkadaşlarınızdan sizin diyetinize uymanızla ilgili beklenti içinde olan var mı?
- Sosyal Destek: Sizi diyetinize uymanız için kim destekler?
- Rol Modelleri: Ailenizde veya arkadaşlarınız arasında diyet yapan kimse var mı?
- Durumsal Etkiler: Çalışma ortamınız ve çevreniz diyet yapmanızı nasıl etkiliyor?

3) Davranış Çıktısı^{35,36}

- Davranışa İlişkin Plan Yapma: Diyetinize uyabilmek için kendinize haftalık/aylık hedef belirlemeye ve bir plan geliştirmeye hazır mısınız?
- Acil, Birbirine Karşı İstekler ve Tercihler: Diyetinize uyma sürecinde ne gibi problemlerle karşılaştınız? Gelecekte bu problemlerden nasıl uzak durabilirsiniz?
- Sağlığı Geliştirme Davranışı: Birey diyetine uyma ve glisemi kontrolünü sağlamada başarılı olmuştur ve bunu yaşam biçimi haline getirmiştir.

Sonuç olarak;

Diyabet, yaşam boyu devam eden kronik bir hastalık olması sebebiyle, bireyin hastalığa uyumu için pek çok etkenle baş etmesi gerekmektedir. Bu etmenlerle baş etmede, hastanın diyabete uyum yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkili olduğu bilinmektedir. Diyabetli hastaların diyet, tedavi ve egzersiz uyumunu içeren sağlıklı yaşam stiline kavuşmasında, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne uygun geliştirilen rehber eşliğinde diyabetli hastalara bakım verilmesinin, olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir. Bunun içinde modele göre diyet, tedavi ve egzersiz alanlarının tek tek ele alınarak çalışılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca alana ilişkin randomize kontrollü çalışmaların yapılmasının da kanıt oluşturma açısından mesleğimize ve kanıt tabanlı bakım alanımıza katkı verecektir. Bu derleme çalışma konu hakkında farkındalık oluşturma ve meslektaşlarımızı bilgilendirmesi yönüyle literatürümüze katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Health Day 2016: Beat Diabetes, URL: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/en/> . Mart 2,2016.
2. Satman ve TURDEP-II Çalışma Grubu, Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II 2011;28. URL: http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf. Ekim, 2016.
3. Idf Diabetes Atlas Seventh Edition 2015, International Diabetes Federation;13, URL: <http://www.diabetesatlas.org/> . Mart 2,2016.

4. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarının Kabullenme Ve Uyum Kriterlerinin Belirlenmesi. *Anatol J Clin Invest* 2009;3(1):10-18.
5. Leichter SB. Making Outpatient Care Of Diabetes More Efficient: Analyzing Noncompliance. *Clinic Diabetes* 2005; 23(4).
6. Kartal A. Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına Ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi 2006. İzmir.
7. Kartal A, Çağırğan G, Tıglı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım Ve Tedaviye Yönelik Tutumları Ve Tutumu Etkileyen Faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7(3):223-230.
8. Baykal A, Kapucu S, Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015:44-58
9. Molloağlu M, Fertel KT, Çelik Z. Diyabet Eğitim Programının Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerine Etkisi. *Firat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5 (13): 95-104.
10. Acemoğlu H, Ertem E, Bahçeci M, Tuzcu T. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri. *Eurasian J Med* 2006; 38 (3): 89-95.
11. Aktaş A. Tip 2 Diyabet Hastalarda Kapsamlı Diyabet Tedavisi Eğitimi Ve Uygulamalarının Glisemik Kontrolün Sağlanmasına Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi 2008. İstanbul.
12. World Health Organization 2003. Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action. Geneva: WHO Press. URL:http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf?ua=1 . Aralık 7,2016.
13. Tiv M, Viel JF, Mauny F, Eschwège E, Weill A, Fournier C, et al. Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. *PloS One* 2012;7 (3):1-6. URL:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0032412> Aralık 7,2016.
14. Taşkın M. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi 2006. İstanbul.
15. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Foss MC, Pace AE. Relationship Among Social Support, Treatment Adherence And Metabolic Control Of Diabetes Mellitus Patients. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012; 20(1):52-58.
16. Teklay G, Hussien J, Tesfaye D. Non-adherence and Associated Factors Among Type 2 Diabetic Patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest, Ethiopia. *J Med Sci* 2013:1-7.
17. Voorman J, Haaijer-Ruskamp FM, Wolffenbuttel BH, Stolk RP, Dening P. Medication Adherence Affects Treatment Modifications İn Patients With Type 2 Diabetes. *Clin Ther* 2011;33:121-134.
18. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Factors Related To Patient Adherence To Antidiabetic Drug Therapy. *Rev Lat Am Enfermagem* 2009;17(1):46-51.
19. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006; 7 (1):18-26.
20. Bendik F, Keller V, Moriconi N, Gessler A, Schindler C, Zwiłewski H, Ruiz J, Puder J. Training İn Flexible Intensive İnsülin Therapy Improves Quality Of Live, Decreases Poor Metabolic Control İn Patients With Type 1 Diyabetes. *Diyabetes Res Clin Pract* 2009; 83 (3): 327-333.
21. Javanshir M. Tip I Ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2006.
22. Tessaro I, Smith SI, Rye S. Knowledge And Perceptions Of Diabetes İn An Appalachian Population. *Prev Chronic Dis* 2005; 2 (2):1-9.

23. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea, JA. Association Of Health Literacy With Self-Management Behavior In Patients With Diabetes: Diabetes Care 2004; 27 (12): 2980-2982.
24. Daniel M, Messer LC. Perception Of Disease Severity Ve Barriers To Self Care Predict Glysemic Control In Aboriginal Persons With Type 1 Diabetes Mellitus. Chronic Dis Can 2002;23 (4):130-128.
25. Tankova T, Dakovska G, Koev D. Education Of Diabetic Patients- A One Year Experience. Patient Educ Couns 2001; 43: 220-227.
26. Herriott TM, Colberg SR, Parson HK, Numold T, Vinik I. Effects Of 8 Weeks Of Flexibility and Resistance Training In Older Adults With Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004;27 (12): 2988-2990.
27. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık Ve Hastalıkların Algılamaları İle Uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi 2001; 5 (1): 10-17.
28. McDonald PE, Tilley BC, Havstad SL. Nursing Perception: Issues That Arise In Caring For Patients With Diabetes, J Adv Nurs 1999; 30 (2):425-430.
29. Peters J, Hutchinson A, Mackinnon M, Macintosh A, Cooke J, Jones R. What Role Do Nurses Play In Type 2 Diabetes Care In The Community: A Delphi Study. J Adv Nurs 2001; 34 (2): 179-188.
30. Gungor I, Beji NK. Lifestyle Changes For The Prevention And Management Of Lower Urinary Tract Symptoms In Women. Int J Urol Nurs 2011; 5(1): 3-13.
31. Kaplan S, Demirci N. Üriner İnkontinansa Konservatif Tedavi Metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(13): 1-14.
32. Pender NJ. Health Promotion In Nursing Practice 1987 (2nd Ed.). Norwalk, Ct:Appleton&Lange.
33. Ersin F, Bahar Z. Sağlık Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [online] 2012; 5(1): 28-38.
34. URL: http://debis.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/19549/ersin_28-38.pdf . Mart 5,2016
35. Pender NJ. Health Promotion Model Manuel 2011. URL:<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/?Sequence=1>. Mart 5,2016.
36. Bahar Z, Açıl D. Sağlık Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [online] 2014; 7(1): 59-67. URL: <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/46>. Mart 5,2016.
37. Pender NJ. Health Promotion In Nursing Practice 1996 (3rd Ed.). Connecticut: Appleton & Lange Stanford.
38. Tokat M, Okumuş H. Başarılı Emzirme İçin Kuram Ve Modeline Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. Hemşirelikte Araştırma Ve Geliştirme Dergisi 2008; 10(3): 51-55.
39. Pinto Sl, Lively BT, Siganga W, Holiday-Goodman M, Kamm G. Using The Health Belief Model To Test Factors Affecting Patient Retention In Diabetes-Related Pharmaceutical Care Services. Res Social Adm Pharm 2006 Mar; 2(1):38-58.
40. Koch J. The Role Of Exercise In The African-American Woman With Type 2 Diabetes Mellitus: Application Of The Health Belief Model. J Am Acad Nurse Pract 2002 Mar; 14 (3):126-130.
41. Rothman RL, Mulvaney S, Elasy TA, Vanderwoude A, Gebretsadik T, Shintani A, et all. Self-Management Behaviors, Racial Disparities, And Glycemic Control Among Adolescents With Type 2 Diabetes. Pediatrics 2008;121(4):912-919.
42. Krichbaum K, Aarestad V, Bueth M. Exploring The Connection Between Self-Efficacy And Effective Diabetes Self-Management. Diabetes Educ 2003 Jul-Aug; 29(4):653-662.

43. Wen LK, Shepherd MD, Parchman MI. Family Support, Diet, And Exercise Among Older Mexican Americans With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ* 2004; 30(6):980-993.
44. Corbin JM, Strauss AI. *Shaping A New Health Care System*. San Francisco: Jossey-Bass Publication September , 1988.
45. Başgöl Ş. Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, *HSP* 2016; 3(1): 57-65.

Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz?

Why Did Medicalization of Birth Increase, Can We Reduce It?

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 76-83

Gülşen VURAL¹, Ayten Şentürk ERENEL²

¹Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Lefkoşa, KKTC

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 10 Mart 2016

Kabul Tarihi: 30 Mart 2017

Bu çalışma 02-06 Mart 2011 tarihinde 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresinde sunulmuştur.

ÖZ

Geçmiş yıllarda doğum hizmetleri eğitimi olmayan, kişisel deneyimleri ile yardım sağlayan, doğurganlığını tamamlamış, bilgi olarak nitelendirilen ebe kadınlar tarafından veriliyordu. Bu dönemde medikalizasyon olarak tanımlanan ve doğum eylemini kolaylaştıran, doğum ağrısını azaltan bazı gelişmeler ortaya çıkmıştır. Medikalizasyonun sonucunda doğal bir olay olarak algılanan doğumlar riskli olarak algılanmış, aşırı tıbbi müdahalelerle yönetilmeye başlanılmıştır. Günümüzde normal doğum elektronik fetal monitorizasyon, epizyotomi, lavman benzeri uygulamalarla gerçekleşmekte sezaryen oranları da bu gelişmelere paralel olarak giderek artmaktadır. Doğumun medikalizasyonu sonucunda kadın gebeliği ile ilgili yeterince bilgilendirilerek kararlara katılmamakta, doğumunu yönetememekte, doğumunu ev ortamlarından uzaklaşarak gerçekleştirmekte ve doğum için harcananan para artmaktadır. Hastanede gerçekleşen doğumlarda bebeğin anne ve aile üyeleri ile etkileşimi hastane kuralları dahilinde gerçekleşmekte ve gecikmektedir. Bu nedenle günümüzde medikalize edilmiş doğumlar sorgulanmaya başlamış ve Sağlık Bakanlığı Türkiye'de sezaryen oranlarını düşürmek ve doğal doğumu desteklemek için önlemler almıştır.

Doğal doğumu desteklemek için ekip çalışması ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin nitelikli bir biçimde verilmesi önemlidir. Bu nedenle kadınların doğum öncesi dönemde ve travayda bildikleri bir ebe/hemşire tarafından izlenmesi gerekir. Hemşirenin, ebenin, doktorun ve kadının doğal doğum konusunda kendilerini rahat hissetmeleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: Doğal doğum, gebelik, medikalizasyon, müdahale.

ABSTRACT

In the past, child births were assisted by elder, wise women who had finalized their own fertile period, provided help with personal experiences and had no formal education. During this period some improvements to ease labor and labor pain, described as medicalization, emerged. As a result of medicalization, labor which used to be perceived as a natural phenomenon, started to be perceived as risky and began to be managed with advanced medical interventions. Nowadays, labors have been taking place with electronic fetal monitoring, enema, and

İletişim : gulsenural@hotmail.com

episiotomy, cesarean section rates are increasing in parallel with these developments. As a result of medicalization of the labor, women are not making informed decisions about their pregnancy, labor takes place away from the home environment and costs of delivery increase. During labors taking place at the hospitals, baby's interaction with the parents and other family members are delayed under the rules of the hospitals. For this reason, nowadays, medicalized births have been started to be questioned and the Ministry of Health in Turkey have taken precautions to lower cesarean births and support natural childbirth. Teamwork to support natural childbirth and prenatal care is important to provide quality prenatal services. Therefore, a women's prenatal and intrapartum period should be followed up by the same (familiar) midwife/nurse. Nurse/midwife, physician and women should all feel confident about natural child birth.

Key Words: *Intervention, medicalization, natural childbirth, pregnancy*

GİRİŞ

Geçmiş yıllarda evde ebelerin yönetiminde gerçekleşen doğumlar teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanelerde ve hekimlerin kontrolünde gerçekleştirilmeye başlanılmıştır. Teknolojik gelişmelere paralel olarak hastanelerde gerçekleştirilen doğumlarda kullanılan tıbbi müdahalelerin sayısı da giderek artmıştır. Literatürde doğumun medikalizasyonu olarak tanımlanan kan transfüzyonu, forseps, vakum, epizyotomi ve sezaryen benzeri müdahaleler anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemli olmasına karşın, bu uygulamaların rutin hale gelmemesi ve zorunlu olmadıkça kullanılmaması önerilmektedir¹. Buna karşın son yıllarda hastanelerde gerçekleşen doğumlarda tıbbi müdahalelere sıklıkla rastlanmakta, ilk doğumların hemen hemen tamamında epizyotomi uygulanmakta, sezaryen doğumlar sayıca artmaktadır². Şahin'in belirttiğine göre, Türkiye'de hastanelerde meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise %90'ından fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır³. Gereksiz tıbbi müdahalelerin sonucunda anne ve bebek sağlığı riske girmekte, yüksek maliyetli doğumlar gerçekleşmektedir. Doğumun medikalizasyonunda meydana gelen artışın en önemli nedeninin doğum öncesi bakım hizmetlerinin, özellikle anneleri doğal doğuma hazırlayan eğitimlerin yetersizliği olduğu düşünülmektedir. Çalışmalar ebelerin yönetiminde gerçekleşen doğumlarda sezaryen, induksiyon, analjezi, anestezi ve girişimli doğum oranlarının daha az olduğunu göstermektedir⁴⁻⁶. Bu nedenle risk taşımayan gebeliklerde doğum öncesi bakım hizmetlerinin aynı ebe ya da hemşire tarafından yürütülmesi önerilmektedir. Bu makalede doğumun medikalizasyonu konusunda meydana gelen gelişmelere ve ebe ve hemşirelerin doğal doğumu artırmadaki rollerine vurgu yapılması hedeflenmiştir.

Doğumun Tarihçesi

Milat'tan sonra 1800'lü yılların ortalarına kadar kadınlar sorun olmadıkça bebeklerini doğal bir şekilde evlerinde dünyaya getiriyorlardı. Evde gerçekleşen doğumlarda kadının yanında annesi, bir yakını veya eşi bulunuyordu. Doğum hizmetleri örgün eğitimi olmayan, kişisel deneyimleri ile yardım sağlayan, doğurganlığını tamamlamış, bilge olarak nitelendirilen ebe kadınlar tarafından veriliyordu. Bu dönemde iyi bir ebe; 35 yaşından büyük, birkaç doğum yapmış, kendi deneyim ve gözlemleriyle kolay doğum

yapma yöntemlerini öğrenmiş, yardımsever bir kişilik olarak tanımlanmaktaydı. Binbeşyüzlü yıllarda bilgi kaynağı olarak başvuru olan bir doğum kitabında, doğum yapan kadının ihtiyaç ve duygularının farkında olunması, kolay bir doğum için kadının zihin gücünün kullanılması gerektiği savunulmuştur⁷⁻⁹.

Doğum ve kadınla ilgili olumlu inançların olduğu bu yıllarda toplumların genel sağlık düzeyi düşük, anne ve bebek ölümleri ise oldukça yüksekti. Anne ve bebek ölümlerinin önemli nedenleri arasında dar pelvis ve zor doğum eylemi yer almaktaydı¹. Binsekizyüzlü yıllarda, doğum eylemini kolaylaştıran ve doğum ağrısını azaltan bazı gelişmeler ortaya çıkmış, forseps keşfedilmiş ve zor doğumlarda kullanılması sonucunda anne ve bebek ölümleri azalmıştır. İlk kez kraliçe Victoria'ya doğum ağrısını hissetmemesi için kloroform uygulanmıştır. Kloroform'un uygulanması doğum ağrısının azaltılmasını sağlamakla birlikte, kullanma yetkisinin sadece hekimlere ait olması doğumun ebelerin kontrolünden ve doğal ortamdan çıkarak doktorların kontrolünde ve hastanelerde gerçekleşmesine yol açmıştır⁹. Böylece doğumlar ev ortamının dışında, destek sağlayan bireylerin katılımı olmadan çeşitli araçlar kullanılarak gerçekleştirilmeye ve genellikle erkek hekimler tarafından ilaç uygulamaları yapılarak yönetilmeye başlanılmıştır. Tıbbi gelişmelerin sonucunda doğum olduğundan daha riskli bir süreç olarak kurgulanmaya ve gereksiz tıbbi müdahaleler meşrulaştırılmaya başlanılmıştır. Aşırı ve gereksiz uygulamalar ile reçete edilmiş doğumlar ortaya çıkmış, kadınlar gebeliklerini riskli, problemlili ve belirsizliklerle dolu, doğumu ise ağrı-acı veren bir olay olarak algılamaya ve medikal bakış açısı ile görmeye başlamıştır. Geçmiş yıllarda doğum, annenin çaba ve başarısını ortaya koyduğu, annelik rolünün gerçekleştiği, kutlanması gereken bir olay olarak algılanırken, yeni uygulamaların sonucunda tıbbin kontrolünde gerçekleşen, kadınların pasif bir rol üstlendiği, hizmet alıcı ve hasta rolüne büründükleri bir olay olarak görülmeye başlanmıştır^{7,8,10}.

Bin sekizyüzlü yıllarda hastanelerin daha fazla donanıma sahip olmaları sonucunda, anne ve bebeğin yaşamının kurtulmasını sağlayan olanaklar elde edilmişti. Ancak, tıbbi müdahaleler beraberinde hastane enfeksiyonu riskini de getirmişti. Bu dönemde hekimler tarafından takip edilen ve hastanelerde gerçekleşen doğumlarda septiseminin daha çok görüldüğü belirlenmiş ve hastanede doğum yapan kadınlara evde doğum yapan kadınlardan daha çok müdahale yapıldığı da saptanmıştır^{8,11}. 1930 yılında yapılan bir çalışmada anne ölüm oranının ebelerden bakım alan kadınlarda, hekimlerden bakım alan kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir⁹. Hastanelerde gerçekleşen doğumlarda ölüm oranlarının yüksek olmasının, doğumun doğasına bağlı olmayıp, hastanelerin koşullarının kötü olmasına ve yetersiz hijyen uygulamalarına bağlı olduğu da anlaşılmaya başlanmıştır. Bu sonuçlar doğumların evde gerçekleşmesinin daha güvenli olduğu fikrini ortaya koymuştur. Ancak sulfanamidlerin keşfi ile birlikte enfeksiyonların kontrol altına alınmasının sonucunda doğumlar yeniden hastanelerde ve erkeklerin kontrolünde gerçekleşmeye başladı^{1,12}. Doğumların evden hastaneye kaymasının bir diğer nedeni de, hekimlerin kendi eğitimleri için doğumu bir vaka olarak görmeleriydi. Hekimler için evde gerçekleştirilen doğumlarda anestezi, forseps ve vakum benzeri uygulamaların yapılması oldukça güçlüydü. Hekimler doğum sırasında yaptıkları müdahaleleri hastanelerde daha rahat uygulayabilmekteydiler. Hekimler kendi ekipmanlarını evlere taşıma zorluğundan kurtulmak için, doğumları hastanede yaptırmayı tercih ettiler. Böylece hekimler daha fazla kadına aynı anda bakmaya ve daha çok para kazanmaya başladılar. Ayrıca hastanelerde gerçekleşen doğumlarda

hekimlere yardımcı olan insan gücü de (hemşire, ebe ve diğer ekip üyeleri) ücretsiz olarak sağlanmaktaydı. Kadınlar da hastanelerde sunulan otelcilik hizmetleri, ağrısız doğum teknikleri ve doğum sonrası evde yapmaları gereken işleri (büyük çocukların bakımı ve diğer ev işleri gibi) yapmayarak dinlenme fırsatı elde ediyorlardı. Kadınlar doğum sonu dönemde hastanede dinlenme olanağı elde ettikleri için, hastane doğumlarını daha çok tercih etmeye başladılar^{7,8}. Ayrıca tıbbi bilgi ve teknolojinin artmasıyla birlikte, doktorlar pelvis ölçülerine ilişkin bilgi sahibi olmaya başladılar ve bu bilgilerini doğum öncesi bakımda ve doğumun yönetiminde kullanarak anne ve bebek ölümlerini azalttılar. Böylece doğum ebelerin kontrolünden çıkarak doktorların kontrolüne girmeye başladı¹³. Ebeler de güçlerini artırmak amacıyla doğum sırasında uyguladıkları müdahaleleri artırmış, ancak hekimler ebeleri kendileri için tehdit olarak algıladıkları için, ebelerin doğuma müdahalelerini sınırlandırmıştır. Bazı gebeler hastanelerde ebelerden anestezi almak istemelerine rağmen, hekimler ebelerin anestezi uygulamasına izin vermemiş ve ebeleri eğitimsiz olarak nitelendirmişlerdir. 1911 yılında bir hekim tarafından yazılan kitapta ebelerin eğitimsizliğinden söz edilmiştir. Hatta bazı yayınlarda hekimlerin ebeleri anne ölümlerinden sorumlu tuttıkları da görülmüştür^{8,9}.

Zadorozny¹⁴ geçmiş yıllarda olduğu gibi günümüzde de, doğumun olduğundan daha riskli bir olay olarak kurgulandığını, sınırsız tıbbi müdahalelerin meşrulaştırıldığını belirtmektedir. Doğumu riskli olarak algılayan ve bu konuda yeterince bilgi sahibi olmayan kadınlar sezaryen doğumların vajinal doğumlardan daha güvenli olduğunu ifade etmektedirler. Cindoğlu¹⁵ çalışmasında kadınların doğum sırasında hastane ortamından, hekim ve hemşirelerin davranışlarından memnun olmadıklarını ortaya koymuştur. Çalışmada ayrıca doğumun kadın doğum hekimleri tarafından da son derece riskli bir durum olarak ifade edildiği, hekimlerin önemli bir bölümünün sezaryen doğumları vajinal doğuma oranla daha sorunsuz buldukları belirtilmektedir¹⁵.

Doğumun medikalizasyonunun bir başka nedeni de kontraseptif yöntemlerin artmasıyla birlikte kadınların daha az çocuk sahibi olmaya başlamalarıdır. Doğum sayısının azalması evde doğumun izlenme olanağını azaltmış, doğumun kadın için bilinmeyen bir olay olarak algılanmasına yol açmıştır. Bu durum doğumun evden hastanelere kaymasına neden olmuştur¹⁶. Olaya bebekler açısından bakıldığında, hastanede doğan bebekler kendilerini soğuk, gürültülü, büyük ve aşırı ışıklı ortamlarda bulmaktadırlar. Hastanede gerçekleşen doğumlardan sonra bebekler genellikle annelerinden ayrı ünitelerde tutulmakta, annelerinin sıcaklığını hissederek emzirmek yerine biberonla beslenmeye başlamışlardır. Ayrıca hastanelerde gerçekleşen doğumlarda sağlık ekibinin önceliği ebeveynlerin önceliklerinden farklıydı. Bu nedenle emzirme dahil anne ve bebek etkileşimi kurallar dahilinde gerçekleşmekte, gecikebilmekte veya bazen engellenmektedir. Hastanelerin katı kuralları nedeni ile yeni doğan bebeklerin kardeşleri ve diğer yakınları ile etkileşimleri de oldukça geç başlamaktaydı^{16,17}.

Son yıllarda vajinal doğumlarda önemli ölçüde azalma, sezaryen doğumlarda da artış olmaya başlamıştır. Bu artışın nedenleri arasında sezaryen doğumların normal doğumlara oranla daha kısa sürede gerçekleşmesi ve hekimlerin maddi kazançlarının daha fazla olması yer almaktadır. Cindoğlu¹⁵ hekimlerin doğumda sezaryeni tercih etme nedenleri ile ilgili yaptığı çalışmada iki hekim “Sezaryen doğumların zaman ve para açısından daha avantajlı” olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin bu konudaki

ifadelerine bakıldığında özel hastanede normal doğum yaptıran bir kadın doğum uzmanı “Normal doğum yaptırdığında muayenehanede hasta bakamayacağını ve daha az para kazanacağını” belirtmiştir. Bir başka hekim de normal doğumu tercih etmeme nedenini “evde çocuk çocuğunuz ayrı siz ayrı, on saat ter içinde tıraş olmadan normal doğumu bekleyeceksiniz” olarak açıklamıştır. Sezaryen oranlarının artmasının bir başka nedeni de doğumun normal süresi ile ilgilidir. Bazı hekimler 10-12 saatten uzun süren eylemin normal olmadığını düşünmektedir. Buna karşın ebeler özellikle ilk doğumlarda sürenin uzun olmasını normal kabul etmektedir. Bu nedenle ebeler tarafından gerçekleştirilen doğumlarda daha az müdahale yapılmaktadır. Sezaryen doğumların tercih edilmesinin bir diğer nedeni de, vajinal doğumun gerçekleşme zamanının belirsizliklerle dolu bir deneyim olarak görülmesidir. Oysa sezaryen, doğum zamanını belirsizlikten kurtararak planlanabilir hale getirmektedir¹⁴.

Dünya Sağlık Örgütü iyi bir doğum öncesi bakımın sonucunda gerçekleşen sezaryen oranının %15’i geçmemesi gerektiğini belirtmektedir. Buna karşın sezaryen oranları giderek artış göstermektedir⁸. Türkiye’de sezaryen ile doğum hızı, 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre büyük ölçüde artmıştır^{19,20}. Türkiye’de sezaryen oranları 2001 yılında %21 iken, 2009 yılında %47, 2013 yılında da %48 olarak belirlenmiştir. Her yıl sezaryen oranlarında artış görülmesi üzerine Sağlık Bakanlığı sezaryen oranını düşürme programı başlatmıştır²¹⁻²³.

Doğumun medikalizasyonunun bir diğer nedeni de son yıllarda hasta hakları ile ilgili gelişmelerdir. Günümüzde ebeveynler eylemde anne ve bebek sağlığını tehdit eden durumlara ilişkin geçmiş yıllara oranla daha fazla bilgi sahibi olup haklarını daha çok aramaktadırlar. Bu nedenle hekimler sezaryeni, doğumda teknolojiyi ve ilaçları daha çok kullanmaktadır. Hekimler doğumu daha fazla kontrolleri altında tutarak, medikalize ederek olası suçlamalar ve davalardan kurtulabileceklerini de düşünmektedirler²³. Kadın doğum uzmanlarının doğum sırasında sıklıkla girişimlerde buldukları, sezaryen kararı verilmesinde yönlendirici oldukları ve kadınları bilgilendirerek onamlarını almadıkları, böylece kadınların hastanelere ve kendilerine olan bağımlılıklarını artırdıkları da düşünülmektedir.

Doğumun medikalizasyonunun anne ve bebek sağlığına etkisi

Doğumun medikalizasyonu anne ve bebek sağlığına önemli katkılar getirmiştir. Bu uygulamaların bazıları; güvenli kan nakli, anestezi, sezaryen, antibiyotiklerin kullanımı, epidural anestezi, elektronik fetal monitör ve preimplantasyon genetik tanı testleridir. Günümüzde anestezi, sezaryen ve antibiyotiklerin kullanımına bağlı olarak pek çok riskli gebelik ve doğum sağlıklı bir şekilde sonuçlanmaktadır. Ancak bu gelişmeler her doğumun riskli olduğu ve hastalık olarak algılanması gerektiği anlamına da gelmemelidir. Ayrıca gebelikte ve doğumda uygulanan tıbbi müdahaleler de bazı riskleri içermektedir. Örneğin yapılan girişimlerin yanlış sonuç vermesi nedeniyle kadınlar gereksiz kaygılar yaşamaktadırlar. Epizyotominin rutin uygulanması, doğum sonu dönemde annenin hareketlerini kısıtlamakta emzirme, ağrı ve enfeksiyon riski oluşmaktadır. Amniotomi enfeksiyon ve düşük riskini artırmaktadır^{24,25}. Sezaryen ve epidural anestezinin günümüzde yaygın uygulandığını bilmekteyiz. Sezaryen sonrası komplikasyon görülme sıklığı (kanama, emboli, organ yaralanmaları, enfeksiyonlar, yeni doğanda solunum problemleri) artmaktadır. Bu durum annelerin hastanede daha

uzun yatmalarına yol açmaktadır^{2,26}. Epidural anestezinin doğumda konforu sağlamakla birlikte doğum sonu dönemde idrar yapmada gecikme, hipotansiyon, şiddetli baş ağrısı, doğumun ikinci evresinde gecikme ve ilk 24 saatte emzirme sorunlarına yol açtığı da belirlenmiştir^{27,28}.

Günümüzde normal doğum elektronik fetal monitorizasyon, epidural kullanımı, induksiyon, epizyotomi, lavman, perine tıraşı, litotomi pozisyonu ile gerçekleşmektedir. Normal üreme deneyimlerini yaşayan kadınlar hasta olarak adlandırılmakta medikal bakış açısı anne karnında tıbbın tuzağına düşmüş bebek imajını yaratmaktadır. Doğumun medikalizasyonu sonucunda kadınlar doğumlarını ev ortamlarından uzaklaşarak gerçekleştirmekte ve doğum sırasında desteksiz kalmaktadırlar.

Doğumun medikalizasyonuna feminist yaklaşım

Doğumun medikalizasyonu sonucunda feministler kadın bedeninin ne kadar kendilerine ait olduğunu sorgulamaya başlamışlardır. Feministler, gerekli olmadığı halde kadın bedenine birçok müdahalede bulunulduğunu ve sonuçta bu müdahalelerin tıbbın cinsiyetçi yaklaşımının bir ürünü olduğunu ifade etmektedirler. Bu görüşün sonucunda Amerika Birleşik Devletleri'nde alternatif feminist sağlık merkezleri ortaya çıkmıştır. Bu klinikler küretaj ve aile planlaması, medikal abortus, lezbiyen sağlığı, gebelik hizmetleri, doğal doğum dersleri, psikoterapi, tecavüz sonrası bakım ve rehabilitasyonu da içeren hizmetleri vermektedir²⁹. Ayrıca son yıllarda doğal doğum anlayışını benimseyen uygulamalar da başlatılmıştır. Doğal doğum anlayışının benimsendiği kurumlarda doğumun gerçekleştiği fizik ortamlar ev ortamına benzetilmekte, travay odalarında ve doğumun gerçekleştiği alanlarda tıbbi aletlerin azaltıldığı, suda doğum ve toplarla ağrının azaltılmaya çalışıldığı görülmektedir.

Doğumun medikalizasyonunu azaltmada ebe ve hemşirenin rolü

Sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu dönem kadının bu dönemlere hazırlığı ve uyumunu gerektirir. Gebeliğe ve doğum sonu döneme uyum sağlanabilmesi için, kadının aynı ebe yada hemşire tarafından yakından izlenmesi gerekir. Ebe ve hemşirelerin, gebeleri ev ziyareti yolu ile kendi ortamlarında izlemeleri sonucunda gebeler kendilerini daha çok güvende hissedecek, doğumla daha iyi baş edebilecek ve sonuçta daha az tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyacaklardır.

Doğum korkusuna yol açan önemli nedenlerden birisi de doğum ağrısı ile baş edememe kaygısıdır. Kadınlar doğum ağrısı ile baş etme kaygısı nedeni ile hekimlerinden daha çok müdahale talep etmektedirler. Bu sorun gebelerin ebe ve hemşireler tarafından doğum öncesi dönemde hazırlanmaları ile giderilebilir. Doğumun kadınlar tarafından ağrı ve acı olarak algılanmasının terk edilmesi ve bu gerçeğin öncelikle ebe, hemşire ve hekimler tarafından kabul edilmesi gerekmektedir. Ayrıca gebenin destek alacağı bir arkadaşı, eş benzeri yakınının ebe yada hemşire tarafından doğum öncesi dönemde eğitilerek doğuma katılımını sağlamak doğum sırasında anneye duygusal destek sağlaması açısından önemlidir. Suda doğum ve ağrı sırasında hareket etme, masaj, dikkati bir objeye yönlendirme benzeri farmakolojik olmayan uygulamaların doğum sırasında kullanımını sağlamak doğum ağrısının daha az hissedilmesine yardımcı olacaktır. Sonuç olarak, ebe ve hemşirelerin doğal doğum konusunda kendilerini geliştirerek bu alandaki rollerine sahip çıkmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? British Medical Journal 2002; Jul 13; 325(7355):103.
2. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: "Bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18 (2): 89-100.
3. Şahin NH, Yıldırım G ve Aslan E, Evaluating the second stages of deliveries maternity hospital. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2007; 17(1): 37-43.
4. Davis LG, Riedmann G L, Sapiro M, Minogue JP, Kazer RR. Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. Journal of Nurse Midwifery 1994;39(2):91-7.
5. Adler BA, Bodner K, Kimberger O, Lazanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: A comparison between midwife and physician management. Wiener Klinische Wochenschrift 2004;116 (11):379-384.
6. Chambliss LR, Daly C, Medearis AL, Ames M, Kayne M, Paul R. The role of selection bias in comparing cesarean birth rates between physician and midwifery management. Obstetrics and Gynecology 1992; 80(2):161-165.
7. Cahill HA. Male appropriation and medicalisation of childbirth: An historical analysis. Journal of Advanced Nursing 2001;33(3): 334-42.
8. Erenel ŞA. Kadın sağlığı hizmetlerinin tarihçesi. In: Editör Ahsen Şirin. Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Limited Şirketi 2008. s.124-135.
9. Mongan MF. 2008; http://www.amazon.com/HypnoBirthing-natural-approach-comfortable-birthing/dp/0757302661#reader_0757302661. 13.02.2014.
10. Feldhusen E A. The history of midwifery and childbirth in America: A time line [online] 2000; <http://www.midwiferytoday.com/articles/timeline.asp>.13.02.2011.
11. Dalton, F. A., 2009. A mixedmethods study of the medicalization and demedicalization of childbirth. http://dukespace.lib.duke.edu/dspace/bitstream/handle/10161/1071/D_Dalton_Alexandra_a_200904.pdf?sequence=1.24 June 2015.
12. Thomasson MA, Treber J. From home to hospital: The evolution of childbirth in the united states, 1928-1940. Explorations in Economic History 2008; (45):76-99.
13. Nettleton S. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Pres; 2006.
14. Zadoroznyl M. Social class, social selves and social control in childbirth. Sociology of Health and Illness 1999;21(3):267-89.
15. Cindoğlu D, Cengiz FS. Türkiye'de doğumların medikalizasyonu: feminist bir bakışla sezaryen problemini düşünmek. In: II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara; Rulo Ofset Matbaacılık San Tic. Ltd. Şti; 2010. s:53-65.
16. Simkin P. Labour support:where has it been going? International Journal of Childbirth Educators 1996;14:22-3.
17. David B Chamberlain. 2007. Introduction to the birth scene. <http://www.birthpsychology.com/birthscene/index>. 10.2.2011.
18. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):436-467.
19. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. American Journal Obstetric Gynecology 1995;172(6):1903-7.
20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008; http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor_tr.pdf. 15.02.2012. 21.07.2015.

21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2003; <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.shtml>. 15.02.2011.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. 07.12.2015.
23. İtil İM. Sezaryen sadece Türkiye’de değil dünyada da artıyor <http://www.tjod.org/tr/haberler/54-haberler/453-sezeryan-sadece-turkiyede-degil-dunyada-da-artiyor>. 17.02.2011.
24. Costello A, Osrin D. Epidemiological transition, Medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: Three Brazilian birth-cohorts. *Lancet* 2005; 365(5):825-26.
25. Cairoli E. Medicalisation of childbirth in maternity health policies, ethical evaluation of the use of medicalisationin [Master Thesis]. Utrecht University;2010.
26. İgde Artıran F. Sezaryan sonrası vajinal doğum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004;13:137-140.
27. Topalismailoğlu N.2013; URL:http://www.egebelik.net/dogumda_anestezi/epidural_anestezi.asp. 05.01.2013.
28. Baumgarder DJ, Muehl P, Fischer M, Pribbenow B. Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. *Journal of the American Board of Family Medicien* 2003; 16(1): 7-13.
29. Dayı A. II. Kadın hekimlik ve kadın sağlığı kongresi kitabı. Ankara: Rulo Ofset Matbacılık San. Tic.Ltd. Şti; 2010. s:66-74.

Yazarlara Bilgi

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

Makale Gönderimi

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

Genel Bilgiler

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

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

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

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Yazım Kuralları

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

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

Başlık Sayfası

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

Özet Sayfası ve Anahtar Kelimeler

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

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

Metin Sayfası

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

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

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

Kaynaklar

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

Metin İçinde

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

Örneğin;

Bu konuda yapılan bir çalışmada¹

..... ilgili çalışma².....

Reeves³ makalesinde

.....şeklinde tanımlamaktadır^{4,5}.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

Örneğin;

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

Metin Sonunda

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

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

Kaynak Kitap Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar

Örneğin;

Eren N. Çağlar boyunca toplum. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1996. s. 41-56

Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. Nursing ethics. 2nd Edition. Edinburg: Churchill Livingstone; 1988. p. 456-78.

Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

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

Kitap Bölümü

Örneğin;

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

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

Kongre Özet Bildirileri

Örneğin;

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

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

Kongre Tam Metin Yayınları

Örneğin;

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

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

Kaynak Makale Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Makaleler

Örneğin;

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124 (11):980-3

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

Yazarın Kurum Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarı Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Elektronik Kaynaklar

Örneğin;

Elektronik dergi

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

İnternet Sitesi

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

CD-ROM

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

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

** Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

INFORMATION FOR AUTHORS

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

Submitting An Article

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

General Information

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

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

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

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

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

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

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

Publication Types

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

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

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

Manuscript Preparation

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

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

Title Page

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

Abstract and Keyword Page

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

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

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

- Title must be written bold and 12 fonts with Times New Roman.
- Abstract, manuscript text page, and references must be written 12 fonts with

Times New Roman.

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

References

Vancouver style is used in referencing.

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

References in Text

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

Example:

A study¹ about this issue is.....

.....**study²**

In his article Reeves³

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

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

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

Reference List

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

Books

Personal Author/s

Example

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

Organization as author and publisher

Example

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

Chapter in a book

Example

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

Conference Proceedings

Example

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

Conference Paper

Example

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

Articles in journals

Standard Journal Article

Example

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

Organization as author

Example

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

No Author Given

Example

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

Issue With No Volume

Example

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

No Issue and Volume

Example

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

Electronic Material

Journal article in electronic format

Example

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

Web/ Internet

Example

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

CD-ROM

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

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

** Last updated in **March 2010**.

Communication

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100

Ankara

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

YAYIN İZNI (Taahhütname)

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

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

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

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Bölümü
06100 Ankara

Araştırma Makaleleri

Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi 1

Emine ÖZER KÜÇÜK, Seval ÇAKMAK, Sevgisun KAPUCU, Meltem KOÇ,
Rabia KAHVECİ

Çocuk İhmal ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansıması: Bir Literatür İncelemesi 13

Elif BAKIR, Sevgisun KAPUCU

Gebeliğin Üçüncü Trimestrında Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi 25

Rükuye BURUCU, Belgin AKIN

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Teknolojiye İlişkin Tutumları 36

Yeşim YAMAN AKTAŞ, Kezban KORAŞ, Neziha KARABULUT

Olgu Sunumu

Kronik Böbrek Yetmezliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu 49

Hilal UYSAL, Ceren KARATAŞ

Derleme Makalesi

Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli 62

Afra ÇALIK, Sevgisun KAPUCU

Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? 76

Gülşen VURAL, Ayten ŞENTÜRK ERENEL