

FNJJN

VOLUME / CİLT 26, NUMBER / SAYI 1, FEBRUARY / ŞUBAT 2018

Florence Nightingale Journal of Nursing
Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi



Florence Nightingale Journal of Nursing is covered in;

ESCI (Emerging Sources Citation Index),
DOAJ (Directory of Open Access Journals),
Crossref,
TUBITAK-ULAKBİM's Turkish Medical Index,
Türkiye Citation Index

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi

ESCI (Emerging Sources Citation Index),
DOAJ (Directory of Open Access Journals),
Crossref,
TUBİTAK-ULAKBİM Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir.
Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır.



DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS



TÜRKİYE ATIF DİZİNİ

EDITORIAL BOARD / EDITÖR KURULU

Editor in Chief / Baş Editör

Prof. Dr. Nevin KANAN

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Managing Editor / Yönetici Editör

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Assistant Editors / Yardımcı Editörler

Assoc. Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Asst. Prof. Dr. Tuluha AYOĞLU

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

Asst. Prof. Dr. Seda ÇAĞLAR

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul - TURKEY

ADVISORY BOARD / DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Nursan DEDE ÇINAR

Sakarya University, Sakarya - TURKEY

Prof. Dr. Rian DİŞÇİ

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Nuray ENÇ

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. İsmet EŞER

Ege University, Izmir - TURKEY

Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

Akdeniz University, Antalya - TURKEY

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Hülya KAYA

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Assoc. Prof. Dr. Karen A. MONSEN

University of Minnesota, MN - USA

Assoc. Prof. Dr. Meral KELLECI

Cumhuriyet University, Sivas - TURKEY

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

Trakya University, Edirne - TURKEY

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Dokuz Eylül University, Izmir - TURKEY

Prof. Dr. Panayota SOURTZI

National and Kapodistrian University of Athens, Athens - GREECE

Prof. Dr. Saadet YAZICI

University of Health Sciences, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Suzan YILDIZ

Istanbul University, Istanbul - TURKEY

Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

Trakya University, Edirne - TURKEY

Papers and the opinions in the Journal are the responsibility of the authors.

Dergide yer alan yazılardan ve aktarılan görüşlerden yazarlar sorumludur.

This is a scholarly journal published three times a year in February, June and October and distributed free.

Şubat, Haziran ve Ekim aylarında, yılda üç sayı olarak yayınlanan; bilimsel bir dergi olup, ilgililere ücretsiz dağıtılır.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

Abide-i Hürriyet Caddesi 34381 Şişli / Istanbul - Turkey

Phone / Telefon: +90-212-440 0000 / 27006

Fax / Faks: +90-212-224 4990

e-mail: iufnhd@istanbul.edu.tr

http://dergipark.gov.tr/fnjin

Owner / Sahibi

The Journal is owned by Prof. Dr. Sevim BUZLU (Istanbul, Turkey) on behalf of Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi adına sahibi

Prof. Dr. Sevim BUZLU (Istanbul, Türkiye)

Publishing Company / Yayıncı Kuruluş

Istanbul University Press / Istanbul Üniversitesi Yayınevi

Istanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt, Fatih / Istanbul - Turkey

Phone / Telefon: +90-212-440 0000

Prepared by / Yayıncı Hazırlayan

Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.

Cumhuriyet Caddesi 48/3B Harbiye 34367 Istanbul - Turkey

Phone / Telefon: +90-212-240-2820 Fax / Faks: +90-212-241-6820

www.yerkure.com.tr

Printed in / Baskı

Hamdiogulları İç ve Dış Ticaret A.Ş.

Zübeyde Hanım Mh., Elif Sk., No.7/197 Altındağ / Ankara - Turkey

Phone / Telefon: +90 (312) 342 08 00 Fax / Faks: +90 (312) 342 08 01

Sertifika No: 35188

Değerli Okurlar,

2018 yılının ilk sayısında; hemşirelerin duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 504 hemşire örnekleminde gerçekleştirilen, annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgilerini ve uygulamalarını belirlemek, 15-17 yaş grubu lise öğrencilerinde akran zorbalığının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemek, doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğrum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas uygulamalarını değerlendirerek amacıyla tanımlayıcı tipte olan 4 araştırma, nörolojik hastalıklarda uygulanan abdominal masajın etkinliğine yönelik yapılmış 26 makalenin incelendiği bir sistematik derleme ile adanmış yıllar ve Uluslararası Hemşireler Birliği temasına genel bakış adlı iki derlemeyi okuma fırsatı bulacaksınız.

TUBİTAK-ULAKBİM, Türk Tıp Dizini ve Web of Science Core Collection indekslerinden Emerging Sources Citation Index (ESCI) tarafından dizinlenmekte olan dergimiz ile ilgili gelişmeleri, görüşlerinize sevgi ve saygılarımızla sunuyoruz.

Prof. Dr. Nevin KANAN
Editör

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Articles

- Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı ve Etkileyen Faktörler
Nurses' Emotional Labor Behavior and Factors Affecting
Seda Değirmenci Öz, Ülkü Baykal 1-10
- Annelerin Emzirmeyi Sonlandırma Sürecine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları
Knowledge and Attitudes Related to the Finalization of Mothers Breastfeeding
Selda Yüzer Alsaç, Sevinç Polat 11-20
- Lise Öğrencilerinde Akran Zorbalığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi
Peer Bullying and Relationship Between Sociodemographic Characteristics of High School Students
Halime Mercan, Hatice Yıldırım Sarı..... 21-29
- Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri
Type of Delivery, Time of Initial Breastfeeding, and Skin-to-Skin Contact of Pregnant Women Participating in Childbirth Preparation Education
Tuğba Yılmaz Esencan, Özlem Karabulut, Ayça Demir Yıldırım, Döne Ertuğrul Abbasoğlu, Hacer Külek, Çiğdem Şimşek, Ayşegül Küreşir Ünal, Seda Küçükkoğlu, Şeker Ceylan, Sevgin Yavrutürk, Çetin Kılıççı 31-43

SistematiK Derleme / Systematic Review

- Nörolojik Hastalıklarda Uygulanan Abdominal Masajın Etkinliğini Değerlendiren Çalışmaların İncelenmesi
Review of Studies Evaluating the Efficacy of Abdominal Massage in Neurologic Diseases
Dilek Baykal, Dilek Yıldırım, Gülbeyaz Can 45-53

Derlemeler / Reviews

- Halk Sağlığı Hemşireliğine Adanmış Yıllar: Dünya Örnekleriyle Öncü Halk Sağlığı Hemşireleri
Years Devoted to Public Health Nursing: World Examples of Public Health Nursing Pioneers
Hatice Gürgen Şimşek, Ayla Bayık Temel 55-67
- 2017 Uluslararası Hemşireler Birliği Teması'na Genel Bakış
Overview of International Council of Nurses 2017 Theme
Ümran Oskay, Funda Büyükyılmaz, Nihal Ünal, Baydın, Ahmet Karaman, Büşra Yılmaz, Ferda Akyüz 69-78

Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı ve Etkileyen Faktörler

Nurses' Emotional Labor Behavior and Factors Affecting

Seda Değirmenci Öz¹, Ülkü Baykal²



DOI: 10.26650/FNJN.387142

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Hemşirelikte Yönetim Programı, Yüksek Lisans
Tezi (2010)

¹Öğ. Gör. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
İstanbul, Türkiye

²Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:
Seda Değirmenci Öz,
İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Beşyol Mahallesi,
İnönü Caddesi, No: 38, Sefaköy,
İstanbul, Türkiye
Telefon/Phone: +90 444 1 428
Faks/Fax: +90 212 425 5759
E-posta/E-mail: sesdegirmenci@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 31.08.2016
Kabul tarihi/Date of acceptance: 14.11.2017

Atıf/Citation: Değirmenci-Öz, S. ve Baykal,
Ü. (2018). Hemşirelerin duygusal emek
davranışı ve etkileyen faktörler. *FNJN Florence
Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 1-10.
<https://doi.org/10.26650/FNJN.387142>

ÖZ

Amaç: Araştırma, hemşirelerin duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemi, İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan 6 hastanede çalışan hemşireler oluşturmakta olup, kurumda uyum sürecini tamamlamış (6 ay ve üzeri) olan hemşireler alınmış ve 504 hemşireden veri toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerini tanımlayan bir soru formu (21 soru) ile "Duygusal Emek Davranış Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler, sayı, yüzdeler, lojistik regresyon ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %91.9'unun kadın, %54'ünün bekâr, %65.1'inin çocuğunun olmadığı; %48.4'ünün lisans mezunu, yaş ortalamasının 29.86±6.71 olduğu, %36.1'inin devlet hastanelerinde çalıştığı, kurumda çalışma yıl ortalamasının 6.68±6.61 olduğu, %78.4'ünün servis hemşiresi olduğu, hemşirelerin en yüksek derinlemesine davranma alt boyutundan (20.49±3.90), en düşük bastırma alt boyutundan (11.71±3.80) puan aldıkları belirlenmiştir.

Sonuç: Hemşirelerin en çok derinlemesine, en az ise bastırma davranışını kullandıkları ve duygusal emek davranış ölçeğinin üç alt boyutu olan derinlemesine, rol yapma ve bastırma davranışları ile bağımsız değişkenler (kişisel-mesleki özellikler) arasında anlamlı ilişkilerin olduğu (p<0.05) saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, hemşire, hemşirelikte yönetim, duygusal emek davranışı

ABSTRACT

Aim: To determine emotional behavior and the factors affecting nurses using research, descriptive, and labor relations through seeker design.

Methods: The research sample was drawn from Istanbul province constitute, from nurses working in six hospitals in Europe nurses who had completed the adjustment process in the institution (6 months and over) were collected and data were collected from 504 nurses. The data was collected using a questionnaire describing the personal and professional characteristics of the nurses. The study had 21 questions and used the "Emotional Labor Behavior Scale". The data was analyzed by number, percentage, and logistic regression.

Results: In the study, 91.9% of nurses were women, 54% were single, 65.1% did not have children; 48.4% were university graduates, the average age was 29.86±6.71, 36.1% were working in state hospitals, 6.68±6.61 of the average year of study in the institution, 78.4% were service nurses, nurses were rated on the highest in-depth subscale (20.49±3.90) and lowest suppression subscale (11.71±3.80).

Conclusion: Nurses of the most in-depth, at least the depth of the three dimensions of their use to suppress behavior and emotional labor behavior scale, the arguments with role-playing and suppression behavior (personal-professional characteristics) in that there are significant relationship (p<0.05).

Keywords: Hospital, nurse, nursing management, emotional labor behavior

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Nowadays, "emotional labor" is not considered as a work-related feeling, but rather as an effort to create a sense of responsibility toward a customer or patient (Güney, 2009; Seçer, 2007). Hochschild (1983), defines emotional labor as the management of emotions through observable face and body movements. Nurses have defined emotional labor as "continuous communication," "being a person who can be reached 24 h a day, permanently," and "having to give patients a feeling that they are safe" (Gray, & Smith, 2008; Henderson, 2001).

Aim: This study investigates the influencing factors and emotional labor behavior of nurses who are the building blocks in the presentation of health services.

Method: This research was carried out in descriptive design. The sample of the study comprised nurses working in six hospitals including one University Hospital (UH), two Ministry of Health Hospital (MHH) and three Private Hospital (PH) in the Istanbul province. All of the 700 nurses working in these hospitals were sampled. A total of 504 adjectives from the distributed questionnaire were collected. Data collection tools used in this research include 21 nurses' personal and occupational status variables and 21 questions such as job satisfaction or the intention to leave work that are assumed to affect their emotional labor behavior (Altuntaş, 2004; Öz-Ünler, 2007; Yeşilyurt, 2009). The "Emotional Labor Behavior Scale" (ELBS) was used by Öz-Ünler (2007), Grandey (1999) and Brotheridge and Lee (2003). This scale comprises 19 sub-dimensions of the question and rolling, repression, and in-depth actions and is evaluated on the sub-dimension scores. Ethical committee approval was obtained for the university hospitals, a protocol was signed for state hospitals, and necessary permits were obtained from institutions for private hospitals. The data were transferred to the computer environment by the researcher and the statistics were evaluated in this context by statistical consultant support, percentile, and logistic regression analysis.

Results: 48.4% of the nurses were graduates, 54% were single, 36.1% were in the Ministry of Health hospitals, 6.68 ± 6.61 in the institutional experience, 72.8% in the shift, 51.4% in the permanent staff, and 47.8% of them applied to the institution they voluntarily worked with. Further, 55% voluntarily applied to the institution 64.7% said they would choose a nursing profession and 60.5% did not choose this profession again. It was determined that 58.5% of the nurses were satisfied with the job. When the average scores of the subscales of the nurses were examined, it was found that they got the highest attitude subscale (20.49 ± 3.90) and lowest suppression subscale (11.71 ± 3.80). When the subscale mean scores of the scale were considered as dependent variables in the study; age, education, marital status, etc. and regression analyzes between variables were taken. It was determined that there was a significant difference in the logistic regression analysis of the ELBS Role Making sub-dimension and independent variables in the nurses' employment status and the nurses who contracted by central appointment ($p=0.05$). It was found that role assignment behaviors were less in the contracted employees with the central appointment (RR: 0.47, 95%, 0.28–0.79). The ELBS Suppression sub-dimension was used to determine that the nurses had a significant difference in the selection of institutional and nursing profession ($p<0.05$), and the nurses working in private and university hospitals and those who voluntarily selected their profession were found to be suppressive. It was determined that the nurses working in private hospitals had more suppression behaviors (RR: 1.71, 95% 1.12–2.73) than those who voluntarily selected the nursing profession (RR: 0.55, 95% 0.37–0.80). There was a significant difference between nursing profession subscale and the nursing profession ($p<0.05$), nurses who voluntarily selected nursing profession (RR: 1.78, 95% 1.22–2.59) and nurses who had more daytime nursing behaviors (RR: 1.73, 95%, 1.16–2.59).

Discussion: When the subscale scores of the nurses were examined, it was determined that the highest score was in-depth (20.49 ± 3.90) and the lowest score was in the suppression dimension (11.71 ± 3.80) and consistent with the findings obtained in the studies (Öz-Ünler, 2007; Yürür, & Ünlü 2011). Similar findings were obtained in the study conducted by Seçer (2003), while nurses working in private hospital groups were found to have more suppressive behavior than the public hospital group.

Conclusion: First of all, managers should be aware of the importance of "Emotional Labor Behavior," and use these results in organizational and managerial improvements (such as improvement of working conditions and relationships) to monitor the data related to emotional labor behavior of manager nurses regularly and to predict their employees' satisfaction, exhaustion, and turnover rate. It is suggested that more studies on emotional labor behavior and affecting factors in the nursing area and employment place in this field of nursing are conducted.

GİRİŞ

Organizasyonlar, sosyal bir sistem olarak teknolojiye ve en önemli var olma unsuru olan insanlardan meydana gelmektedir. İnsanlarla çalışmak ve onları yönetmek durumunda olan yöneticilerin insan ve insan davranışları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, sağlıklı bir organizasyon yapısı, çalışan bireylerin motivasyonunun sağlanması ve iş verimi açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Birey işini yaparken sergilediği davranışlar ile karşı tarafa (müşteriye) belirli bir duygusal mesaj iletmekle birlikte çoğu zaman bu duygularını kontrol etmesi, üstlendiği iş rolünün bir özelliği olarak işin gereklilikleri arasında yer almaktadır. Günümüzde duygular işten kaynaklanan veya iş ile ilgili hissedilenler olarak değil, işi belirli bir "duygu ifadesi" takınarak yapma ve daha çok işin müşteri veya hasta olan bireye karşı bir duygu yaratma çabası boyutunda ele alınmakta olup gösterilen bu tür çabaya "duygusal emek" denilmektedir (Güney, 2009; Seçer, 2007).

Hochschild (1983) duygusal emeği, gözlemlenebilen yüz ve beden hareketleriyle duyguların yönetimi olarak tanımlamakta ve duygusal emeğin bir ücret karşılığı meydana geldiği ve bu yüzden bir değişim değeri olduğunu savunmaktadır.

Örgütler, duygusal davranış kurallarını uygun olan ve uygun olmayan davranışlar olarak tanımlarken; Hochschild (1983) duygusal emeği iki temel mekanizma olarak ele alıp incelemektedir. Bunlar, derinlemesine ve yüzeysel davranışlar olarak; yüzeysel davranış, beden dili ile ilişkilendirilerek bireyin sahte gülümsemesi, iç çekmesi ve omuz silkmesi gibi davranışlarda bulunması olarak belirtilirken; derinlemesine davranış ise bireyin iyi ya da kötü görünmek gibi bir çabası olmayıp doğal bir biçimde duygularını ifade etmesi şeklinde açıklanmaktadır. Yüzeysel davranışta, birey sadece davranışlarını değiştirerek gerçekte öyle hissetmediği halde hissediyormuş gibi davranmaktadır. Derinlemesine davranışta ise, birey duygularını düzenleyerek o anda yansıması gereken duyguyu gerçekten hissediyor hale gelmekte ve ona uygun davranış göstermektedir. Ashforth ve Humphrey (1993), yüzeysel ve derinlemesine davranış kurallarına ek

olarak "samimi duygular" kavramını oluşturmuşlardır. Bu yaklaşıma göre, yüzeysel ve derinlemesine davranış gösteren çalışanların belirli bir süre sonra bu davranış şekline alışarak çaba sarf etmeyecekleri yani bu davranışın alışkanlık haline geleceğini belirterek bazı durumlarda çalışanın ne rol yapması ne de duygularını uyumlu hale getirmesine gerek kalmayacağı çünkü çalışanın da gerçek duygularını yaşayabileceği ve bunun "samimi davranış" olduğu açıklanmaktadır.

Hizmet sektöründe ise, verimliliği etkileyen faktörler incelendiğinde, insan unsuru öne çıkmaktadır. Bu sektörde çıktılarının çoğu zaman sayılması ve ölçülmesinin mümkün olmadığı ve sunulan hizmet ile birey arasında etkileşimin son derece yüksek olmasıyla birlikte sağlık hizmetinin verimi açısından da insan kaynağının son derece önemli olduğu bilinmektedir (Güney, 2007).

Gray ve Smith (2008)'in çalışmasına katılan hemşireler; duygusal emeği, "sürekli bir iletişim," "gün içinde, 24 saat, sürekli olarak ulaşılabilir kişi olmak," "hastalara güvende oldukları hissini vermek zorunda olmak" şeklinde tanımlamıştır (Gray ve Smith, 2008; Henderson, 2001).

İngiltere'de ise işe alım ve meslekteki kalıcı sorunlara karşın, hemşirelerin her gün yaşadıkları çeşitli ve güç olaylar karşısında duygusal emek gösterdikleri açıklanmıştır. Londra'da yoğun bakım, psikiyatri ve çocuk onkolojisinde çalışan 16 hemşire ile derinlemesine görüşmeler yapılarak duygusal emek kavramının araştırıldığı çalışmada; cinsiyet faktöründen söz edilerek hemşireliğin "kadın mesleği" olarak görülmesiyle, duygusal emek kavramı bayanların annelik rolüyle özdeşleştirilmiş ve hemşireliğin hala kadın mesleği olarak akılda kalmasının nedeninin ise ilk hemşire olan Florence Nightingale ile ilişkilendirildiği açıklanmıştır. Araştırmada, katılımcılar tarafından duygusal emeğin hemşirelik mesleği için zorunlu olduğu ve sağlık bakım hizmet kültürünün ayrılmaz bir parçası olduğu savunulmaktadır (Gray ve Smith, 2008).

Hemşireler, çalıştıkları kurumda üzücü bir olay yaşadıklarında örneğin, terminal dönemdeki hasta bakımı, ağrı çeken veya kaybedilen hastanın olması durumunda, yaşadıkları duygusal uyumsuzluk hali, onların

duygusal emeğe gereksinim duyduklarını göstermektedir. Ancak öğrenci ve klinikte çalışan hemşireler, çalıştıkları kurumda üzüntü ya da heyecan vb. duygular yaşadıklarında düşüncelerini paylaşacak ve tartışabilecek hiçbir ortam bulamamaktadırlar. Bu nedenle hemşirelik müfredat programlarına, öğrencilerin ve hastaların duygusal gereksinimlerini anlama konusunda bilgili ve donanımlı olmak için gereken özelliklerin kazandırılmasına yönelik içerikler, eğitim konuları konulmalıdır (Gray ve Smith, 2001; Hunter ve Smith, 2007; Mazhindu, 2009).

Örgütsel davranış ve hemşirelikte yönetim alanında ulusal düzeyde yapılan araştırmalar incelendiğinde; duygusal emek davranışıyla ilgili olarak hemşirelik örnekleminde sınırlı araştırmanın olması ve konunun hemşirelik yönetimi açısından büyük önem taşıması nedeniyle bu çalışmaya yönelinmiştir. Bu doğrultuda; sağlık hizmetlerinin sunumunda yapı taşı olan hemşirelerin gösterdikleri duygusal emek davranışını ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan 1 Üniversite Hastanesi (ÜH), 2 Sağlık Bakanlığı Hastanesi (SBH) ve 3 Özel Hastane (ÖH) olmak üzere toplam 6 hastanede görevli hemşireler oluşturmuştur. Örneklemi oluşturan hastanelerde görevli 700 hemşirenin tamamı örnekleme alınmıştır. Bu hemşirelerin seçiminde; kuruma ve birime uyum sürecini tamamlanmış (6 ay üzeri çalışmış) olma, veri toplama aracını doldurmaya gönüllü olma ve bilgilendirilmiş onam formunu doldurma esas alınmıştır. 700 hemşireye dağıtılan anket formundan 504 adedi eksiksiz olarak geri toplanabilmiş ve araştırmada geri dönüş oranı %72 bulunmuştur.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. *Birinci bölümde*; hemşirelerin kişisel değişkenleri (yaş, cinsiyet vb.), mesleki durum değişkenleri (çalışılan kurum, pozisyon vb.) ve iş memnuniyeti, işten ayrılma niyeti, yaşanan sağlık sorunları gibi duygusal emek davranışını etkilediği varsayılan 21 soru yer almıştır. Sorular, açık ve kapalı uçlu olup araştırmacılar tarafından literatür desteğiyle hazırlanmıştır (Altuntaş, 2004; Öz-Ünler, 2007; Yeşilyurt, 2009). *İkinci bölümde ise*; Öz-Ünler (2007) tarafından, Grandey (1999), Brotheridge ve Lee (2003)'nin çalışmalarından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik güvenirliği yapılan "Duygusal Emek Davranışları Ölçeği" (DEDÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek 19 sorudan ve rol yapma, bastırma ve derinlemesine davranma alt boyutları olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır ve alt boyut puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçek, 6'lı Likert tipi (1p-Hemen hemen hiçbir zaman, 6p-Hemen hemen her zaman) puanlamaya sahiptir.

Duygusal Emek Davranışları Ölçeğinin uyarlama çalışması sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa katsayıları; rol yapma=0.78, bastırma=0.77, derinlemesine davranma=0.68 şeklinde bulunmuştur (Öz-Ünler, 2007). Bu çalışmada ise ölçeğin madde toplam puan korelasyonlarının 0.33 ile 0.57 arasında değiştiği ve Cronbach Alfa değerlerinin ise; rol yapma=0.70, bastırma=0.72, derinlemesine davranma=0.66 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin rol yapma alt boyutu, çalışanları hissetmediği duyguları hissediyormuş gibi yaparak rol yaptığını, bastırma alt boyutu, çalışanların duygularını bastırarak gerçek duygularını gizlemesi ve derinlemesine davranış alt boyutu, çalışanların duygularını içselleştirerek uygun davranışlarda bulunmasını ifade etmektedir.

İzin süreci tamamlandıktan sonra kurum başhemşireleri ile ön görüşmeler yapılarak yöneticilerin uygun gördükleri günlerde hastaneler ziyaret edilmiş ve araştırmaya gönüllü olan hemşirelere gerekli açıklamalar yapılarak veri toplama aracı, araştırmacı tarafından elden dağıtılmıştır. Yaklaşık bir hafta sonra

hastaneler tekrar ziyaret edilerek veri toplama aracı elden geri toplanmıştır.

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak, istatistik danışman desteğinde, yüzdeler, lojistik regresyon analizi ile bulgular bu bağlamda değerlendirilmiştir. Araştırmanın *bağımlı değişkeni*, "Duygusal Emek Davranışları Ölçeği'nin" alt boyutlarından elde edilen puanlar iken; *bağımsız değişkenleri*, duygusal emek davranışını etkilediği varsayılan kişisel (eğitim durumu, yaş vb.), mesleki (kurum, pozisyon vb.) özellikler ile iş memnuniyeti, işten ayrılma niyeti ve yaşanan sağlık sorunları gibi etmenler oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada öncelikle üniversite hastaneleri için etik kurul onayı alınmış, devlet hastaneleri için protokol imzalanmış ve özel hastaneler için kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca katılımcılara gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş onam formu doğrultusunda onayları alınmıştır.

BULGULAR

Hemşirelerin, %48.4'ünün lisans mezunu, %91.9'unun kadın, yaş ortalamasının 29.86 ± 6.71 , %54'ünün bekâr ve %65.1'inin çocuğunun olmadığı, çocuğu olanların ise %29'unun ebeveynleri tarafından çocuklarına bakıldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hemşirelerin %36.1'inin sağlık bakanlığı hastanelerinde, çalıştığı kurumsal deneyim ortalamasının 6.68 ± 6.61 olduğu, %78.4'ünün servis hemşiresi olarak görev yaptığı, yönetici olan hemşirelerin ise yöneticilik deneyim süresi ortalamasının 5.40 ± 7.13 olduğu, %34.3'ünün cerrahi birimlerde ve %72.8'inin vardiyalı, %33.3'ünün haftalık 40 saat çalıştığı %24.6'sının 21 hastaya bakım verdiği, %51.4'ünün kalıcı kadroda bulunduğu ve %47.8'inin kendi isteğiyle çalıştığı kuruma başvurduğu, %55'inin de yine

Tablo 1. Hemşirelerin kişisel özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N=504)

Değişken	Grup	n	%
Eğitim	SML	76	15.1
	Ön Lisans	138	27.4
	Lisans	244	48.4
	Lisans Üstü	46	9.1
Cinsiyet	Kadın	463	91.9
	Erkek	41	8.1
Medeni Durum	Bekâr	272	54.0
	Evli	232	46.0
Çocuk Durumu	Hayır	328	65.1
	Evet	176	34.9
Çocuk Bakımı	Kreş	27	5.1
	Bakıcı	48	27.4
	Ebeveyn	85	48.4
	Diğer (okul vb.)	16	9.1

kendi isteğiyle çalıştığı birime görevlendirildiği, %64.7'sinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçmesine karşın %60.5'inin bu mesleği tekrar seçmeyeceğini belirttiği saptanmıştır (Tablo 2).

Hemşirelerin memnuniyeti ve işten ayrılma niyetiyle ilgili bulgular ele alındığında, %58.5'inin işinden memnun olduğu ancak %55.8'nin işten ayrılmayı düşündüğü, en fazla ücret yetersizliğinin (%26.6) dolayı işten ayrılmak istedikleri ve hemşirelerin sıklıkla stres (%71.4) yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Hemşirelerin DEDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek derinlemesine davranma alt boyutunda (20.49 ± 3.90), en düşük bastırma alt boyutundan (11.71 ± 3.80) puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4).

Araştırmada bağımlı değişken olarak ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ele alınırken; bağımsız değişken olarak yaş, eğitim, medeni durum vb. alınmış olup değişkenler arasında yapılan regresyon analizleri aşağıda ele alınmıştır.

DEDÖ Rol Yapma alt boyutu ile bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analizinde, hemşirelerin kadro durumuyla ilgili şirket aracılığıyla ve merkezi atama ile sözleşmeli çalışan hemşirelerde anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p=0.05$). Merkezi atama ile sözleşmeli çalışanlarda rol yapma davranışının daha az olduğu saptanmıştır (RR: 0.47, %95 0.28-0.79) (Tablo 5).

DEDÖ Bastırma alt boyutu ile hemşirelerin çalıştıkları kurum ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçme

Tablo 2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (N=504)

Değişken	Grup	n	%
Çalışılan Kurum	ÜH	179	35.5
	SBH	182	36.1
	ÖH	143	28.4
Pozisyon	Servis Hemşireleri	395	78.4
	Yönetici Hemşireler	109	21.6
Çalışılan Birim	Dâhili	96	19.0
	Cerrahi	173	34.3
	Kadın-Doğum-Çocuk	103	20.4
	Acil Servis	71	14.1
Çalışma Düzeni	Diğer	61	12.1
	Vardiyalı	367	72.8
	Sürekli Gündüz	137	27.2
Haftalık Çalışma Saati	40 saat	168	33.3
	41-45 saat	146	29.0
	46-50 saat	128	25.4
	> 51 saat	62	12.3
Bakım Verilen Hasta Sayısı	1-5 Hasta	92	18.3
	6-10 Hasta	96	19.0
	11-15 Hasta	92	18.3
	16-20 Hasta	100	19.8
	21 Hasta ve üstü	124	24.6
Kadro Durumu	Kalıcı Kadro	259	51.4
	Sözleşmeli	119	23.6
	Taşeron Firma	126	25.0
Kuruma Başvurma Şekli	Merkezi Atama	206	40.9
	Kendi İsteğiyle Başvuru	241	47.8
	Diğer	57	11.3
Birime Görevlendirme Şekli	Kendi İsteğiyle Görevlendirilme	277	55.0
	Kendi İsteği Dışında Görevlendirilme	227	45.0
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	Evet	326	64.7
	Hayır	178	35.3
Tekrar Aynı Mesleği Seçip-Seçmeme Durumu	Evet	199	39.5
	Hayır	305	60.5

Tablo 3. Hemşirelerin iş memnuniyeti, işten ayrılma niyeti ve nedenlerine yönelik bulguların dağılımı (N=504)

Değişken		n	%
İşinden Memnun Olma Durumu	Memnun Değilim	35	6.9
	Az Memnunum	135	26.8
	Memnunum	295	58.5
	Çok Memnunum	39	7.7
İşten Ayrılma Niyeti	Düşünmüyorum	223	44.2
	Bazen Düşünüyorum	245	48.6
	Düşünüyorum	36	7.2
İşte Ayrılma Nedenleri *	İş garantisinin olmaması	40	7.9
	Ücret yetersizliği	134	26.6
	Daha kolay ve rahat bir işte çalışmayı isteme	115	22.8
	Kariyer (terfi) olanağı fazla olan bir işte çalışma isteği	112	22.2
	Çalışma arkadaşlarıyla ilişkilerin kötü olması	24	4.8
	Yöneticilerle ilişkilerin kötü olması	43	8.5
	Çalıştığı yerdeki fiziksel şartların kötü olması	66	13.1
	Kurumdaki kötü iletişim	50	9.9
	Yapılan işi sevmeme	17	3.4
	Kurumdaki soysal olanakların az olması	71	14.1
	İş tanımının olmaması	50	9.9
	Diğer (emeklilik, eş durumu)	55	10.9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin DEDÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (N=504)

Boyut	Min.	Max.	X	Ss
Rol Yapma	6	30	18.05	4.216
Bastırma	6	30	11.71	3.890
Derinlemesine Davranma	7	35	20.49	3.979

Tablo 5. DEDÖ rol yapma alt boyutu lojistik regresyon analizi

DEDÖ Alt Boyutları	Bağımsız Değişken	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 EXP(B)	
								Lower	Upper
Rol Yapma Alt Boyutu	Şirket Aracılığı ile Sözleşmeli			8.028	2	0.018	1		
	Merkezi Atama ile Sözleşmeli	-0.744	0.264	7.974	1	0.005	0.475	0.283	0.796
	Kalıcı Kadro	-0.383	0.218	3.077	1	0.079	0.682	0.445	1.046
	Constant	-0.312	0.097	10.281	1	0.001	0.732		

Tablo 6. DEDÖ bastırma alt boyutu lojistik regresyon analizi

DEDÖ Alt Boyutları	Bağımsız Değişken	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 EXP(B)	
								Lower	Upper
Bastırma Alt Boyutu	Sağlık Bakanlığı Hastanesi			21.611	2	0.00	1		
	Üniversite Hastanesi	-0.549	0.227	5.857	1	0.016	0.577	0.370	0.901
	Özel Hastane Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	-0.561	0.228	6.037	1	0.014	1.752	1.120	2.739
	Hayır						1		
	Evet	-0.593	0.194	9.321	1	0.002	0.553	0.378	0.809
	Constant	-0.293	0.098	9.015	1	0.003	0.746		

Tablo 7. DEDÖ bastırma alt boyutu lojistik regresyon analizi

DEDÖ Alt Boyutları	Bağımsız Değişken	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 EXP(B)	
								Lower	Upper
Derinlemesine Alt Boyutu	Mesleği İsteyerek Seçme Durumu						1		
	Hayır						1		
	Evet	0.577	0.192	9.068	1	0.003	1.780	1.223	2.591
	Gece ve Gündüz Çalışma						1		
	Sürekli Gündüz Çalışma	0.553	0.205	7.300	1	0.007	1.739	1.164	2.597
	Constant	-0.049	0.107	.206	1	0.650	0.952		

durumunda anlamlı farkın olduğu ($p < 0.05$), özel ve üniversite hastanelerinde çalışan ve mesleği isteyerek seçen hemşirelerin bastırma davranışında buldukları saptanmıştır. Özel hastanede çalışan hemşirelerin daha çok bastırma davranışında buldukları (RR: 1.71, %95 1.12-2.73), hemşirelik mesleğini isteyerek

seçen hemşirelerin daha az duygularını bastırdıkları belirlenmiştir (RR: 0.55, %95 0.37-0.80) (Tablo 6).

DEDÖ Derinlemesine davranış alt boyutu ile hemşirelerin mesleği isteyerek seçme ve sürekli gündüz çalışmaları arasında anlamlı farkın olduğu ($p < 0.05$), hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşireler (RR:

1.78, %95 1.22-2.59) ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin daha çok derinlemesine davranış gösterdikleri belirlenmiştir (RR: 1.73, %95 1.16-2.59) (Tablo 7).

TARTIŞMA

Hemşirelerin DEDÖ ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4), en yüksek puanı derinlemesine davranma (20.49±3.90), en düşük puanı ise bastırma boyutunda (11.71±3.80) gösterdiklerinin görülmesi, yapılan çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumlu olduğu (Öz-Ünler, 2007; Yürür ve Ünlü, 2011) hemşirelerin derinlemesine davranma ile gerçekte yaşanması gereken duyguyu bizzat yaşadıklarını, rol yapma ve bastırma alt boyutlarında ise bu duyguyu yaşıyormuş gibi yaparak gerçekte hissetmediği duyguları hissediyormuş gibi davrandıkları şeklinde yorumlanabilir. Ancak, hemşirelik mesleğinin hizmet içeriği ve özellikleri dikkate alındığında, hemşirelerin hizmet sunarken, hastalarına karşı daha doğal ve içten duygular göstermeleri, rol yapmamaları beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Kuruma merkezi atama ile sözleşmeli atanan hemşirelerin şirket aracılığıyla sözleşmeli çalışanlara göre daha az rol yapmaları beklenen bir durum olup, kendi isteği ile kurumunu seçen ve başvuran hemşirelerin daha olumlu bir tutum içinde bulunması beklenirken duygularını daha fazla bastırmaları, kurumda olumsuz bir durumla karşılaşmama ve çalışmaya devam etme isteğinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Özel hastane grubunda çalışan hemşirelerin kamu hastaneleri grubuna göre daha fazla bastırma davranışında buldukları belirlenirken Seçer (2003)'in yaptığı çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Oral ve Köse (2011)'nin Manisa ilinde 136 doktorla yaptığı araştırmasında ise tam tersi kamu hastanesinde çalışan doktorların hem yüzeysel davranış (rol yapma ve bastırma) hem de duygusal çaba harcama düzeyinin özel sektörde çalışan doktorlara göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Bu çalışmadaki sonucun farklılık göstermesi ve özel hastanede görev yapan hemşirelerinin daha fazla yüzeysel davranışta bulunmaları nedeninin özel hastanelerin

hasta memnuniyetine daha fazla önem verilmesi, bakım verilen hasta sayısının kamu hastanelerine göre daha düşük olmasından dolayı hasta ve yakınlarıyla daha fazla iletişim halinde olunması, hasta beklenti ve gereksinimlerini hemşirelerin daha fazla önemsemesi, müşteri haklıdır düşüncesine uygun davranılması ve kalıcı kadroda çalışan hemşirelere göre iş güvencelerinin olmamasının bir yansıması olarak açıklanabilir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşireler daha sıklıkla derinlemesine davranışta bulunması kendi isteğiyle hemşirelik mesleğine başlayanların hastalarına ve çalıştıkları kuruma karşı olumlu tutum sergiledikleri (Altuntaş, 2004) ve bu doğrultuda gerçek duygularını samimi bir şekilde yaşadıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelerin çalışma şekilleri araştırıldığında ise, sürekli gündüz çalışanların vardiyalı çalışanlara göre daha fazla derinlemesine davranışta bulunduğu saptanması sürekli gündüz çalışmanın hemşireye düzenli bir hayat sunduğu ve düzensiz uyku gibi olumsuz etmenlerden etkilenilmemesi sonucunda da bireyin hasta ve yakınlarıyla olan ilişkilerinin daha olumlu yönde geliştiği, ayrıca gündüz çalışmanın örgütsel-yönetimsel ilişkileri daha iyi kavramaya neden olduğu şeklinde açıklanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin duygusal emek davranışı ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla 504 hemşire örnekleminde gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda; hemşirelerin en yüksek derinlemesine davranış, en az ise bastırma davranışında bulunduğu, duygusal emek davranışını etkileyen kişisel ve mesleki değişkenlerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Öncelikle yönetici hemşirelerin "Duygusal Emek Davranışı"nın önemini fark ederek bu davranış sonuçlarını örgütsel, yönetsel iyileştirmelerde kullanmaları (çalışma koşullarının, ilişkilerinin iyileştirilmesi gibi), yönetici hemşirelerin duygusal emek davranışıyla ilgili verileri düzenli izleyerek çalışanlarının memnuniyet, tükenme ve devir hızıyla ilgili öngöründe bulunmaları,

hemşirelerin aşırı iş yüküyle (21 ve üzeri hasta bakımı) ve yasal çalışma (40 saat) süresinden daha fazla çalıştırılmamaları konusunda yönetici hemşirelerin daha duyarlı olmaları, hemşirelerin işten ayrılma nedenleri (ücret yetersizliği vb.), bu mesleği tekrar seçmeme nedenleri ve yaşadıkları sağlık sorunları (aşırı yorgunluk vb.) ayrıntılı incelenerek, bu nedenlerinin ortadan

kaldırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması ve hemşirelik alanında duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörlere yönelik daha fazla araştırmaların ve özellikle sağlık ve hemşirelik personelinin davranışlarına yönelik ölçek geliştirme çalışmasının yapılması ile bu konunun hemşirelik alanında daha fazla yer alması önerilir.

Kaynaklar

- Altuntaş, S. (2004). *Hemşirelerin işlerine karşı tutumlarının belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *The Academy of Management Review*, 18(1), 88-115.
- Brotheridge, C.M., & Lee R.T. (2003). Development and validation of The Emotional Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 365-379. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/>
- Grandey, A. A. (1999). *The effects of emotional labor: Employee attitudes, stress and performance* (Doctoral dissertation). Colorado State University, Colorado. Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 9941539).
- Gray, B., & Smith, P. (2001). Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: Role of link lecturers and mentors in a time of change. *Nurse Education Today*, 21, 230-237.
- Gray, B., & Smith, P. (2008). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspective of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9(4), 253-261.
- Güney, S. (2007). Hizmet sektöründe duygusal emek kavramının rolü, önemi ve sonuçları. *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*, 17(2), 29-51.
- Güney, S. (2009). *Davranış bilimleri* (5.bs). İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing an under appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), 63-138.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: Just another buzz word. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 859-861.
- Mazhindu, D. (2009). Ideal nurses and emotional labour of nursing. *Nurse Researcher*, 16(2), 91-94.
- Oral, L. ve Köse, S. (2011). Hekimlerin duygusal emek kullanımı ile iş doyum ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 463-492.
- Öz-Ünler, E. (2007). *Duygusal emek davranışlarının iş sonuçlarına etkisi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Seçer, Ş. (2003). İşyerinde tükenmişlik kaynağı olarak duygusal emek, hemşireler üzerinde yapılan bir araştırma. 9. *Ulusal Ergonomi Kongresi* içinde (s. 272-292). Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
- Seçer, Ş. (2007). Çalışma yaşamında duygular ve duygusal emek: Sosyoloji, psikoloji ve örgüt teorisi açısından bir değerlendirme. *Sosyal Siyaset Konferansları, Prof. Dr. Nevzat Yalçıntaş'a Armağan Özel Sayısı 50. Kitap* içinde (s. 813-834). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınevi.
- Yeşilyurt, T. (2009). *Hemşirelerin rol çatışması ve rol belirsizliğinin iş stresi ve iş doyumuna etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Yürür, Ş. ve Ünlü, O. (2011). Duygusal emek, duygusal tükenme ve işten ayrılma niyeti ilişkisi. *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(02), 81-104.

Annelerin Emzirmeyi Sonlandırma Sürecine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

Knowledge and Attitudes Related to the Finalization of Mothers Breastfeeding

Selda Yüzer Alsaç¹, Sevinç Polat²



DOI: 10.26650/FNJN.387152

¹Yrd. Doç. Dr., Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat, Türkiye,
²Prof. Dr., Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:
Selda Yüzer Alsaç, Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat, Türkiye
Telefon/Phone: +90 354 242 1034-6409
E-posta/E-mail: selda.yuzer@bozok.edu.tr

Geliş tarihi/Date of receipt: 09.11.2016
Kabul tarihi/Date of acceptance: 27.07.2017

Atıf/Citation: Yüzer-Alsaç, S. ve Polat, S. (2018). Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgi ve uygulamaları. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 11-20. <https://doi.org/10.26650/FNJN.387152>

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgilerini ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma 14.04.2015-15.06.2015 tarihleri arasında, İç Anadolu'da bir il merkezinde bulunan 8 Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini 0-36 aylık çocuğa sahip, emzirme deneyimi olan anneler oluşturdu. Örneklemeye belirtilen tarihler arasında Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 313 anne alındı. Araştırmaya başlamadan önce Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06.05.2015/70) izin, kurum izni ve annelerden sözel onam alındı.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin emzirme süresinin ortalama 15.52±8.6 ay olduğu ve %22.1'inin ilk altı ay içinde emzirmeyi sonlandırdığı bulundu. Annelerin %36.7'sinin bebeğini yeterince emzirdiğini düşündüğü için emzirmeyi sonlandırdığı belirlendi. Emzirmeyi sonlandırmak için annelerin %14.1'inin göğsüne acı/kötü koku sürdüğü ya da meme ucunu kapattığı, %65.5'inin ise bu süreçte herhangi bir destek almadığı bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada, annelerin çoğunun bebeklerini doğar doğmaz emzirmeye başladıkları, anne sütünü artırmaya ilişkin çeşitli yöntemler kullandıkları ancak, emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda emzirme süreci ve emzirmeyi sonlandırma ile ilgili annelere sağlık personeli tarafından yeterli bilgi ve eğitimlerin verilmesi ve bu konuda yapılacak başka çalışmalarla literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne, emzirme, emzirmeyi sonlandırma

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the level of knowledge and the attitudes of mothers in relation to the finalization of breastfeeding practice.

Method: This descriptive and cross-sectional study was carried out from April 14, 2015, to June 15, 2015, in eight family health centers located in a province of Middle Anatolia in Turkey. The study population included mothers having breastfeeding experience with a child aged from 0 to 36 months. A total of 313 voluntary mothers who had visited the family health centers participated in this study. Written permission for conducting the study was obtained from the ethics committee of Bozok University, after which approval from the study institution and verbal consent from the mothers were obtained.

Results: The mean duration of mothers breastfeeding their babies was 15.52±8.6 months, and 22.1% of them had terminated breastfeeding within the first 6 months. Regarding the reason for the termination of breastfeeding, 14.1% of the mothers stated having a hot/bad smell on their chest or closed their nipples. A total of 65.5% of the mothers who were in the process of termination of breastfeeding stated that they did not receive support from their family elders.

Conclusion: The majority of mothers in this study stated that they had initiated breastfeeding, and had applied various methods for increasing the amount of breast milk, but their level of knowledge regarding the finalization of breastfeeding practice was inadequate. Thus, sufficient information and training by health professionals to breastfeeding mothers based on the present study results are needed, and further studies on these related issues could contribute to the literature.

Keywords: Mother, breastfeeding, termination of breastfeeding

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Breast milk is the only highest quality food that meets the physiological and psychosocial needs of the baby for the first 6 months after birth. The United Nations Children's Fund (UNICEF) and the World Health Organization (WHO) recommend that infants must be fed only with breast milk for the first 6 months, followed by breastfeeding with additional foods and the termination of breastfeeding after 24 months (UNICEF, 2003; WHO, 2003). A series of studies conducted in industrialized countries have shown that compared with breastfed children, those who are not breastfed for at least 6 months are 3.5 times more likely to be hospitalized for respiratory infections such as pneumonia and asthma, 2 times more likely to suffer from diarrhea, and 1.5 times more likely to become overweight during childhood (Varol & Yıldız, 2006). However, mothers who experience various problems in initiating and maintaining breastfeeding, are more likely to terminate breastfeeding. There are various reasons for the termination of breastfeeding, such as the belief that the amount of breast milk is inadequate during the first 6 months, the initiation of additional meals early in the first year, and the concerns regarding the adequacy of breast milk (Arslan, 2011; Yenal, Tokat, Ozan, Çeçe, & Abalın, 2013).

Aim: The aim of this study was to determine the level of knowledge and the attitudes of mothers in relation to the finalization of breastfeeding practice.

Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted from April 2015 to June 2015 in eight family health centers located in a province of Middle Anatolia in Turkey. The study population comprised mothers having breastfeeding experience with a child aged from 0 to 36 months. A total of 313 voluntary mothers who had visited the eight family health centers participated in this study. Written permission for conducting the study was obtained from the ethics committee of Bozok University before obtaining approval from the study institution. All the mothers were informed verbally, and they participated voluntarily in the study. The details of the study participants were collected in a strictly confidential manner. Data collection was carried out using a questionnaire designed by the researchers, which included the demographic features and the knowledge and attitudes of the mothers regarding the termination of breastfeeding. Participants were able to answer the questionnaire within 15-20 min. The collected data were analyzed by SPSS for Windows 21 program using percentages and chi-square test.

Results: The mean duration of mothers breastfeeding their babies was 15.52 ± 8.6 months, and 22.1% of them had terminated breastfeeding within the first 6 months. It was observed that 36.7 % of the mothers terminated breastfeeding because they believed that they had breastfed the baby adequately. In addition, 88.2% of the mothers believed that the method they used for the termination of breastfeeding was effective, although it was found that 32.3% of the babies needed to be breastfed after the termination of breastfeeding. Regarding the reason for the termination of breastfeeding, 14.1% of the mothers stated having a hot/bad smell on their chest or closed their nipples, 45% terminated abruptly, and 32.9% of them terminated by reducing the frequency of breastfeeding. A total of 65.5% of the mothers who were in the process of termination of breastfeeding stated that they did not receive support from their family elders.

Conclusion: The majority of mothers in this study stated that they had initiated breastfeeding and had applied various methods for increasing the amount of breast milk. However, their level of knowledge regarding the

finalization of breastfeeding practice was inadequate. Studies have shown that encouraging and supporting the practice of breastfeeding during the breastfeeding process will prevent early termination of breastfeeding. Health professionals must make an attempt to design targeted interventions to prolong breastfeeding by focusing on the issues that constitute the most important barriers to breastfeeding. Thus, sufficient information and training by health professionals to breastfeeding mothers in accordance with the results of the present study are needed, and further studies on these related issues could contribute to the literature.

GİRİŞ

Anne sütü doğumdan sonra ilk altı ay süresince bebeğin fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarını tek başına karşılayan; sindirimi kolay, her zaman taze, temiz ve bebeğe verilmeye hazır en kaliteli besindir (Atıcı, Polat ve Turhan, 2007; Miriam, 2001).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bebeklerin, yaşamlarının ilk 6 ayında tek başına anne sütü ile beslenmelerini, daha sonra ek gıdalarla beraber anne sütü almaya devam etmelerini ve 24 ayın sonunda anne sütünü sonlandırmalarını önermektedir (Hannula, Kaunonen ve Tarkka, 2008; UNICEF, 2003; Varol ve Yıldız, 2006; WHO, 2003). Anneler emzirmeye başlama ve sürdürmede çeşitli problemler yaşamalarına rağmen, kolaylıkla emzirmeyi sonlandırabilmektedir (Gökçay ve Baslo, 2002). Annelerin emzirmeyi sonlandırma nedenleri değişiklik göstermekte birlikte ilk altı ayda anne sütünün yetersiz olduğu düşüncesi, ek gıdalara erken dönemde başlanması ve annelerin etkili emzirip emzirmediği ve/veya sütlerinin yeterliliği konusundaki kaygılarının annenin emzirme öz yeterliliğini olumsuz etkilemesi anne sütünü sonlandırmaya neden olmaktadır (Akgün, 2006; Arslan, 2011; Ünsal, Atlıhan, Özkan, Targan ve Hassoy, 2005; Yenal, Tokat, Ozan, Çeçe ve Abalın, 2013).

Emzirmeyi sonlandırmaya neden olan problemler, anne ya da bebeğe ait olabilmektedir. Ülkemizde emzirmeyi sonlandırmanın nedenleri arasında bebeğin emmeyi bırakması, annenin bebeğinin yeterince süt aldığını düşünmesi, anne sütünün azalması, annenin çalışması, gebe kalma, meme başı enfeksiyonu ve çatlakları, memede dolgunluk ve meme anomalileri sayılabilir (Brown, Dodds, Legge, Bryanton ve Semenic, 2014; Dinç, Dombaz ve Dinç, 2015; Karaçam, 2008).

Anneler, emzirmeyi sonlandırmak için çeşitli yöntemlere başvurumaktadırlar. Bu yöntemlerden bazıları; bebeği/çocuğu akrabalarının yanına göndermek, memeye salça ya da acı biber sürmek, meme uçlarını kapatmak ya da memeleri bandajlamak, süt sağlamayı ya da emzirmeyi aniden kesmek olarak sayılabilir

(Dinç ve ark., 2015). Annenin, bebeğin/çocuğun fiziksel, zihinsel ve duygusal açıdan hazır olmadığı bir dönemde etkin olmayan yöntemlerle süttten kesmeye çalışması bebek/çocuğun cezalandırıldığı hissini yaşamasına, psikososyal gelişiminin zedelenmesine, annenin suçluluk ve yetersizlik hissetmesine, memede ağrı, mastit gibi çeşitli problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir (Li, Fein, Chen ve Grummer-Strawn, 2008).

Başarılı bir emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve sonlandırılması için annelerin gebelik sırasında ve doğumu izleyen dönemde sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır (Ünsal ve ark., 2005). Bu çalışma annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgilerini ve uygulamalarını belirlemek ve bu konu ile ilgili annelerin bilgi eksikliklerini saptayarak bu kapsamda eğitim programları düzenlemek amacı ile yapıldı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 15.04.2015-15.06.2015 tarihleri arasında, İç Anadolu'da bir il merkezinde bulunan 8 Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütüldü. Araştırmanın evrenini il merkezinde yaşayan 0-36 aylık bebek/çocuğu olan ve emzirme deneyimi yaşamış anneler oluşturdu. Örneklem, belirtilen tarihler arasında Aile Sağlığı Merkezlerine gelen, araştırmaya alınma kriterini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 313 anne alındı.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 0-36 aylık bebeği olan,
- Emzirme deneyimi olan,
- Herhangi bir psikolojik/algılama sorunu olmayan,
- İletişim ve dille ilgili herhangi bir problemi olmayan anneler araştırmaya alındı.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan annelerin sosyodemografik özellikleri ile emzirmeyi sonlandırma davranışları ve bu konudaki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 29 sorudan oluşan bir form ile toplandı. Formda, emzirmeyi sonlandırmaya ilişkin sorular, seçenekli ve açık uçlu sorulardan oluşturuldu. Veriler, araştırmacılar tarafından annelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edildi. Her bir formun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Şube Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Anket formu uygulanmadan önce, araştırmaya katılan annelere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (versiyon 21) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Araştırmada değişkenlerin tanımlanmasında ortalama ve yüzdelik (%) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırmasında ise ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulamalarının belirlendiği bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edildi.

Tablo 1'de çalışmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Annelerin %38.7'sinin ilkököl düzeyinde eğitime sahip olduğu, %84.7'sinin çalışmadığı, babaların %39.0'ının lise mezunu olduğu ve %94.2'sinin çalıştığı belirlendi. Çalışmaya katılan annelerin 57.8'inin gelirinin giderine denk olduğu, %79.6'sının geniş aileye sahip olduğu ve %90.7'sinin 1-3 çocuğunun olduğu belirlendi.

Annelerin %82.7'sinin planlı bir gebelik geçirdiği, %55.0'ünün normal doğum yaptığı, %51.1'inin kız bebeğe sahip olduğu, %91.7'sinin bebeğini doğumdan hemen sonra emzirdiği ve %44.4'ünün bebeğe anne sütüne ilave olarak herhangi bir formula mama verdiği belirlendi.

Tablo 2'de çalışmaya katılan annelerin emzirme ve emzirmeyi sonlandırma davranışları yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelerin ortalama emzirme süresinin 15.52±8.6 ay olduğu ve annelerin %22.1'inin ilk altı ay içinde emzirmeyi sonlandırdığı bulundu. Annelerin %77.6'sının emzirme süresince anne sütünü yeterli bulduğu belirlendi.

Annelerin %36.7'sinin bebeğini yeterince emzirdiğini düşündüğü için emzirmeyi sonlandırdıkları saptandı. Annelerin %45.0'ünün birden %32.9'unun ise anne sütünü azaltarak, emzirmeyi sonlandırdıkları belirlendi.

Çalışma kapsamına alınan annelerin %16.3'ünün göğsüne acı/ kötü koku sürerek ya da meme ucunu

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (N=313)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	%
Annenin Eğitim Durumu		
Okuryazar-İlkokul	121	38.7
Ortaokul	71	22.7
Lise	69	22.0
Yüksekokul ve üzeri	52	16.6
Annenin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	48	15.3
Çalışmıyor	265	84.7
Babanın Eğitim Durumu		
Okuryazar-İlkokul	60	19.2
Ortaokul	57	18.2
Lise	122	39.0
Yüksekokul ve üzeri	74	23.6
Babanın Çalışma Durumu		
Çalışıyor	295	94.2
Çalışmıyor	18	5.8
Aylık Gelir-Gider Durumu*		
Gelirim giderimden az	90	28.8
Gelirim giderime denk	181	57.8
Gelirim giderimden fazla	42	13.4
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	64	20.4
Geniş Aile	249	79.6
Çocuk Sayısı		
1-3	284	90.7
4 ve üstü	29	9.3

*Ailenin gelir durumu, annelerin kendi ifadelerine göre belirtilmiştir.

Tablo 2. Annelerin emzirme süreci ve emzirmeyi sonlandırmaya ilişkin uygulamaları (N=313)

Annelerin Emzirme Süreci ve Emzirmeyi Sonlandırma Uygulamaları	Sayı (n)	%
Ortalama Emzirme Süresi (ay)		15.52±8.6
Emzirmeyi Sonlandırdığı Ay		
0-6 ay	69	22.1
7-12 ay	60	19.1
13-18 ay	70	22.3
19-24 ay	91	29.0
25 ve üstü	23	7.5
Emzirme Süresince Sütünüz Yeterli miydi?		
Evet	243	77.6
Hayır	70	22.4
Emzirmeyi Sonlandırma Nedenleri		
Yeterince emzirdiğimi düşündüm	115	36.7
Bebek emmek istemedi	73	23.3
Sütümün yetmediğini düşündüm	41	13.1
Tekrar gebe kaldığım için	21	6.7
Genel sağlık problemlerim nedeniyle	18	5.8
İşe başladığım ve yeterli zaman bulamadığım için	15	4.8
Meme başı çatlağı nedeniyle	12	3.8
İlaç kullandığım için	8	2.6
Çocuğuma ait sağlık problemleri olduğu için	6	1.9
Bebeğin ek gıdalara alışması için	4	1.3
Emzirmeyi Sonlandırma Yöntemi		
Birden kestim	141	45.0
Azaltarak kestim	103	32.9
Acı ya da kötü koku sürdüm	44	14.1
Bebek kendisi bıraktı	17	5.4
Meme ucunu kapattım	7	2.2
Biberona alıştırtarak bıraktım	1	0.3
Emzirmeyi Sonlandırma Yönteminin Etkililik Durumu		
Evet	276	88.2
Hayır	37	11.8
Emzirmeyi Sonlandırma Sonunda Bebeğin Tekrar Emme Durumu		
Evet	101	32.3
Hayır	212	67.7
Emzirmeyi Sonlandırdıktan Sonra Bebeğe Görülen Davranışlar*		
Ağlama	178	56.9
Anne memesine yönelme	91	29.1
Küsmeye, içe kapanma	52	16.6
Saldırgan-öfkeli davranışlarda bulunma	36	11.5
Ek gıdaları reddetme	35	11.2
Ek besinlere ilgisinde artma	7	2.2
Herhangi bir değişiklik olmadı	85	27.2

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 3. Annelerin emzirmeyi sonlandırma konusunda destek ve bilgi alma durumu

Destek ve Bilgi Alma Durumu	Sayı (n)	%
Emzirmeyi Sonlandırma Sürecinde Destek Alma Durumu		
Destek almadım	205	65.5
Destek aldım	108	34.5
Destek Alınan Kişiler		
Aile büyüklerinden	79	73.1
Yakın çevrem ve arkadaşlarımdan	16	14.8
Sağlık personelinden	13	12.1
Daha Önce Etkili Emzirme ve Anne Sütü Hakkında Eğitim Alma Durumu		
Evet	118	37.7
Hayır	195	62.3
Daha Önce Emzirmeyi Sonlandırma İle İlgili Sağlık Personelinden Eğitim Alma Durumu		
Evet	34	10.9
Hayır	279	89.1

kapatarak emzirmeyi sonlandırdığı belirlendi. Annelerin %88.2'sinin emzirmeyi sonlandırma yöntemlerini etkili bulduğu saptandı. Bebeklerin %32.3'ünün emzirme süreci sonunda yeniden emmek istediği, %56.9'unun ağlama davranışı gösterdiği ve %29.1'inin yeniden anne memesine yöneldiği bulundu.

Tablo 3'te annelerin emzirmeyi sonlandırma konusunda destek ve bilgi alma durumu yer almaktadır. Annelerin %65.5'inin bu süreçte destek almadığı, %62.3'ünün de daha önce etkili emzirme ve anne sütü hakkında eğitim almadığı belirlendi. Emzirmeyi sonlandırma sürecinde destek alan annelerin %73.1'inin aile büyüklerinden, %14.8'inin yakın çevresi ve arkadaşlarından, %12.1'inin de sağlık personellerinden destek aldığı saptandı. Annelerin sadece %10.9'unun emzirmeyi sonlandırma ile ilgili sağlık personellerinden eğitim aldığı belirlendi.

Çalışmamızda annelerin etkili emzirme hakkında eğitim alma durumu ile annenin eğitim durumu ($\chi^2=23.867$; $p<0.01$) ve anne sütü yeterlilik durumu ($\chi^2=3.423$; $p=0.024$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, emzirmeyi sonlandırma yöntemi ve nedeni, yöntemlerin etkili olma durumu, emzirmeyi sonlandırmaya ilişkin eğitim alma durumu gibi niteliksel verilerin karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, annelerin bebeklerini emzirme süresinin ortalama 15.52 ± 8.619 ay olduğu ve annelerin %22.1'inin sadece altı ay süre ile bebeklerini emzirdikleri bulundu. Öncü ve ark. (2011)'nin çalışmalarında emzirme süresinin ortalama 16.23 ± 9.59 ay, Dinç ve ark. (2015)'nin çalışmalarında ortalama 12.61 ± 4.31 ay olduğu ve annelerin %9.4'ünün ilk altı ay içinde emzirmeyi sonlandırdığı saptanmıştır. Ek gıdaya geçiş olan bu dönemde annelerin bebeklerini emzirmeleri desteklediğinde, bebekler ek gıda ile birlikte anne sütü almaya devam edebilirler.

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, annenin eğitim durumu, yaşı, ilk emzirme zamanı, çocuğun cinsiyeti ve ailenin gelir durumunun, ilk 6 ay sadece anne

sütü verme ve emzirme süresi üzerindeki etkilerinin farklı olduğu gösterilmiştir (Cömert-Arslan, 2011; Kutlu ve Marakoğlu, 2006; Ünsal ve ark., 2005).

Başarılı bir emzirme sürecini oluşturmak ve devamını sağlamak için öncelikle bebeğin etkin bir şekilde emdiğinden ve anne sütünün yeterli geldiğinden emin olunmalıdır. Bebek anne sütünden doyum almalı ve istekliliği sürdürmeli, anne de emzirme sırasında bebeğinin yeterli anne sütü aldığından tatmin olmalıdır. Buna rağmen annelerin kendilerine özel tutum ve davranışlarının emzirme sürecini sonlandırmada etkili olduğu bilinmektedir (Balci-Akpınar, Çelebioğlu ve Engin, 2004).

Bu çalışmada annelerin emzirmeyi sonlandırma nedenleri arasında sırasıyla; bebeğini yeterli süre emzirdiğini düşünme (%36.7), bebeğin emmek istememesi (%23.3), sütün yetmemesi (%13.1) ve tekrar gebe kalma (%6.7) yer almıştır. Dinç ve ark. (2015)'nin araştırmasında da, annelerin emzirmeyi sonlandırma nedenlerinin başında yeterli sürede bebeğini emzirdiği düşüncesinin (%53.6) olduğu saptanmıştır. Dinç ve ark. (2015)'nin yaptığı araştırma, çalışmamızı destekler niteliktedir.

Li ve ark. (2008)'nin çalışmasında, dokuz ay ve daha büyük bebekleri olan annelerin emzirmeyi sonlandırma nedenleri arasında bebeğin ısırma başlama (%31.7), anne sütünün bebeği artık tatmin etmediği (%43.5) ve sütün yeterli olmadığı (%26.0) düşüncesinin etkili olduğu belirlenmiştir. Tunçel, Dündar, Canbaz ve Peksen (2006)'in çalışmasında anne sütünü sonlandırma nedenleri arasında ilk sıralarda, bebeğin emmek istememesi (%34.2) ve sütün yetmemesi (%32.9) yer almıştır. Kaya ve Pirinççi (2009)'nin etkili emziremeyen 120 anne ile yaptıkları çalışmada da bebeği emziremeyen nedenleri arasında birinci sırada anne sütünün yetersiz olması (%28.3), ikinci sırada memeyi reddetmenin (%27.5) yer aldığı belirlenmiştir. Çalışmamızın bulguları, bu konuda yapılan diğer araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Anneler bebeğin ağlaması veya huzursuz olması durumunda, sütlerinin bebeklerini beslemede yetersiz kaldığını düşünebilmektedirler. Oysa annelerin

sadece %5.0'ının fizyolojik olarak yetersiz glandüler doku nedeniyle yeterli süt salgılayamadıkları bilinmektedir (Üstüner ve Bodur, 2009). Yetersiz süt kavramı, ancak bebeğin gelişimine göre karar verilecek bir durumdur. Bu nedenle annelerin, kendi sütlerinin değerine ve yeterliliğine inanması ve hemen sütlerinin yetmediğine ilişkin olumsuz düşüncelere kapılması önemlidir (Kumar, Goel, Mittal ve Misra, 2006).

Ayrıca etkili ve sağlıklı bir emzirme sürecinin gerçekleşmesi için emzirmeyi etkileyen bazı faktörlerin de (annenin demografik özellikleri, hastalık durumu, ilaç kullanımı vb.) dikkate alınması gereklidir (Cömert-Arslan, 2011; Örsdemir, 2011).

Çalışmamızda annelerin yarıya yakınının (%45.0) anne sütünü birden, %32.9'unun azaltarak kestiği, annelerin %16.3'ünün de göğsüne acı/kötü koku sürerek ya da meme ucunu kapatarak emzirmeyi sonlandırdığı belirlendi. Dinç ve ark. (2015)'nin yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızla benzer sonuçları içermektedir. Çalışmada annelerin bebeklerini anne sütünden ayırmak için biberonla ek besin verme (%25.2), meme ucuna saç, salça, biber ve kara sürme (%9.9) ve koli bandı ile bantlama (%6.0) gibi geleneksel yöntemlere başvurduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda annelerin tamamına yakını (%88.2) kullandıkları yöntemlerin etkili olduğunu belirtmesine rağmen bebeklerin üçte birinin (%32.3) emzirmeyi sonlandırma süreci sonrasında tekrar anne sütü almaya devam ettiği saptandı. Çalışmamızdaki bu sonuçlar annelerin emzirmeyi sonlandırmada kullandıkları yöntemlerin başarısının düşük olduğunu gösterebilir.

Bu çalışmada emzirmeyi sonlandırma sürecinin devamlılığını sorgulamak üzere annelere emzirme sürecinden sonra bebeklerinde ne gibi davranışlar görüldüğü soruldu. Anneler emzirmeyi sonlandırdıktan sonra bebeklerin %56.9'unun ağladığını, %29.1'inin anne memesine yöneldiğini, %16.6'sının küstüğü ve içe kapandığını, %11.5'inin saldırgan ve öfkeli davranışlar sergilediğini, bebeklerin %11.2'sinin de ek gıdaları reddettiğini ifade etti. Literatürde, araştırmamızın bu bulgularıyla eşleşen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Emzirme eylemi anne ve bebeğin yakın beden temasında olmasını ve anne-bebek etki-

leşimini artırmaktadır. Çalışmamızın bu sonuçları emzirmenin sonlandırılması ile bebeklerin bu birlik-teliğin bitmesine tepki gösterdikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda annelerin emzirmeyi sonlandırma, etkili emzirme ve anne sütü hakkında yeterli bilgi almadıkları (%62.3) ayrıca emzirmeyi sonlandırma süreci ile annelerin çoğunun (%65.5) yalnız baş ettikleri belirlenmiştir. Örsdemir (2011)'in çalışmasında da annelerin %51.0'ının emzirme konusunda bilgi almadığı saptanmıştır.

Annelerin bebeklerini yeterli sürede ve nitelikli emzirmesi için emzirmeye ilişkin bilgi sahibi olması son derece önemlidir (Gibson-Davis ve Brooks-Gunn, 2006). Nitekim yapılan çalışmalar, gebelik sırasında alınan emzirme eğitiminin, emzirmeye başlama zamanını ve süresini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymuştur (Forster, Mclachlan, Lumley ve Beanland, 2003; Üstüner ve Bodur, 2009). Annenin anne sütü konusunda eğitilmesi ve bilgi durumunun iyileştirilmesi ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenmeyi önemli ölçüde arttırmaktadır. Onbaşı ve ark. (2011)'nin çalışmasında anne sütü hakkında eğitim verilen grubun ilk altı ay anne sütü verme oranı (%67.8) kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bir başka çalışmada, doğum öncesi dönemde emzirme eğitimi ve eş/aile desteği almanın, sadece anne sütü ile beslenme oranlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır (Bağ, Yaprak, Halicioğlu, Parlak ve Harputluoğlu, 2006). Tokat (2009)'ün çalışmasında da doğum öncesi dönemde emzirme eğitimi alan annelerin, eğitim almayan annelere göre birinci ve altıncı haftada emzirme başarısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmalar emzirme sürecinde annenin emzirmeye teşvik edilmesi ve desteklenmesinin emzirmeyi erken dönemde sonlandırılmasını önleyeceğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, annelerin çoğunun bebeklerini doğar doğmaz emzirmeye başladıkları, yaklaşık dörtte birinin bebeklerini altı ay süre ile emzirdikleri, annelerin üçte birinin emzirme süresini yeterli bularak emzir-

meyi sonlandırdığı ve yaklaşık beşte birinin emzirmeyi sonlandırmak için göğsüne acı/ kötü koku sürdüğü ya da meme ucunu kapattığı belirlendi. Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgi ve destek alma düzeylerinin yeterli olmadığı, ayrıca emzirmeyi sonlandırmaya yönelik kullanılan

yöntemlerin etkili olmadığı saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda emzirme süreci ve emzirmeyi sonlandırma ile ilgili annelere sağlık personeli tarafından yeterli bilgi ve eğitimlerin verilmesi ve bu konuda yapılacak başka çalışmalarla literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Akgün, T. (2006). Anne sütü ile besleme durumu ve bu durumu etkileyen faktörler (Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Arslan, G. (2011). Doğum sonu dönemde emzirme öz yeterliliği ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Atıcı, A., Polat, S. ve Turhan, H. (2007). Anne sütü ile beslenme. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi*, 3(6), 1-5.
- Bağ, Ö., Yaprak, İ., Halicioğlu, O., Parlak, Ö. ve Harputluoğlu, N. (2006). Annelerin anne sütü hakkındaki bilgi düzeyi ve emzirmeyi etkileyen psikososyal faktörler. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 16(2), 63-70.
- Balcı-Akpınar, R., Çelebioğlu, A., & Engin, R. (2004). Mothers' practices: The time of stoppingbreastfeeding, reasons for stopping breastfeedingand methods which used in this period. *International Journal of Human Sciences*, 1(1), 1-10.
- Brown, C., Dodds, L., Legge, A., Bryanton, J., & Semenic, S. (2014). Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), 179-185.
- Cömert-Arslan, G. (2011). Doğum sonu dönemde emzirme öz yeterliliği ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Dinç, A., Dombaz, İ. ve Dinç, D. (2015). 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 125-130.
- Forster, D., Mclachlan, H., Lumley, J., & Beanland, C. (2003). Attachment to the breast and family attitudes to breastfeeding. The effect of breastfeeding education in the middle of pregnancy on he initiation and duration of breastfeeding: A randomised controlled trial. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 3(5), 1-12.
- Gibson-Davis, C. M., & Brooks-Gunn, J. (2006). Breastfeeding and verbal ability of 3-year-olds in a multicity sample. *Pediatrics*, 118(5), 1444-1451.
- Gökçay, G. ve Baslo, G. (2002). Anne sütü ile beslenmede kanıt dayalı uygulamalar: Yetersiz anne sütü, çalışan anne, ilaçlar ve hastalıklar. *Çocuk Dergisi*, 2, 139-143.
- Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M. T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1132-1143.
- Karaçam, Z. (2008). Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: A community-based study of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 341-349.
- Kaya, D. ve Pirinççi, E. (2009). 0-24 Aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6), 479-484.
- Kumar, D., Goel, N. K., Mittal, P. C., & Misra, P. (2006). Influence of infantfeeding practices on nutritional status of under-five children. *The Indian Journal of Pediatrics*, 73, 417-421.
- Kutlu, R. ve Marakoğlu, K. (2006). Anne sütüne başlama devam ve kesme zamanının değerlendirilmesi. *Marmara Medical Journal*, 19, 121-126.
- Li, R., Fein, S. B., Chen, J., & Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122(2), 69-76.
- Miriam, H. L. (2001). Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 143-158.
- Onbasi, S., Duran, R., Aladag Ciftdemir, N., Vatansever, U., Acunas, B., & Sut, N. (2011). The effect of prenatal breast-milk and breast-feeding training given to expectant mothers on the behaviour of breast-feeding. *Turkish Archives of Pediatrics*, 46, 74-78.
- Öncü, Ü., Nalbantoğlu, B., Güzel, E., Nalbantoğlu, A., Demirsoy, U. ve Çakan, M. (2011). Bir-beş yaş arası çocukların persantillerine ailenin sosyoekonomik düzeyinin ve annenin beslenme konusundaki bilgisinin etkisi. *Çocuk Dergisi*, 11(2), 64-72.
- Örsdemir, Ç. (2011). Doğum sonu dönemde annelerin emzirmeye ilişkin bilgileri ve emzirme davranışlarının belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kıbrıs). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Tokat, A. M. (2009). Antenatal dönemde verilen eğitimin annelerin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi (Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Tunçel, E. K., Dündar, C., Canbaz, S. ve Peksen, Y. (2006). Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 10(1), 1-6.
- The United Nations Children's Fund (UNICEF) (2003). İlk altı ay sadece anne sütü. Erişim adresi: http://www.unicef.org/turkey/pc/_mc20.html
- Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş. ve Hassoy, H. (2005). Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 226-233.
- Üstüner, F. ve Bodur, S. (2009). Bebeklerde aylık izlem ve hemşire tarafından annenin pekiştirici emzirme eğitimi ile ilk altı ay yalnızca anne sütü verme arasındaki ilişki. *Genel Tıp Dergisi*, 19(1), 25-32.
- World Health Organization (WHO) (2003). Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562544/en/>

Varol, D. ve Yıldız, S. (2006). Doğum sonrası 6 ay boyunca sürdürülen emzirme eğitiminin tek başına anne sütüyle beslenme süresine ve büyümeye etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 14(56), 27-41.

Yenal, K., Tokat, M. A., Ozan, Y. D., Çeçe, Ö. ve Abalın, F. B. (2013). Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 14-19.

Lise Öğrencilerinde Akran Zorbalığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Peer Bullying and Relationship Between Sociodemographic Characteristics of High School Students

Halime Mercan¹*, Hatice Yıldırım Sarı²



DOI: 10.26650/FNJN.387176

Bu araştırma İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği) Tezsis Yüksek Lisans Programında Dönem Projesi olarak sunulmuştur.

*Hemşire, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

²Doç. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Hatice Yıldırım Sarı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Telefon/Phone: +90 232 329 3535/4810
E-posta/E-mail: hatice.sari@ikc.edu.tr

Geliş tarihi/Date of receipt: 08.03.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 18.07.2017

Atıf/Citation: Mercan, H. ve Yıldırım-Sarı, H. (2018). Lise öğrencilerinde akran zorbalığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 21-29. <https://doi.org/10.26650/FNJN.387176>

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada 15-17 yaş grubu lise öğrencilerinde akran zorbalığının kurban, kurban olma durumunun öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 2014-2015 eğitim-öğretim yılı başında İzmir ili Bornova ilçesinde bir devlet lisesinde 10., 11., 12. sınıfta öğrenim gören 200 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada öğrencilerin zorbalığa uğrama ve zorbalık yapma düzeylerini belirlemek amacıyla "Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu" ve "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Bulgular: 10. sınıf öğrencilerinin hem kurban olma ölçeği toplam puanları ($p<0.05$) hem de fiziksel kurban ölçek puanları ($p<0.05$) anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. İzolasyon zorbalığı, söylenti zorbalığı, eşyaya zarar zorbalığı ve cinsel zorbalık alanlarında 16 yaşındaki öğrencilerin puanları 17 yaşındaki öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Sözel kurban olma ve cinsel kurban olma alt ölçek puanları ve anne eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Lise ve üniversite mezunu annelerin çocuklarının sözel kurban alt ölçek puanları, ortaokul mezunu annelerin çocuklarının cinsel kurban alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu araştırma sonuçları dikkate alındığında ileride farklı sosyodemografik özelliklere sahip ergenleri kapsayan büyük ölçekli araştırmalarda risk değerlendirmesi yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akran zorbalığı, zorbalık, lise öğrencileri

ABSTRACT

Aim: This study examines the relationship between being the victim or bully in peer bullying events and the sociodemographic characteristics of high school students (ranged between 15 and 17 years old).

Method: This study comprised 200 students from the 10th, 11th, and 12th grades of a public high school in Bornova, İzmir, in the 2014–2015 academic year. Data from subjects was collected using the "Peer Bully-Victim Questionnaire-Adolescent Form" (developed by Pişkin and Ayas in 2007), which uses 53 items to examine the peer bullying and victimization levels of students and a "Personal Information Form," which uses 11 questions for determining the sociodemographic characteristics.

Results: The "total victimization scale" and "physical subscale of victimization" scores of the 10th grade students were found to be significantly high (both $p<0.05$). The "isolation subscale of bullying," "verbal subscale of bullying," "harming properties subscale," and "sexual subscale of bullying" scores of the 16 year-old-students were significantly higher than those of the 17-year-old students. The relationships between a mothers' education status and the "verbal subscale of victimization" and "sexual subscale of victimization" scores were remarkable. While "verbal subscale of victimization" scores of students whose mothers had graduated high school or university were higher, the students whose mothers had graduated high school had higher "sexual subscale of victimization" scores.

Conclusion: The results of this study could be useful for further research for evaluating the peer bullying risk in comprehensive groups, including adolescents with different sociodemographic characteristics.

Keywords: Peer bullying, bullying, high school students

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Bullying is a repetitive, degrading, and aggressive behavior by an individual or group displayed toward a relatively weaker individual or group (Salmivalli, 2010). Studies are mostly focused on bullying in children and young people who go to school (Salmivalli, 2010). The problem of peer bullying, which is increasingly spreading both in Turkey and in other countries of the world, is of great importance and young people in the 10–19 age group constitute approximately 17% of the Turkish population according to the data of the Turkish Statistical Institute (TÜİK, 2014).

Aim: This study investigated the relationship between the sociodemographic characteristics of high school students in the age of 15–17 and being the victim or the perpetrator of peer bullying activities.

Method: This is a descriptive study. Permission to conduct the study was granted by the Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of İzmir Kâtip Çelebi University (Date: 29.05.2014 Number: 125). Permission to collect the study data was obtained from the İzmir Provincial Directorate of National Education, İzmir Provincial Governorship (Number: 12018877/604.01.02/4371371, Date: 02.10.2014). Informed consent was obtained from the participating adolescents and their parents. This study comprised 200 students from the 10th, 11th, and 12th grades of a public high school in Bornova, Izmir, in the 2014–2015 academic year.

Data from subjects was collected using the “Peer Bully-Victim Questionnaire-Adolescent Form” (developed by Pişkin and Ayas in 2007), which uses 53 items for examining the peer bullying and victimization levels of students and a “Personal Information Form,” which uses 11 questions for determining sociodemographic characteristics.

Results: The scores of the 10th grade students from the victimization scale ($p<0.05$) and its physical victimization subscale ($p<0.05$) were significantly high. The scores of the 16-year-old students from the isolation, verbal, causing damage to properties, and sexual bullying subscales were remarkably higher than those of the 17-year-old students. The relationships between the mothers' education status and the students' verbal and sexual victimization scores were remarkable. While the verbal victimization scores of the students whose mothers had graduated high school were higher, the students whose mothers had graduated junior high school had higher sexual victimization scores. Taking into account the results of the present study, it is recommended that future studies should make risk assessments in large-scale samples involving adolescents with different sociodemographic characteristics.

Conclusion: The 10th grade students obtained significantly high scores from the victimization scale ($p<0.05$) and its physical victimization subscale ($p<0.05$). Bullying levels did not differ from one class to another. The 16-year-old students obtained significantly higher scores from the isolation, spreading rumors, causing damage to properties, and sexual bullying subscales than the 17-year-old students. While the students whose mothers had graduated senior high school or university obtained higher scores on the physical victimization subscale, the students whose mothers had graduated junior high school obtained higher scores on the sexual victimization subscale. In the light of the results of the present study, it is recommended that in future studies, risk assessments should be conducted with large-scale samples, including adolescents with different sociodemographic characteristics.

GİRİŞ

Agresif davranışların bir alt tipi olan zorbalık, bir birey ya da bir grubun nispeten daha güçsüz olana tekrarlayıcı şekilde aşağılayıcı ve saldırgan davranışlar sergilemesidir (Salmivalli, 2010). Çalışmalar çoğunlukla okulda eğitim gören çocuk ve gençlerdeki zorbalık üzerine odaklanmıştır, ancak kreşlerde, iş yerlerinde, ceza evlerinde de zorbalık üzerine çalışmalar bulunmaktadır (Salmivalli, 2010). Dünyada ve Türkiye’de okullarda giderek yaygınlaşan Akran Zorbalığı sorunu, 10-19 yaş grubu gençlerin Türkiye İstatistik Kurumu 2013 (TÜİK, 2014) verilerine göre Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak %17’sini oluşturması nedeniyle önem taşımaktadır.

Volk, Dane ve Marini (2014), zorbalığın bir asır kadar eski bir terim olduğunu, ilk kez 1538’de Almanya’da günümüzdeki anlamında kullanıldığını belirtmişlerdir. Okulda zorbalık konusunun literatüre girişi ise 1970’lerde Dan Olweus’un çalışmaları ile başlamıştır (Volk ve ark., 2014). Olweus (1994) okulda zorbalığı “bir öğrencinin bir veya daha fazla sayıda öğrenci tarafından tekrarlayan şekilde ve sürekli olarak negatif eylemlere maruz kalması” olarak tanımlamıştır. Amerikan Psikoloji Derneği ise zorbalığı; “bir kişinin, başka bir kişinin yaralanmasına veya rahatsız olmasına neden olan kasten ve tekrarlayıcı şekildeki saldırgan davranışlarıdır” şeklinde tanımlamıştır (APA, 2014).

Akran zorbalığı, öğrencileri fiziksel, psikolojik ve psikosomatik açıdan etkileyen ve etkileri yaşam boyu süren bir durumdur (Vanderbilt ve Augustyn, 2010). Bununla birlikte, çocukların gelişimini, aileyi ve toplum ruh sağlığını olumsuz yönde etkiler (Aral, Gürsoy, Bütün-Ayhan ve Aydoğan, 2004; Arslan ve Savaşer, 2009; Ünalmiş ve Şahin, 2012). Zorbalığın hem zorbalılar hem de kurbanlar açısından olumsuz sonuçları vardır. Akran zorbalığına maruz kalan ve zorbalık yapan çocuklarda depresyon, intihar düşünceleri, psikiyatrik problemler, ebeveyn ilişkilerinde sorunlar sık görülmektedir (Gürsoy, 2010). Kowalski ve Limber’in (2013) çalışmasında, 6-12. sınıflar arasında okuyan öğrencilerden hem zorba hem kurban olanların psikolojik ve fiziksel sağlıkları-

nın ve akademik performanslarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Zorbalık eylemlerinde bulunanlarda sağlık sorunları, duygusal ve sosyal uyum sorunları, kurbanlarda ise psikosomatik sorunlar, ilaç kullanımı ve intihar eğilimi görülmektedir. Zorbalığa uğrayanlarda içe vurum semptomlarının, zorbalarda ise dışa vurum semptomları, sosyal problemler ve agresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Sabuncuoğlu ve ark., 2006; Vanderbilt ve Augustyn, 2010). Bunun yanında, okuldaki şiddet ve zorba davranışların öğrencilerin okuldan kaçmalarına, okula gitmek istememelerine neden olduğu belirtilmiştir (Ünalmiş ve Şahin, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2012 yılında yayınladığı raporda, zorbalığın görülme oranı %1 ile %32 arasında değişmektedir (Currie ve ark., 2012). Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 2011 yılında yayınlanan gençlik dönemi riskleriyle ilgili rapora göre, gençler arasında zorbalık %20 ile %56 arasında değişen oranlardadır. Buna göre 30 kişilik bir sınıfta okuyan gençlerin 6-17’si ya kurban, ya zorba ya da hem zorba hem de kurbandır (Eaton ve ark., 2012). Brezilya’da 13-15 yaş arası adölesanların %18’inin zorba, %5.5’inin kurban, %2.7’sinin hem zorba hem kurban oldukları saptanmıştır (Serra-Negra ve ark., 2015). Bir başka çalışmada ise, Brezilya’da adölesanların %23.6’sının kurban oldukları belirlenmiştir (Santos ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda, erkek çocuklarda zorbalığın daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Santos ve ark., 2014; Serra-Negra ve ark., 2015). En sık zorbalık alanları sözel zorbalık ardından fiziksel zorbalık olarak saptanmıştır (Santos ve ark., 2014). İngiltere’de 10-15 yaşlar arasındaki adölesanlar ile yapılan çalışmaya göre, etnik azınlıklara mensup gençler zorbalığa daha fazla maruz kalmaktadır (Tippett, Wolke ve Platt, 2013).

Türkiye’de de Millî Eğitim Bakanlığı tarafından 2006 yılında okullarda yaşanan şiddet olaylarının incelendiği çalışmada, %32.8 oranında fiziksel zarar veren olaylar (yumruk, tekme, tokat vs), %19.7 oranında tehdit ve sataşma, %12.9 oranında dedikodu yapma, lakap takma, %9.5 oranında eşyaya/mala zarar verme şeklindeki olayların görüldüğü saptanmıştır

(Gelbal, 2006). Yıldırım (2001) ise gençlerin %16.4'ünün zorba, %26.2'sinin kurban ve %23.8'inin de zorba veya kurban grubunda yer aldığını belirtmiştir. Bu araştırma sonuçları Dünya'da ve Türkiye'de okullarda görülen zorbalık davranışlarının yüksek oranda gerçekleştiğini göstermektedir.

Okul hemşirelerinin zorba davranış biçimi sergileyen öğrencilerin özelliklerini bilmesi, zorba, kurban ve zorba/kurban grubuna giren riskli çocukları izlemeleri, zorbalığa maruz kalan ve zorbalık yapan çocuğa uygun şekilde yaklaşması, zorbalığın neden olduğu sağlık problemlerini izlemesi ve akran zorbalığını önleyici rehberlik faaliyetlerine katılması gerekmektedir. Bu nedenle, okullarda gerçekleşen mevcut zorbalık davranışlarının belirlenmesi önemlidir. Planlanan bu araştırma ile 15-17 yaş grubu öğrencilerde akran zorbalığı zorba/kurban olma durumu ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi incelenerek oluşturulacak girişim programları için ve bu alanda yapılacak çalışmalara bir veri sağlamak hedeflenmiştir.

Bu araştırmanın amacı lise öğrencilerinde sosyodemografik değişkenlerle Akran Zorbalığında zorba, kurban davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda;

Araştırma soruları;

1. Lise Öğrencilerinde Akran Zorbalığında zorba olma durumunu Sosyodemografik değişkenlerden hangileri etkilemektedir?
2. Lise Öğrencilerinde Akran Zorbalığında kurban olma durumunu Sosyodemografik değişkenlerin hangileri etkilemektedir?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı türde tasarlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın örneklemini İzmir ilinde, bir devlet lisesinde öğrenim gören, sosyoekonomik düzeyi orta sevi-

yede olan ailelerden gelen 15-17 yaş grubu lise öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü okulda 2210 öğrenci eğitim görmektedir. %95 güven seviyesinde, %5 hata oranıyla örnekleme 328 öğrencinin yer alması gerektiği hesaplanmıştır. Ancak, gönüllü olarak katılan ve ailesi tarafından izin verilen 200 öğrenciden veri toplanabilmiştir. Okulda eğitim gören adölesanların %9'una ulaşılmıştır. Okulun özelliği nedeniyle araştırmaya katılan kız öğrenci sayısı düşüktür.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Bu araştırmada iki veri toplama aracı kullanılmıştır; "Kişisel Bilgi Formu" ve "Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu"

Kişisel Bilgi Formu: Bu formda, araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular (yaş, sınıf, cinsiyet, anne-babanın eğitim düzeyi, anne-babanın mesleği, aile tipi, gelir seviyesi, kardeş sayısı) yer almaktadır.

Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu: Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu zorbalığa uğrama ve zorbalık yapma düzeylerini belirlemek amacıyla Pişkin ve Ayas tarafından 2007'de geliştirilmiştir. Ölçek biri "zorba ölçeği" diğeri "kurban ölçeği" olarak adlandırılan ve aynı maddelerin farklı biçimde sorulmasından oluşan toplam 53 maddeli içeren iki ölçekten oluşmuştur. Ölçekte altı faktör vardır. Bu faktörler 1-15. maddeler fiziksel zorba ve kurban, 16-22. maddeler sözel zorba ve kurban, 23-28. maddeler izolasyon zorba ve kurban, 29-33. maddeler söylenti yayma zorba ve kurban, 34-43. maddeler eşyalara zarar verme zorba ve kurbanı, 44-53. maddeler cinsel zorba ve kurbanı oluşturmaktadır. Ölçek "Hemen hemen her gün", Haftada en az 1 defa, "Ayda 1 defa", "Dönem boyunca 1 defa" ve "Hiçbir zaman" seçeneklerinden oluşup 5'li Likert tipindedir. Ölçeğin zorba ve kurban boyutlarından alınabilecek en düşük puan 53, en yüksek puan 265'tir. Puanlar arttıkça zorba ve kurban olma durumu artar. Kurban olma ölçeğinin orjinal formu-

nun Cronbach α iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.93, "fiziksel kurban" alt ölçeği için 0.82, "sözel kurban" alt ölçeği için 0.75, "izolasyon kurban" alt ölçeği için 0.77, "söylenti yayma" alt ölçeği için 0.75, "eşyalara zarar verme" alt ölçeği için 0.80 ve "cinsel kurban" alt ölçeği için 0.88'dir. Zorbalık ölçeğinin orjinal formunun Cronbach α iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.92, "fiziksel zorbalık" alt ölçeği için 0.83, "sözel zorbalık" alt ölçeği için 0.74, "izolasyon zorbalığı" alt ölçeği için 0.75, "söylenti yayma" alt ölçeği için 0.66, "eşyalara zarar verme" alt ölçeği için 0.79 ve "cinsel zorbalık" alt ölçeği için 0.88'dir (Pişkin ve Ayas, 2007).

Veri toplama işleminde; araştırmacı öğrencilere kimliğini tanıtmış, yapılan araştırmanın adı, amacı hakkında bilgi vermiştir. Katılmaya gönüllü olan öğrencilerden ve ailelerinden yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya sadece bu öğrenciler dahil edilmiştir. Veri toplama işlemi araştırmaya katılmaya gönüllü olan, ailesi tarafından araştırma sorularının cevaplanmasına izin verilen öğrencilerden oluşan (N=200) gruba sınıflarda toplu olarak sınıftaki öğretmenleri eşliğinde "Kişisel Bilgi Formu" ve "Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu" kullanılarak uygulanmıştır. Veriler 3.10.2014 ve 9.10.2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmelerinin yapılması için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 21 paket programı kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde iki değişken arasındaki anlamlılık için 0.05 anlamlılık düzeyi temel alınmıştır. Örneklem grubunun Kişisel Bilgi Formu'ndaki sorulara verdikleri cevaplar yüzde ve frekans değerleri ile gösterilmiştir. Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formuna verdikleri cevaplar doğrultusunda ölçek puan ortalamaları ile standart sapma (SS), min-max dağılımları verilmiştir. Örneklem zorba, kurban davranışları ile sosyo-demografik değişkenleri arasındaki ilişki "t-testi" ve "Kruskal Wallis testi" ile test edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan izin alınmıştır (Tarih: 29.05.2014 Sayı: 125). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için araştırmacı tarafından İzmir İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden, İzmir İli Valiliği'nden (Sayı: 12018877/604.01.02/4371371 Tarih: 02.10.2014) izin alınmıştır. Ailelerden ve adölesanlardan bilgilendirilmiş onam formu ile izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın tek bir okulda ve sınırlı bir yaş grubunda ve görel olarak küçük bir örnekleme yürütülmüş olması risk değerlendirmesi yapmak açısından sınırlılık yaratmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de öğrencilerin %58.5'inin (n=117) 11. sınıfa devam ettiği, %53.5'inin (n=107) 16 yaşında olduğu, %95.5'inin (n=191) erkek olduğu görülmektedir. Annelerin %42.5'i (n=85) ilkokul mezunudur ve %70.5'i (n=141) çalışmamaktadır. Babaların %32.5'i (n=65) ortaokul mezunudur ve %90'ı (n=180) çalışmaktadır. Öğrencilerin %51'inin (n=102) ekonomik durumu orta düzeydedir. Öğrencilerin %82'si (n=164) anne ve babası ile birlikte yaşamaktadır ve %45'i (n=90) iki kardeştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %95.5'inin (n=191) anne babasının sağ ve birlikte olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %2.0'ünün (n=4) annesinin vefat ettiği, %1.5'inin (n=3) anne ve babasının ayrı olduğu, %1.0'ünün (n=2) babasının vefat ettiği saptanmıştır.

Tablo 2'de lise öğrencilerinin Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği zorbalık ve kurban olma ölçekleri puanları verilmiştir. Zorbalık ölçek toplam puanı 247.49 ± 35.1 'dir. Kurban olma ölçek toplam puanı 231.25 ± 46.3 'tür.

Tablo 3'te 10. Sınıf öğrencilerinin hem kurban olma toplam ölçek puanları ($p < 0.05$) hem de fiziksel kurban olma ölçek puanlarının ($p < 0.05$) anlamlı dere-

Tablo 1. Lise öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (N=200)

Sınıf	n	%	Cinsiyet	n	%
10. Sınıf	83	41.5	Kız	9	4.5
11. Sınıf	117	58.5	Erkek	191	95.5
Yaş	n	%	Kardeş sayısı	n	%
15 yaş	16	8	Tek çocuk	28	14.0
16 yaş	107	53.5	Kardeş sayısı 2 olanlar	90	45.0
17 yaş	77	38.5	Kardeş sayısı 3 olanlar	40	20.0
			Kardeş sayısı 4 ve üzeri	42	21.0
Anne eğitim	n	%	Baba eğitim	n	%
Okuma yazma bilmeyen	7	3.5	Okuma yazma bilmeyen	2	1.0
İlkokul	85	42.5	İlkokul	54	27.0
Ortaokul	55	27.5	Ortaokul	65	32.5
Lise	38	19.0	Lise	60	30.0
Üniversite	15	7.5	Üniversite	19	9.5
Anne çalışma durumu	n	%	Baba çalışma durumu	n	%
Çalışıyor	59	29.5	Çalışıyor	180	90.0
Çalışmıyor	141	70.5	Çalışmıyor	20	10.0
Ekonomik durum	n	%	Çocuk kiminle yaşıyor?	n	%
Çok iyi	17	8.5	Anne ve baba	164	82.0
İyi	58	29.0	Anne	10	5.0
Orta	102	51.0	Baba	4	2.0
Kötü	14	7.0	Aile büyükleri ve anne baba	2	1.0
Çok kötü	9	4.5	Diğer	20	10.0

Tablo 2. Lise öğrencilerinin Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği Zorbalık ve Kurban Olma Ölçek puanları

	Ortalama	SS
Zorbalık Ölçeği Alt Faktörleri		
Fiziksel zorba	67.73	14.8
Sözel zorba	31.75	7.4
İzolasyon zorba	28.75	4.0
Söylenti zorba	23.85	3.36
Eşyaya zarar zorba	47.95	6.37
Cinsel zorba	47.45	7.4
Zorbalık ölçeği toplam puan	247.49	35.1
Kurban Olma Ölçeği Alt Faktörleri		
Fiziksel kurban	62.96	14.5
Sözel kurban	29.15	7.9
İzolasyon kurban	27.0	5.6
Söylenti kurban	22.16	5.2
Eşyaya zarar kurban	44.94	9.5
Cinsel kurban	45.0	9.6
Kurban olma ölçeği toplam puanı	231.25	46.3

cede daha yüksek olduğu görülmüştür. Zorbalık ölçek puanı açısından sınıf düzeyine göre farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4'te görüldüğü gibi izolasyon zorbalığı, söylenti zorbalığı, eşyaya zarar zorbalığı ve cinsel zorbalık alanlarında 16 yaşındaki öğrencilerin puanları 17

yaşındaki öğrencilere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Kurban olma ölçek puanları 16-17 yaş olma açısından farklılık göstermemektedir. Yaş gruplarına göre hem kurban hem zorba ölçek puanları 15, 16, 17 yaşların tamamı ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 5'te görüldüğü gibi sözel kurban olma ve cinsel kurban olma alt ölçek puanları ve anne eğitim durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Lise ve üniversite mezunu annelerin çocuklarının sözel kurban alt ölçek puanları, ortaokul mezunu annelerin çocuklarının cinsel kurban alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Zorbalık alt ölçek puanları ile anne eğitimi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Yapılan diğer analizlerde; Annenin çalışma durumu, babanın eğitim düzeyi ve babanın çalışma durumu, ekonomik durum ve kardeş sayısı ile zorba ve kurban olma ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Anne baba ile birlikte yaşama veya tek ebevyenle yaşama arasındaki ilişki örneklem sayısının yeterli olmaması nedeniyle incelenememiştir.

Tablo 3. Lise öğrencilerinin Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği Kurban Olma Ölçeği alt faktörlerinin sınıf değişkenine göre incelenmesi

Kurban olma ölçeği alt faktörleri	10. sınıf		11. sınıf		Analiz
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Fiziksel Kurban	66.04	11.18	60.77	16.12	t=2.570 p<0.05
Sözel Kurban	30.38	6.68	28.28	8.63	t=1.859 p>0.05
İzolasyon Kurban	27.36	5.06	26.78	5.99	t=0.712 p>0.05
Söylenti Kurban	22.80	4.02	21.70	5.94	t=1.461 p>0.05
Eşya Zarar Kurban	46.06	7.69	44.15	10.61	t=1.396 p>0.05
Cinsel Kurban	46.10	7.87	44.21	10.59	t=1.380 p>0.05
Kurban olma ölçeği toplam puanı	238.77	36.12	225.92	51.80	t=2.066 p<0.05

Tablo 4. Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği Zorba Olma Ölçeği alt faktörlerinin yaş değişkenine göre incelenmesi

Zorba olma ölçeği alt faktörleri	16 yaş		17 yaş		Analiz
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Fiziksel Zorba	68.50	14.57	68.15	12.06	t=0.172 p>0.05
Sözel Zorba	32.39	7.46	31.59	6.05	t=0.770 p>0.05
İzolasyon Zorba	29.49	1.65	28.18	4.96	t=2.550 p<0.05
Söylenti Zorba	24.42	1.59	23.46	3.89	t=2.301 p<0.05
Eşya Zarar Zorba	49.18	2.43	47.10	7.60	t=2.653 p<0.05
Cinsel Zorba	48.78	3.62	46.55	8.94	t=2.326 p<0.05
Zorbalık ölçeği toplam puanı	252.79	23.25	245.06	36.47	t=1.753 p>0.05

Tablo 5. Lise öğrencilerinin Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği Kurban Olma Ölçeği alt faktörlerinin anne eğitimine göre karşılaştırılması

Kurban olma ölçeği alt faktörleri	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Okuma yazma bilmeyen		Analiz Kruskall Wallis
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Fiziksel Kurban	62.84	13.33	63.54	12.65	64.52	16.95	64.80	13.78	47.42	22.47	KW:8.874, p>0.05
Sözel Kurban	28.71	7.47	28.98	7.47	31.15	8.41	29.66	9.35	23.85	9.92	KW:14.468, P<0.05
İzolasyon Kurban	26.61	5.60	27.98	3.72	27.31	6.64	26.13	6.87	24.85	9.06	KW:7.879, p>0.05
Söylenti Kurban	22.23	4.97	22.74	4.22	22.13	6.34	20.93	5.59	19.57	8.44	KW: 4.282, p>0.05
Eşya Zarar Kurban	45.16	8.83	46.07	6.47	44.81	13.32	42.40	10.28	39.57	17.33	KW:4.422, p>0.05
Cinsel Kurban	44.90	9.73	46.14	5.91	45.42	11.93	42.80	8.72	39.57	17.06	KW:10.204, P<0.05
Kurban olma ölçeği toplam puanı	230.48	43.79	235.47	31.49	235.37	59.37	226.73	49.05	194.86	77.82	KW:9.034, p>0.05

TARTIŞMA

Lise öğrencilerinde sosyodemografik değişkenlerle akran zorbalığı zorba, kurban davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla bir devlet lisesinde yürütülen bu çalışmada 200 lise öğrencisinden veri toplanmıştır.

Bu çalışmada 10. sınıf öğrencilerinin hem kurban olma toplam ölçek puanları ($p<0.05$) hem de fiziksel kurban ölçek puanlarının ($p<0.05$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Zorbalık açısından ise sınıf düzeyine göre farklılık saptanmamıştır. Kurban olma ölçek puanları 16-17 yaş olma açısından farklılık göstermemektedir. İzolasyon zorbalığı, sözlenti zorbalığı, eşyaya zarar zorbalığı, ve cinsel zorbalık alanlarında 16 yaşındaki öğrencilerin puanları 17 yaşındaki öğrencilere göre anlamlı derecede yüksektir. Oysa ki, bazı çalışmalarda (Burnukara ve Uçanok, 2012; İncedal, 2012; Totan ve Kabakçı, 2010) yaş ve sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerin zorba ve kurban olma oranlarının arttığı saptanmıştır. Ayas ve Pişkin (2011) 11. sınıf öğrencilerinin 9. sınıf öğrencilerinden daha fazla cinsel zorbalık mağduru olduklarını, 11. sınıf öğrencilerinin daha fazla cinsel zorbalık yaptıklarını saptamışlardır. Gürsoy (2010) ise 16 yaşındaki öğrencilerin, 15 ve 17 yaşa göre daha fazla zorbalığa maruz kaldığını saptamıştır. Genç ve Aksu (2010) genel lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında ve 17-18 yaş grubundaki öğrencilerin, 14-15-16 yaş grubunda yer alan öğrencilere göre daha fazla ağır fiziksel zorbalığa başvurdukları ve maruz kaldıklarını, 16-17-18 yaş grubundaki öğrencilerin ise daha fazla cinsel zorbalık uyguladığını saptamışlardır. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçları dikkate alınarak ergenlik dönemindeki zorbalığı önleme programlarının tüm yaş gruplarını kapsayacak şekilde yapılandırılmasının daha yararlı olacağı söylenebilir.

Tablo 5'te görüldüğü gibi sözel kurban olma ve cinsel kurban olma alt ölçek puanları ve anne eğitim durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır. Lise ve üniversite mezunu annelerin çocuklarının sözel kurban alt ölçek puanları daha yüksek, ortaokul mezunu annelerin çocuklarının cinsel kurban alt ölçek puanları daha

yüksek bulunmuştur. Genç ve Aksu (2010) anne eğitim düzeyi "orta ve üstü" olan öğrencilerin cinsel zorbalık davranışlarına daha fazla maruz kaldıklarını saptamışlardır. Gürsoy (2010) anne eğitim düzeyine göre korkutma sindirme, açık saldırı, ilişkisel saldırı, kişisel eşyalara saldırı alt boyutlarında anlamlı fark bulmuş, annesi okuma yazma bilmeyen öğrencilerin, daha fazla zorbalığa maruz kaldığını belirtmiştir.

Yapılan diğer analizlerde ise; annenin çalışma durumu, babanın eğitim düzeyi ve babanın çalışma durumu, ekonomik durum ve kardeş sayısı ile zorba ve kurban olma puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları dikkate alındığında sosyodemografik değişkenler açısından literatürle benzer olmayan bazı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmanın örneklem sayısının küçük olması ile ya da tek bir okulda yürütülmesi ile ilişkili olabilir. Bunun yanında, akran zorbalığı açısından sosyodemografik değişkenlerden ziyade psikososyal faktörlerin etkili olduğu da belirtilmektedir (Kapçı, 2004). Bu nedenle ileriki çalışmalarda büyük örneklem, farklı sosyodemografik özelliklere sahip ergenleri kapsayan büyük ölçekli çalışmalarda risk değerlendirmesi yapılması önerilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

10. sınıf öğrencilerinin hem kurban olma toplam ölçek puanları ($p<0.05$) hem de fiziksel kurban ölçek puanları ($p<0.05$) anlamlı derecede daha yüksektir. Zorbalık açısından sınıf düzeyine göre farklılık saptanmamıştır. İzolasyon zorbalığı, sözlenti zorbalığı, eşyaya zarar zorbalığı ve cinsel zorbalık alanlarında 16 yaşındaki öğrencilerin puanları 17 yaşındaki öğrencilere göre anlamlı derecede yüksektir. Lise ve üniversite mezunu annelerin çocuklarının sözel kurban alt ölçek puanları, ortaokul mezunu annelerin çocuklarının cinsel kurban alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları dikkate alındığında ileriki çalışmalarda farklı sosyodemografik özelliklere sahip ergenleri kapsayan büyük ölçekli çalışmalarda risk değerlendirmesi yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- American Psychological Association (APA) (2014). *Bullying*. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/bullying/>
- Aral, N., Gürsoy, F., Bütün-Ayhan, A. ve Aydoğan, Y. (2004). Annesi çalışan ve çalışmayan çocukların bağımlılık eğilimlerinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 26, 62-71.
- Arslan, S. ve Savaşer, S. (2009). Akran zorbalığını önlemede okul hemşiresinin rolü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 118-123.
- Ayas, T. ve Pişkin, M. (2011). Lise öğrencileri arasındaki zorbalık olaylarının cinsiyet sınıf düzeyi ve okul türü bakımından incelenmesi. *İlköğretim Online*, 10(2), 550-568. Erişim adresi: <http://ilkogretim-online>
- Burnukara, P. ve Uçanok, Z. (2012). İlk ve orta ergenlikte akran zorbalığı gerçekleştiği yerler ve baş etme yolları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 15(29), 68-82.
- Currie, C., Zanotti, C. Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., ... Wechsler, H. (2012). *Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2011*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>
- Gelbal, S. (2006). *Okullarda şiddetin önlenmesi mevcut uygulamalar ve sonuçları*. Ankara: Türk Eğitim Derneği, Pegem Yayıncılık.
- Genç, G. ve Aksu, M. B. (2010). Genel lise öğrencilerinin zorba-kurban davranışlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(2), 413-448.
- Gürsoy, E. C. (2010). *Ergenlerde sosyodemografik özelliklere ve algılanan sosyal destek ile akran zorbalığına maruz kalmanın incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji ABD, İstanbul) Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- İncedal, Z. (2012). *Karaman il merkezindeki ilköğretim ikinci kademedeki okuyan öğrencilerde zorba ya da kurban olma sıklığı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B.D, Kayseri). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Kapçı, E. G. (2004). İlköğretim öğrencilerinin zorbalığa maruz kalma türünün ve sıklığının depresyon kaygı ve benlik saygısıyla ilişkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(1), 1-13.
- Kowalski, R. M., & Limber S. P. (2013). Psychological physical and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53, 13-20.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1171-1190.
- Pişkin, M. ve Ayas, T. (2007, Ekim). *Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formunun Geliştirilmesi*. IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi'nde sunulan bildiri, İzmir.
- Sabuncuoğlu, O., Ekinci, Ö., Bahadır, T., Akyuva, Y., Altınöz, E. ve Berkem, M. (2006). Ergen öğrenciler arasında akran öslemesi ve depresyon belirtileriyle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 9, 27-35.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112-120.
- Santos, J. A., Cabral-Xavier, A. F., Paiva, S. M., & Leite-Cavalcanti, A. (2014). The prevalence and types of bullying in 13 to 17 year-old Brazilian schoolchildren. *Revista de Salud Publica*, 16(2), 173-183.
- Serra-Negra, J. M., Paiya, S. M., Bendo, C. B., Fulgencio, L. B., Lage, C. F., Correa-Faria, P., & Pordeus, I. A. (2015). Verbal school bullying and life satisfaction among Brazilian adolescents: Profiles of the aggressor and the victim. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 132-139.
- Tippett, N., Wolke, D., & Platt, L. (2013). Ethnicity and bullying involvement in a national UK youth sample. *Journal of Adolescence*, 36(4), 639-649.
- Totan, T. ve Kabakçı, Ö. F. (2010). İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinde sosyal duygusal öğrenme becerilerinin zorbalığı yordama gücü. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 575-600.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2014). Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr>
- Ünalmiş, M., & Şahin, R. (2012). Şiddete yönelik tutum ve okul zorbalığı. *Uluslararası Cumhuriyet Eğitim Dergisi*, 1(1), 63-67.
- Vanderbilt, D., & Augustyn, M. (2010). The effects of bullying. *Pediatrics and Child Health*, 20(7), 315-320.
- Volk, A. A., Dane, A. V., & Marini, Z. A. (2014). What is bullying? A theoretical redefinition. *Developmental Review*, 34(4), 327-343.
- Yıldırım, S. (2001). *Zorbalık aile ortamı ve popülerite arasındaki ilişkiler* (Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>

Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri

Type of Delivery, Time of Initial Breastfeeding, and Skin-to-Skin Contact of Pregnant Women Participating in Childbirth Preparation Education

Tuğba Yılmaz Esencan^{1*}, Özlem Karabulut^{2*}, Ayça Demir Yıldırım^{9*},
Döne Ertuğrul Abbasoğlu^{2*}, Hacer Külek^{3*}, Çiğdem Şimşek^{4*}, Ayşegül Küreşir Ünal^{5*},
Seda Küçüköğlü^{6*}, Şeker Ceylan^{7*}, Sevgin Yavrutürk^{8*}, Çetin Kılıçcı^{10*}



DOI: 10.26650/FNJN.387192

¹Msc., Eğitim Hemşiresi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, Türkiye

²Ebe, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Gebe Okulu, İstanbul, Türkiye

³Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Infertilite Polikliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Koordinatör Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁵Sorumlu Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Yenidoğan Bebek Odası, İstanbul, Türkiye

⁶Sorumlu Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doğumhane, İstanbul, Türkiye

⁷Sorumlu Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Perinatoloji Servisi, İstanbul, Türkiye

⁸Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doğum Sonu Servisi, İstanbul, Türkiye

⁹Msc., Ebe, Kadıköy Toplum Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye

¹⁰Op. Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:
Tuğba Yılmaz Esencan,
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye
Telefon/Phone: +90 216 391 0680/1014
E-posta/E-mail: tubisiyilmaz@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 28.07.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 09.08.2017

Atıf/Citation: Yılmaz-Esencan, T., Karabulut, Ö., Demir-Yıldırım, A., Ertuğrul-Abbasoğlu, D., Külek, H., Şimşek, Ç., ... Küreşir-Ünal, A. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 31-43.
<https://doi.org/10.26650/FNJN.387192>

ÖZ

Amaç: Bu çalışma gebe eğitim okuluna katılmış ve eğitim almış gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma, İstanbul ilinde Anadolu yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe eğitim merkezinde 01.08.2013-01.08.2015 tarihleri içerisinde gebe eğitim okulunda doğuma hazırlık eğitimine katılmış olup eğitimi tamamlayan tüm gebeler içerisinde basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak seçilen 180 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen 59 sorudan oluşan Gebe Tanılama Formu kullanılmış olup veriler telefon görüşmesi yoluyla toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 180 kişi katılmış olup katılımcıların yaşı minimum 19 maksimum 43 iken yaş ortalaması 30 ± 0.2 'dir. Araştırmaya katılan kadınların %45.6'sı epizyotomi vajinal doğum, %5'i doğal doğum ve %30'u genel anestezi ile sezaryen doğum yapmıştır. Doğum yeri ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.000$). Doğum şekli ile ilk emzirme zamanı ve emzirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.878$).

Sonuç: Doğum öncesi hazırlık eğitiminin ten tene temas talep etme ve uygulama üzerinde etkili olduğu ve doğum şekli ile ilk emzirme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğuma hazırlık eğitimi, doğum şekli, ilk emzirme, ten tene temas, ebe

ABSTRACT

Aim: This study was carried out in order to evaluate the type of delivery, the time of initial breastfeeding and skin-to-skin contact of the childbirth preparation education which was attended by the the maternity training school.

Method: This descriptive study included 180 participants who were selected through simple random numbers chart from among the individuals who had attended and completed the childbirth preparation education at the maternity training school of a training and research hospital located on the Asian side of İstanbul province from August 1, 2013, to August 1, 2015. The Maternity Identification Sheet comprising 59 questions designed by the researcher in accordance with the literature was used for data collection.

Results: Mean age of the 180 study individuals was 30 ± 0.2 years, ranging from 19 to 43 years. Among the study participants, 45.6% of the women had vaginal delivery with episiotomy, 5% had normal delivery, and 30% had cesarean delivery with general anesthesia. There was a statistically significant correlation between the type and the place of delivery ($p=0.000$). However, no statistically significant correlation was observed between the type of delivery, the initial breastfeeding time, and the status of breastfeeding ($p=0.878$).

Conclusion: Prenatal preparation education was found to have an effect on requesting and implementing skin-to-skin contact, and a statistically significant correlation was observed between the type of delivery and the initial breastfeeding time.

Keywords: Childbirth preparation education, type of delivery, initial breastfeeding, skin-to-skin contact, midwife

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: The act of childbirth is not an entirely controllable process. There are some impediments such as fear and the inability to cope with the process. The correct and the best method to ease this fear and anxiety is undergoing sufficient training throughout maternity and acquiring labor support. Breastfeeding performance is also affected by several factors just like the delivery process itself, and the initial time of breastfeeding and the type of delivery are among the significant factors. Skin-to-skin contact is one of the most important factors for creating a positive environment for the development of the child after birth. Such contact may reflect on a delicate phase in the formation of the future psychology and the behavior of the child. All these factors are linked with the prenatal awareness acquired through training and the correct management of the process (Callister, 2004; Coşar & Demirci, 2012; Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000; Kızılkaya-Beji, 2015).

Aim: The aim of this study was to assess the effect of childbirth preparation education given by the maternity training school on the type of delivery, the time of initial breastfeeding, and skin-to-skin contact.

Method: This descriptive study included 180 participants who were selected through plane numbers chart from among the individuals who had attended and completed the childbirth preparation education at the maternity training school of a training and research hospital located on the Asian side of İstanbul province during the last 2 years. The sample size for the study was calculated as 179 participants using the definite universe method of sampling. The Maternity Identification Sheet comprising 59 questions designed by the researcher in accordance with the literature was used for data collection. Data were analyzed using SPSS 21.0 program. χ^2 test was used for the comparison of variables. The level of statistical significance was set as $p < 0.05$.

Results: Mean age of the 180 study individuals was 30 ± 0.2 years, ranging from 19 to 43 years. Among the participants, 52.2% of them had a bachelor's degree, and more than half of them (58.3%) were employed. A total of 69.4% of the women reported to be having their first labor, whereas 26.1% reported having the second, 3.3% stated having the third, and 1.1% stated having the fourth labor. Regarding the number of childbirths, 87.8% of the women had one delivery, whereas 10.0% of them had two and 2.2% stated having three childbirths. The type of delivery was vaginal with episiotomy in 45.6% of the study participants, vaginal with intervention in 1.1%, normal in 5%, spinal–cesarean in 18.3%, and cesarean with general anesthesia in 30% of them. There was no delivery support for 58.9% of the study participants, whereas 5% of the women stated to have acquired midwife support, 30.6% received spouse support, and 2.2% of them received support from their mother. Almost half of the women (45.6%) reported that they were able to establish skin-to-skin contact with their babies. Regarding the place of delivery, more than half of them (53.6%) gave birth in private hospitals; the cesarean rate of these births was higher than that in public hospitals (68.9%). There was a statistically significant relationship between the place of delivery and the type of delivery ($p = 0.000$). The current breastfeeding statuses of the women and the effect of the type of delivery on the initial breastfeeding period were investigated, which revealed that only 2.5% of the women who had vaginal delivery with episiotomy were breastfeeding their babies, 50% of the women who had vaginal delivery with intervention were breastfeeding and taking supplementary food, and 50% of them were not breastfeeding. However, 88.9% of the mothers who had normal delivery were breastfeeding and taking supplementary food, and 42.4% of the women who had spinal-cesarean delivery were not breastfeeding. There was no statistically significant correlation between the type of delivery and the status of breastfeeding ($p = 0.878$).

Conclusion: Prenatal preparation education was found to have no effect on acquiring whereas it had an effect on requesting and implementing skin-to-skin contact. A statistically significant correlation was observed between the type of delivery and the initial breastfeeding, and decreasing the interventions during childbirth was found to have an effect on the initial breastfeeding periods. Along with the training provided at the school of maternity education and by decreasing the rate of interventions during childbirth, it is possible to increase breastfeeding performances. In addition, acquiring labor support and skin-to-skin contact are affected by several factors, though the most important factors are the approach of the delivery team and the policy of the hospital. Therefore, childbirth preparation training alone is not sufficient in this context, which implies that a positive improvement of the hospital policies and having other medical team members to act in accordance with this concept may influence the process of childbirth.

GİRİŞ

Doğum süreci insan yaşamının en önemli olaylarından biri olup bir kadını hem gebelik, hem de doğum ve doğum sonu periyotta pek çok tehlike ile karşı karşıya bırakabilir. Gebelik ve doğum süreci yaşam döngüsü içerisinde fizyolojik olarak algılanan bir olay olmasına karşın kadın ve eşi için önemli bir stres kaynağıdır. Özellikle gebelik, doğum ve doğum sonu dönemi içeren bu endişeler ve soru işaretleri ilk defa anne ve baba olacak çiftlerde daha fazla kaygı yaratmaktadır. Ayrıca doğum eylemi her aşamasında tamamen kontrol edilebilen bir süreç değildir. Bu yolculukta korku, endişe, bilgi eksikliği ve baş edememe gibi bir takım engellerle karşılaşılabilir. Bu sürecin aşılmasında en iyi ve doğru olan yol, gebelik dönemi boyunca yeterli eğitim ve doğum sırasında ise doğum desteği almakta geçmektedir. Bu nedenle prenatal dönemde verilecek olan eğitimler oldukça önemlidir. Prenatal bakımın temel amacı; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, ailenin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak adaptasyonunun sağlanması, önceden var olduğu bilinen ya da bu dönemde karşılaşılacak sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir. Bu dönemde yapılan eğitimler ile anne ve fetus sağlığı olumlu yönde etkilenir, anne ile baba adayının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgileri artar, var olan bilgileri güncellenir ve yeni durumuyla baş etmesi kolaylaşır (Callister, 2004; Coşar ve Demirci, 2012; Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger ve Pratt, 2000; Kızılkaya-Beji, 2015).

1970'li yıllarda dünyada kadın hareketlerinin artmasıyla birlikte kadınların güçlenmesi anne adaylarının da doğuma ilişkin beklentilerinin ve almak istedikleri perinatal bakım şekillerinin değişmesine neden olmuştur. Bundan 30 yıl öncesine kadar kadınlar üreme, gebelik ve doğuma ilişkin öğretileri annesinden, kardeşinden ya da sosyal çevresindeki kişilerin deneyimlerinden öğrenmekteydiler. Geçmişte doğuma hazırlık eğitimleri aile arasında ve sosyal çevrenin desteğiyle geleneksel yöntemler ışığında yapılmaktaydı.

Günümüzde ise doğum alanında gerçekleşen birçok değişime paralel olarak kadınlar artık gebelik sürecinde doğumun merkezinde olmayı istemekte, doğum stresiyle ilaçlar dışında, kendi becerileri ve öğrendikleriyle doğumu güzel bir deneyim olarak yaşayıp bu deneyimi eşleri ile paylaşmayı istemektedirler (Coşar ve Demirci, 2012; Kızılkaya-Beji ve Dişsiz, 2015).

Perinatal dönemde verilen eğitimler gebe/lohusa ve ailesinin fiziksel ve psikososyal açıdan uyum sağlayabilmeleri için bakım, destek ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmekte ve rehber olmaktadır. Doğum korkusunun azaltılmasında yapılan eğitimlerin kadının kendi bedenini fark ederek bilinçli davranışlara yönelmesi, olumlu duygu hissetmesi ve kendine güvenini arttırmanın yanında doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirmesi gibi etkileri olmaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011). Gebelikte çevresel faktörler, destek eksikliği, daha önceden kodlanan korku mesajları ve en çokta bilinmeyen bir sürecin içinde olmak korku ve anksiyete yaşamasını daha çok arttırmaktadır. Dick-Read tarafından geliştirilen teoriye göre kadının yaşadığı korku ve anksiyete doğumda daha fazla ağrı hissetmesine sebep olacak ve bu durumda doğum sürecini etkileyecektir. Korku, gerginlik ve ağrı üçgeni doğum eyleminin uzamasına neden olarak doğum şekli üzerinde de etkili olacaktır. Bu kısır döngü içerisinde kadına gebeliği süresince verilen doğuma hazırlık eğitimleri ve verilen destek oldukça önemlidir. Bu destek kadının doğum deneyimine olumlu açıdan bakmasına ve memnuniyetinin artmasına sebep olmaktadır (Bolbol-Hanhangi, Masoumi ve Kazemi, 2016).

Doğuma hazırlık eğitimleri içerisinde yer alan anne sütü ve emzirme eğitimleri ile doğum sonu dönemde ten tene temas ile birlikte ilk emzirme zamanını olabildiğince öne almak hedeflenmektedir. Buradaki amaç erken dönemde emzirmenin başlamasıyla anne bebek bağlanmasını güçlendirerek emzirme süresini uzatmaktır. İlk emzirmenin başlatılması ve etkin bir şekilde sürdürülebilmesi için verilen eğitim ve danışmanlık oldukça önemli olup burada eğitimci olan ebe ve hemşireler de kilit rol oynamaktadırlar (Alioğulları, Esencan, Ünal ve Şimşek, 2016). Bunların dışında

yenidoğan ve süt çocukluğu dönemlerinde, sadece anne sütüyle beslenme ve toplam emzirme süresini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bebeğin doğum tartısı, doğum şekli, doğum sayısı, ten temasının sağlanması ile anne bebek temasının erken dönemde başlatılması, emzirmeye ilk başlama zamanı, emzirme pozisyonu, postpartum erken dönemde formül mama kullanımı, biberon kullanımı, anne yaşı, eğitim durumu, sosyal sınıfı, ekonomik durumu, sigara içme, annenin çalışıyor olması, çalışma koşulları, doğum sonrası depresyon, doğumda analjezik madde kullanımı, annenin bilgi durumu, emzirme desteği, emzirme niyeti ve annenin emzirme eğitimi alması bu faktörlerin en önemlileri arasında yer alır (Onbaşı, 2009). Emzirme süresinin ve uygun ten tene temasının sağlanmasında doğuma hazırlık eğitimlerinin önemli katkısı olduğu düşünülmektedir.

Doğuma hazırlık sınıflarının tarihsel sürecine baktığımızda; dünyada 1930 yıllarında başlamış olup etkinliğini arttırarak günümüze kadar devam ettiğini görmekteyiz. Bu süreç içerisinde çeşitli dönemlerde farklı felsefe ve akımların etkisi ile Dick-Read, Bradley, Leboyer, Mongan Metodu, Pam England, Gaskin, Odent, Lamaze yöntemi gibi doğuma hazırlık felsefeleri etkin ve popüler olmuştur. Bu yöntemler içerisinde Lamaze yöntemi en çok Amerika ve Avrupa'da etkin olmuştur. Günümüzde verilen doğuma hazırlık sınıflarında ise karma bir model kullanılmakta olup doğal doğum felsefesi benimsenmektedir. Ülkemizdeki doğuma hazırlık sınıflarının tarihi ise dünyada olduğu kadar eski değildir. Bu eğitimler ülkemizde daha çok özel kurumlarda verilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın sezaryen oranlarının azaltılması amacıyla normal doğumu desteklemesi ve anne dostu uygulamaları yaygınlaştırması ile birlikte doğuma hazırlanmak için eğitim almanın önemi vurgulanmaya başlamıştır. Bunun yanında bu sürecin medya ve diğer sosyal araçlarla halka duyurulması, ayrıca ebe ve hemşirelerin de düzenlenen eğitim programlarıyla bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukları hususunda farkındalıklarının artırılması doğuma hazırlık sınıflarının tercih edilmesinde etkili olmuştur (Coşar ve Demirci, 2012; Kızılkaya-Beji ve Dişsiz, 2015; Rathfisch, 2012). Ayrıca

"Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanmış olan 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi" ile gebelere sunulan bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinde etkin hizmet sunumu ve tüm ülkede standardın sağlanması amaçlanmıştır. Gebe Bilgilendirme Genelgesi ile birlikte doğuma hazırlık eğitimleri Türkiye'nin neredeyse her ilçesinde, 834 adet toplum sağlığı merkezinde, 333 adet 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak verilmeye devam etmektedir. Bu kapsamda 2014 yılında son 3 ayda 128.589 gebeye, 2015 yılında 163.912 gebeye ve 2016 yılında 216.982 gebeye eğitim verilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017). Bu girişimlerle birlikte doğuma hazırlık sınıfları kurumsallaşarak kamu hastanelerinde de yaygınlaşmaya başlamıştır (Coşar ve Demirci, 2012; Kızılkaya-Beji ve Dişsiz, 2015).

Ülkemizde verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin içeriklerini incelediğimizde; üreme sisteminin anatomisi ve fizyolojisi, fetal büyüme ve gelişme, doğum öncesi dönemde egzersizler, gebelikte cinsel yaşam, gebelikte fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bebeğin büyüme ve gelişimi, gebelikte yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı, fetüs için teratojenik etkenler, gebelikte öz bakım, doğumun başlangıç belirtileri, eşin/partnerin ya da yardım eden kişinin eğitimi, doğum eylemindeki uygulamalar, emzirme, yenidoğan bakımı (fiziksel ve ruhsal), aile planlaması, ebeveynliğe geçiş, aile içi roller, aile sağlığını yükseltme ve cinsellik gibi konular yer almaktadır (Kızılkaya-Beji ve Dişsiz, 2015). Doğuma hazırlık sınıflarında verilen bu eğitimler ve açılacak olan sınıflar gereksinimlere göre de değişiklik gösterirler. Doğuma hazırlık eğitimleri sadece erken ve geç gebelik dönemlerini kapsamalıdır. Bu eğitimlerin içerisinde prekonsepsiyonel dönemden anne-babalığın ilk aylarına ilişkin özellikli eğitimleri içeren bir programa yer verilmelidir. Gebeliğin ilerlemesi ile birlikte doğuma yaklaştıkça verilen eğitimler çiftlerin fiziksel ve psikolojik olarak doğuma ve doğum sonrası döneme hazırlık sürecini kapsar. Bunlarla birlikte eğitimler; doğum eylemi, doğum dalgalarıyla baş etme ve doğumda alternatif pozisyonlar, doğumda destek, olası

girişimler, nonfarmakolojik yöntemler, solunum, meditasyon ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi eğitimler ile anne adayını ve eşini doğuma hazırlamaktadır. Bu eğitimler kadının kendine, bedene, bebeğine ve ekibine güvenmesi konusunda farkındalığını güçlendirip içgüdülerini nasıl izleyeceği konusunda yönlendirirken aynı zamanda kadına bedeninin doğurganlığına güven duymayı da öğretir (Coşar ve Demirci, 2012; Kızılkaya-Beji ve Dişsiz, 2015; Rathfisch, 2012).

Bu çalışma bir kamu hastanesinin gebe eğitim okulunun vermiş olduğu doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli nasıldır?
- Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin ilk emzirme zamanı ile ten tene temas uygulamasını talep etmeleri arasında ilişki var mıdır?
- Doğum yeri ve doğum şekli arasında bir ilişki var mıdır?
- Doğum şekli ile ilk emzirme zamanı ve emzirme durumu arasında bir ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İstanbul ilinde Anadolu yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe eğitim merkezinde Aralık 2015-Ocak 2016 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni son 2 yıl (01.08.2013-01.08.2015) içerisinde gebe eğitim okulunda doğuma hazırlık eğitimine katılmış olan tüm bireylerden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evreni belli olan örneklem seçme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün saptanmasında

doğum sonu dönemde 0-6 ay bebeklerin sadece anne sütü alma oranına (%30.1) ilişkin bir araştırma verisi kullanılmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Ağustos 2013 tarihinden Ağustos 2015 tarihine kadar son 2 yıllık periyotta gebe eğitim okulunun düzenlediği doğuma hazırlık eğitimine katılmış olan birey sayısı 400 olarak belirlenmiştir. İlgili örneklem büyüklüğü formülü ile, olayın görülme sıklığı 0.30 alınarak örnek büyüklüğünün 179 olduğu bulunmuştur. Araştırma içerisinde çalışmaya katılmak istemeyen ve ulaşamayan gönüllülerin varlığı düşünülerek araştırma örneklemini 180 kişi olarak belirlenmiş olup kişiler basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak alınmıştır.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Son 2 yıl (01.08.2013-01.08.2015) içerisinde hastanenin gebe okuluna katılmış olup doğuma hazırlık eğitimi almış ve 6 haftalık tüm eğitimi tamamlamış olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Canlı doğum yapmış olmaktadır.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik ve gebelik özelliklerini değerlendirmek amacıyla kaynaklar doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Gebe Tanılama Formu kullanılmıştır (Alioğulları, Esencan, Ünal ve Şimşek, 2016; Coşar ve Demirci, 2012; Onbaşı, 2009; Şeker, 2006; Yıldırım, 2001). Bu form toplam 59 sorudan oluşmaktadır. Soruların 10'u sosyo-demografik özelliklerine yönelik, 20'si gebelik ve doğum öyküsüne ilişkin, 13'ü emzirme ve sorunlarına ilişkin durumu ve 16'sı gebe eğitim okuluna katılma nedenini değerlendirmektedir.

Araştırma, Aralık 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında evreni belli olan örneklem seçme yöntemi ile seçilen, araştırmaya katılmayı kabul eden, son 2 yıl (01.08.2013-01.08.2015) içerisinde gebe okuluna katılmış olup doğuma hazırlık eğitimi almış olan gebelerin kayıtlarından örneklem özelliklerine uyan gebelerin kayıtları basit rastgele sayılar tablosu

kullanılarak alınmış ve 180 kişiye telefon aracılığı ile ulaşılmıştır.

Doğuma hazırlık eğitimlerinde; gebeler belirlenen gün ve saatte altı hafta süreyle derslere devam ederek eğitimlerini tamamlamışlardır. Toplam eğitim süresi 24 saat olacak şekilde planlanmış olup eğitimler araştırmacılar tarafından verilmiştir. Eğitimlere isteğe bağlı olarak eş katılımı sağlanmıştır. 20. haftasını tamamlayan tüm gebeler yazılı onamları alınarak eğitime katılmışlardır. Eğitimlerde lamaze felsefesi, aktif doğum felsefesi ve hipnobirthing felsefelerinden oluşan karma bir program içeriği oluşturulmuştur.

Haftalara göre eğitimde anlatılan konular:

1. hafta: Üreme organlarının anatomisi ve işleyişi, gebelikte oluşan değişiklikler,
2. hafta: Gebelik kontrolleri, karşılaşılabilecek riskli durumlar, duygusal değişiklikler, bebeğin büyüme ve gelişimi, beslenme, egzersizler,
3. hafta: Doğuma hazırlık planı, doğum belirtileri, doğumun evreleri, rahatlama uygulamaları,
4. hafta: Anne sütünün özellikleri ve yararları, emzirme, emzirme süresi,
5. hafta: Yenidoğan özellikleri ve bakımı, bebek banyosu, bebeğin giyimi,
6. hafta: Loğusalık dönemi, doğum sonrası gebelikten korunmadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanacağı hastanenin klinik araştırmalar etik kurulundan etik izin alınmıştır (Karar No:192, Tarih:11.12.2015). Gönüllülük esas alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler, araştırmanın amacı ve uygulanması hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı izinleri alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS14.0 paket programı kullanılmıştır. Değişkenlerin karşılaştırılmasında χ^2 testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak " $p<0.05$ " kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma İstanbul ilinde Anadolu yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe okuluna katılmış olan ve doğuma hazırlık eğitimi almış olan anneler ve bebekleri ile sınırlı olup sadece bu gruba genellenebilir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşı minimum 19 maksimum 43 iken yaş ortalaması 30 ± 0.2 'dir. Katılımcıların %52.2'si lisans mezunu olup yarısından çoğu (%58.3) çalışmaktadır (Tablo 1). Araştırmaya katılan kadınların %69.4'ü ilk gebelik iken %26.1'i ikinci, %3.3'ü üçüncü, %1.1'i de dördüncü gebeliği olduğunu bildirmiştir. Kadınların %87.8'inin doğum sayısı 1 iken %10'u 2, %2.2'si 3 doğum yaptığını, doğum yaptığı gebelik haftasına baktığımızda %0.6'sı 29 haftadan küçük, %6.1'i 30-36 hafta arasında, %67.8'i 37-40 hafta arasında ve %25.6'sı ise 41 haftadan büyük olduğunu bildirmiştir. Doğum yapılan yer tercihlerine bakıldığında %53.3'ü özel bir hastaneyi seçtiğini belirlerken %46.7'si devlet hastanesini seçtiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %45.6'sı epizyotomili vajinal doğum, %1.1'i müdahaleli vajinal doğum, %5'i doğal doğum, %18.3'ü spinal anestezi ile sezaryen doğum ve %30'u ise genel anestezi-sezaryen doğum yapmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların %58.9'u doğumda destek almadığını belirtirken, %5'i ebe desteği

Tablo 1. Sosyo-demografik veriler (N=180)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim		
İlköğretim	16	8.9
Lise	53	29.4
Lisans	94	52.2
L. üstü	17	9.4
Çalışma Durumu		
Evet	75	41.7
Hayır	105	58.3
Algılanan Gelir Durumu*		
İyi	55	30.6
Orta	113	62.8
Kötü	10	5.6

*Gelir durumu ile ilgili bilgi 2 kişi bilgi vermemiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan kadınların üreme sağlığı bilgileri (N=180)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı		
1	125	69.4
2	47	26.1
3	6	3.3
4	2	1.1
Doğum Sayısı		
1	158	87.8
2	18	10.0
3	4	2.2
Doğum Yaptığı Gebelik Haftası		
29<	1	0.6
30-36	11	6.1
37-40	122	67.8
41>	46	25.6
Doğum Yaptığı Yer		
Özel	96	53.3
Devlet	84	46.7
Doğum Şekli		
Epizyotomili-vajinal	82	45.6
Müdehalaleli-vajinal	2	1.1
Doğal doğum	9	5.0
Spinal anestezi ile sezaryen doğum	33	18.3
Genel anestezi ile sezaryen doğum	54	30.0
Toplam	180	100

aldığını, %30.6'sı eş desteği ve %2.2'si anneden destek aldığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların emzirme durumlarına baktığımızda doğum sonrası ilk emzirmenin %7.2'si ten tene temas (TTT) sırasında, %54.4'ü 1 saat içerisinde, %16.1'i 1 saat sonrasında, %10.6'sı doğumdan 2 saat sonra ve %11.1'i ise ilk emzirmenin 3 saat ve sonrasında gerçekleştirildiği saptanmıştır (Grafik 1). Şu anki emzirme sürelerine baktığımızda %0.5'i 2 aydan az emzirdiğini belirtirken katılımcıların çoğunluğu (%48.8) 13-24 ay arasında emzirdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Doğum sırasında kullanılan doğal metodlar sorulduğunda ağrı ile baş etmede %28.3'ü nefes

**Grafik 1. Araştırmaya katılan kadınların doğum sonu ilk emzirme durumları**

egzersizlerini kullandığını belirtirken %0.6'sı ise dış almayı seçtiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yarısından biraz azı (%45.6) bebekleri ile ten tene temas kurabildiğini ifade etmiştir. TTT sürelerine bakıldığında sadece %1.1'nin 16 dakikadan uzun olduğunu, %32.8'inin ise 2-5 dakika sürdüğünü belirtmişlerdir. TTT tercih nedenleri sorgulandığında ise %12.2'si doğuma hazırlık eğitiminin etken olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan kadınların doğum yaptıkları yere göre doğum şekillerine bakılmış ve kadınların yarısından çoğu (%53.6) özel hastanede doğurmuş ve

Tablo 3. Araştırmaya katılan kadınların emzirme durumları (N=180)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum Sonu İlk Emzirme		
Ten Tene Temas (TTT) sırasında	13	7.2
1 saat içerisinde	98	54.4
1 saat sonra	29	16.1
2 saat sonra	19	10.6
3 saat>	20	11.1
Emzirme Süresi		
Hiç	2	1.5
2 ay<	1	0.5
3-6 ay	15	8.2
7-12 ay	63	35.0
13-24 ay	79	48.8
25>	9	5.0

Tablo 4. Doğum sırasında kullanılan doğal metodlar

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrı ile Baş Etme		
Masaj	15	8.3
Aktif pozisyon	19	10.6
Odaklanma	17	9.4
Nefes	51	28.3
Duş	1	0.6
Diğer	32	17.8
Ten Tene Temas*		
Evet	82	45.6
Hayır	96	53.3
TTT Kaç Dakika Sürmüş		
1dk<	15	8.3
2-5dk	59	32.8
6-15dk	6	3.3
16dk>	2	1.1
TTT Tercih Nedeni		
Eğitim alma	22	12.2
İlk dokunuş için	24	13.3
Güven duygusu için	2	1.1
Güçlü hissetmek için	6	3.3
Anne-bebek bağı için	14	7.8
Doğum ekibinin uygulaması olduğu için	7	3.9
Cevapsız	2	1.1

bu doğumların sezeryan oranı devlet hastanesine göre daha yüksek çıkmıştır (%68.9). Doğum yeri ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan kadınların doğum yaptıkları yere göre ilk emzirme saati ve ten tene temas arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır ($p=0.098$) (Tablo 6 ve Tablo 7).

Katılımcıların doğum şekilleri ile ilk emzirme zamanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde doğum şekli ile ilk emzirme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p=0.097$).

Araştırmaya katılan kadınların veri toplandığı andaki emzirme durumları ile doğum şekli arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; epizyotomili

vajinal doğum yapanların sadece %2.5'inin emzirdiği, müdahaleli doğum yapan kadınların %50'sinin bebeklerini anne sütü+ek gıda ile beslediği ve %50'sinin emzirmedeği belirlenmiştir. Doğal doğum yapan kadınların %88.9'u anne sütü+ek gıda ile bebeklerini beslerken, spinal-sezaryen doğum yapan kadınların %42.4'ünün ise emzirmedeği bulunmuştur. Yapılan doğum şekli ile emzirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.186$).

Katılımcıların doğum desteği alma durumlarına bakıldığında %5'i ebe desteği aldığını, %2.2'si anne desteği, %30.6'sı eş desteği aldığını ve %58.9'u ise doğum desteği almadığını ifade etmiştir. Doğuma hazırlık eğitimine katılmaya karar verme nedenlerine

Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların doğum yaptığı yer ve doğum şekli

Doğum Şekli	Doğum Yeri				Toplam
	Özel Hastane		Devlet Hastanesi		
	n	%	n	%	
Epizyotomili vajinal	29	35.3	53	64.7	82
Müdehalaleli-vajinal	2	100.0	0	0	2
Doğal doğum	5	55.5	4	44.5	9
Spinal anestezi ile sezaryen doğum	24	72.7	9	27.3	33
Genel anestezi ile sezaryen doğum	36	66.6	18	33.4	54
Toplam	96	53.4	84	46.6	180

$\chi^2=16.896$ $p=0.000$

Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların doğum yaptığı yer ve ilk emzirme saatleri

İlk Emzirme	Doğum Yeri				Toplam
	Özel Hastane		Devlet Hastanesi		
	n	%	n	%	
TTT sırasında	6	46.1	7	53.9	13
1 saat içerisinde	57	58.1	41	41.9	98
1 saat sonra	17	58.6	12	41.4	29
2 saat sonra	8	42.1	11	57.9	19
3 saat>	8	40.0	12	60.0	20
Toplam	96	100.0	83	100.0	179

$\chi^2=2.744$ $p=0.098$

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların doğum yaptığı yer ve ten tene temas tercihleri

Ten Tene Temas	Doğum Yeri				Toplam
	Özel Hastane		Devlet Hastanesi		
	n	%	n	%	
Evet	38	46.9	43	53.1	81
Hayır	57	59.3	39	40.7	96
Toplam	95	100.0	82	100.0	177

bakıldığında da %36.7'si eğitimcilerin tanıtımının etkin olduğunu belirtirken %5'i ise doktorunun tavsiyesi ile katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %93.3'ü doğuma hazırlık sınıfını yeterli bulduğunu, %6.7'si ise yeterli bulmadığını ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Ülkemizde 2016 yılı doğum istatistikleri incelendiğinde toplam doğurganlık hızının 2.10, kaba doğum hızının %16.5, doğum sayısının 1.309.771 ve annelerin yaş ortalamasının 28.1 olduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2017). TNSA-2013 sonuçları, üreme çağındaki tüm kadınların yüzde 4'ünden biraz fazlasının gebe olduğunu göstermektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Bu veriler bize ülkemizde doğurganlığın yüksek olduğunu ve verileri iyileştirmeye yönelik adımlar atılması gerektiğini göstermektedir. Antenatal bakım (en az bir ziyaret) oranının %98 olmasına karşın doğum şekillerine baktığımızda sezaryen oranının %53 olduğu ve sektörlere göre sezaryen oranları irdelendiğinde kamu hastanelerinde %37.5 iken özel hastanelerde bu oranın %70.5'e kadar yükseldiği belirlenmiştir (TÜİK, 2015). Ülkemizdeki bu veriler rehberliğinde yapılan bu çalışmada, katılımcıların %58.9'unun doğum desteği aldığı, %18.3'ü spinal-sezaryen doğum ve %30'unun ise genel aneztesi-sezaryen doğum yaptığı, doğum sonu ilk emzirmenin %7.2'sinin ten tene temas sırasında gerçekleştiği, %54.4'ünün ilk 1 saat içerisinde emzirdiği, %45.6'sının ise ten tene temas uyguladığı belirlenmiştir.

Doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınların yaş ortalamaları irdelendiğinde, Şeker (2006)'in çalışmasında yaş ortalamasının 27.47 ± 3.62 , Okumuş, Mete, Aytur, Yenal ve Demir (2001)'in çalışmasında gebelerin %54.3'ünün 25-29 yaş arasında, Coşar ve Demirci (2012)'nin çalışmasında ise yaş ortalamasının 28.63 ± 3.73 olduğunu belirlenmiştir. Araştırmamızda da yaş ortalamasına baktığımızda bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda eğitime katılan gebelerin eğitim seviyeleri ile araştırmamızın sonuçları da benzerlik göstermektedir

(Coşar ve Demirci, 2012; Okumuş ve ark., 2001; Şeker, 2006). Çalışmamızda eğitim seviyesinin yüksek olmasının doğum eğitime katılma isteği ile doğum hakkında yayın, kitap takip etme durumunun yüksek olması ile bağlantılı olduğu, doğuma hazırlık sınıfına partnerleri ile birlikte kendi istekleri ile katılmalarında büyük oranda etkili olduğu düşünülmektedir.

Doğum sırasında anne adayının yanında destek olmak amacıyla sevdiği birinin, arkadaş veya en önemlisi olan ebe desteğinin anne ve bebek açısından çok önemli faydaları vardır. Yapılan çalışmalarda da doğum eylemi süresince desteğin olması ve sürdürülmesinin önemli olduğu belirtilmiştir. Doğumda özellikle ebe desteğinin sürekli devam ettiği kadınların destek almayan kadınlara oranla; daha az sezaryen olduğu, müdahale oranlarının azaldığı, epidural anestezilerin daha az oranda tercih edildiği, analjezik kullanımının azaldığı ve doğum korkusunun daha az olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında verilen bire bir ebe desteğine doğumun erken evresinde başlanmasının daha etkili ve faydalı olduğu da vurgulanmıştır (Coşar ve Demirci, 2012; Eriksson, Westman ve Hamberg, 2006; Eranlı, 2007). Araştırmamızda katılımcıların doğum desteği alma durumlarına bakıldığında %5'i ebe desteği aldığını, %2.2'si anne desteği, %30.6'sı eş desteği aldığını ve %58.9'u ise doğum desteği almadığını ifade etmiştir. Doğum desteği almamış olanların oranının yüksek olmasının, hastanelerde bu süreç ile ilgili uygulamaların yaygın olmamasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Doğum sırasında gösterilen tepki, dalgaları karşılama ve ağrı ile baş etme yöntemleri her kadında farklı şekilde gelişir. Ağrı sırasında fiziksel tepkiler verme, mimiklerde değişim, inleme şeklinde ses çıkarma ya da yüksek sesle bağırma en çok görülen tepkiler arasındadır (Hodnett, Gates, Hofmeyr ve Sakala, 2007; Yıldırım, 2001). Özellikle ilk gebeliği olan anne adayları doğum salonuna zihinlerinde taşıdıkları olumsuz duygularla gelirler. Doğum deneyiminin olmaması ve olumsuz doğum hikâyelerinin zihinlerinde yer alması nedeniyle ne yapacağı, dalgaları ile nasıl başa çıkacağı ve süreç konusunda hazır olmadıkları için, korku,

endişe gibi negatif duygular yaşayabilmektedir. Gebelerin bu duygular ile kontrolünü kaybedip kendine zarar vermeye kadar varan duygusal ve fiziksel tepkiler gösterdiği görülmektedir. Bu tepkilerin ardından sürecin sonunda utanma ve benlik duygusunda azalma meydana gelmekte ve kadınların olumsuz doğum deneyimleri bir sonraki doğumlarını da olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu durum annelerin doğum sonu dönemde depresyona girmesine, anne ve bebek iletişiminin kopmasına ve sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine de yol açabilmektedir (Coşar ve Demirci, 2012). Araştırmamızda ağrı ile baş etmede %28.3'ü nefes egzersizlerini kullandığını belirtirken %0.6'sı ise duş almayı seçtiğini belirtmiştir. Hastanelerin şartlarının uygun olmaması nedeniyle ağrıyla baş etme yöntemi seçeneklerinin bilinmesine rağmen uygulamada kısıtlandığı ve seçeneklerin azaldığı belirlenmiştir.

Doğuma hazırlık eğitimlerinin katkı sağlayabileceği diğer bir durum ise doğum şekli tercihinin vajinal doğum olmasıdır ve bu sonuç yapılan araştırmalarla da desteklenmektedir (Mete, Çiçek, Tokat, Çamlıbel ve Uludağ, 2017; Serçekuş ve Başkale, 2016; Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer ve Saade, 2012). Çalışmamızda da %45.6'lık epizyotomili vajinal doğum oranı ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Yapılan araştırmalar, doğuma hazırlık eğitimlerinde gebe ve eşinin, doğumda uygulanacak analjezi teknikleri konusunda bilinçlendirilmesi ile spontan vajinal doğum oranlarının artabileceği belirlenmiştir (Serçekuş ve Başkale, 2016). Bu sonucun çıkmasında, kadınların doğum şekli tercihlerinde prenatal ve doğum eylemi sırasındaki otonomisi ve karar vermenin önemli rol oynadığı ifade edilmektedir (Mete ve ark., 2017). Çalışmamız kapsamında verilen doğuma hazırlık eğitimlerinde katılımcıların kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanması, doğum planlarının yapılması, doğum şekillerinin anlatılması, olumlu ve olumsuz yönlerinin tartışılmasının doğum şekli verilerine yansıdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda doğum yaptıkları yere göre doğum şekillerine bakılmış ve kadınların yarısından çoğunun (%53.6) özel hastanede doğmuş ve bu doğumların sezeryan oranının devlet

hastanesine göre daha yüksek olduğu, doğum yeri ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p=0.000).

Doğumun ardından en erken dönemde anne-bebek bağlanmasını başlatmak için bebek eğer sağlıklı olarak doğmuşsa doğrudan anneye verilerek ten teması ile emmesi sağlanmalıdır. Özellikle ilk bebeklerini karşılayan ebeveynlerin kendilerine güvenmeleri ve bebek bakımı konusundaki becerilerinin artırılması amacıyla doğumdan önce hazırlık sınıflarına yönlendirilmesi oldukça önemlidir (Yılmaz, 2013). Araştırmamıza katılan kadınların yarısından biraz azı (%45.6) bebekleri ile ten tene temas (TTT) kurabildiğini ifade etmiştir. TTT sürelerine bakıldığında sadece %1.1'nin 16 dakikadan uzun olduğu, %32.8'inin ise 2-5 dakika sürdüğü belirlenmiştir. TTT tercih nedenleri sorgulandığında ise %12.2'si doğuma hazırlık eğitiminin etken olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda emzirmenin oldukça yaygın olduğu ve doğumdan hemen sonraki ilk aylarda her bebeğin anne sütü ile beslendiği görülmektedir. "Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesinde doğum hizmetlerinin rolüne ilişkin önerileri kapsayan -başarılı emzirme ile ilgili 10 öneri-içerisinde" yeni doğmuş olan bebeğin doğumu takip eden ilk otuz dakika içinde anne ile ten temasının sağlanması vurgulanmaktadır. Böylece süt oluşumu daha hızlı bir şekilde artırılabilir (Tunçbilek, 1995). Başka bir araştırmada; bebeklerin %68.5'inin ilk 60 dakika içinde emzirmeye başladığı ve %69.4'ünün bebek her istediğinde emzirdiği belirtilmiştir. Daha önce yapılan araştırmalarda ise ilk 60 dakika içinde emzirmeye başlama oranlarının birbirinden oldukça farklı olduğu görülmektedir. Literatürde desteklediği gibi bebeğin ilk 30 dakika içinde emzirmeye başlanması pek çok etkenden (doğum şekli, müdahaleler, doğum süresi, doğum ortamı, postpartum komplikasyon varlığı gibi) dolayı ertelenebildiği, ancak emzirme sıklığının ve devamlılığının annenin emzirme konusundaki bilgi ve isteğine bağlı olduğu ifade edilmektedir (Tunçel, Dündar, Canbaz ve Pekşen, 2006). Postpartum dönemde annenin yaşadığı fizyolojik, duygusal,

sosyal ve psikolojik değişikliklere uyumlanması, annelik rolünü benimsemesi ve taburcu olduğunda kendine ve bebeğine tek başına bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik eğitim açığının belirlenmesi ve bu gereksinimleri doğrultusunda bakım, destek, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi oldukça önemlidir. Bu danışmanlık hizmetlerinin en önemlisi emzirme danışmanlığıdır. İlk emzirmenin başlatılması ve sürdürülebilmesi için verilen bu eğitim ve danışmanlık oldukça önemli olup ebe ve hemşireler bu alanda kilit rol oynamaktadırlar (Başer, Mucuk, Korkmaz ve Seviğ, 2005; Çalışır ve ark., 2008; Gölbaşı, 2003). Emzirme oldukça doğal ve basit bir olaymış gibi algılanmasına karşın, annelerin; başlangıçta nasıl emzireceği konusunda yeterli bilgi ve beceriye, sütünün bebeğine yetip yetmeyeceği konusunda kendine güven duygusuna ve destek sağlayan bir çevreye gereksinimi vardır. Fakat doğumların yapıldığı ortamlarda emzirme konusunda anneler yalnız kalmakta, anneye doğru bilgi ve destek verme konusunda eksiklikler yaşanmakta ve başarılı bir emzirme çoğu kez başlatılamamaktadır (Yurdakök, 2004). Bu araştırmamızda da doğum şekli ile ilk emzirme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

"TNSA 2013 verileri bebeklerin yüzde 58'inin yaşamın ilk iki ayında sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Bu yüzde çocuğun büyümesiyle birlikte hızla azalmakta, "4-5 aylık bebeklerde yüzde 10'a kadar" gerilemektedir. Sonuçlar "aynı zamanda 2 ayıktan küçük çocukların yüzde 10'unun anne sütü ile beraber su, içinde su olan sıvılar ve meyve suyu aldıklarını göstermektedir (predominantly breastfed)". İki aydan daha küçük çocukların dörtte biri anne sütü dışındaki süt ile beslenmiştir. Verilere göre altıncı aydan on altıncı aya kadar bebeklerin yarısından fazlasına hem anne sütü hem de ek gıda verilmiştir. On altıncı aydan sonra bu oran düşmeye başlamakta ve 24-27 aylık çocuklarda yüzde 14'e düşmektedir

(Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Araştırmamızda şu anki emzirme sürelerine baktığımızda %0.5'i 2 aydan az emzirdiğini belirtirken katılımcıların çoğunluğu %48.8 ile 13-24 ay arasında emzirdiklerini ifade etmişlerdir. Doğuma hazırlık eğitimi almalarının emzirmeyi sürdürmeyi etkilediği fakat yapılan doğum şekli ile emzirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p=0.097$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin, doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri gibi özellikleri ile ilgili temel veri sağlamıştır. Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin ülkemizdeki veriler ile karşılaştırıldığında vajinal doğum farkındalıklarının arttığı, eğitimin ten tene teması talep etme ve uygulama farkındalığı oluşturduğu ve doğum yeri ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup doğum sırasında yapılan müdahalelerin azaltılmasının ilk emzirme süresini etkilediği belirlenmiştir. Gebe eğitim okullarında verilen eğitimler ile müdahale oranları azaltılarak emzirme başarısı artırılabilir. Bunun yanında doğum desteği alma durumu ve ten tene temas birçok değişkenden etkilenmekte olup bunlardan en önemlisi doğum ekibinin bakış açısı ve hastane politikasıdır. Bu nedenle doğuma hazırlık eğitimleri bu konuda tek başına yeterli olmayıp hastane politikalarının da destekleyici yönde geliştirilmesi ve diğer sağlık ekip üyelerinin de bu felsefeyi benimseyerek hareket etmeleri süreci etkileyebilir. Doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, uygulanması ve ebe ve hemşirelerin bu alanda kendilerini eğitebilmeleri için doğuma hazırlık eğitici eğitimi kurslarının sayısının artırılması, eğitim standartlarının oluşturulması ve öğrenci ebe ve hemşirelerin farkındalıklarının artırılması için ders müfredatına doğuma hazırlık eğitimlerinin konulması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Alioğulları, S. A., Esencan, T. Y., Ünal, A. ve Şimşek, Ç. (2016). Anne sütünün faydalarını ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 252-260.
- Başer, M., Mucuk, S., Korkmaz, Z. ve Seviğ, Ü. (2005). Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi [(Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)]. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 54-58.
- Kızılkaya-Beji, N. ve Dişsiz, M. (2015). Gebelik ve hemşirelik yaklaşımı. N. Kızılkaya-Beji (Ed.), *Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları* içinde (s. 294-300). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bolbol-Hanhangi, N., Masoumi, Z. S., & Kazemi, F. (2016). Effect of continued support of midwifery students in labour on the childbirth and labour consequences: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(9), 14-16.
- Callister, L. C. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), 508-518.
- Coşar, F. ve Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 18-30.
- Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Taşçoğlu-Anaç, G. ve Türkmen, M. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 31-44.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 625-640.
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2006). Content of childbirth-related fear in swedish women and men: analysis of an open-ended question. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), 112-118.
- Ersanlı, C. (2007). *İndüksiyon uygulanan primipar gebelerde travayda verilen eğitim ile dinlenen müziğin doğum sürecine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 15-22.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013*. Ankara: Yazar.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No:CD003766.
- Karaçam, Z. ve Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/ hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.
- Mete, S., Çiçek, Ö., Tokat, M. A., Çamlıbel, M. ve Uludağ, E. (2017). Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 201-206.
- Onbaşı, Ş. (2009). *Doğum öncesinde anne adaylarına verilen anne sütü ve emzirme eğitiminin emzirme oranına ve süresine etkisi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne.
- Okumuş, H., Mete, S., Aytur, T., Yenil, K. ve Demir, N. (2001). *Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıflarının etkisinin incelenmesi* (Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Fonu, Proje No: 957.98.01.01).
- Rathfisch, G. (Eds.). (2012). *Doğal doğumu destekleyen yaklaşımlar, doğal doğum felsefesi* içinde (s. 12-30). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Serçekuş, P., Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34(2016), 166-172.
- Spong, C. Y., Berghella, V., Wenstrom, K. D., Mercer, B. M., & Saade, G. R. (2012). Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1181-1193.
- Şeker, S. E. (2006). *Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi* (Doktora Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Tunçbilek, E. (1995). *Türkiye'de bebek ölümleri ve nedenleri*. Tunçbilek, E. (Ed.), *Çocuk sağlığı temel bilgiler* (3. basım) içinde (s. 9-18). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınevi.
- Tunçel, K. E., Dündar, C., Canbaz, S. ve Pekşen, Y. (2006). Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 1-6.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2017). *Gebe bilgilendirme sınıfı sağlık personeline yönelik*. Erişim adresi: <http://yeni.thsk.gov.tr/kadinureme-sikca-sorulan-sorular/1638-kadinureme-gebe-bilgilendirme-sinifi-saglik-personeline-yonelik.html>
- Türkiye İstatistikleri Kurumu (TÜİK) (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Erişim adresi: http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017). *Temel istatistikler: Temel doğurganlık ve ölümlülük göstergeleri*. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- Yıldırım, G. (2001). *Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Yılmaz, S. D. (2013). Prenatal anne- bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3), 28-33.
- Yurdakök, K. (2004). Anne sütü ile beslenme. M. Yurdakök ve G. Erdem (Ed.), *Neonatoloji Prematürite* içinde (s. 119-124). Ankara: Neonatoloji, Türk Neonatoloji Derneği.

Nörolojik Hastalıklarda Uygulanan Abdominal Masajın Etkinliğini Değerlendiren Çalışmaların İncelenmesi

Review of Studies Evaluating the Efficacy of Abdominal Massage in Neurologic Diseases

Dilek Baykal¹, Dilek Yıldırım², Gülbeyaz Can³



DOI: 10.26650/FNJN.387205

¹Öğr. Gör., Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
²Arş. Gör., İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
³Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:
Dilek Baykal,
Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Sütüce Mahallesi, İmrahor Caddesi, No: 82 Beyoğlu, İstanbul, Türkiye
Telefon/Phone: +90 212 924 2444/1050
E-posta/E-mail: dbaykal@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 25.10.2016
Kabul tarihi/Date of acceptance: 09.08.2017

Atf/Citation: Baykal, D., Yıldırım, D. ve Can, G. (2018). Nörolojik hastalıklarda uygulanan abdominal masajın etkinliğini değerlendiren çalışmaların incelenmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 45-53. <https://doi.org/10.26650/FNJN.387205>

ÖZ

Amaç: Abdominal masajda, deri üzerinden yapılan uyarılara refleks yanıt olarak sfinkterler etkisizleşir gevşeme şeklinde göstermektedir. Abdominal masaj, konstipasyonun engellenmesinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Bu derleme nörolojik hastalıklarda uygulanan abdominal masajın etkinliğine yönelik yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi amacıyla yazıldı.

Yöntem: PUBMED, CINAHL, Google Scholar veri tabanlarında Ocak 2005 -Temmuz 2016 tarihleri arasında yayınlanan çalışmalar, "abdominal masaj", "nörolojik hastalık" ve "konstipasyon" anahtar kelimeleri yazılarak tarandı. Toplam 26 makaleye ulaşıldı. Bu çalışmaların 10'u deneysel, diğerleri ise derleme ve tanımlayıcı nitelikte çalışmaydı. Deneysel çalışmaların 6 tanesi nörolojik hastaların katılımı ile, kalan 4 tanesi ise diğer hasta gruplarının gerçekleştirilmiştir. Derlememize, nörolojik hastalarda uygulanan abdominal masajın etkinliğini inceleyen 6 çalışma dahil edildi.

Bulgular: Nöroloji hastalarında 3-6 hafta boyunca, günde ortalama 15 dakika uygulanan abdominal masajın konstipasyonun şiddetini, distansiyonu, bağırsak boşaltım güçlüğünü, ağrıyı azalttığı, bağırsak motilitesini ve defekasyon sıklığını artırdığı bildirilmiştir. Hemşirelerin bağımsız rolleri arasında yer alan abdominal masaj uygulamasının, maliyet etkili, uygulanması kolay ve bilinen yan etkisi olmaması nedeniyle nörolojik hastalarda konstipasyon yönetiminde kullanılabilecek yaklaşım olduğu ifade edilmiştir.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda abdominal masaj uygulamasının nörolojik hastalıklarda distansiyonu, ağrıyı azalttığı ve defekasyon sayısını, gastrik motiliteyi artırdığı bildirilse de, etkinliğine yönelik net bir sonuca ulaşmak mümkün değildir. Daha fazla sayıda hastanın katılımı ile gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Abdominal masaj, nörolojik hastalıklar, konstipasyon

ABSTRACT

Aim: Abdominal massage produces stimuli through the skin, which initiates a reflex response in sphincters and results in clenching and flexing of sphincters. Abdominal massage has been used to prevent constipation for several years. Digestive secretions and muscle motility increase due to this stimulation of the parasympathetic system. Consequently, the rates of gastric emptying and bowel peristalsis increase, leading to defecation. Studies conducted till date have shown that abdominal massage decreases distension and pain and increases the frequency of defecation and gastric motility. The purpose of this article is to review the studies evaluating the efficacy of abdominal massage in patients with neurologic diseases.

Method: Studies that were published in PUBMED, CINAHL and Google Scholar databases between January 2005 and July 2016, have been screened using "abdominal massage", "neurologic disease" and "constipation" keywords. Twenty six articles have been found. Ten of these studies were experimental, while the others were definitive and review articles. Four of experimental studies have been conducted in neurology patients while 6 were in other patient groups. Six studies that were conducted to investigate abdominal massage's efficiency in neurologic patients have been reviewed in this current review.

Results: It has been reported that, abdominal massage for average 15 minutes per day for the duration of 3 to 6 weeks in neurology patients reduced constipation severity, gastric emptying disorder and pain while increasing bowel motility and defecation frequency. Abdominal massage, one of the independent roles of nurses, is a recommended method in constipation management in neurologic patients since it is cost efficient and convenient technique without a known adverse event.

Conclusion: Studies have shown that abdominal massage decreases distension and pain; and increases number of defecations and gastric motility in neurologic diseases. However, there is not enough evidence based data to reach a conclusion on efficiency of abdominal massage in neurologic diseases.

Keywords: Abdominal massage, neurologic diseases, constipation

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Constipation is defined as abnormal feelings such as discomfort, tension, and bloating caused due to the lack of adequate frequency and amount of defecation. It has been frequently observed as a health problem. Moreover, the incidence of constipation is even higher in patients with neurologic diseases (Bengi, Yalçın, & Akpınar, 2014; Johanson, Sonnenberg, & Koch, 1989). The number of defecations and amount of fecal mass vary greatly amongst different individuals and populations (Yurdakul, 2001). For this reason, these factors cannot be used alone to define standards for constipation (Omar, 2008). Therefore, criteria such as Rome I, II and III have been used to develop a standard definition of constipation. According to the recently published Rome III criteria for constipation, symptoms must start 6 months before diagnosis, and a patient must have had diagnostic criteria over the preceding 3 months (Marples, 2011; Omar, 2008; Yurdakul, 2007).

The deterioration of motor functions in patients with neurologic diseases may produce a variety of symptoms that affect their physical, social, and psychological aspects. Physical symptoms may include fecal obstruction, prolapsus, anal fissures, vomiting, and rectal hemorrhage (Coggrave, Norton, & Cody, 2014). Regarding the effects on psychological and social aspects, it is known that patients experience a reduction in self-esteem, quality of life, and esthetic appearance and a loss of control over feelings (McClurg, Beattie, Lowe-Strong, & Hagen, 2012). Several approaches have been used to prevent and treat constipation, including pharmacologic (laxatives, enema, suppositories, surgery) and nonpharmacologic (exercise, increasing fluid intake, high fiber diet, biofeedback, reflexology, acupuncture, abdominal massage) therapies (Arslan, 2010; Kaya, 2011; Kyle, 2011; Marples, 2011; Omar, 2008).

Abdominal massage has been used to prevent constipation for several years. This type of massage involves a clockwise rubbing and vibration technique over a patient's abdomen where the bowels are located, with the patient in the supine or semi-fowler position (McClurg, Hagen, & Dickinson, 2011; Uysal, 2010). Abdominal massage causes sphincter movement (constriction and relaxation) and stimulates the parasympathetic system. This parasympathetic stimulation increases the digestive secretions and muscle motility, which thus leads to an increase in the rates of gastric emptying and bowel peristalsis, resulting in defecation (Krassioukov, Eng, Claxton, Sakakibara, & Shum 2010; McClurg et al., 2016; Özişler, Köklü, Özel, & Ünsal-Delialioğlu, 2015). Studies have shown that abdominal massage decreases distension and pain and increases the frequency of defecation and gastric motility in patients with neurologic diseases.

Aim: The purpose of this article is to review the studies evaluating the efficacy of abdominal massage applied in patients with neurologic diseases on their gastrointestinal functions.

Method: A total of 26 articles were found on PubMed, CINAHL, and Google Scholar databases using relevant keywords, which were published between January 2005 and July 2016. Of these 26 studies, 10 were experimental, while the remaining were definitive and review articles. Four of the experimental studies were conducted on patients with neurologic diseases, while the remaining six involved other patient groups. This article reviews six studies that investigated the efficacy of abdominal massage in patients with neurologic diseases.

Results: Abdominal massage done for an average of 15 min a day with a duration of 3-6 weeks in patients with neurologic diseases reduces constipation severity, gastric emptying disorder, and pain and increases bowel motility and defecation frequency. In addition, although abdominal massage is one of the independent roles of nurses, it is a cost efficient and easy to apply nonpharmacologic technique without known adverse events. The

ideal duration, frequency and technique of abdominal massage and key factors that influence efficacy in different patient groups; have been identified by studies conducted in patients with Parkinson's disease, spinal cord injury and cerebrovascular incident. However there are no standard criteria for monitoring patients, and the studies that have been performed included small sample size groups.

Conclusion: Based on this review, it can be concluded that abdominal massage is a safe and efficacious nonpharmacologic method that can be applied for the management of constipation in patients with neurologic diseases. However, there is a need for large scale, randomized controlled studies in patient groups with various neurologic disorders.

GİRİŞ

Konstipasyon, yeterli sayıda ve miktarda dışkılama olmaması sonucu bireyin alt abdominal bölgesinde rahatsızlık, gerginlik, şişkinlik gibi anormallik hissi yaşamaya sebep olmaktadır. Bu belirtilerin şiddeti de kişiden kişiye farklılık gösterebilir (Bengi, Yalçın ve Akpınar, 2014; Johanson, Sonnenberg ve Koch, 1989).

Konstipasyon toplumda çok sık görülen bir sağlık problemidir. Kadınlarda erkeklere, zencilerde beyazlara, çocuklarda erişkinlere, yaşlılarda gençlere göre daha sık olarak görülmektedir (Türkay, Aydoğan ve Özden, 2005).

Nörolojik hastalıklarda ise konstipasyona diğer hastalıklardan daha fazla rastlanmaktadır. Örneğin, spinal kord yaralanmalarında %80, multiple sklerozlu hastalarda ise %70 oranında konstipasyon görüldüğü bildirilmektedir (Chia ve ark., 1995; Coggrave, Norton ve Wilson-Barnett, 2009). Nörolojik hastalıklara bağlı ortaya çıkan konstipasyon değişen derecelerde hasarlara yol açabilmektedir. Bu hasarlar bölgesel ya da tamamen duyu kaybı oluşması veya istemli motor fonksiyonlardaki sorunlar nedeniyle gelişmektedir. Gelişen nörolojik fonksiyon bozukluğuyla fekal tıkaç, prolapsus, anal fissür, kusma, rektal hemoraji sıklıkla görülmektedir (Coggrave, Norton ve Cody, 2014).

Konstipasyonun tanılanmasında sıklıkla Roma I,

Roma II ya da Roma III kriterler kullanılmaktadır (Omar, 2008). Roma I kriterlerine göre en az 3 ay süre ile konstipasyon semptomlarının devamlı veya tekrarlayıcı olması öngörülmektedir; Roma II kriterlerinde semptomların son 12 ayın en az 12 haftasında görülmesi gerekmektedir. Ayrıca Roma II kriterleri kolay anlaşılabilir cevaplanacak, klinik uygulamalarda kullanılabilecek özellikte olduğu belirtilmektedir. Ancak zamanla daha da geliştirilerek ve özelleştirilerek Roma III kriterleri oluşturulmuştur (Tablo 1). Son olarak yayınlanan Roma III kriterlerine göre bireyin semptomlarının 6 ay önceden başlamış olması ve üç ay süreyle ayda üç veya daha fazla gün şikayetlerinin bulunması konstipasyon tanısını koydurmaktadır (Marples, 2011; Omar, 2008; Yurdakul, 2007).

Konstipasyon, bireylerin estetik görünümünde bozulmaya, özbenlik algısında azalmaya ve kontrol kaybına neden olabilmekte (McClurg ve ark., 2012) ve bu nedenle bireyin fiziksel, mental, sosyal iyilik hali etkilenmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir (Korkmaz, Yüksel, Ünlüoğuz ve Ünlüoğlu, 2011; Talley, 2004).

Konstipasyonu önlemede veya yönetiminde farklı farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır (Arslan, 2010). Sık kullanılan farmakolojik yaklaşımlar laksatif tedavi (hacim oluşturan laksatifler, stimulan laksatifler ve osmotik laksatifler), lavman ve suppozituar uygulamasıdır. Bazı durumlarda cerrahi girişim uygulaması da gerekebilir (Kaya, 2011; Kyle, 2011; Marples, 2011; Omar, 2008). Farmakolojik yaklaşımların yanısıra pek çok hasta konstipasyonun yönetiminde egzersiz, sıvı alımını artırma, lifli beslenme/lif alımını arttırma, biofeedback, refleksoloji, akupunktur, abdominal masaj uygulaması gibi pek çok non-farmakolojik yaklaşımı da uygulayabilir.

Konstipasyonun yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yaklaşımlardan biri abdominal masajdır, kullanımı 1870 yıllarının öncesine dayanmaktadır. Abdominal masaj uygulaması, hastaya semi fowler veya supine pozisyonu verilerek, karın duvarının üzerinden bağırsakların bulunduğu bölgeye saat yönünde sıvazlama, yoğurma ve titreşim hareketlerinin uygulanması ile yapılmaktadır. Bağırsak hareketlerini uyaran invaziv girişimdir (McClurg, Hagen ve Dickinson, 2011; Uysal,

Tablo 1. Konstipasyon için Roma III kriterleri

Tanı kriterleri*
1. Aşağıdakilerden iki ya da daha fazlasını içermelidir
Defekasyonların en az %25'inde zorlanma/ ıkınma
Defekasyonların en az %25'inde topak topak ya da sert dışkılama
Defekasyonların en az %25'inde tam boşaltmadığını hissetme
Defekasyonların en az %25'ini anorektal obstrüksiyon/blokaj hissi
Defekasyonların en az %25'ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale (örn; parmakla boşaltım, pelvik tabandan destekleme)
Bir haftada üçten az defekasyon
2. Laksatiflerin kullanılmadığı zaman yumuşak dışkının nadir görülmesi
3. İritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması

Kaynak: Roma Foundation. (2006). Roma III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. Retrieved from http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomellIII_apA_885-898.pdf

2010). Konstipasyonu olan sağlıklı/ hasta bireyleri rahatlatmak için kullanılır (Fritz, 2009; Turan ve Aşti, 2015). Literatürde abdominal masajın parasempatik stimülasyonu, kasların motilitesini, sindirim sekresyonlarının salınımını arttırdığı bildirilmiştir (Krassioukov ve ark., 2010; McClurg ve ark., 2016; Özişler ve ark., 2015). Ayrıca gastrointestinal sistemdeki sfinkterlerin gevşemesini sağlayarak, sindirim sistemi organları üzerine mekanik ve refleks etki gösterdiği de ifade edilmiştir. Bu etkilerle dayanarak abdominal masaj uygulaması, mide boşalma hızını ve bağırsak peristaltizmi hızlandırarak bağırsakların boşalmasını sağlamaktadır (Turan, 2012). Bu sistematik derlemede, literatür incelemesi yapılarak nörolojik hastalıklarda gelişen konstipasyonun önlenmesinde abdominal masaj uygulamasının etkinliği incelenecektir.

YÖNTEM

Literatür incelemesi, Ocak 2005-Temmuz 2016 tarihleri arasında PUBMED, CINAHL, Google Scholar veri tabanlarında yayınlanan çalışmalar, "abdominal masaj", "nörolojik hastalık" ve "konstipasyon" anahtar kelimeler kullanılarak gerçekleştirildi. Toplam 26 makaleye ulaşıldı. Bu çalışmaların 10'u deneysel, diğerleri ise derleme ve tanımlayıcı nitelikte çalışmaydı. Deneysel çalışmaların 6 tanesi nörolojik hastaların katılımı ile, kalan 4 tanesi ise diğer hasta gruplarının gerçekleştirilmişti. Çalışmamıza, nörolojik hastalarda uygulanan abdominal masajın etkinliğini inceleyen 6 çalışma dahil edildi.

BULGULAR

Literatür incelemesine dahil edilen 6 çalışmanın 2'si randomize kontrollü, 3'ü deneysel, 1 derinlemesine görüşme çalışmasıdır. Bu çalışmaların 2'si multiple skleroz (MS), 1'i Parkinson, 2'si spinal kord, 1'i serebrovasküler atak geçiren hastanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Hastalara abdominal masaj uygulaması 3-6 hafta boyunca, günde ortalama 15 dakika uygulanmıştır.

Değerlendirmede Constipation Scoring System, Neurogenic Bowel Dysfunction Score, Gastrointestinal Rating Scale, Neurogenic Bowel Dysfunction,

Constipation Assesment Scale, Constipation Severity Instrument (Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği) gibi ölçekler kullanıldığı görülmektedir. Bu ölçeklerden konstipasyon ciddiyet ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği Kaya ve Turan (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Yapılan değerlendirme sonucunda, abdominal masaj uygulamasının konstipasyonun şiddetini, distansiyonu, bağırsak boşaltım gücünü, ağrıyı azalttığı, bağırsak motilitesini ve defekasyon sıklığını arttırdığı bildirilmiştir (Tablo 2).

Spinal kord yaralanması olan hastalarla yapılmış 2 çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan birinde spinal kord yaralanması olan hastaların katılımı ile gerçekleştirildiği tek gruplu çalışmada, abdominal masajın defekasyon sıklığını arttırdığı, fekal inkontinans ve abdominal distansiyonu azalttığını saptamışlardır. Ayaş, Leblebici, Sözcü, Bayramoğlu ve Niron (2006) yine spinal kord yaralanması olan hastalarda oluşturulmuş bağırsak programının (dijital stimülasyon, oral ilaç, fitiller, karın masajı, valsava manevrası ve manuel boşaltım) gastrointestinal problemler ve nörojenik bağırsak disfonksiyonun şiddetine etkisini değerlendirmek amacıyla çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada uygulanan bağırsak programının konstipasyon, bağırsak boşaltımının gücü, abdominal distansiyon/ağrıyı büyük oranda azalttığını saptamışlardır (Özişler ve ark., 2015).

Multiple skleroz (MS) tanısı olan hastaların katılımı ile gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada, dört hafta boyunca uygulanan abdominal masaj tedavisi sonucunda bireylerde defekasyon frekansı ve gaita yoğunluğunun arttığı, defekasyon süresinin azaldığı bulunmuştur. MS olan bireylerde abdominal masajın kronik konstipasyon semptomlarını iyileştirdiği bildirilmiştir (McClurg, Hagen, Hawkins ve Lowe-Strong, 2011). McClurg ve ark. (2012) 12 multiple skleroz tanılı konstipasyon şikayeti olan hastalarla derinlemesine görüşme yaptıklarında genel olarak kişilerin dış görünüm kaygısı, kendine saygı ve kontrolün kendinde olmama duygusu yaşadıkları görülmüştür. Kendileriyle ilgili kimlik algıları değerlendirildiğinde katılımcılardan Karen yaşadığı durumu şu şekilde ifade etmiştir: "14 gün tuvalete gitmeyebiliyorum ve bu durumun bana

Tablo 2. Nörolojik hastalıklarda abdominal masaj uygulaması hakkında yapılmış çalışmalar

Çalışma	Çalışma amacı	Hasta Grubu		Uygulanan Girişim/Yaklaşım		Değerlendirme	Sonuç
		Deney	Kontrol	Deney Grubu	Kontrol Grubu		
McClurg D, Hagen S, Hawkins S, Lowe-Strong A. 2011	MS'li hastalarda, konstipasyonun yönetiminde abdominal masajın uygulanabilirliğini belirlemek.	MS tanısı almış 15 hasta	MS tanısı almış 15 hasta	4 hafta boyunca, günde 1 kez 15 dakikalık abdominal masaj uygulaması yapıldı	Abdominal masaj uygulamasını düzenli yapması tavsiye edildi	Veriler abdominal masaj uygulamasına başlamadan önce ve abdominal masaj uygulamasının 4. ve 8. haftasında değerlendirildi. Değerlendirme aracı olarak Constipation Scoring System (CSS), Neurogenic Bowel Dysfunction Score ve haftalık bağırsak günlüğü kullanıldı.	Kontrol grubuna kıyasla deney grubunda daha etkili olduğu bildirilmiştir. Her iki grupta CSS skorlarının azaldığı, defekasyon frekans ve gaita yoğunluğunun arttığı, defekasyon süresinin azaldığı ve MS'li bireylerde abdominal masaj uygulamasının kronik konstipasyon şikayetlerini iyileştirmede etkili yaklaşım olduğu saptanmıştır.
McClurg D, Beattie K, Lowe-Strong A, Hagen S. 2012.	MS'li hastalarda konstipasyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek.	15 kişi (12 kişiyle derinlemesine görüşme yapıldı)	15 kişi	Abdominal masaj uygulaması ve bağırsak bakımı yapıldı	Bağırsak bakımı yapıldı		Konstipasyona bağlı olarak MS'li hastaların aktivitelerinin kısıtlandığı, izolasyon, stigma, kötü dış görüntü endişesi ve kontrol kaybı duygusu yaşadığı saptanmıştır.
McClurg D, Hagen S, Jamieson K, Dickinson L, Paul L, Cunningham A.2016.	Parkinsonlu hastalarda konstipasyon ile ilişkili semptomların yönetiminde abdominal masajın uygulanabilirliğini değerlendirmek.	16 kişi	16 kişi	6 hafta boyunca, günlük abdominal masaj uygulaması ve yaşam tarzı değişikliği tavsiye edildi	Yaşam tarzı değişikliği tavsiye edildi	Veriler masaj uygulamasından sonraki 6. ve 10. haftada değerlendirildi. Değerlendirme aracı olarak Gastrointestinal Rating Scale ve haftalık bağırsak günlüğü kullanıldı.	Her iki grupta konstipasyon semptomlarındaki iyileşmenin istatistiksel açıdan farklı olmadığı saptanmıştır.
Ayaş S, Leblebici B, Sözüay S, Bayramoğlu M, Niron EA. 2006	Spinal kord yaralanması geçiren hastalarda, abdominal masaj uygulamasının bağırsak disfonksiyonu ve kolon geçiş süresini azaltmada etkisini belirlemek.	24 kişi	Yok	3 hafta boyunca, 15 dakikalık abdominal masaj uygulaması yapıldı	-	Gastrointestinal sistem fonksiyonları ve kolon geçiş süresi bir hafta ara ile değerlendirildi.	Abdominal masajın spinal kord yaralanmalı hastalarda GIS fonksiyonu üzerine pozitif etkisi olduğu saptanmıştır.
Ozisler Z, Koklu K, Özel S, Unsallıoğlu S.2015.	Spinal kord yaralanması olan hastalarda, bağırsak programının gastrointestinal sorunları ve nörojenik bağırsak disfonksiyonunun şiddetini azaltmada etkisini değerlendirmek.	Spinal kord yaralanması olan ve rehabilitasyon programını kabul eden 55 kişi.	Yok	Bağırsak programı (dijital stimülasyon, oral ilaç, fitiller, karın masajı, valsava manevrası ve manuel boşaltım) uygulaması yapıldı	-	NBD (Neurogenic Bowel dysfunction) Skoru program öncesinde ve sonrasında değerlendirildi.	Bağırsak programı uygulamasının, konstipasyon, bağırsak boşaltım güçlüğü ve abdominal distansiyon/ ağrıyı büyük oranda azalttığı saptanmıştır. NBD skoru bağırsak programı sonunda azalmıştır.
Jeon SY, Jung HM.2005.	Serebrovasküler atak geçiren hastalarda, abdominal meridyen masajının konstipasyon ile ilişkili şikayetleri azaltmada etkisini incelemek.	16 kişi	15 kişi	Abdominal meridyen masaj uygulaması yapıldı	Yok	Rome II kriterleri ve Constipation Assessment Scale kullanıldı.	Deney grubunda defekasyon sıklığında ve konstipasyon şiddetinde önemli oranda iyileşme olduğu saptanmıştır.

neler hissettirdiğini anlatamam. Çünkü tamamen dağılmış bir halde ve güvensiz hissediyorsun. Evden dışarı çıkmak istemiyorum. Kendimden tiksiniyorum. Çünkü midem, bilirsiniz öyle dolu, öyle şiş ve rahatsız ki. Sadece korkunç işte."

Abdominal masajın etkinliği diğer nörolojik hastalıklarda da değerlendirilmiştir. McClurg ve ark. (2016) parkinson hastalarında konstipasyon semptomlarına yönelik abdominal masajın uygulanabilirliği ve etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada her iki grupta konstipasyon semptomlarında azalma görülmüştür. Serebrovasküler hastalığı olan bireylerde uygulanan meridyen abdominal masajın konstipasyon semptomları üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada bireylerde defekasyon sıklığında ve konstipasyon şiddetinde önemli oranda iyileşme olduğu saptanmıştır (Jeon ve Jung, 2005). Myelopatisi olan hastalarda sadece hastanın semptomlarına yönelik değil aynı zamanda rektal dalgaları da ölçerek değerlendirdiklerinde abdominal masajın vagal aktivite ve gastrik motiliteyi arttırdığı ve rektal dalgaları çoğalttığı saptanmıştır (Liu ve ark., 2005).

Abdominal masaj uygulamalarının yaşam kalitesi üzerine etkisi de değerlendirilmiştir. Turan ve Atabek-Aştı (2016) deney ve kontrol grubu üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, abdominal masaj uygulanan deney grubunun daha sık defekasyon yaptığı, yaşam kalitelerinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Abdominal masaj, kronik konstipasyon, fekal inkontinans, abdominal kas tonusündeki değişiklikler ve abdominal ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşım bireyin sağlığını olumsuz etkilediği için ve kolay uygulanabilir olduğundan hemşireler, sağlıklı/ hasta birey tarafından rahatlıkla kullanılabilir (Sinclair, 2010; Turan ve Kaya, 2014; Uysal, 2010). Hastalarda günlük olarak konstipasyonun varlığını değerlendirmeli, yönetiminde etkili yaklaşımlar hakkında hasta ve ailesini bilgilendirerek dışkılama alışkanlığını sürdürmesini sağlanmalıdır (Arcak

ve Kasımoğlu, 2006). Abdominal masaj, dışkılamanın sağlanmasının yanında dokunma yoluyla pozitif ilişkilerin artmasına, mood ve davranışların olumlu gelişmesine de yardımcı olmaktadır (Bromley, 2014). Aynı zamanda laksatif ilaç kullanımını azaltması bakımından da maliyet-etkin bir yöntemdir (Migeon-Duballet ve ark., 2006).

Abdominal masajın etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda nörolojik hastaların konstipasyona bağlı şikayetlerinin azaldığı anlaşılmaktadır. Abdominal masaj spinal kord hasarı olan hastalarda farklı 2 yöntemle (abdominal masaj ve bağırsak programı) değerlendirilmiş olup hastaların konstipasyona bağlı semptomlarının azaldığı bildirilmiştir. Ancak abdominal masajın yeterli olmadığı bunun yanında yeterli lifli gıda ve sıvı alımının sağlanmasının önemli olduğu da vurgulanmaktadır (Veugelers ve ark., 2010). Ayrıca nörolojik hastalık varlığına rağmen mobilize olabilen hastalarda tuvalet için yeterli zaman ayırmanın da dahil edildiği total bağırsak eğitimi programlarının abdominal masaja ek olarak uygulanabileceği belirtilmektedir (Connor, Hunt, Lindley ve Adams, 2014). Bu durumu destekler nitelikte McClurg ve ark. (2016)'nın parkinson hastalarıyla yaptıkları çalışmada abdominal masaj uygulanan grupta yaşam tarzı değişikliği önerilen kontrol grubunun her ikisinde de konstipasyon şikayetlerinin azaldığı bildirilmektedir.

Konstipasyonla ilgili uygulamaların hastanın/yakınının uygulayabilmesinde entelektüel kapasitesinin de önemli olduğu bildirilmektedir (Tse, Leung, Chan, Sien ve Chan, 2000). Gerçekten de hastaya/yakınına abdominal masaj uygulama tekniklerinin öğretilmesi, total bağırsak eğitimi verilmesi ya da yaşam tarzı değişikliklerinin oluşturulması için belirli entelektüel kapasiteye sahip olunması gerektiği kaçınılmazdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak yapılan çalışmalarda abdominal masaj uygulamasının nörolojik hastalıklarda distansiyonu, ağrıyı azalttığı ve defekasyon sayısını, gastrik motiliteyi arttırdığı bildirilse de abdominal masaj uygulamasının süresi, sıklığı, yapılış şekli farklı olduğu

görülmektedir. Bu nedenle nörolojik hastalarda konstipasyonun yönetiminde masaj uygulamasının etkinliğine ilişkin bir sonuca varabilmek mümkün değildir. Konstipasyon sorunu olan nörolojik hastalarda

abdominal masajın etkinliğine yönelik genelleme yapabilmek için daha fazla sayıda hastanın katılımı ile gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Arcak, R. ve Kasimoğlu, E. (2006). Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
- Arslan, G. G. (2010). Konstipasyon. *1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı* içinde (s. 23). İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.
- Ayaş, S., Leblebici, B., Sözyay, S., Bayramoğlu, M., & Niron, E. A. (2006). The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 85(12), 951-955.
- Bengi, G., Yalçın, M. ve Akpınar, H. (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(1), 72-88.
- Bromley, D. (2014). Abdominal massage in the management of chronic constipation for children with disability. *Community Practitioner*, 87, 25-29.
- Chia, Y. W., Fowler, C. J., Kamm, M. A., Henry, M. M., Lemieux, M. C., & Swash, M. (1995). Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. *Journal of Neurology*, 242(2), 105-108.
- Coggrave, M., Norton, C., & Cody, J. D. (2014). Management of fecal incontinence and constipation in adults with central neurological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 13;(1):CD002115. doi: 10.1002/14651858.CD002115.pub5.
- Coggrave, M., Norton, C., & Wilson-Barnett, J. (2009). Management of neurogenic bowel dysfunction in the community after spinal cord injury: A postal survey in the United Kingdom. *Spinal Cord*, 47(4), 323-330.
- Connor, M., Hunt, C., Lindley, A., Adams, J. (2014). Using abdominal massage in bowel management. *Nursing Standard*, 28(45), 37-42. <https://doi.org/10.7748/ns.28.45.37.e8661>
- Fritz, S. (2009). *Mosby's fundamentals of the therapeutic massage* (4th ed.). China: Mosby Elsevier Company.
- Jeon, S. Y., & Jung, H. M. (2005). The effects of abdominal meridian massage on constipation among CVA patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(1), 135-142.
- Johanson, J. F., Sonnenberg, A., & Koch, T. R. (1989). Clinical epidemiology of chronic constipation. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 11(5), 525-536.
- Kaya, H. (2011). Bağırsak boşaltımı ve gastrik entübasyon. T. A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri* içinde (s. 1116-1145). Adana: Nobel Kitabevi.
- Kaya, N. ve Turan, N. (2011). Reliability and validity of constipation severity scale. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 31(6), 1491-1501.
- Krassioukov, A., Eng, J. J., Claxton, G., Sakakibara, B. M., Shum, S. (2010). Neurogenic bowel management after spinal cord injury: A systematic review of the evidence. *Spinal Cord*, 48(10), 718-733.
- Korkmaz, M., Yüksel, F., Ünlülalacak, M. ve Ünlüoğlu, İ. (2011). Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3), 35-41.
- Kyle, G. (2011). Managing constipation in adult patients. *Nurse Prescribing*, 9(10), 482-490.
- Liu, Z., Sakakibara, R., Odaka, T., Uchiyama, T., Yamamoto, T., Ito, T., & Hattori, T. (2005). Mechanism of abdominal massage for difficult defecation in a patient with myelopathy (HAM/TSP). *Journal of Neurology*, 252(10), 1280-1282.
- Marples, G. (2011). Diagnosis and management of slow transit constipation in adults. *Nursing Standard*, 26(8), 41-48.
- McClurg, D., Beattie, K., Lowe-Strong, A., & Hagen, S. (2012). The elephant in the room: The impact of bowel dysfunction on people with multiple sclerosis. *Journal of Association of Chartered Physiotherapist in Women's Health*, 111, 13-21.
- McClurg, D., Hagen, S., & Dickinson, L. (2011). Abdominal massage for the treatment of constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-5. DOI: 10.1002/14651858.CD009089
- McClurg, D., Hagen, S., Hawkins, S., Lowe-Strong, A. (2011). Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: A randomized controlled feasibility study. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(2), 223-233. <http://dx.doi.org/10.1177/1352458510384899>
- McClurg, D., Hagen, S., Jamieson, K., Dickinson, L., Paul, L., & Cunnington, A. (2016). Abdominal massage for the alleviation of symptoms of constipation in people with Parkinson's: A randomised controlled pilot study. *Age and Ageing*, 45(2), 299-303.
- McClurg, D., Walker, K., Aitchison, P., Jamieson, K., Dickinson, L., Paul, L., ve ark. (2016). Abdominal massage for the relief of constipation in people with Parkinson's: A qualitative study. *Parkinson's Disease*, 2016(2016), 1-10.
- Migeon-Duballet, I., Chabin, M., Gautier, A., Mistouflet, T., Bonnet, M., ve ark. (2006). Long- term efficacy and cost-effectiveness of polyethylene glycol 3350 plus electrolytes in chronic constipation: A retrospective study in a disabled population. *Current Medical Research and Opinion*, 22, 1227-1235. Doi: 10.1185/030079906X112543.
- Omar, M. M. (2008). *Fonksiyonel konstipasyon ve konstipasyon baskın irritabl barsak sendromlu hastalarda kolon transit zamanı* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Ozisler, Z., Koklu, K., Ozel, S., & Unsal-Delialioglu, S. (2015). Outcomes of bowel program in spinal cord injury patients with neurogenic bowel dysfunction. *Neural Regeneration Research*, 10(7), 1153-1158.
- Roma Foundation (2006). *Roma III diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders*. Retrieved from http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomellI_apA_885-898.pdf
- Sinclair, M. (2010). The use of abdominal massage to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 15(4), 436-446.
- Talley, N. J. (2004). Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. *Reviews in Gastroenterological Disorders*, 4(2), 3-10.

- Turan, N. (2012). *Abdominal masajın konstipasyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Turan, N. ve Aştı, T. (2015). Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 148-154.
- Turan, N., & Atabek-Aştı, T. (2016). The effect of abdominal massage on constipation and quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 39(1), 48-59.
- Turan, N., & Kaya, H. (2014). Management of constipation in neurosurgery patients. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 3(2), 81-87.
- Tse, P. W., Leung, S. S., Chan, T., Sien, A., Chan, A. K. (2000). Dietary fibre intake and constipation in children with severe developmental disabilities. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36(3), 236-239. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2000.00498.x>
- Türkay, C., Aydoğan, T. ve Özden, A. (2005). Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 9(1), 48-52.
- Uysal, N. (2010). *Aralıklı enteral beslenen hastalarda abdominal masajın gastrik rezidüel volüm ve komplikasyonlarına etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Veugelers, R., Benninga, M. A., Calis, E. A., Willemsen, S. P., Evenhuis, H., Tibboel, D., ve ark. (2010). Prevalence and clinical presentation of constipation in children with severe generalized cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(9), e216-e221. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03701.x>
- Yurdakul, İ. (2001). Konstipasyon. E. Göksoy ve İ. H. Uzun (Ed.), *Gastrointestinal sistem hastalıkları* içinde (s. 71-82). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.
- Yurdakul, İ. (2007). Kronik kabızlık. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II* içinde (s. 43-58). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.

Halk Sağlığı Hemşireliğine Adanmış Yıllar: Dünya Örnekleriyle Öncü Halk Sağlığı Hemşireleri

Years Devoted to Public Health Nursing: World Examples of Public Health Nursing Pioneers

Hatice Gürgen Şimşek¹, Ayla Bayık Temel²



DOI: 10.26650/FNJN.387216

¹Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

²Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Hatice Gürgen Şimşek, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa, Türkiye

Telefon/Phone: +90 236 233 0904

Faks/Fax: +90 236 233 7169

E-posta/E-mail: hatice_2709@hotmail.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 08.11.2016

Kabul tarihi/Date of acceptance: 15.08.2017

Atıf/Citation: Gürgen-Şimşek, H. ve Bayık-Temel, A. (2018). Halk sağlığı hemşireliğine adanmış yıllar: Dünya örnekleriyle öncü halk sağlığı hemşireleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 55-67.

<https://doi.org/10.26650/FNJN.387216>

ÖZ

Dünyada sağlığın sosyal, politik ve çevresel faktörlerden etkilenmesiyle ortaya çıkan bakım gereksinimleri halk sağlığı hemşireliğinin önemini ve gelişimini sağlamıştır. Çağdaş halk sağlığı hemşirelik uygulamalarının temellerinin oluşmasında önder olan halk sağlığı hemşirelerinin yaptıkları faaliyetlerin bilinmesi bu çalışma alanı ile ilgili gelecek planlamaları için önemlidir. Ülkemizde hemşirelik alanı ile ilgili literatür incelendiğinde de dünyada halk sağlığı hemşireliğine katkı sağlamış hemşireleri kapsamlı bir şekilde tanıtan bir makaleye rastlanmamıştır. Bu derlemede dünya örnekleriyle halk sağlığı hemşireliğinde iz bırakan hemşirelerin tanıtılması amaçlanmıştır. Öncü halk sağlığı hemşirelerinin biyografileri kapsamında; yaşadığı ülke, aldığı hemşirelik eğitimi, hemşireliği seçme nedeni, faaliyetleri, o dönemde kadının konumu, dönemin sosyal, ekonomik koşulları, sağlık sorunları, etkilendiği/etkilediği kişiler, aldığı destekler/engeller gibi özelliklerin boyutları tarihsel bakış açısıyla ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı hemşiresi, dünya, tarihçe

ABSTRACT

Community health care needs that have emerged from health problems due to social, political, and environmental factors have increased the importance and development of public health nursing. As the pioneers of the creation of contemporary public health nursing implementations, the acknowledgment of the practices of public health nurses is crucial for future planning in this field. In Turkish nursing literature, very few studies have addressed these issues. This study aims to introduce the public health nurses that have influenced public health nursing and its development through history. Within the scope of the biographies of pioneering public health nurses, features such as the countries they lived in; the nursing education they received; their reasons for choosing nursing; their nursing practice; the position of women at the time; the social, economic conditions, and health problems of the time; the people they were influenced by and those they influenced; and the support they received or the barriers they faced were reviewed from a historical perspective.

Keywords: Public health nurse, world, history

EXTENDED ABSTRACT

Community health care needs that have emerged from health problems due to social, political, and environmental factors have increased the importance and development of public health nursing in world history (Clark, 2003; Edgecombe, 2001; Klainberg, 2010). It is crucial to acknowledge the practice of these public health nurses, who were pioneers in the creation of contemporary public health nursing, for future planning in the nursing field. There are no papers in the Turkish literature on nursing describing these nursing pioneers in detail. This study aims to review the biographies of such nurses and their role in public health nursing development.

Within the scope of the biographies of pioneering public health nurses, features such as the countries they lived in; the nursing education they received; their reasons for choosing nursing; their nursing practice; the position of women at the time; the social, economic conditions, and health problems of the time; the people they were influenced by and those they influenced; and the support they received or the barriers they faced were reviewed from a historical perspective.

The worldwide evolution of public health nursing started in the late eighteenth century because of the impact of social, political, and the environmental factors on health. Poverty, inequality, disorganized primary health care services, environmental pollution, and communicable diseases had a great impact on this evolutionary process. The pioneer public health nurses took great efforts in tackling inequalities in health and promoting the accessibility of primary health care (Edgecombe, 2001), made home visits, and cared for the individuals and families having no social security and rights (Lundy & Janes, 2014). Moreover, their mission was to prevent disease and promote health and give care to the community. These nurses performed social roles in addition to their professional roles to supply the political and resource support, which gradually increased.

In the nineteenth century, Mary Frances Aikenhead was one of the earliest pioneers of public health nursing to visit inmates in prisons (Stanhope & Lancaster, 2000). Florence Nightingale made important contributions to the development of public health nursing and district nursing (Clark, 2003; Edgecombe, 2001; Klainberg, 2010).

The pioneering nurse Mary Seacole, who was known as "black British nurse," was a heroine and give remarkable services to nursing during the Crimean War (McDonald, 2014; Waters, 2009). Frances Root was the first pioneer nurse to be salaried as a visiting nurse; she was hired in 1887 by the Women's Board of the New York and visited poor patients at their homes (Clark, 2003; Georgia Department of Human Resources, Division of Public Health, 2006; Hitchcock et al., 2003). Lillian Wald first described the term "public health nursing." With the health services she implemented in the Henry Street Settlement, she became the founder of the Henry Street Visiting Nurse Service and the Henry Street Settlement. She played a key role in shaping public health nursing locally and nationally (Egenes, 2009). Lina Ravanche Rogers, known as the first school nurse in the world, made great contributions to the rich history of school nursing (Clark, 2003; Hitchcock et al., 2003).

Ada Mayo Stewart was one of the first industrial health nurses in the United States. She acted as the first case manager in occupational health nursing (Hitchcock et al., 2003; Ross, 1995; Stanhope & Lancaster, 2000). Lavinia Lloyd Dock, feminist and social reformer, fought for the rights of women to enable them to vote and established the International Council of Nurses' as the nursing professional organization (Clark, 2003; Egenes, 2009; Hitchcock et al., 2003).

Ellen Morris Wood started rural nursing services in New York (Clark, 2003; Hitchcock et al., 2003). Mary Adelaide Nutting was the first nurse to be appointed as a professor (Egenes, 2009) and she fought to improve higher education for nurses (Klainberg, 2010). Jane E. Hitchcock supported the Metropolitan Life Insurance Nursing Program and proved that nurses could reduce the death rates (Hawkins & Watson, 2003).

Margaret Sanger was an advocater and with a long struggle to legalize reproductive rights and birth control for women, she opened the first birth control clinic in the United States (Klainberg, 2010). Jessie Sleet Scales was the first Afro-American public health nurse pioneer and she contributed to the development, growth, and practice of public health nursing in New York City during the early twentieth century. She fought for the care of Afro-American underprivileged community groups who could not access health services (Lundy & Janes, 2014; Mosley, 1994). Mary Breckinridge started a rural health nursing practice (AAHN, nd.). Angela Boskin established the foundation of home care nursing in Slovenia (Perovsek, 2012). Fatma Abdurrahman Acar was the first public health nurse in Turkey and organized home health visits and established The Turkish Nurses Association (Birol, 1975; Yıldırım, 2014).

Virginia M. Ohlson was the first public health nurse in Japan with a masters degree. She reorganized the nursing care system in Japan during the Second World War (ICN, 1999b). Borghild Kessel established public health nursing education in Norway (Glavin, Schaffer, Halvorsrud, & Kvarme, 2013). Mickey Fong was the first Chinese-American public health nurse (Forman-Brunell & Paris, 2011; Lee, 2013). Carol Maureen Easley Allen was one of the leading forces among Afro-American public health nurses and her nursing care activities focused on poor communities (Wilcox, 2001).

Around a century ago, with a forward vision for the community healthcare and a sensitive approach to public matters, the activities of the pioneer public health nurses shaped the roles of contemporary public health nurses and specialty areas. In the twenty-first century, public health nurses, through evaluating the past and the state of this specialty area today, should make realistic plans for change, define interventions for the development of community health and status of the nursing profession, and implement and evaluate the plan (Ergül, 2005). History is the foundation of forming the future of public health nursing and the activities and struggles of the pioneer nurses in this area should be a guide for the future. With this perspective, public health nurses should utilize research on the history of public health nursing and enhance the scientific papers with biographies. The great leader, Gazi Mustafa Kemal Atatürk, said, "A nation that does not know its history is condemned to disappear." We should keep this in our minds and for the sustainable development of public health nursing; we must continuously record our history and transfer it to the future generation of nursing professionals.

GİRİŞ

Dünyada sosyal, politik ve çevresel faktörlerin sağlığı tehdit etmesiyle birlikte 18. yüzyılın sonlarına doğru halk sağlığı hemşireliği gelişmeye başlamıştır (Clark, 2003; Edgecombe, 2001; Klainberg, 2010). Bu gelişim sürecinde özellikle yoksulluk, eşitsizlikler, temel sağlık hizmetlerinin örgütlü olmaması, çevre kirliliği ve bulaşıcı hastalıklar etkili olmuştur. İlk halk sağlığı hemşireleri, toplumun temel sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve sağlık durumundaki eşitsizliklerin azaltılması için emek harcamış (Edgecombe, 2001), sosyal haklardan yoksun bireylere ve ailelere evde bakım hizmetleri sunmuş, hastalıkları önlemek, sağlığı geliştirmek ve bakım vermeyi misyon edinmişlerdir (Lundy ve Janes, 2014). Bu hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunulmasında giderek artan kaynak ve politik destek ihtiyacını karşılamak için mesleki rollerinin yanı sıra sosyal rollerini de gerçekleştirmişlerdir.

Hemşirelik tarihi, hemşirelerin geçmişte yaptıklarını yazması veya yaşadıklarının yazılması olup mesleğimizle ilgili her türlü etkinlikleri, üretilenleri, düşüncüklerimizi kapsamaktadır. Hemşirelik mesleğinin gelişebilmesi, mesleğin geçmişinin anlaşılmasıyla mümkündür. Profesyonel bir hemşirelik hizmet alanı olarak halk sağlığı hemşireliğinin ve uygulamalarının gelişimi ve geleceğinin yapılanmasında geçmişe bakmak, bu günü değerlendirmek ve gelecek için planlar yapmak gereklidir. Dünyada geçen yüzyılda evlerde, işyerlerinde, okullarda, kliniklerde yoksul insanlara bakım vererek günümüz halk sağlığı hemşireliğinin temellerinin oluşmasında önderlik yapan halk sağlığı hemşirelerinin etkinliklerini, düşüncelerini, yaşadıklarını bilmek günümüz hemşireleri için halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi ve gelecekteki değişimi planlamada önemlidir. Ülkemizde hemşirelik literatüründe hemşirelik tarihi ile ilgili araştırmalar ve kaynaklar oldukça sınırlı olup, dünyada tıp, hemşirelik bilimlerinin ve toplum sağlık hizmetlerinin gelişimine önderlik etmiş halk sağlığı hemşireleri ile ilgili bir makale bulunmamaktadır. Bu makalede tarihsel süreçte dünyada farklı ülkelerde halk sağlığı hemşireliğinin ve hizmetlerinin başlamasında öncü olan halk

sağlığı hemşirelerinin tanıtılması amaçlanmıştır. Bu incelemede halk sağlığı hemşireliğinin gelişiminde öncülük yapan halk sağlığı hemşirelerinin biyografileri; yaşadığı ülke, aldığı hemşirelik eğitimi, hemşireliği seçme nedeni, faaliyetleri, o dönemde kadının konumu, dönemin sosyal, ekonomik koşulları, sağlık sorunları, etkilendiği/etkilediği kişiler, aldığı destekler/engeller gibi özellikler boyutları ile tarihsel bakış açısıyla ele alınmıştır.

Mother Mary Frances Aikenhead (Sister Mary Augustine) (1787–1858): İrlanda doğumlu Aikenhead, toplum sağlığı hemşireliğinin ilk öncülerinden biri olarak tanınmaktadır. Babasının İskoç, annesinin Anglosakson İrlandalı olmasının entelektüel özelliklerinin gelişmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Kutsal Roma kilisesine 16 yaşında katılmış, zengin ailelerin çocuklarını topluma yararlı olmaları için eğitmiştir. Babasının ölümünün ardından 1808 yılında Dublin’de yaşayan arkadaşı Anne O’Brien’i ziyareti sırasında yaygın bir işsizlik ve yoksulluğa tanık olmuş, yoksulları ve hastaları evlerinde ziyaret eden arkadaşına eşlik etmeye başlamıştır. İrlanda’da hastaların bakım alabilecekleri bir kurumun olmayışı sebebiyle 1812 yılında rahibelerin hastaları evlerinde ziyaret ettikleri bir hemşirelik modeli geliştirmiş, Dublin’de Roman Katolik Din Enstitüsü olan Religious Sisters of Charity’yi kurmuştur. Bu örgüte bağlı 400 rahibe İrlanda, İskoçya, Zambia, Kaliforniya, Nijerya, İngiltere ve Malavi’de terminal dönemdeki hastalara evlerinde ve kurumda bakım vermiş; göçmenlere ve evsizlere yardım etmişlerdir. Aikenhead ve bu rahibeler 19. yüzyılda hapishanelerdeki tutukluları ziyaret eden ilk hemşireler olarak kayıtlara geçmişlerdir. Ayrıca Dublin’de yoksul çocuklar için 1830 yılında bir okul açmıştır (Nethercott, 1897; Stanhope ve Lancaster, 2000).

Florence Nightingale (1820–1910): İtalya doğumlu, modern hemşireliğin kurucusu olan Nightingale halk sağlığı hemşireliği ve bölge hemşireliğinin gelişimine de önemli katkılar sağlamıştır (Clark, 2003; Edgecombe, 2001; Klainberg, 2010). Nightingale’in hemşirelik eğitim modeline ilişkin görüşü, profesyonel

hemşireliğin gelişiminin yanı sıra Amerika'daki halk sağlığı hemşireliğinin gelişimini de dolaylı olarak etkilemiştir (Stanhope ve Lancaster, 2000). Nightingale 1859 yılında İngiltere'de, ilk bölge halk sağlığı hemşireliği birliğinin oluşturulmasında William Rathbone'a yardım etmiştir (Clark, 2003; Hitchcock, Schubert ve Thomas, 2003; Stanhope ve Lancaster, 2000). Bu birliğin kurulması sırasında hemşirelerin ve yardımseverlerin çabaları, halk sağlığı hemşireliğinin savunuculuk rolünün gelişiminde bir kanıt oluşturmuştur. Ayrıca Rathbone ve Nightingale 1862 yılında ziyaretçi hemşireler yetiştirmek amacıyla bir okul açmışlardır (Hitchcock ve ark., 2003; McDonald, 2014). Nightingale'in derin istatistik ve matematik bilgisini bakım uygulamalarında kullanması bugün epidemiyoloji ve istatistik biliminin gelişimine de katkı sağlamıştır (Winkelstein, 2009).

Mary Seacole (1805-1881): Jamaika doğumlu Seacole, iyi bir eğitim almış, geleneksel şifacı olan annesinin etkisiyle hemşireliğe ve tıba merak duymuştur. Kırım Savaşı (1854-1856) boyunca Orta Amerika, Panama ve Karayipler'de hemşirelik hizmetlerinin yanı sıra toplumda gereksinimi olan bireylere yiyecek ve içecek dağıtım hizmetlerine de katılmıştır. Şiddetli kolera salgınlarında tedavi amacıyla kurşun asetat ve civa klorür kullanmıştır. Seacole, Kırım Savaşı öncesinde, sürecinde ve sonrasında hiç hastane hemşireliği yapmamıştır. Kırım Savaşı'nın başlamasıyla Florence Nightingale'in hemşirelik ekibine katılmak istemiş fakat sınıfı ve etnik kökeninden dolayı başvurusu kabul edilmemiştir. Seacole vazgeçmeyerek kendi maddi imkanları ile Kırım'a gitmiş, 1855'in sonlarında Balacava yakınlarında British Otelini açmıştır. Bu otelde yaralı askerlere gıda ve ilaç yardımında bulunmuştur. Bu çabalarından dolayı "Kara Nightingale" olarak anılmaya başlanmış, İngiltere'de ulusal bir kahraman olarak nitelendirilmiş ve Kraliçe Victoria'dan övgü almıştır (McDonald, 2014; Waters, 2009).

Frances Root (tarih bilinmiyor): Amerika'da kurulan ilk hastane olan Bellevue Hospital'den mezun olan

ilk hemşirelerden birisidir (Stanhope ve Lancaster, 2000). 1875'li yıllarda toplum hemşireliğine öncülük etmiştir. Yoksul hastaları ziyaret etmek için 1877 yılında New York Heyeti Kadın Kolları'nda (Women's Branch of the New York City Mission) maaşla görevlendirilen eğitim görmüş ilk ziyaretçi hemşiredir. Root bu görevinde, yoksul hastalara dini bilgi ve hemşirelik bakımı sunmanın yanı sıra öğrencilerin evlerini ziyaret etme, genel sağlık ve bebek bakımı hakkında annelere eğitim verme ve hasta çocuklara sağlık hizmeti ulaştırma gibi hizmetler sunmuştur (Clark, 2003; Georgia Department of Human Resources, Division of Public Health, 2006; Hitchcock ve ark., 2003).

Lillian Wald (1867-1940): Halk sağlığı hemşireliği terimini ilk kez kullanan sosyal aktivist bir hemşiredir. Wald, New York Hastanesi'ndeki hemşirelik eğitimini 1891 yılında tamamlamış, 1891-1892 yıllarında New York Çocuk Sığınma Evi'nde evsizler ile ilgili çalışmaları onun savunuculuk rolünü ortaya koymuştur. "Zorlu bir ilk deneyim" (Baptism of fire) olarak tanımladığı 20. yüzyıl başlarında Protestan Hıristiyan entelektüel hareketi olarak bilinen Sosyal Gospel Harekati'na katılmıştır. Bu harekâta bağlı olanlar yoksulluk, gecekondulaşma, yetersiz beslenme ve eğitim, alkolizm, suç ve savaş gibi toplumsal sorunları Hristiyan ahlak ilkeleri doğrultusunda çözmeye çalışmışlardır. Wald, Women's Medical College'e girdiği ilk yıl Henry caddesinde göçmen kadınlara hijyen/evde bakım konuları hakkında eğitim vermiştir. Wald, sınıf arkadaşı Mary Brewster ile birlikte 1893 yılında New York'un doğu bölgelerindeki sosyoekonomik düzeyi düşük gruplara hemşirelik bakımı sunmuştur. Wald ve Brewster'in bu çabaları halk sağlığı hemşireliğinin doğuşuna katkı sağlamıştır. Hayırsever Jacob Schiff ve Solomon Loeb, Wald and Brewster'i finanse etmiştir. Ayrıca Jacob Schiff tarih boyunca Henry Street Settlement adıyla anılacak olan Henry Caddesi üzerindeki evi satın almıştır (Buhler-Wilkerson, 1993; Egenes, 2009). Wald, yoksul göçmen nüfusa sağlık bakımı vermenin en etkili yolunun onlar içinde yaşamak ve çalışmak olduğuna inanmıştır. Bağımsız bir meslek olarak hemşireliğin önemini vurgulayan Wald ve Mary

Brewster, 1893'te hemşirelik ve sosyal yardım hizmeti sunmak üzere ilk organize halk sağlığı hemşireliği ajansı olan Henry Street Settlement'i New York'ta kurmuşlardır (Buhler-Wilkerson, 1993; Egenes, 2009; Klainberg, 2010). Henry Street hemşireleri hastane tabanlı ve yatak başı hasta bakımı konusunda eğitilmişler, evlerde hasta ziyaretinin yanı sıra sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi ve hastalıkları önlemeye de önem vermişlerdir. Bu hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme anlayışı ülke genelinde kabul görmüş, halk sağlığı hemşireliğinin yanı sıra hemşirelik uygulamalarına da yeni bir boyut kazandırmıştır (Buhler-Wilkerson, 1993). Bu kurumda ayrıca "özürlü" çocuklar için özel eğitim programları geliştirilmiş, bu öğrencilere oyun alanı, okuma sınıfları hazırlanmış ve ev ödevlerine yardım edilmiştir (Buhler-Wilkerson, 1993; Egenes, 2009). Wald, ev ziyaretine dayalı hemşirelik hizmetlerini ilk kez bir kiliseye ya da dini cemiyete dayandırmadan başlatmıştır. Bu faaliyetleri yürütmesinde onun Yahudi kimliğinin ve kültürünün rolü olduğu düşünülmüştür. Wald ayrıca Bolşevik devrimini de desteklemiştir. Kadınların bakım verici rollerinden öte, toplumda yer almaları için gerçekleştirmiş olduğu faaliyetler, 1920'li yıllarda feminist hareketin başlangıcına katkı sağlamıştır (Wentling, 2010). Ayrıca Wald'ın teşvikiyle "Metropolitan Life Insurance" adı ile bir ev ziyareti programı oluşturulmuş ve bu program yoksullar arasında ölüm ve hastalıkları önlemede toplum sağlığı hemşirelerinin etkinliğinin fark edilmesini sağlamıştır. Wald ve diğer sosyal aktivistlerin çabalarıyla ilk kez Beyaz Saray Çocuk Konferansı (White House Conference on Children) düzenlenmiş ve ABD Çocuk Bürosu (U.S. Children's Bureau) kurulmuştur (Clark, 2003; Hitchcock ve ark., 2003; Stanhope ve Lancaster, 2000). Wald, okul sağlığı hemşireliği uygulamasının başlatılmasında Rogers'a öncülük etmiş, 1902'de Amerika Eğitim Kurulu'nu okul hemşiresi istihdamı konusunda ikna etmiştir (Egenes, 2009). 1903'te Kadın İş Sendikası'nın (Women's Trade Union League) geliştirilmesine yardım etmiştir. 1904 yılında Florence Kelley ile Ulusal Çocuk İşçiliği Komitesi'ni kurmuştur. Bazı tarihçiler Wald'ı ırkçılığa karşı kendini adanmış Yahudi Florence Nightingale olarak tanımla-

mışlardır. Feld, Lilian Wald'ın çocukluk yaşlarından beri evrensel bir vizyona sahip olduğunu belirtmektedir. Wald, Henry Street Settlement sayesinde Yahudi ve ilerici aktivistlerin çeşitli toplantılarında önemli bir figür olmuştur. Wald, emek yanlısı tavırları benimseyerek Yahudi göçmenlerle çalışmış ve siyahi insanların gelişmesi için 1905 yılında Siyahi İnsanların Gelişmesi İçin Ulusal Birlik (National Association for the Advancement of Colored People-NAACP)'in kurulmasına yardım etmiştir. 1. Dünya Savaşı sırasında anti militarizm ve uluslararası politika ile meşgul olmuştur. Bu sırada kadın reformcular ve savaşa ve şiddete karşı olan pasifistler ile yakın olarak çalışmıştır. Savaş sonrası yıllarda, kimlik konusundaki tanımlamaları ve kadın farklılığı kavramlarını benimsemesinden dolayı birçok zorlukla karşılaşmıştır (Feld, 2008). 1912'de halk sağlığı hemşireliğinde önemli bir güç olan Halk Sağlığı Hemşireliği Ulusal Örgütü (National Organization for Public Health Nursing)'nün kuruculuğunu üstlenmiş ve ilk başkanı olarak seçilmiştir. Grip salgınının önlenmesi ve Birinci Dünya Savaşı sırasında Kızıl Haç Komiteleri'nde hizmetler sunmuştur. I. Dünya Savaşı'na karşı yürüyüşler organize etmiştir. Henry Street Settlement'tan 1933'te ayrılmış, 1937 yılına kadar Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Örgütü'nde (The National Organization for Public Health Nursing) Yönetim Kurulu Başkanı olarak görev yapmıştır (Buhler-Wilkerson, 1993; Egenes, 2009).

Lina Ravanche Rogers (tarih bilinmiyor-1946): İlk okul sağlığı hemşiresidir (Clark, 2003; Hitchcock ve ark., 2003). Okul hemşireliğinin zengin bir geçmişe sahip olmasında Rogers'ın önemli katkılarının olduğu söylenebilir. Amerika'da 1902 yılında okul hemşireliği hizmetleri başladığında, okul hemşireliği hizmetlerinin planlanmasına öncülük edenler, sadece ne yapılabilir görüşüne sahiplerdi. Bu dönemde okul sağlığı uygulamaları, sağlık denetimlerini ve bulaşıcı hastalığı olan öğrencilerin okuldan uzaklaştırılmasını kapsıyordu. Okul hemşireliğinin ilk odak noktası, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kontrol altına almak idi. Doktor Malcolm Morris 1891 yılında hemşirelerin İngiliz ilköğretim okullarında rutin denetimler yapmasını

önermiştir. Bundan altı yıl sonra Londra Okul Sağlığı Hemşireleri Derneği (London School Nurses Society) gönüllü olarak Londra'daki bazı yoksul ilköğretim okullarını ziyaret etmeye başlamıştır (Schumacher, 2002). Bu dönemde tıbbi bir nedenin olup olmadığına veya çocuğun güvenli bir şekilde gerekli tedavisinin yapılıp yapılamayacağına bakılmaksızın, öğretmenlerin öğrencilerini okuldan uzaklaştırmaları yaygın bir uygulamaydı. Rogers, okullarda halk sağlığı hemşireliğinin olumlu sonuçlarını göstermek amacıyla Lillian Wald tarafından 1902 yılında bir aylığına New York'a gönderilmiştir. Daha sonra okul hemşiresinin varlığının, öğrenci devamsızlıklarını azaltmada oldukça başarılı olduğu görülmüştür (Egenes, 2009). Bu okulda Ekim 1902'de öğrencilerin okul devamsızlığı gün sayısı 10,567 iken okul hemşireliği uygulamaları ile 1903 yılı Eylül ayında bu rakam 1,101'e düşmüştür. Rogers okullarda dikkatli kayıt almanın, okul hemşireliğinin etkinliği ve değerinin gösterilmesi için temel olduğunu vurgulamıştır. Rogers, 1902 yılı Aralık ayında okul hemşireleri müfettişi olarak üst bir göreve atanmıştır (Schumacher, 2002). Lina Rogers ile birlikte 12 hemşire daha Sağlık Bakanlığı atamasıyla okullarda görevlendirilmiştir (Egenes, 2009). Bu hemşireler, okullarda öğrencilere fizik tanılama, küçük enfeksiyonları tedavi etme ve sağlık eğitimi gibi hizmetler sunmuşlardır (Hitchcock ve ark., 2003; Schumacher, 2002; Stanhope ve Lancaster, 2000). Rogers ayrıca aileleri bilgilendirmek ve okuldan dışlanan veya devamsızlık yapan öğrencileri izlemek için ev ziyaretleri de gerçekleştirmiştir. Bu ziyaretleri sırasında ayrıntılı gözlemleri ile öğrencilerin kıyafet veya ayakkabılarının olmaması, yetersiz beslenme veya ailedeki bebek bakımını üstlenmeleri gibi nedenlerle okulda devamsızlık yaptıklarını saptamıştır (Stanhope ve Lancaster, 2000). Okul hemşireliği 1930'lu yıllara kadar vaka bulma, müfredata sağlıklı yaşam kavramlarını entegre etme, sağlıklı ve güvenli fiziki okul çevresinin sürdürülmesine odaklanmıştır (Hitchcock ve ark., 2003). Rogers, bir okul hekimiyle evlendikten sonra 1914 yılında okul hemşireliği uygulamasından emekli olmuş, 14 Haziran 1946 yılında Toronto'da vefat etmiştir (Schumacher, 2002).

Ada Mayo Stewart (1870-1945): Dünyada bilinen ilk iş sağlığı hemşiresidir ve 1895 yılında Amerika'daki Vermont Marble Şirketi'nde işe başlamıştır. Stewart, 1986 yılında Vermont eyaletinde açılan Proctor Hastanesi'nin ilk başhemşiresidir. Hastanenin açıldığı ilk gün 5 tifo hastası kabul edilmiştir ve bunlardan ikisinin İngilizce konuşmadığı, hastaların hepsinin hafif veya ileri derecede deliryum gösterdiği hastane kayıtlarına geçmiştir. Başhemşire Stewart ve asistanı Katharine Field, yapabildikleri en iyi şekilde bu hastaların bakımını üstlenmişlerdir. Stewart işçilere ve ailelerine eğitim vermiş, ev ziyaretleri yapmış, işle ilişkili yaralanmaların yanı sıra obstetrik bakım, hasta bakımı ve ameliyat sonrası bakım uygulamalarını da yürütmüştür. Stewart'ın bu uygulamaları iş sağlığı vaka yönetiminin birçok yönünü içermiştir. Bugün bildiğimiz anlamda iş sağlığı hemşireliğinde ilk vaka yöneticisi Stewart'tır (Hitchcock ve ark., 2003; Ross, 1995; Stanhope ve Lancaster, 2000). İş sağlığı hemşireliği bakım uygulamaları için kendisi bir model oluşturmuştur.

Lavinia Lloyd Dock (1858-1956): Yazar, okutman ve sosyal bir aktivist olan Dock, ilk feministlerden olup kadınlar için oy hakkını savunmuştur (Egenes, 2009; Hitchcock ve ark., 2003; Klainberg, 2010). Hemşirelik mesleğinin gelişmesine yardım eden hemşire liderlerden biridir (Klainberg, 2010). Bellevue Hemşirelik Okulu'ndan 1888 yılında mezun olmuştur (The American Association for the History of Nursing [AAHN], nd.). Florida'daki (1888) sarıhumma salgını ve Johnstown (1899) sel felaketinde topluma hemşirelik hizmetleri sunmuştur (Klainberg, 2010). İlk hemşirelik kitaplarından olan "The Textbook on Materia Medica for Nurses"ı 1890 yılında yazmıştır (Ellis ve Hartley, 2012). 1896 yılında Lillian Wald'ın Henry Street Settlement'daki ekibine katılmış ve 20 yıl bu kurumda çalışmıştır (AAHN, nd.; Hitchcock ve ark., 2003; Klainberg, 2010). Hemşirelik örgütlenmesinin ilk örneklerinden olan International Council of Nurses'ı 1899 yılında kurmuştur (Clark, 2003; Egenes, 2009; Hitchcock ve ark., 2003). 1910 yılında da "Hygiene and Morality" kitabını yayınladı.

mıştır. Bu kitabında ahlakta çifte standardın kaldırılması için; fuhuşu düzenleyen değil ortadan kaldıran; erkeklerin kendini kontrol etmesi; kadınlara seçme ve seçilme hakkının verilmesini içeren çağrılarda bulunmuştur. Dock, 1913 yılında sendikal hareketin desteklenmesi için hemşirelere çağrıda bulunan Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) tarafından düzenlenen kongrede bir konuşma yapmıştır. Kadınlar için oy hakkını savunan yürüyüşlerde, 10 farklı dilde pankart taşıyarak dikkat çekmeye çalışmıştır (AAHN, nd.). Oy kullanma hakkı pankartlarıyla Milli Kadın Partisi Merkezi'nden Beyaz Saray'a kadar yürüyüş düzenlenmesine öncülük etmiş, militan gösterilere katıldığı gerekçesiyle 25 Haziran-17 Ağustos 1917 ve 6 Ağustos 1918 tarihlerinde hapis cezası verilerek mahkum edilmiştir (Egenes, 2009).

Ellen Morris Wood (tarih bilinmiyor): Wood, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin şehirlerde daha hızlı geliştiğini, kırsal alanda ise bu sürecin daha yavaş ilerlediğini fark etmiştir. Bu nedenle 1896 yılında ilk kırsal hemşirelik hizmetini New York'ta başlatmıştır. Kırsal alanlardaki toplum sağlığı hemşirelik hizmetlerinin genişletilmesi için Kızıl Haç "Kırsal Hemşirelik Hizmeti"nin (1912) oluşturulmasına katkı sağlamıştır (Clark, 2003; Hitchcock ve ark., 2003).

Mary Adelaide Nutting (1858-1948): Kadınlar için oy hakkı savunucusu ve hemşirelik tarihçisi olarak bilinmektedir. John Hopkins Üniversitesi'nden 1891 yılında mezun olan ilk hemşirelerden biridir. Kolombiya Üniversitesi Teacher's College'de halk sağlığı hemşireliği alanında lisansüstü eğitime başlayan ilk hemşiredir (Hitchcock ve ark., 2003; Stanhope ve Lancaster, 2000). Dünyadaki ilk hemşire profesör olarak bilinmektedir (Egenes, 2009). Nutting, yaşamı boyunca hemşireler için yüksek eğitimi savunmuştur. John Hopkins Üniversitesi'ndeki hemşirelik eğitiminin iki yıldan üç yıla çıkarılmasını sağlamıştır. Öğrencilerin iyi birer hemşire olabilmeleri için hastanede çalışabilmelerine olanak sağlanması amacı ile ders saatlerinin azaltılmasına yardımcı olmuştur. Nutting ayrıca

Kolombiya Üniversitesi Teacher's College Hemşirelik ve Sağlık bölümünde ilk kez yüksek lisans programını başlatan kişidir (Klainberg, 2010).

Jane E. Hitchcock (1863-1939): Döneminin iyi eğitilmiş kadınlarından biri olan Hitchcock halk sağlığı hemşireliğinin öncü isimlerinden biridir. Dönemindeki diğer halk sağlığı hemşireleri gibi Hitchcock da parlak, yaratıcı ve bağımsız düşünen biriydi. Lillian Wald ile birlikte 1896'da New York Hospital Hemşirelik Okulu'ndan mezun olmuştur. Hemşirelik görevine Massachusetts'deki Newton Cottage Hastanesi'nde (1891-1893) başhemşire olarak başlamıştır. Daha sonra Henry Street Settlement'da hemşire ve supervisor olarak çalışmıştır (1896-1922). Hitchcock'un döneminde Henry Street Settlement'ta okullarda sağlığının geliştirilmesi, barınma koşullarının iyileştirilmesi, sokakların temizliği ve park alanlarının sayısının artırılmasına yönelik kampanyalar düzenlenmesi; anaokullarında spor salonlarının açılması ve ziyaretçi hemşirelik uygulamalarına yönelik çalışmalar yapılmaktaydı. Hitchcock, Metropolitan Life Insurance Hemşirelik Programı'nın başlamasına da katkı sağlamıştır. Bu program sayesinde sigorta şirketleri, bir hemşirenin ölüm oranlarını düşürebileceğini saptamıştır. Henry Street Settlement'taki uzun yıllarından sonra, bu hizmetlerin tüm okulların müfredatlarına dahil edilmesi gerektiği inancını vurgulamış ve halk sağlığı hemşireliğinde gezici bir öğretim üyesi olarak girişimci bir rol sergilemiştir. New York'taki Lincoln Hastanesi Hemşirelik Okulu'nda 1922-1928 yıllarında halk sağlığı hemşireliği dersleri vermiştir. Ülkede ilk kez kurulan New York Hemşire Müfettişler Kurulu'nda (New York State Board of Nurse Examiners) sekreter olarak görev almıştır (1903-1919). Bu görevinde hemşireler için mesleki yeterlilik sınavının şekillendirilmesine yardım etmiş ve halk sağlığı hemşireliği ile ilgili soruların sınavlara dahil edilmesine karar vermiştir. Savaş yıllarında Amerikan Kızıl Haç Atama Bürosu Hemşirelik Bölümü'nü (American Red Cross Bureau of Placement, Nursing Division) yönetmiştir (Hawkins ve Watson, 2003).

Margaret Sanger (1879-1966): Kadınlar için üreme hakkını savunmuştur (Katzive, 2015). Sosyal ve politik bir aktivist olarak önemli roller sergilemiştir. Henry Street Settlement'ta çalışmıştır. Fabrikada çalışan ve istenmeyen gebeliğe sahip fakir kadınlarla öncelikli olarak ilgilenmiştir (Hitchcock ve ark., 2003). Sanger, insan hakları kapsamındaki çocuk sahibi olmaya karar verme ve istediği kadar çocuğa sahip olma hakkını korumak için yoğun çaba göstermiştir (Wardell, 1980). Bu çalışmalarında istenmeyen ve plansız gebeliklerin kadınlar üzerindeki etkisini anlamaya odaklanmıştır. On bir çocuklu bir ailenin altıncı çocuğu olan Sanger, çok fazla gebe kalmanın annesinin sağlığı üzerindeki etkilerini görebilmiştir. Sanger'ın geniş ve yoksul bir aileden geliyor olması üreme hakları konusundaki görüşlerini büyük ölçüde etkilemiştir. Bu nedenle kadınların doğum kontrol yöntemlerine ulaşmaları gerektiğini düşünmüştür (Katzive, 2015; Klainberg 2010). Annesinin 40 yaşında ölmeden önce 18 gebeliğinin olması, gittikçe zayıflaması ve hastalanması üzerine doktor olmaya ve annesi gibi olan kadınları kurtarmaya karar vermiştir, fakat parasızlık yüzünden tıp eğitimi alamamıştır. Sanger'ın kadınların üreme haklarını savunması ve bu yönde verdiği mesleki mücadelesi 1912 yılında 'gebeliğin önlenmesi' kelimelerinin henüz tabu olduğu, doğum kontrol yöntemlerinin henüz bulunmadığı yıllarda başlamıştır. Sanger, kendi yaşamı içinde sahipsiz bir umudu başarılı bir devrime dönüştürmeyi başarmıştır (Wardell, 1980). Ayrıca bu çabalarının arkasındaki motivasyon kaynağından söz ederken, yaşamında dönüm noktası olan Sadie Sachs'ın yaşam öyküsünden sıklıkla söz etmiştir: bu yaşam öyküsünde, kabile reisi olan Sachs, yasadışı kurtaj olması nedeniyle enfeksiyona yakalanır ve ziyaretine gelen Sanger'e gebeliği nasıl önleyebileceği konusunda bilgi almak için yalvarır. Fakat bu dönemde doğum kontrolü yasal olmadığı için Sanger herhangi bir cevap veremez. Bunun üzerine Sanger kendisini güçsüz ve öfkeli hisseder ve ihtiyacı olan kadınlarla kontrasepsiyon konusunda bilgilerini paylaşmaya karar verir (Katzive, 2015). Bu düşünceleri ile 1913 yılında Ulusal Doğum Kontrol Birliği'nin (National Birth Control League) kurulmasına aracı olur. Doğum

kontrol yöntemleri üzerine yaptığı çalışmalar sonucunda 1914 yılında "Family Limitation" adında bir kitapçık yayımlar. Ancak bu kitapçığın modern evlilik konusunda bilgiler sağlayan ilk kitapçık olmasının yanı sıra yasal olmayan özelliği de bulunmaktaydı (Wardell, 1980). Sanger daha sonra halkın doğum kontrol hizmetlerine ulaşabilmesi ve eğitim alabilmesi için 1916'da Brooklyn'de ilk doğum kontrol kliniğini açmıştır (Clark, 2003; Klainberg, 2010). Bu klinik, açıldıktan dokuz gün sonra polis tarafından basılmıştır ve Sanger 30 gün hapis cezası almıştır. Amerikan Tıp Birliği kurumsal olarak 1939 yılına kadar tıbbi uygulamalara entegre olarak doğum kontrolünü onaylamamıştır. Buna rağmen Sanger 1930 yılında toplumun desteğiyle New York Harlem'de aile planlaması kliniğini başarılı bir şekilde açabilmiştir. Kısa bir süre sonra Amerikan Doğum Kontrol Federasyonu kurulmuştur ve 1942'de adı Amerikan Aile Planlaması Federasyonu olarak değişmiştir (Klainberg, 2010).

Jessie Sleet Scales (tarih bilinmiyor): Yirminci yüzyılın başlarında New York'ta halk sağlığı hemşireliğinin gelişmesine katkı sağlayan siyahî halk sağlığı hemşireliği öncüsüdür (Mosley, 1994). İlk Afro-Amerikan halk sağlığı hemşiresi olarak bilinen Scales, 1902 yılında yardımsever bir örgüt olan Hayır Kurumu Derneği (Charity Organization Society) tarafından tüberkülozlu Afro-Amerikan aileleri, evlerinde ziyaret etmesi için işe alınmıştır. Böylelikle New York'ta hizmet alamayan Afro-Amerikan kesimine daha kapsamlı sağlık hizmeti sunulmuştur (1900-1937). Hızlı sanayileşme, göç ve büyük nüfus artışının olduğu dönemlerde çalışmalarını kalabalık kenar mahallelerde yürütmüştür. Hastaların evlerinde, çocuk sağlığı merkezlerinde, kliniklerde ve köy evlerinde eğitimci, yönetici ve süpervizör gibi roller ile güçlü liderlik örnekleri sergilemiştir. Scales'in halk sağlığı uygulamalarındaki bu çalışmaları Elizabet Tyler, Edith Carter gibi Afro-Amerikan hemşireler için itibarlı bir yol açmıştır (Lundy ve Janes, 2014).

Mary Breckinridge (1881-1965): Breckinridge, yakın bir arkadaşının çocuğunun hastalığından etkile-

nerek hemşire olmaya karar vermiştir ve New York'taki St. Luke Hastanesi Hemşirelik Okulu'ndan 1910 yılında mezun olmuştur. Teachers College'de halk sağlığı ile ilgili ileri kurslara katılmış, daha sonra nitelikli ebelere olan ihtiyacı fark ederek Londra'daki Anne ve Bebek Hastanesi'nden ebelik sertifikası almıştır (AAHN, nd.). Kırsal Hemşirelik uygulamaları için ebeliğin önemini anlayan Breckinridge, Frontier Graduate School of Midwifery'de eğitim almaya başlamıştır (Klainberg, 2010). Amerika'da ebe hemşirelik kavramını geliştirmesinin yanı sıra kırsal sağlık bakım uygulamalarında öncü bir güç olmuştur. Adı daha sonraları Kırsal Hemşirelik Hizmetleri olarak değiştirilen Kentucky Anne ve Bebekler Komitesi'ni (Kentucky Committee for Mothers and Babies) 1925 yılında kurmuştur (AAHN, nd.). Kendisini yoksul kadın ve çocukların sağlığını geliştirmeye adanmış Breckinridge'in verdiği hizmetler sayesinde anne ölümleri anlamlı derecede azalmıştır. İlk ebe-hemşireleri Amerika'ya tanıtmıştır (Egenes, 2009; Hitchcock ve ark., 2003; Klainberg, 2010; Stanhope ve Lancaster, 2000). 1. Dünya Savaşı sırasında Fransa'da gönüllü hemşirelik yapmış, Fransa'ya gelen İngiliz ebe-hemşirelere yardımcı olmuştur. Fransa'daki bu çabalarından dolayı Reconnaissance Francaise Madalyası almıştır. Kırsal Hemşireliği başlattığında ebe-hemşirelik becerilerine olan gereksinimi fark etmiş, ebelik eğitimi almaları için hemşireleri İngiltere'ye göndermiştir. Avrupa'da 2. Dünya Savaşı'nın patlak vermesiyle birlikte, Amerikan hemşireleri İngiltere'ye göndermesi son bulmuştur (AAHN, nd.; Klainberg, 2010).

Angela Boskin (1885–1977): Viyana'da hemşirelik eğitimi alan Boskin, ilk Slovenyalı halk sağlığı hemşiresidir. 1919 yılında Slovenya ve Yugoslavya'da hemşirelik mesleğinin başlamasına öncülük etmiştir. Slovenya'da anne ve bebeklere ilk kez danışmanlık hizmeti veren Boskin, doğum sırasında hijyen koşulları, bebek ve çocuk bakımı konularında anneleri eğitmeye odaklanmıştır. Ayrıca Slovenya'da evde bakım hemşireliğinin temellerini atmıştır. Emekli olduğu 1944 yılına kadar ana-çocuk sağlığı ve anti-tüberküloz hizmetlerinde çalışmaya devam etmiştir (Perovsek, 2012).

Boskin, 1923 yılında hemşireler için Sosyal Hijyen ve Çocuk Koruma Enstitüsü'nün (Institute for Social Hygiene and Child Protection) kurulmasına katkı sağlamıştır (International Council of Nursing [ICN], 1999a).

Fatma Abdurrahman Acar (tarih bilinmiyor-1955): Hilal-i Ahmer Hastabakıcı Mektebi'nden 1927 yılında diploma alan ilk Türk 16 hemşireden biri olan Acar, başarılı bir öğrenci olmasından dolayı mezun olduğu okulun başhemşire muavinliğine tayin edilmiştir (Yıldırım, 2014). Acar, 1928-1929 yıllarında Almanya'da Eberswalde Hastanesi'nde bir yıl görgü ve bilgi artırma, 1930-1931 yıllarında Amerika'da hemşirelik eğitimi, 1931-1933 yıllarında Kanada'daki Toronto Üniversitesi'nde halk sağlığı hemşireliği eğitimi almıştır ve Orange Memorial Hastanesi'nde ziyaretçi hemşirelik yapmıştır. İstanbul'a döndükten sonra Rockefeller Vakfı'nın yardımıyla 1934 yılında kurulmuş olan Edirnekapı Sağlık merkezinde ilk halk sağlığı hemşiresi olarak çalışmıştır (1934-1951). Acar, ayrıca Samsun memleket hastanesi başhemşireliği (1928), Kızılay Hemşirelik Okulu öğretmen ve başhemşire yardımcısı (1929-1931), Edirnekapı Sağlık Merkezi Başhemşireliği (1933-1951), Şişli Laborant Hemşire Okulu Müdürlüğü (1951-1954) gibi hizmetlerde bulunmuştur. 1943'te kurulan Türk Hemşireler Derneği'nin ikinci kurucu üyelerindedir. 1950 yılında Verem Mücadelesi Yayınlarından olan "Hemşirelik ve Ziyaretçi Hemşirelik Tekniği" adlı kitabını yazmıştır (Biol, 1975; Yıldırım, 2014).

Virginia M. Ohlson (1914-2010): Ohlson, 1934 yılında Chicago'daki İsveç Covenant Hastanesi hemşirelik bölümüne kabul edilmiştir. 1943 yılında kısmi zamanlı öğrenci olarak kayıtlı olduğu Chicago Üniversitesi'ni üç yılda bitirmiş ve halk sağlığı hemşireliği alanında lisans derecesi almıştır. 1946 yılında, sunmuş olduğu halk sağlığı hemşireliği hizmetlerinden dolayı Evanston Kadınlar Kulübü tarafından "Yılın Kadını" ödülüne layık görülmüştür. İkinci Dünya Savaşı sırasında Japon hemşirelik sisteminin yenilenmesinde önemli çabalar harcamış ve Japon halkına uygun

bakım modeli geliştirmek için görevlendirilmiştir. Ohlson'un geliştirdiği bu model, hastalıkları tedavi etme yerine eğitim merkezi oluşturma üzerine kurulmuş olup, kliniklerde ve ev ziyaretlerinde sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. 1951 yılında Atom Bombası Kaza Komisyonu'nun daveti üzerine Japonya'ya giderek halk sağlığı hemşireliği danışmanı olarak görev almıştır. Ohlson, 1955 yılında Chicago Üniversitesi'nden halk sağlığı hemşireliği yüksek lisansını almış, 1972 yılında ise doktora başlamıştır (Fondiller, 1999). Halk sağlığı hemşireliğinde ilk yüksek lisans mezunu olarak tarihe geçmiştir. Japonya'da Ebelik ve Hemşirelik Kanunu'nun oluşturulmasına yardımcı olmuş ve Japon hemşirelik öğrencilerinin Amerika'da öğrenim görmelerinin önünü açmıştır (ICN, 1999b).

Borghild Kessel (1895- tarih bilinmiyor): Norveçli olan Kessel, Rockefeller Vakfı desteği ile Amerika ve Kanada'da halk sağlığı hemşireliği eğitimi almıştır. Kessel, bu eğitimin ardından Norveç'te halk sağlığı hemşireliği eğitiminin temellerini atmıştır. Kessel'in çabalarıyla 1947 yılında Norveç hemşirelik eğitiminde, Amerika ve Kanada'da yararlanılan halk sağlığı hemşireliği modelleri kullanılmaya başlanmıştır (Glavin, Schaffer, Halvorsrud ve Kvarme, 2013).

Mickey Fong (tarih bilinmiyor): İlk Çinli Amerikan halk sağlığı hemşiresidir. Bu dönemde üniversiteye Asya kökenlilerin kabul edilmemesinden dolayı, Stanford Hemşirelik Okulu'na kayıt yaptıramamıştır. Daha sonra San Francisco Hemşirelik Okulu'na kayıt yaptırmış fakat halk sağlığı hemşireliği sınavına girmekten vazgeçirilmiştir. Üstelik beyaz hastalarla çalışmasına da izin verilmemiştir. Yine aynı şekilde hemşire süpervizörü olmak için girmek istediği sınavdan da vazgeçirilmiştir. Vazgeçirilme nedeni ise Çinlilerin arkadaşça ve cesaret verici görünmedikleri ve Çinli birinin Amerikan hemşireleri denetleyemeyeceği görüşü olarak belirtilmiştir. Daha sonra iki dil bilmesi ve yoğun çabalarından dolayı 1931 yılında Amerika'da işe alınmıştır (Forman-Brunell ve Paris, 2011; Lee, 2013).

Carol Maureen Easley Allen (1946- tarih bilinmiyor): Afro-Amerikan halk sağlığı hemşireliği liderlerinden biridir. 1967 yılında Columbia Union College hemşirelik bölümünden lisans derecesini, 1970 yılında New York Üniversitesi'nden halk sağlığı hemşireliği alanında yüksek lisansını ve 1983 yılında ise hemşirelik doktora derecesini almıştır. Allen, California State Üniversitesi ve Northeastern Üniversitesi'nde eğitimcilik ve yöneticilik görevlerinin yanı sıra Amerikan Halk Sağlığı Derneği'ne de başkanlık yapmıştır. Allen'in hemşirelik uygulamalarının ana odağını yoksullar oluşturmuştur. Yoksul ve sağlıksız bireyleri evlerinde ziyaret ederken kullandığı siyah çantasıyla halk sağlığı hemşireliği uygulamalarının sembolü olmuştur. Kendisiyle yapılan bir röportajında yoksullukla ilgili şu ifadeleri kullanmıştır: "yoksulluğun ne olduğunu ve yoksul kişiler arasında ne gibi uygulamalar yapıldığını bilirim." Allen ayrıca yoksulluğun tarihi ve sosyal yapısı ile de ilgilenmiştir. Yoksul aileleri dik-kate alarak, yoksullukla ilişkili hemşirelik uygulamaları hakkında konuşmalar yapmış ve yazılar yazmıştır. Dünyanın en fakir şehirlerinden olan Cacutta'da halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini sunmuştur. Allen tüm bu çabalarıyla halk sağlığını ilgilendiren politik ve sosyal konularda diğer hemşireleri cesaretlendirmiştir (Wilcox, 2001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada birçok ülkede halk sağlığı hemşirelerinin dönemlerinin sosyal ve toplumsal sorunlarına kayıtsız kalmadığı, sağlık sorunlarını çözmek için bütüncül yaklaşımı benimsediği ve kendi özgürlükleri pahasına meslek adına faaliyetler gösterdiği fark edilmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin organize sistemli olmayan bu çabaları zaman sürecinde profesyonelleşme yolunda mesleki rollerin biçimlenmesini, hemşirelik eğitiminin öneminin fark edilmesini ve eğitim programlarının başlatılmasını sağlamıştır. Yüzyıl önce öncü halk sağlığı hemşirelerinin yaşadıkları dönemde yalnızca sağlık değil tüm toplumsal konulara duyarlı biçimde, ileri bir vizyonla yürüttükleri faaliyetlerin günümüzde halk sağlığı hemşirelerinin çağdaş rolle-

rini ve uzmanlık alanlarının biçimlenmesini sağladığı açıktır. 21. yüzyılda halk sağlığı hemşireleri, geçmişte ve şimdiki durumu değerlendirerek, geleceğe yönelik değişimler için gerçekçi bir plan yapmalı, mesleki statü ve toplum sağlığının gelişimi yönünde girişimlerini belirlemeli, uygulamalı ve sürekli değerlendirmelidir (Ergül, 2005).

Halk sağlığı hemşireliğinin geleceğinin şekillenmesinde tarih bir temel olup, geçmişte bu alana önemli

katkıları bulunan halk sağlığı hemşirelerinin çabaları gelecek için bir rehber oluşturmaktadır. Bu bakış açısıyla tarihsel bilgi kaynaklarına ulaşılmalı, biyografi yazımı ile ilgili daha fazla çalışmalar arttırılmalıdır. Büyük önder Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün "Tarihini bilmeyen bir millet yok olmaya mahkumdur!" sözünü de belleklerimizde koruyarak, halk sağlığı hemşireliğinin var olması için tarihimizi sürekli kayıt altına almalı ve gelecek kuşak meslektaşlarımıza aktarmalıyız.

Kaynaklar

- Biröl, L. (1975). *Kızılay hemşireleri 50 yıl insanlık hizmetinde* [The Red Crescent nurses have been in humanitarian service for 50 years]. Ankara, Turkey: Doğu Matbaası.
- Buhler-Wilkerson, K. (1993). Bringing care to the people: Lillian Wald's legacy to public health nursing. *American Journal of Public Health*, 83(12), 1778-1786.
- Clark, M. J. (2003). *Community health nursing: Caring for populations* (4th ed.). Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.
- Edgecombe, G. (2001). *Public health nursing: Past and future, A review of the literature (World Health Organisation Regional Office for Europe Nursing and Midwifery Program)*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Egenes, K. J. (2009). History of nursing. In G. Roux & A. Judith (Eds.), *Halstead issues and trends in nursing: Essential knowledge for today and tomorrow* [e-book]. Retrieved from http://www.jblearning.com/samples/0763752258/52258_ch01_roux.pdf
- Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (2012). *Nursing in today's world: Trends, issues & management* (10th ed.) [e-book]. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ergül, Ş. (2005). Halk Sağlığı Hemşireliği'nin dünü, bugünü ve geleceği [Yesterday, today and future of public health nursing]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1), 157-166.
- Feld, M. N. (2008). *Lillian Wald: A biography*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Fondiller, S. H. (1999). Virginia M. Ohlson: International icon in public health nursing. *Nurs Outlook*, 47(3), 108-113.
- Forman-Brunell, M., & Paris, L. (2011). *The girls' history and culture reader: The twentieth century* [e-book]. University of Illinois Press.
- Georgia Department of Human Resources, Division of Public Health (2006). *The history of public health nursing in Georgia 1898-2002*. Retrieved from <https://dph.georgia.gov/sites/dph.georgia.gov/files/HistoryofPublicHealthNursinginGeorgia.pdf>
- Glavin, K., Schaffer, M. A., Halvorsrud, L., & Kvarme, L. G. (2013). A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States public health nursing. *Wiley Periodicals*, 31(2), 153-166. <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12082>
- Hawkins, J. W., & Watson, J. C. (2003). Public health nursing pioneer: Jane Elizabeth Hitchcock 1863-1939. *Public Health Nursing*, 20(3), 167-176.
- Hitchcock, J. E., Schubert, P. E., & Thomas, S. A. (2003). *Community health nursing: Caring in action* (2nd ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- International Council of Nursing (ICN) (1999a). Getting organized: Nursing's history worldwide. *International Nursing Review*, 46(5), 148-150. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1466-7657.46.no.5issue347.14.x>
- International Council of Nursing (ICN) (1999b). Getting organized: Nursing's history worldwide. *International Nursing Review*, 46(2), 58-59. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1466-7657.46.no2issue344.17.x>
- Katzive, C. E. (2015). Margaret Sanger: Demonstrating leadership and legacy through her crusade for women's reproductive rights. *The History Teacher*, 49(1), 127-138.
- Klainberg, M. (2010). An historical overview of nursing [e-book]. In M. Klainberg & K. M. Dirschel (Eds.), *Today's nursing leader: Managing, succeeding, excelling* (Chapter 2). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Lee, S. S. (2013). *A new history of Asian America* [e-book]. Routledge Publications.
- Lundy, K., & Janes, S. (2014). *Community health nursing: Caring for the public's health* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- McDonald, L. (2014). Florence Nightingale and Mary Seacole on nursing and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1436-1444.
- Mosley, M. O. (1994). Jessie Sleet Scales: First black public health nurse. *Journal of Association of Black Nursing Faculty*, 5(2), 45-51.
- Nethercott, M. (1897). *The story of Mary Aikenhead, foundress of the Irish Sisters of Charity* [e-book]. London. Retrieved from <http://en.calameo.com/books/0001070441ad4ee741b2c>
- Perovsek, M. T. (2012). *Slovene women in the modern era* [e-book]. National Museum of Contemporary History.
- Ross, J. (1995). The origin of industrial nursing. *The Rutland Historical Society Quarterly*, 25(4), 66-79.
- Schumacher, C. (2002). Lina Rogers: A pioneer in school nursing. *The Journal of School Nursing*, 18(5), 247-249.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community & public health nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- The American Association for the History of Nursing (AAHN, nd.). *Gravesites of prominent nurses* Retrieved from <https://www.aahn.org/gravesites-of-prominent-nurses>

- Wardell, D. (1980). Margaret Sanger: Birth control's successful revolutionary. *American Journal of Public Health, 70*(7), 736-742.
- Waters, K. (2009). Wonderful philosophies of Mary Seacole. *Philosophia Africana, 12*(2), 167-180.
- Wentling, S. P. (2010). The ethnic universalism of Lillian Wald. *Reviews in American History, 38*(1), 120-126.
- Wilcox, J. (2001). The face of public health nursing: Carol Maureen Easley Allen. *American Journal of Public Health, 91*(12), 1947-1949.
- Winkelstein J. W. (2009). Florence Nightingale: Founder of modern nursing and hospital epidemiology. *Epidemiology, 20*(2), 311. <http://dx.doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181935ad6>
- Yıldırım, N. (2014). *Savaşlardan modern hastanelere: Türkiye'de hemşirelik tarihi* [From the wars to modern hospitals: nursing history in Turkey] İstanbul, Turkey: Vehbi Koç Vakfı, Ofset Yapımevi.

2017 Uluslararası Hemşireler Birliği Teması'na Genel Bakış

Overview of International Council of Nurses 2017 Theme

Ümran Oskay¹, Funda Büyükyılmaz², Nihal Ünalı Baydın³, Ahmet Karaman⁴,
Büşra Yılmaz⁵, Ferda Akyüz⁶



DOI: 10.26650/FNJN.317752

¹Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Öğr. Gör. Dr., İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴Arş. Gör. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵Arş. Gör. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁶Arş. Gör. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Funda Büyükyılmaz,
İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Abide-i Hürriyet Caddesi, 34381 Şişli, İstanbul, Türkiye
Telefon/Phone: +90 212 440 0000/27119
Faks/Fax: +90 212 224 4990
E-posta/E-mail: feyilmaz@istanbul.edu.tr

Geliş tarihi/Date of receipt: 31.05.2017

Kabul tarihi/Date of acceptance: 28.11.2017

Atıf/Citation: Oskay, Ü., Büyükyılmaz, F., Ünalı-Baydın, N., Karaman, A., Yılmaz, B. ve Akyüz, F. (2018). 2017 Uluslararası Hemşireler Birliği Teması'na genel bakış. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 69-78. <https://doi.org/10.26650/FNJN.317752>

ÖZ

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) hemşireler arasında mesleki kültürü oluşturmak, sürdürmek, meslekte paylaşılan değerleri yansıtmak, evrensel olarak yaşanan sorunlara tüm hemşirelerin dikkatini çekmek ve hemşirelere düşen sorumlulukları yansıtmak üzere her yıl bir tema belirlemektedir. 2017 yılının teması, "Hemşireler: Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Öncü Ses" olarak belirlenmiştir. Bu derlemenin amacı, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ülkemiz hemşirelerinin dikkatini çekmek üzere ICN tarafından belirlenen temayı ana noktalarıyla özetlemek ve yine ICN temasında vurgulanan hemşirelik çıkarımlarına dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, uluslararası hemşireler birliği, tema

ABSTRACT

The International Council of Nurses (ICN) determines a theme each year to create and maintain professional culture among nurses, to reflect shared professional values, to attract all nurses' attention to universal problems, and to reflect the responsibilities of nurses. The theme for 2017 is "Nurses: A leading voice in the attainment of Sustainable Development Goals". The aim of this review is to summarize and collate the main points determined by the ICN for the benefit of our country's nurses.

Keywords: Nursing, international council of nurses, theme

EXTENDED ABSTRACT

Each year, the International Council of Nurses (ICN) sets a theme with the following goals: to create and maintain the culture of the nursing profession; to reflect shared professional values; to represent nursing; to draw the attention of all nurses to global issues; and to reflect the responsibilities of nurses within the Council (ICN, 2017c). "Nurses: A leading voice in the attainment of Sustainable Development Goals (SDGs)" has been chosen as the 2017 theme (ICN, 2017b). All public and private sector employees have significant roles and responsibilities regarding SDGs and their attainment. In this context, nurses, who play a key role in the health sector, have important tasks related to these goals. The SDGs include 17 distinct goals, described below. The broader aim is to prepare an action plan for people's lives and welfare, to enhance world peace, and to create a broader understanding of freedom.

Goal 1 aims to end all kinds of poverty; Goal 2 aims to end hunger, ensure food safety, develop nutrition, and promote sustainable agriculture; Goal 3 aims to develop, protect, and maintain the health of individuals by providing equality and justice at the point of resource allocation with respect to health, social care, and other economic services; Goal 4 aims to provide quality life-long, equal education opportunities for all; Goal 5 emphasizes gender equality as a fundamental human right, with the aim of ensuring gender equality within society and strengthening the social position of women and girls; Goal 6 emphasizes the importance of public health for providing safe and accessible water; Goal 7 focuses on providing accessible, reliable, sustainable, and modern energy; Goal 8 emphasizes that access to a versatile and educated health workforce is of critical importance for improving local, national, and global health outcomes. The objective is to ensure sustainable and inclusive economic development, full and productive employment, and work environments conducive to human dignity; Goal 9 states that access to health services is important for bio-physical, spiritual, and social-cultural well-being, the prevention of diseases, the diagnosis and treatment of diseases, and the reduction of morbidity and mortality. The aim is to construct durable infrastructures, to promote sustainable and inclusive industrialization, and to foster new inventions; Goal 10 emphasizes the fact that nursing plays a critical role in coping with issues such as providing equal opportunities for socio-economically disadvantaged people in the health care system and defending patients' rights. It aims to ensure the reduction of inequalities within and between countries; Goal 11 emphasizes the importance of making cities and human settlements all-embracing, safe, strong, and sustainable; Goal 12 emphasizes that community attention should be drawn toward waste management. Health care professionals play an important role in protecting and maintaining the health of individuals in the context of the sustainability of services and waste management; Goal 13 states that nurses and nursing associations should be aware that climate change affects community health and should accordingly plan protective measures; Goal 14 states that it is important for nurses to determine the cleanliness of water and food safety, which are important resources for food supply, by emphasizing that clean water resources (lakes, etc.) may be effective in preventing malnutrition in children; Goal 15 aims to protect, restore, and ensure the sustainable use of terrestrial ecosystems, ensure the sustainable use of forests, fight desertification, stop and reverse the loss of land productivity, and prevent the loss of biodiversity by emphasizing the fact that changes to ecosystems bring about both changes in existing infectious diseases and the emergence of new infectious diseases (Ebola, etc.); Goal 16, aims to promote peaceful, all-embracing societies suitable for sustainable development, to ensure access to justice for all, and to build institutions that are effective, accountable, and embracing at all levels. This goal states that nurses, with their scientific knowledge and professional values, have the potential to provide solutions for individuals, families, and communities; and finally, Goal 17 states that the health sector can provide great benefits when working together with other

sector employees. The aim is to strengthen implementation tools for sustainable development and to revitalize global partnerships.

In line with these goals, it is emphasized that each of us, as individuals, play a key role in producing positive health behaviors, creating policies that promote equitable and fair access to health resources, and working together with national associations and other organizations in the implementation of these policies. As professionals in pursuit of our goals, we should be prepared to work alongside national nursing associations and other professionals. As health care team members, we should establish lines of communication to promote teamwork, foster inter-professional communication, and address national and global issues (ICN, 2017d).

GİRİŞ

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) hemşireler arasında mesleki kültürü oluşturmak, sürdürmek, meslekte paylaşılan değerleri yansıtmak, hemşireliği temsil etmek, evrensel olarak yaşanan sorunlara tüm hemşirelerin dikkatini çekmek ve birlik olarak hemşirelere düşen sorumlulukları yansıtmak üzere her yıl bir tema belirlemektedir (ICN, 2017a, 2017b). 2017 yılının teması, "Hemşireler: Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Öncü Ses" olarak belirlenmiştir (ICN, 2017c). Bu başlığa göre ICN'nin temaya ilişkin öncelikli değerlendirmesi: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri hemşirelerden daha fazlasını yapmasını istiyor şeklindedir. Bu duruma ilişkin ICN; düşük ücretlerle, yeterli kaynaklardan yoksun bir şekilde, uzun süreli fazla çalışma saatleriyle görev yapan hemşireler olarak, yasal ve eğitsel sınırlarımız çerçevesinde sağlıklı bir dünya yaratmak için içinde bulunduğumuz çevreyi ve yaşadığımız toplumu etkileyerek çalıştığımızı belirtmektedir (ICN, 2017d).

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nde Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH), 193 ülkenin imzası ile kabul edilerek Ocak 2016'da yürürlüğe girmiştir. SKH'ne ulaşmada stratejik plan olarak yoksulluğun azaltılması, demokratik yönetim ve barışı yapılandırma, iklim değişikliği, afet riski ve ekonomik eşitsizliği içeren temel alanlara yoğunlaşmıştır. Bu bağlamda hükümetlerin SKH'ni kendi ulusal kalkınma planları ve politikalarına entegre etmelerine destek sağlayacak ve Binyıl Kalkınma Hedefleri kapsamında kaydedilen ilerlemenin özellikle 2030 yılına kadar daha da hızlanması için birçok ülkeye destek sağlayacak çalışmalar da devam etmektedir (United Nations Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development, 2015).

Özetle gelecek nesillere daha iyi bir dünya bırakmak amacıyla belirlenen bu hedefler doğrultusunda, hükümetler, özel sektör, sivil toplum ve vatandaşların ortak katılımının önemli olduğu belirtilmektedir. İnsanların yaşamı ve refahı için bir eylem planı hazırlamak ve daha geniş özgürlük anlayışı içerisinde dünya barışını güçlendirmek amacıyla

Tablo 1. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Hedef 1. Yoksulluğa Son
Hedef 2. Açlığa Son
Hedef 3. Sağlıklı Bireyler
Hedef 4. Nitelikli Eğitim
Hedef 5. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği
Hedef 6. Temiz Su ve Sıhhi Koşullar
Hedef 7. Erişilebilir ve Temiz Enerji
Hedef 8. İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme
Hedef 9. Sanayi, Yenilikçilik ve Alt Yapı
Hedef 10. Eşitsizliklerin Azaltılması
Hedef 11. Sürdürülebilir Şehir ve Yaşam Alanları
Hedef 12. Sorumlu Tüketim ve Üretim
Hedef 13. İklim Eylemi
Hedef 14. Sudaki Yaşam
Hedef 15. Karasal Yaşam
Hedef 16. Barış ve Adalet
Hedef 17. Hedefler İçin Ortaklıklar

Kaynak: United Nations Development Programme (UNDP) (2017). *Sürdürülebilir kalkınma hedefleri*. Retrieved from <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainabledevelopment-goals.html>

hazırlanan ve 17 başlık altında belirlenen hedefler Tablo 1'de sunulmuştur (Acaroğlu, 2010; ICN, 2017d; UNDP, 2017).

SKH'ne ulaşmada tüm kamu ve özel sektör çalışanlarının önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık sektörü içinde önemli bir yeri olan hemşirelere de, bu hedeflere ulaşmada önemli görevler düşmektedir. Bu derlemenin amacı, SKH'ne ülkemiz hemşirelerinin dikkatini çekmek üzere ICN tarafından belirlenen temayı ana noktalarıyla özetlemek ve yine ICN temasında vurgulanan hemşirelik çıkarımlarına dikkat çekmektedir. Bu bağlamda öncelikle Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda ICN tarafından hazırlanan hedefler ana noktalarıyla özetlenerek, hemşireler olarak yapabileceklerimize yönelik açıklamalara yer verilmiştir.

Hedef 1. Yoksulluğa Son

Bu hedefte öncelikle her tür yoksulluğu, nerede olursa olsun sona erdirmek amaçlanmıştır. Yoksulluk, güçsüzlüğün ana unsuru olarak tanımlanmaktadır. Bu

durum, sosyal hiyerarşiyi etkiler ve çocukların entelektüel ve sosyal gelişimini sınırlar. Yaşamın erken döneminde karşılaşılan zorluklar sonraki yılları büyük ölçüde etkiler. Erken çocuklukta var olan olumsuz koşullar, eğitim alma olanaklarını ve iyi bir iş bulma olanağını sınırlar; izleyen süreçte kötü bir çevrede yaşam, kötü alışkanlıklar gibi durumlar ortaya çıkar. Yoksulluk, gıda, giyecek ve barınma olanaklarına erişimi engelleyerek sağlık durumunu da doğrudan etkilemektedir. Aynı zamanda yoksulluk, bireylerin sağlığına kavuşması için uygulanacak gerekli tedaviyi almasını da engeller (ICN, 2017d).

Hemşireler insan sağlığı için inanılmaz zor koşullarda, fedakarca çalışarak, hassas/riskli bireyler (mahkum, evsiz vb.), bölgeler (yakın, uzak vb.) arasında ayırım yapmaksızın bakım verir. Sağlığı korumayı/geliştirmeyi amaçlayan bakım girişimleri, aynı zamanda hemşirelik mesleğinin gelişimine de katkı sağlamaktadır. Bu durum hemşirelerin çağdaş rollerini geliştirerek, toplumun da bakışını değiştirir. Hemşireler, sağlığı tehlikeye atabilecek/zarar verebilecek durumlarla ilk karşılaşan ve değerlendirmeyi yapan bir disiplin olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelik girişimleri tıbbi tanıdan öte sağlıklı/hasta bireylerin sağlık gereksinimlerine odaklanmalıdır (ICN, 2017d).

Hedef 2. Açlığa Son

Bu hedefte öncelikle açlığı bitirmek, gıda güvenliğini sağlamak, beslenme imkanlarını geliştirmek ve sürdürülebilir tarımı desteklemek amaçlanmaktadır. Dünyada yaklaşık 2 milyar insanda malnütrisyon ve fazla kilo-obezitenin olduğu, 5 yaş altı 159 milyon çocuğun ise açlık ile mücadele ettiği ICN Tema Kit'inde vurgulanmaktadır. Her üç bireyden birini etkilediği ve çocuk ölümlerinin %45'inde alta yatan neden olduğu tahmin edilen yetersiz beslenme, insanların sahip oldukları potansiyellerini tam olarak ortaya çıkarmasını engeller. Çocuklarda büyüme ve gelişme bozuklukları, enfeksiyona eğilim, yağ ve şeker tüketiminde artışa bağlı aşırı kilolu bireylerin sayısında ve kronik hastalıkların oranlarında artış en fazla ortaya çıkan durumlardır (ICN, 2017d).

Hemşireler, yetersiz beslenme riski altındaki bireyleri tanılayan, sorunu çözmek için yeni bakım modelleri geliştiren, tedavi programlarını insanların çevresel koşullarında uygulanabilecek şekilde değiştiren, politikalar geliştiren ve mevzuat değişikliklerini destekleyen alanlarda çalışmaktadırlar. Politik karar alma sürecini etkilemek amacıyla halkı bilgilendirmek için medyayı kullanırlar (ICN, 2017d).

Hedef 3. Sağlıklı Bireyler

Günümüzde politik alanda görülen gerginliklerin, döviz kurlarında dalgalanmanın, ekonomik istikrarsızlıkların, etnik gerilimlerin, açıklanamayan şiddet eylemlerinin ve terör örgütü eylemlerinin varlığı küresel ve öngörülemeyen bir tehdit haline gelmiştir. Ayrıca yaşadığımız çevre de değişerek; küresel sıcaklık artışı, antibiyotik tedavilerinde başarısızlık, gelir dağılımında eşitsizlik, sağlık harcamalarında artış meydana gelmiştir. Sağlık alanında ilerleme kaydedilmesine karşın, yaşam beklentisi ve kalitesinde ülkelerin kendi içinde ve ülkeler arasında hala belirgin farklılıklar bulunmaktadır (ICN, 2017d).

Bu noktada ICN Etik Kodları'na gönderme yaparak meslek üyelerinin dikkatini çekmektedir. *Hemşirelerin*; sağlık, sosyal ve diğer ekonomik hizmetlere erişimde kaynak ayırma noktasında, eşitlik ve adaleti savundukları belirtilir. Sağlık sistemlerinde hemşirelerin eğitim, beceri, deneyim ve bilgilerinin tüm avantajlarından yararlanılabilmemesinin, hemşirelik iş gücü ve liderliğinin geliştirilmesinin, hemşirelerin yerel, ulusal ve küresel alandaki politik, ekonomik kararların alınmasına ve reform hareketlerine dahil edilmelerinin gerekliliğine değinilmiştir (ICN, 2017d). Konuya dikkat çekmek üzere ICN Tema Kit'inde yer alan bir vaka örneği aşağıda özetlenmiştir.

Küba sağlık sistemi mükemmelliği ve verimliliği ile dünya çapında tanınmaktadır. 1960'lardan bu yana ülkeye yapılan ticaret yaptırımlarından dolayı sınırlı kaynak olmasına rağmen, Küba sağlık bakımı için halkın tüm kesimlerine ulaştı ve dünyadaki sağlık ve esenlik ile ilgili en iyi sonuçları elde etmeyi başardı. Aynı zamanda düşük ve orta gelirli bölgelere diğerlerine

göre daha fazla sayıda hekim gönderdi. Örneğin, Küba Batı Afrika'daki Ebola krizine en erken yanıt gösteren ülkelerden biridir. Sağlık sisteminin başarısı, koruyucu bakım yaklaşımlarına bağlanmıştır. Başhemşire Dr. Idalmis G. InfanteOchoa, Küba'nın sağlık bakım sistemindeki başarısının büyük kısmının hemşireler sayesinde olduğuna inanmaktadır. Hemşireler insani gerçekleri ve teknolojik kaynakları kullanarak, kapsamlı, kaliteli ve bireye özgü bakıma odaklanırlar. Küba Hükümeti hemşirelik mesleğini çok destekliyor ve onların kararlarını önemsiyor. Hemşireler Sağlık Bakanlığı bünyesinde politika geliştirme ve karar alma süreçlerinde aktif olarak yer almaktadır. Küba'nın hem kırsal hem de kentsel alanlardaki nüfusunun tamamı eşit bir şekilde hemşirelere ulaşabilmektedir.

Hedef 4. Nitelikli Eğitim

Bu hedefin temel amacı, herkese eşit derecede kaliteli eğitim sağlamak ve herkese yaşam boyu eğitim imkanı tanımak olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi sağlığın önemli bir sosyal belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Eğitim, gelecekteki istihdam fırsatlarını şekillendirmede önemli rol oynamakta, kararlarımızı ve seçimlerimizi etkilemektedir. Bununla beraber biyo-fiziksel ve ruhsal sağlık için yaşamsal önem taşıyan sosyal ve kişisel kaynakları sağlamaktadır. Aslında, eğitim düzeyi uzun vadede, sağlık ve yaşam kalitesini güçlü bir şekilde artırmaktadır (ICN, 2017d).

Gelişmekte olan ülkelerde ilköğretime kayıt oranının %90 olarak belirtildiği; ancak 57 milyon çocuğun okula gitmediği, dünya genelinde 103 milyon gencin temel okuma yazma becerisine sahip olmadığı ve bunun da yarısından fazlasının kadın olduğu, eğitim seviyesi arttıkça yaşamda kalma şansının da yüksek olduğu (sekiz yıl daha fazla) bu hedef kapsamında vurgulanmaktadır.

Hemşireler, sağlıklı yaşam için farkındalık oluşturma ve hastalığı önleme, erken tarama ve hastalıkların saptanmasında eğitimcilerle ortak çalışmaktadır. Bu engeller ancak eğitimcilerle birlikte çalışarak azaltılabilir (ICN, 2017d). Özellikle bireyleri eğitime teşvik etme ve olumlu sağlık davranışı kazandırma

noktasında toplum sağlığı ve okul sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

Hedef 5. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Bu hedef kapsamında toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak, kadınların ve kız çocuklarının toplumsal konumlarını güçlendirmek amaçlanmaktadır. Dünyada 495 milyon kadının eğitimsiz, meclislerde kadınların temsil oranının az (%27) olduğu, erkeklere göre daha düşük ücretle çalıştıkları (%20) ve 9 kızdan 1'inin 15 yaşından daha küçük yaşlarda evlendiği vurgulanmaktadır. Ayrıca toplumda cinsiyet eşitsizliğinin varlığı, büyük bir adaletsizlik göstergesidir. Toplumsal cinsiyet eşitliği temel bir insan hakkıdır. Bununla birlikte henüz, birçok toplumda genç kadınlar ve kızlar eşit olarak değerlendirilmemektedir. Kadına karşı şiddet, kaynakların dağılımında eşitsizlik ve cinsiyet ayrımı toplumsal cinsiyet eşitsizliği konusunda en çok karşımıza çıkan durumlardandır (ICN, 2017d).

Kadın egemen bir mesleğin profesyoneli ve sağlık hizmetlerinin sunumunda cinsiyetler arasındaki farklılıklara tanık olan biri olarak *hemşireler*, bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmalıdır. Hemşirelik mesleğini oluşturan bireylerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturmalarına karşın, hemşirelik bir kadın mesleği olarak görülmemelidir. Dünyada birçok kadın resmi eğitim ve öğretim programlarını bitirerek, hemşirelikten gelir elde etmekte, kendi toplumlarında saygınlık kazanmaktadır. Ayrıca yetkili, nitelikli ve güçlü hemşire iş gücü, diğer kadınların sağlık ve refah düzeylerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır (ICN, 2017d). Konuya dikkat çekmek üzere ICN Tema Kit'inde yer alan bir vaka örneği aşağıda özetlenmiştir.

Zambiya'da, hemşireler, Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)'lu kişilerin tedavisi ve yönetimi konusunda kadın haklarını güvence altına almak için diğer kuruluşlarla işbirliği yapılmaktadır. Zambiya'daki Ndola Katolik Piskoposluk Merkezi tarafından AIDS Entegre Programı kurulmuştur. Bu programda hemşirelik ve tıbbi bakım, sosyo-ekonomik destek, insan hakları ve yasal destek ve psikolojik bakım arasında işbirliği

oluşturulmuştur. Toplumla bakım hizmeti sunmak için hükümet ve sivil toplum kuruluşlarıyla da yakın bir işbirliği bulunmaktadır. Hemşireler, hemşirelik kliniklerinde ve toplumda, ailelere HIV ve Tüberküloz (TBC)'ün bulaşma durumları hakkında bilgi vermektedir. HIV ile yaşayan insanların ailelerinden ve arkadaşlarından sevgi ve destek almaları gerektiği konusunda farkındalığı artırarak damgalanmayı azaltmaya çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışmalarının bir parçası olarak, çocuk istismarına ve kadına şiddete karşı yasal koruma sağlamak, eşleri ölen kadınlara eşlerinden kalan mirasın ölen eşlerinin aileleri tarafından ele geçirilmesini önlemek için yasal kurumlar, insan hakları gönüllüleri ve diğer yasal alanlarla işbirliği de yapılmaktadır. Bu çalışma sonucunda, kadınlar, ihtiyaç duydukları bakım ve tedaviyi alabilmek için daha çok fırsat yakalamışlardır.

Güney Afrika'da HIV bakımının hemşirelik temel sağlık hizmetlerine entegre olduğu programlar başlatılmıştır. Birinci basamak sağlık kurumundaki hemşireler, kliniklerinde birinci basamak antiretroviral tedavi (ART), cinsel sağlık ve diğer bütüncül bakım uygulamaları sunmaktadır. Bu durum özellikle, cinsel istismara maruz kaldıktan sonra tedaviye ulaşabilen kadınların sayısını artırmıştır. Tıbbi bakım uygulamalarının sınırlı olduğu bölgelerde ART'ye erişimin sağlanarak HIV bulaşmasının azaltılması amaçlanmaktadır.

Hedef 6. Temiz Su ve Sıhhi Koşullar

Bu hedef kapsamında, herkes için suya ve sağlığa erişimi ve erişimin sürdürülebilirliğini garanti altına almak amaçlanmaktadır. Güvenli ve ulaşılabilir su, halk sağlığı için önemlidir. Temiz su ve sağlıklı koşulların sağlanması, milyonlarca insanın yaşam koşullarını iyileştirmek, ülkelerin ekonomilerini güçlendirmek ve yoksulluk oranlarını azaltmak için kritik önem taşımaktadır. Sağlığı koruma ve hijyeni sağlamada maliyeti en uygun olan girişimlerden biri olan el yıkamanın olumlu sağlık davranışı olarak bireylere kazandırılması kapsamında eğitimlerin etkin bir şekilde yapılması için uygun koşulların sağlanmasında, hemşireler kritik bir öneme sahiptir (ICN, 2017d).

Hedef 7. Erişilebilir ve Temiz Enerji

Bu hedef kapsamında herkes için erişilebilir, güvenilir, sürdürülebilir ve modern enerji sağlamanın önemi üzerinde durulmaktadır. Temiz suya erişim, hava kirliliği, yetersiz beslenme üzerinde durulması gereken en önemli konulardır. Hemşirelerin temiz enerjinin önemini, sağlık ve sağlık hizmeti sunumundaki etkilerini bilmeleri önemlidir. Bu noktada hemşireler olarak öncelikle sağlığa zarar verebilecek etkileri önlememiz ve yardım davranışlarını araştırmamızın gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (ICN, 2017d).

Hedef 8. İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme

Bu hedefin temel amacı, sürdürülebilir, kapsayıcı ekonomik kalkınmayı ve tam, üretici ve insan onuruna yakışır işlerde istihdamı sağlamaktır. Çok yönlü ve eğitilmiş bir sağlık iş gücüne erişim, yerel, ulusal ve küresel sağlık sonuçlarını iyileştirmek için kritik bir öneme sahiptir. Sağlık sektörü önemli bir ekonomik alan ve istihdam kaynağıdır. Sağlık hizmetlerine talebin giderek artmasıyla birlikte, milyonlarca insana yeni iş imkanı oluşturmaya devam etmektedir. Ancak bu kapsamda lisans eğitimi, kariyer planlama, lisansüstü eğitim, uygun istihdam, işe alma ve iş gücünde kalma stratejileri; hemşirelik açısından ele alınması gereken bazı sorunlar olarak görülmektedir (ICN, 2017d).

Hedef 9. Sanayi, Yenilikçilik ve Altyapı

Bu hedef kapsamında dayanıklı altyapı inşa etmek, sürdürülebilir ve kapsayıcı sanayileşmeyi ve yeni buluşları teşvik etmek amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği; biyo-fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel iyilik hali, hastalıkların önlenmesi, hastalıkların tanısı ve tedavisi, morbidite ve mortalitenin azaltılması adına önem taşır.

Hemşireler bakımın kalitesini, etkinliğini ve erişilebilirliğini artırmalı, inovasyon potansiyellerini kullanmalıdır (ICN, 2017d). Hemşireler bireylerin sağlık sorunları ile ilk karşılaşan ve bakım hizmeti sunan bir meslek grubu olarak, bireylerin sağlık bakım sistemi

içinde yaşadıkları zorluklara çözüm getirebilen, kaliteli, ulaşılabilir ve etkili bakım uygulamaları geliştirmelidir.

Hedef 10. Eşitsizliklerin Azaltılması

Bu hedef kapsamında ulaşılması planlanan amaç, ülke içinde ve ülkeler arasındaki eşitsizliklerin azaltılmasıdır. *Hemşireler*, sağlık bakım sistemi içinde sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı kişilere de eşit imkân sunulması gibi konulara meydan okumak ve hastaların haklarını savunmak için kritik öneme sahiptir. Bütün insanların sağlık bakım gereksinimlerine odaklanmak, hemşirelik mesleğinin zengin mirasının bir parçasıdır (ICN, 2017d).

En dezavantajlı gruplar, sağlık bakım hizmetine en fazla gereksinim duyan bireyler olmalarına karşın, bu hizmeti almaktan yoksun kalabilmektedir. Ayrıca, yoksul ve dezavantajlı gruptaki kişilerin tedavi ve bakım hizmetlerinde diğer bireylerden çok daha farklı seçeneklere başvurduğu bilinmektedir. Bu durum, sağlık bakım hizmetlerinin iyi organize edilmemesi nedeniyle olabilir. Hemşirelik, bu tür durumları engelleme ve hastaların haklarını savunmada kritik bir role sahiptir. Diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde olan hemşireler, sosyo-ekonomik farklılıkların kabul edilemez olduğu bir ortam yaratabilirler. Hemşirelik mesleğinin en önemli mirası, tüm insanların sağlık gereksinimlerinin savunuculuğunu yapmaktır.

Hedef 11. Sürdürülebilir Şehir ve Yaşam Alanları

Bu hedef kapsamındaki belirlenen amaç; kentleri ve insanların yaşam alanlarını herkesi kucaklayan, güvenli, güçlü ve sürdürülebilir kılmaktır. 2050 yılına gelindiğinde, dünya nüfusunun %70'inin kentsel alanlarda yaşayacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle, küresel sağlığın kentler tarafından belirleneceği düşünülmektedir. Şehirler, insanların büyüüp yaşayacakları, çalışacakları ve hayatını sürdüreceği bağlamı sağlamalıdır. Kültürel canlılık ve ekonomik büyümedeki artış, yoksulluk ve suç oranındaki yükselmeyi de kaçınılmaz kılacaktır (ICN, 2017d).

Hedef 12. Sorumlu Tüketim ve Üretim

Bu hedef, sağlık hizmetlerinin, hizmet kaynaklarının sürdürülebilirliğini ve atıkların yönetimini kapsamaktadır (ICN, 2017d). Sağlık bakım profesyonelleri de bireylerin sağlık durumlarının korunması ve sürdürülmesinden sorumlu oldukları için atıkların yönetimine toplumun dikkatini çekmelidir. Ayrıca kendileri de atık yönetimi ile ilgili ilkelere önem vermeli, uymalıdır. Bu konuyla ilgili Dünya Sağlık Örgütü Raporu'nda tıbbi atıkların sadece %58'inin uygun şekilde imha edildiği belirtilmektedir (World Health Organization [WHO], 2017). Bu durum da bulaşıcı hastalıklar, kesici-delici alet yaralanmaları, radyasyon yayılımı gibi toplum sağlığını önemli ölçüde tehdit eden durumlara neden olmaktadır.

Hedef 13. İklim Eylemi

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri iklim koşullarının değişen etkilerine doğrudan tanık olmaktadır. Bu konuya yönelik Kanada Hemşireler Birliği'nin "İklim Değişikliğine Yönelik Hemşirelerin Rolü" başlıklı raporu, iklim değişikliklerinin insan sağlığı üzerindeki etkileri ve hemşirelerin rollerine rehberlik etmektedir. Hükümetlerin iklim değişikliği konusunda harekete geçmesini savunmada hemşirelerin aktif bir rol oynadıkları/oyunacakları vurgulanmaktadır. Özellikle hemşireler ve hemşire dernekleri toplum sağlığını etkileyecek iklim değişikliklerinin farkında olmalı ve toplum sağlığını koruyacak önlemler planlamalıdır (ICN, 2017d).

Hedef 14. Sudaki Yaşam

Okyanusların ve diğer doğal su kaynaklarının bakımı, gıda, ilaç, biyo-yakıt ve diğer ürünler de dâhil olmak üzere çeşitli doğal kaynakları sağlaması nedeniyle çok önemlidir. Atıkların dağılımı ve uzaklaştırılmasını sağlar, iklim değişikliğinin azaltılmasına ve mevsimsel geçişlerin meydana gelmesine yardımcı olur. Ayrıca turizm ve rekreasyon için değerli kaynaklardır. Bu hedef kapsamında hemşirelere de gıda temini için

önemli bir kaynak olan suların temizliği ve gıda güvenliğinin sđalanması konusunda önemli görevler düşmektedir. ICN Tema Kiti'nde özellikle temiz su kaynaklarının (göl vb.) gıda teminini (su ürünleri) karşılayan önemli bir kaynak olduğu ve bu kaynakların çocuklarda malnutrisyonu önlemede etkili olabileceğini vurgulamaktadır (ICN, 2017d).

Hedef 15. Karasal Yaşam

Bu hedef kapsamında öncelikle amaç; karasal ekosistemleri korumak, restore etmek ve sürdürülebilir kullanimını sağlamak, ormanların varlığını korumak, çöllerle mücadele etmek, toprakların verimsizleşmesini önlemek ve verimliliği artırmak ve biyoçeşitlik kaybını durdurmaktadır. Ekosistemler, insan yaşamını sürdürmek için yaşamsal öneme sahiptir. İnsan refahının tüm yönleri, biyolojik çeşitliliği barındıran ekosistemden etkilenir. Biyo-çeşitlilik kaybı ve ekosistemlerdeki değişiklikler sonucunda; bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkma, gelişme sürecinde zayıflama, gıda ve beslenme güvenliğinde bozulma ile birlikte doğal felaketlerle karşılaşma riskinde de artış meydana gelebilir. Özellikle ekosistemle ilgili değişiklikler, mevcut infeksiyon hastalıklarındaki önceliklerin değişmesine, yeni infeksiyon hastalıklarının (EBOLA vb.) gündeme gelmesine neden olmaktadır (ICN, 2017d).

Hedef 16. Barış ve Adalet

Bu hedef kapsamında öncelikle ele alınan amaç; sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve herkesi kucaklayan toplumlar oluşturmak, herkesin adalete erişimini sağlamak, her seviyede etkin, hesap verebilir ve kucaklayıcı kurumlar inşa etmektir. Yoksulluk, eşitsizlik ile mücadele, kaosu barış ve adalete çevirmede hemşirelik mesleği çok önemlidir. *Hemşireler* bakım sorumluluğunu aldıkları topluma güven duymaktadır. Ayrıca toplumda oluşan hasar da hemşireler tarafından farkedilmektedir. Hemşirelerin bilimsel bilgi ve mesleki değerleri ile bireylere, ailelere ve topluluklara yardım için çözümler üretebilecek potansiyele sahip oldukları belirtilmektedir (ICN, 2017d).

Hedef 17. Hedefler için Ortaklıklar

Bu hedef kapsamında, sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklığın uygulama araçlarını güçlendirmek ve küresel ortaklığı yeniden canlandırmak amaçlanmaktadır. Sağlık sektörü, insan yaşamını olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerini önlemek amacıyla geliştirilen stratejilerin yürürlüğe girmesini sağlama çalışmalarında, diğer birimlerden ayrı düşünülemez. Sağlık sektörü diğer birimlerle işbirliği içinde çalışırken, büyük fayda sağlayabilir. Bu bağlamda, sağlık sektörü, endüstri ve diğer devlet kuruluşları ile işbirliği içinde çalışmalarını yürütmelidir. Bunun yanı sıra sağlık sektörü, mali ve düzenleyici tedbirler de dahil olmak üzere birden fazla alanda güçlü, tehlikeli ve dürüst olmayan bir endüstri ile mücadele edebilir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların temel nedenleri başta sağlık dışı sektörlerdir. Bazı sektörler, genellikle sağlık politikalarının uygulamalarını takip etmeksizin, ticaret ya da finans gibi ekonomik çıkarları göz önünde bulundururlar. Bu noktada hemşireler, sağlık politikaların uygulanmasında (örneğin kapalı alanlarda sigara içme yasağı, ilaçların temini) önemli role sahip olan ve sağlık sektöründe kilit konumda yer alan sağlık bakım profesyoneldir (ICN, 2017d).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu derleme makalesinde; 2030 yılında ulaşılması amaçlanan 17 sürdürülebilir küresel hedef, ICN'nin bu hedefler kapsamındaki açıklamaları ve hemşirelerde farkındalık oluşturacak, meslek üyesi olarak üzerimize düşen sorumlulukları açıkladığı tema içeriğini ülkemiz hemşirelerine yansıtacak şekilde özetledik. Bu bağlamda ICN;

Öncü Ses - Birey olarak; olumlu sağlık davranışı kazandırmaya liderlik, politika oluşturma, sağlık kaynaklarına eşit, adil ulaşım, ulusal dernekler ve diğer kuruluşlarla iş birliği yapmada politikaları hayata geçirmede anahtar rol oynamamız,

Öncü Ses - Profesyon olarak; ulusal hemşirelik dernekleri aracılığıyla çalışarak ve meslek çalışanlarını bir araya getirerek hedeflerimize ulaşma konusunda dayanışma içinde olmamız ve

Öncü Ses - Sağlık bakım ekibinin üyesi olarak; ekip çalışması, meslekler arası iletişim, ulusal ve global konularla ilgilenen birimlerle iletişim kurmamız gerektiğini önemle vurgulamaktadır (ICN, 2017d).

Hemşireler, sağlıkla ilgili hedeflere yönelik çalışmakla yükümlü iken, hükümetler de hemşirelerin hedeflerine ulaşmalarına katkıda bulunacak araçların sağlanmasından sorumludur.

Kaynaklar

- Acaroğlu, R. (2010). 2010 uluslararası hemşire yılı. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(3), 114-115.
- International Council of Nursing (ICN) (2017d). 2017 - Nurses: A voice to lead - Achieving the sustainable development goals. Retrieved from <http://www.icn.ch/publications/2017-nursing-a-voice-to-lead-achieving-the-sustainable-development-goals/>
- International Council of Nursing (ICN) (2017a). *Definition of nursing*. Retrieved from <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- International Council of Nursing (ICN) (2017b). *Who we are*. Retrieved from <http://www.icn.ch/who-we-are/who-we-are/>
- International Council of Nursing (ICN) (2017c). *What we do*. Retrieved from <http://www.icn.ch/what-we-do/what-we-do/>

- United Nations Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. Retrieved from <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7891Transforming%20Our%20World.pdf>
- United Nations Development Programme (UNDP) (2017). *Sürdürülebilir kalkınma hedefleri*. Retrieved from <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>
- World Health Organization (WHO) (2017). *About social determinants of health*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

DERGİNİN TANIMI

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, hakemli, açık erişimli ve yılda 3 sayı olarak Şubat, Haziran ve Ekim aylarında yayınlanan bilimsel bir dergidir. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nin yayın organıdır. Dergiye yayınlanması için gönderilen bilimsel makaleler Türkçe ya da İngilizce olmalıdır.

AMAÇ VE KAPSAM

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, bilimsel, kuramsal ve felsefi temelli hemşirelik uygulaması, eğitimi, yönetimi ve araştırmaları ile ilgili yazılara açıktır. Dergi, tüm açılardan hemşireliğin gelişimine ve ulusal-uluslararası düzeyde alanla ilgili perspektife katkı sağlayan çalışmalarını yayımlar. Hemşirelik konusunda araştırma bulguları, uygulama, deneyim ve bilgi alışverişi için uluslararası bir platform sağlamayı amaçlar. Hemşire ve diğer akademisyenler, klinik araştırmacılar, tıp/sağlık profesyonelleri, öğrenciler, ilgili mesleki, akademik kurum ve kuruluşlar derginin hedef kitlesini oluşturur.

EDİTORYAL POLİTİKALAR VE HAKEM SÜRECİ

Yayın Politikası

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, yayınlanmak üzere gönderilen makalelerin içeriği derginin amaç ve kapsamı ile uyumlu olmalıdır. Dergi aşağıda belirtilen türlerde makale kabul eder:

- Araştırma,
- Meta analiz, -Sistemik derleme, -Olgu sunumu, -Derleme,
- Editöre mektup

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, Türkiye'de hemşirelik bilimi ile ilgili yapılan araştırmaların ulusal ve uluslararası bilim dünyasına duyurulması, arenasına, bilim çevrelerince paylaşılması ve bu bağlamda hemşirelik biliminin teorik ve uygulama bilgi kapasitesini geliştirmeyi ve Türkiye'nin tanıtılmasına katkıda bulunmayı misyon edindiğinden özellikle orijinal araştırma niteliğindeki yazıları yayınlamaya öncelik vermektedir.

Genel İlkeler

Daha önce yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirilmediği olmayan ve her bir yazar tarafından onaylanan makaleler Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'de değerlendirilmek üzere kabul edilir.

Makalede daha önce yayınlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Gerekli

izinlerin alınıp alınmadığından yazar(lar) sorumludur.

Bilimsel toplantılarda sunulan özet bildiriler, makalede belirtilmesi koşulu ile kaynak olarak kabul edilir. Editör, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'e gönderilen makale biçimsel esaslara uygun ise, gelen yazıyı yurtiçinden ve /veya yurtdışından en az iki hakemin değerlendirmesine sunar, hakemler gerek gördüğü takdirde yazıda istenen değişiklikler yazarlar tarafından yapıldıktan sonra yayınlanmasına onay verir.

Makale yayınlanmak üzere Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'e gönderildikten sonra yazarlardan hiçbirinin ismi, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez ve yeni bir isim yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.

Yayına kabul edilmeyen makale, resim ve fotoğraflar yazarlara geri gönderilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir.

Yazarların Sorumluluğu

Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Yazar makalenin orijinal olduğu, daha önce başka bir yerde yayınlanmadığı ve başka bir yerde, başka bir dilde yayınlanmak üzere değerlendirilmediği konusunda teminat sağlamalıdır. Uygulamadaki telif kanunları ve anlaşmaları gözetilmelidir. Telif hakkı materyaller (örneğin tablolar, şekiller veya büyük alıntılar) gerekli izin ve teşekkürle kullanılmalıdır. Başka yazarların, katkıda bulunanların çalışmaları ya da yararlanılan kaynaklar uygun biçimde kullanılmalı ve referanslarda belirtilmelidir.

Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır, bu bağlamda "yazar" yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına ve desenine, verilerin elde edilmesine, analizine ya da yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının yazılması ya da bunun içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesinde görev yapan birisi olarak görülür. Yazar olabilmenin diğer koşulları ise, makaledeki çalışmayı planlamak veya icra etmek ve / veya revize etmektir. Fon sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başına yazarlık hakkı kazandırmaz. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler sayılan tüm ölçütleri karşılamalıdır ve yukarıdaki ölçütleri karşılayan her birey yazar olarak gösterilebilir.

Çok merkezli çalışmalarda grubun tüm üyelerinin yukarıda belirtilen şartları karşılaması gereklidir. Yazarların isim sıralaması ortak verilen bir karar olmalıdır. Tüm yazarlar yazar sıralamasını telif hakkı devri formunda imzalı olarak belirtmek zorundadırlar. Yazarların tümünün ismi yazının başlığının altındaki bölümde yer almalıdır.

Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler "teşekkür / bilgiler" kısmında sıralanmalıdır. Bunlara örnek olarak ise sadece teknik destek sağlayan, yazıya yardımcı olan ya da sadece genel bir destek sağlayan kişiler verilebilir. Finansal ve materyal destekleri de belirtilmelidir.

Yazıya materyal olarak destek veren ancak yazarlık için gerekli ölçütleri karşılamayan kişiler "klinik araştırmacılar" ya da "yardımcı araştırmacılar" gibi başlıklar altında toplanmalı ve bunların işlevleri ya da katılımları "bilimsel danışmanlık yaptı" "çalışma önerisini gözden geçirdi" "veri topladı" ya da "çalışma hastalarının bakımını üstlendi" şeklinde belirtilmelidir. Teşekkür (acknowledgement) kısmında belirtilecek bu bireylerden de yazılı izin alınması gerekmektedir. Bütün yazarlar, araştırmanın sonuçlarını ya da bilimsel değerlendirmeyi etkileyebilme potansiyeli olan finansal ilişkiler, çıkar çatışması ve çıkar rekabetini beyan etmelidirler. Bir yazar kendi yayınlanmış yazısında belirgin bir hata ya da yanlışlık tespit ederse, bu yanlışlıklara ilişkin düzeltme ya da geri çekme için editör ile hemen temasa geçme ve işbirliği yapma sorumluluğunu taşır.

Yazarların görevleri ve sorumlulukları konusunda aşağıdaki kaynaklara bakabilirsiniz;

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/>

Editör ve Hakem Sorumlulukları ve Değerlendirme Süreci

Editörler, makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirirler. Yayına gönderilen makalelerin adil bir şekilde çift taraflı kör hakem değerlendirmesinden geçmelerini sağlarlar. Gönderilen makalelere ilişkin tüm bilginin, makale yayınlanana kadar gizli kalacağını garanti ederler. Editörler içerik ve yayının toplam kalitesinden sorumludurlar. Gereğinde hata sayfası yayınlamalı ya da düzeltme yapmalıdır.

Editör; yazarlar, editörler ve hakemler arasında çıkar çatışmasına izin vermez. Hakem atama konusunda tam yetkiye sahiptir ve Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'de yayınlanacak makalelerle ilgili nihai kararı vermekle yükümlüdür. Yayın etiği konusunda COPE kaynağına bakabilirsiniz.

<https://publicationethics.org/files/u7141/1999pdf13.pdf>

Hakemler makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirirler. Araştırmayla ilgili, yazarlarla ve/veya araştırmanın finansal destekçileriyle çıkar çatışmaları olmamalıdır. Değerlendirmelerinin sonucunda tarafsız bir yargıya varmalıdırlar. Hakemler yazarların atıfta bulunmadığı konuyla ilgili yayınlanmış çalışmaları tespit etmelidirler. Gönderilmiş yazılara ilişkin tüm bilginin gizli tutulmasını sağlamalı ve yazar tarafında herhangi bir telif hakkı ihlali ve intihal fark ederlerse editöre raporlamalıdırlar. Hakem, makale konusu hakkında kendini vasıflı hissetmiyor ya da zamanında geri dönüş sağlaması mümkün görünmüyorsa, editöre bu durumu bildirmeli ve hakem sürecine kendisini dahil etmemesini istemelidir.

Editör makalelerle ilgili bilgileri (makalenin alınması, içeriği, gözden geçirme sürecinin durumu, hakemlerin eleştirileri ya da varılan sonuç) yazarlar ya da hakemler dışında kimseye

paylaşmaz. Değerlendirme sürecinde editör hakemlere gözden geçirme için gönderilen makalelerin, yazarların özel mülkü olduğunu ve bunun imtiyazlı bir iletişim olduğunu açıkça belirtir. Hakemler ve yayın kurulu üyeleri topluma açık bir şekilde makaleleri tartışamazlar. Hakemlerin kendileri için makalelerin kopyalarını çıkarmalarına izin verilmez ve editörün izni olmadan makaleleri başkasına veremezler. Hakemler gözden geçirmelerini bitirdikten sonra makalenin kopyalarını yok etmeli ya da editöre göndermelidirler. Dergimiz editörü de reddedilen ya da geri verilen makalelerin kopyalarını imha etmelidir.

Yazarın ve editörün izni olmadan hakemlerin gözden geçirmeleri basılamaz ve açıklanamaz. Hakemlerin kimliğinin gizli kalmasına özen gösterilmelidir. Bazı durumlarda editörün kararıyla, ilgili hakemlerin makaleye ait yorumları aynı makaleyi yorumlayan diğer hakemlere gönderilerek hakemlerin bu süreçte aydınlatılması sağlanabilir.

Değerlendirme süreciyle ilgili olarak COPE kaynağına bakabilirsiniz:

https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

AÇIK ERİŞİM İLKESİ

Açık erişimli bir yayın olan Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing dergisinin tüm içeriği okura ya da okurun dahil olduğu kuruma ücretsiz olarak sunulur. Okurlar, ticari amaç haricinde, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergi makalelerinin tam metnini okuyabilir, indirebilir, kopyalayabilir, arayabilir ve link sağlayabilir. Bu BOAI açık erişim tanımıyla uyumludur.

YAYIN ETİĞİ

İlke ve Standartlar

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır ve Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journals (ICJME) tarafından geliştirilen yayın etiği ilkelerini ve tavsiyelerini gözetir.

Gönderilen tüm makaleler orijinal, yayınlanmamış ve başka bir dergide değerlendirme sürecinde olmamalıdır. Her bir makale editörlerden biri ve en az iki hakem tarafından çift kör değerlendirmeden geçirilir. Gönderilen makaleleri intihal yazılımı ile denetleme hakkımız saklıdır. İntihal, veride hile ve tahrif (araştırma verisi, tabloları ya da imajlarının manipülasyonu ve asılsız üretimi), insan ve hayvanların araştırmada uygun olmayan kullanımı konuları denetimden geçmektedir. Bu standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Buna yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de dahildir. Yayın etiği kurallarına bağlı olarak, intihal şüphesini ve duplikasyon durumlarını rapor edeceğimizi belirtiriz.

Olası bilimsel etik dışı davranışlar ve etik yayın ihlali durumunda, COPE Ethics Flowcharts dikkate alınır:

https://publicationethics.org/files/Full_set_of_flowcharts_Turkey_2017%20%281%29.pdf

Bilimsel Sorumluluk

Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır, bu bağlamda "yazar" yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına ve desenine, verilerin elde edilmesine, analizine ya da yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının yazılması ya da bunun içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesinde görev yapan birisi olarak görülür. Yazar olabilmenin diğer koşulları ise, makaledeki çalışmayı planlamak veya icra etmek ve / veya revize etmektir. Fon sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başına yazarlık hakkı kazandırmaz. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler sayılan tüm ölçütleri karşılamalıdır ve yukarıdaki ölçütleri karşılayan her birey yazar olarak gösterilebilir.

Çok merkezli çalışmalarda grubun tüm üyelerinin yukarıda belirtilen şartları karşılaması gereklidir. Yazarların isim sıralaması ortak verilen bir karar olmalıdır. Tüm yazarlar yazar sıralamasını telif hakkı devri formunda imzalı olarak belirtmek zorundadırlar. Yazarların tümünün ismi yazının başlığının altındaki bölümde yer almalıdır.

Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler "teşekkür/bilgiler" kısmında sıralanmalıdır. Bunlara örnek olarak ise sadece teknik destek sağlayan, yazıya yardımcı olan ya da sadece genel bir destek sağlayan kişiler verilebilir. Finansal ve materyal destekleri de belirtilmelidir.

Yazıya materyal olarak destek veren ancak yazarlık için gerekli ölçütleri karşılamayan kişiler "klinik araştırmacılar" ya da "yardımcı araştırmacılar" gibi başlıklar altında toplanmalı ve bunların işlevleri ya da katılımları "bilimsel danışmanlık yaptı" "çalışma önerisini gözden geçirdi" "veri topladı" ya da "çalışma hastalarının bakımını üstlendi" şeklinde belirtilmelidir. Teşekkür (acknowledgement) kısmında belirtilecek bu bireylerden de yazılı izin alınması gerekmektedir.

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur, Çıkar Çatışması

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, yayınladığı makalelerin ticarî kaygılardan uzak ve konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olması şartını gözetmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. International Journal of Feeding and Eating Disorders, 1975 Helsinki Deklarasyonu'nun 2004 yılında revize edilen Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects'e <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> ve 2006 yılında revize edilen WMA Statement on Animal Use in Biomedical Research'e <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a18/> uymayı prensip edinmiş bir

dergidir. Bu yüzden Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'de yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, klinik deneylere katılan denekler ile ilgili olarak yukarıda belirtilen etik standartlara uyulduğunun mutlaka belirtilmesi gerekmektedir. Ayrıca deneyin türüne göre gerekli olan yerel veya ulusal etik komitelerden alınan onay yazıları yazı ile birlikte gönderilmelidir. Bununla birlikte deneye katılan kişi/hastalardan, hastalar eğer temyiz kudretine sahip değilse vâsilerinden yazılı bilgilendirilmiş olur alındığını belirten bir yazı ile beraber tüm yazarlar tarafından imzalanmış bir belgenin editöre gönderilmesi gerekmektedir. Hastalardan bilgilendirilmiş olur alınmadan mahremiyet bozulamaz. Hastaların ismi, isimlerinin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, fotoğraflar ve soy ağacı bilgileri v.b. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba, ya da vasisi) yazılı bilgilendirilmiş olur (rıza) vermedikçe basılmazlar.

Özellikle olgu bildirimlerinde, çok gerekli olmadıkça hasta ile ilgili tanımlayıcı ayrıntılar çıkarılmalıdır. Örneğin, fotoğraflarda göz bölgesinin maskelenmesi kimliğin gizlenmesi için yeterli değildir. Eğer veriler kimliğin gizlenmesi için değiştirildiyse yazarlar bu değişikliklerin bilimsel anlamı etkilemediği konusunda güvence vermelidirler. Olgu sunumlarında yer verilen hastalardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" alınmalıdır. Bilgilendirilmiş olur (rıza) alındığı da makalede belirtilmelidir.

Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Çalışmada "hayvan" kullanılmış ise yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (www.nap.edu/catalog/5140.html) doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Hayvan deneyleri rapor edilirken yazarlar, laboratuvar hayvanlarının bakımı ve kullanımı ile ilgili kurumsal ve ulusal rehberlere uyup uymadıklarını yazılı olarak bildirmek zorundadırlar.

Makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır. International Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing, WAME'nin çıkar çatışması tanımını benimser <http://www.wame.org/about/wame-editorial-on-coi>

Buna göre, yazar, hakem ya da editör sorumluluklarını aşırı düzeyde ve/veya haksızlığa yol açabilecek düzeyde etkileyebilecek ya da etkileyebileceği olası bir çıkar rekabeti içindeyse, çıkar çatışması söz konusudur ve bunun açıklanması gerekir. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri, finansal bağlar, akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik ya da dini inançlar, kurumsal bağlantılardır. Çıkar çatışması söz konusuysa bu makalede açıklanmalıdır.

DİL

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'in yayın dili Türkçe ve Amerikan İngilizce'sidir.

YAZILARIN HAZIRLANMASI

Aksi belirtilmedikçe gönderilen yazılarla ilgili tüm yazışmalar ilk yazarla yapılacaktır. Gönderilen yazılar, yazının yayınlanmak üzere gönderildiğini ve Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'in hangi bölümü (orijinal araştırma, olgu sunumu, derleme...) için başvurulduğunu belirten bir mektup, yazının elektronik formunu içeren Microsoft Word 2003 ve üzerindeki versiyonları ile yazılmış elektronik dosya ile tüm yazarların imzaladığı 'Telif Hakkı Devri Formu' eklenerek gönderilmelidir.

Makaleler sayfanın her bir kenarından 2,5 cm kenar boşluğu bırakılarak ve çift satır aralıklı yazılmalıdır. Makalelerde aşağıdaki sıra takip edilmelidir ve her bölüm yeni bir sayfa ile başlamalıdır: 1) başlık sayfası, 2) özet, anahtar kelimeler ve genişletilmiş özet (Extended Abstract), 3) metin, 4) teşekkür 5) kaynaklar ve 6) tablo ve/veya şekiller. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır.

Başlık sayfasında, yazının başlığını takiben yazarların adları, akademik ünvanları, bağlı oldukları kurumun açık adı ve adresi ve yazılacak yazarın tam adres, telefon ve faks numaraları ile e-mail adresi mutlaka bulunmalıdır. Yazının 40 karakteri geçmeyen (boşluklar dahil) kısa başlığı da bu bölümde belirtilmelidir.

Makale Türleri

Araştırma

Orijinal araştırma makaleleri derginin kapsamına uygun konularda önemli, özgün bilimsel sonuçlar sunan araştırmaları raporlayan yazılardır. Orijinal araştırma makaleleri, Öz, Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden ve Tablo, Grafik ve Şekillerden oluşur.

Öz

Türkçe yazıların İngilizce özetlerinde mutlaka İngilizce başlık da yer almalıdır. Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler 250 kelimeyi geçmemeli ve aşağıdaki şekilde yapılandırılmalıdır:

Amaç/ Aim: Yazının birincil ve asıl amacı;

Yöntem(ler)/Method(s): Veri kaynakları, çalışmanın iskeleti, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, görüşme/değerlendirmeler ve temel ölçümler;

Bulgular/Results: Ana bulgular;

Sonuç(lar)/Conclusion(s): Doğrudan klinik uygulamalar, çıkartılacak sonuçlar belirtilmelidir.

Özet çalışmanın temeliyle ilgili bilgi vermeli ve çalışmanın amacını, temel prosedürleri (olguların ya da laboratuvar hayvanlarının seçimi, gözlemsel ve analitik yöntemler), ana bulguları (mümkünse özgül etki büyüklüklerini ve istatistiksel anlamlılıklarını vererek) ve temel çıkarımları içermelidir. Çalışmanın

ya da gözlemlerin yeni ve önemli yönleri belirtilmelidir. Özetler bir makalenin birçok elektronik veritabanında yer alan en belirgin kısmı olduğundan, yazarlar özetin makalenin içeriğini doğru olarak yansıttığından emin olmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Anahtar kelimeler, her türlü yazıda Türkçe ve İngilizce özetlerin altındaki sayfada en az 3 en fazla 5 adet verilmelidir. Anahtar sözcük olarak Index Medicus'un Tıbbi Konu Başlıkları'nda (Medical Subject Headings, MeSH) yer alan terimler kullanılmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri" ne uygun olmalı ve [http:// www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) adresinden seçilmelidir.

Genişletilmiş Özet (Extended Abstract)

Her makale için genişletilmiş özet (Extended Abstract) yazarlarca hazırlanmalıdır. 600-800 kelime ile sınırlandırılan genişletilmiş özet (Extended Abstract), makalede aşağıdaki sıralamada, özet ve anahtar kelimelerden sonra, makale ana metninden önce, yer almalıdır. Genişletilmiş özet (Extended Abstract) sadece İngilizce hazırlanmalıdır.

Giriş

Giriş bölümünde konunun önemi, tarihçe ve bugüne kadar yapılmış çalışmalar, hipotez ve çalışmanın amacından söz edilmelidir.

Hem ana hem de ikincil amaçlar açıkça belirtilmelidir. Sadece gerçekten ilişkili kaynaklar gösterilmeli ve çalışmaya ait veri ya da sonuçlardan söz edilmemelidir. Giriş bölümünün sonunda çalışmanın amacı, araştırma soruları veya hipotezler yazılmalıdır.

Yöntem

Yöntem bölümünde, veri kaynakları, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, ölçekler, görüşme/değerlendirmeler ve temel ölçümler, yapılan işlemler ve istatistiksel yöntemler yer almalıdır. Yöntem bölümü, sadece çalışmanın planı ya da protokolü yazılırken bilinen bilgileri içermelidir; çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler bulgular kısmında verilmelidir.

Yöntem aşağıdaki başlıkları içermelidir:

Çalışmanın tipi: Açıklanmalıdır.

Çalışmanın evren ve örnekleme:

Gözlemsel ya da deneysel çalışmaya katılanların (hastalar, hayvanlar, kontroller) seçimi, kaynak popülasyon, çalışmaya alınma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri açıkça tanımlanmalıdır. Yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin çalışmanın amacıyla olan ilişkisi her zaman açık olmadığından yazarlar çalışma raporundaki kullanımlarını açıklamalıdır; örneğin yazarlar niçin sadece belli bir yaş grubunun alındığını ya da neden kadınların çalışma dışında bırakıldığını açıklamalıdır. Çalışmanın niçin ve nasıl belli bir şekilde yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. Yazarlar etnisite ya da ırk gibi değişkenler kullandıklarında bu değişkenleri nasıl ölçtüklerini ve geçerliklerini açıklamalıdır. Çalışmanın genel ve çalışma evreni tanımlanmalı; evrenden örnekleme nasıl yapıldığı, hangi örnekleme yöntemi kullanılarak seçim yapıldığı ve örnekleme büyüklüğünün nasıl hesaplandığı açıklanmalıdır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçlarının her biri ayrı ayrı tanıtılmalı ve geçerlik-güvenilirlik bilgileri verilmelidir. Diğer çalışmacıların

sonuçları yineleyebilmesi için yöntem ve kullanılan araçlar (üretici firma ve adres paragraf içinde belirtilerek) ayrıntılı bir şekilde belirtilmelidir. Önceden kullanılan bilinen yöntemler için (istatistiksel yöntemler dahildir) kaynak gösterilmeli, basılmış ama iyi bilinmeyen bir yöntem için kaynak verilmeli ve yöntem açıklanmalıdır. Aynı şekilde yeni ya da belirgin olarak modifiye edilmiş yöntemler tanımlanmalı ve kullanıma nedenleri belirtilip kısıtlılıkları değerlendirilmelidir. Kullanılan tüm ilaç ve kimyasallar doğru olarak tanımlanıp jenerik isimleri, dozları ve kullanım biçimleri belirtilmelidir. Gözden geçirme yazısı gönderen yazarlar veriyi bulma, seçme, ayırma ve sentezleme yöntemlerini belirtmelidir. Bu yöntemler aynı zamanda özette de yer almalıdır.

Etik Konular

Önceki bölümde işaret edilen Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journals (ICJME) tarafından geliştirilen yayın etiği ilkelerini ve tavsiyelerine dikkat edilmelidir. Ayrıca çalışmanın türüne göre Etik Kurul İzin Belgesi (alınış tarihi ve numarası), Kurum İzni ve Bilgilendirilmiş Olur'un alınma belgesi ile bilgiler eklenmelidir.

Verilerin Analizi

İstatistiksel yöntem, orijinal veriye erişebilecek bilgili bir okuyucunun rapor edilen sonuçları onaylayabileceği bir ayrıntıda belirtilmelidir. Mümkünse, bulgular niceliksel hale getirilmeli ve hata ölçümleri (güvenlik aralıkları gibi) sunulmalıdır. Etki büyüklüğünü vermeyen, p değerlerinin kullanımı gibi, salt istatistiksel hipotez sinamasına dayanılmamalıdır. Çalışma deseni ve istatistiksel yöneme dair kaynaklar sayfalar belirtilerek mümkün olduğu sürece standart kaynaklar olmalıdır. İstatistiksel terimler, kısaltmalar ve semboller tanımlanmalıdır. Kullanılan bilgisayar programı belirtilmelidir.

Bulgular

Ana bulgular istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak eksiksiz verilmeli ve bu bulgular uygun tablo, grafik ve şekillerle görsel olarak da belirtilmelidir. Bulgular yazıda, tablolarda ve şekillerde mantıklı bir sırayla önce en önemli sonuçlar olacak şekilde verilmelidir. Tablo ve şekillerdeki tüm veriyi yazıda vermemeli, sadece önemli noktaları vurgulanmalıdır.

Ekstra materyal ve teknik bilgi ek kısmında verilerek yazının akışının bozulmaması sağlanmalı, alternatif olarak bunlar sadece elektronik versiyonda yer almalıdır.

Tartışma

Tartışma bölümünde o çalışmadan elde edilen veriler, kurulan hipotez doğrultusunda hipotezi destekleyen ve desteklemeyen bulgular ve sonuçlar irdelenmeli ve bu bulgu ve sonuçlar literatürde bulunan benzeri çalışmalarla kıyaslanmalı, farklılıklar varsa açıklanmalıdır. Çalışmanın yeni ve önemli yanları ve bunlardan çıkan sonuçları vurgulanmalıdır. Giriş ya da sonuçlar kısmında verilen bilgi ve veriler tekrarlanmamalıdır.

Deneysel çalışmalar

Deneysel çalışmalar için tartışmaya sonuçları kısaca özetleyerek başlamak, daha sonra olası mekanizmaları ya da açıklamaları incelemek ve bulguları önceki çalışmalarla karşılaştırmak, çalışmanın kısıtlılıklarını özetlemek, gelecekteki çalışmalar ve klinik

pratik için uygulamalarını belirtmek faydalıdır. Varılan sonuçlar çalışmanın amacıyla karşılaştırılmalı, ancak elde edilen bulgular tarafından yeterince desteklenmeyen çıkarımlardan kaçınılmalıdır. Yazarlar, eğer elde ettikleri veriler ekonomik veri ve analizler içermiyorsa, ekonomik çıkar ya da faydalarla ilgili yorumlardan özellikle kaçınılmalıdır. Gerekliğinde yeni hipotezler ortaya konmalı, ancak bunların yeni hipotezler olduğu belirtilmelidir.

Sonuçlar

Sonuçlar bölümünde yazı özetlenirken sayısal sonuçları sadece türevler (örneğin yüzde) şeklinde değil mutlak şekilde de vermeli ve kullanılan analiz yöntemi belirtilmelidir. Sadece makaledeki fikri destekleyen şekil ve tablolar konmalıdır. Çok büyük tablolar yerine grafikleri kullanmayı denemeli, grafik ve tablolarda aynı veriyi tekrarlamamalıdır.

Tablo, Grafik ve Şekiller

Yazı içindeki grafik, şekil ve tablolar Arap sayıları ile numaralandırılmalıdır. Şekillerin metin içindeki yerleri belirtilmelidir.

Meta Analizi (İleri Çözümleme)

Meta-analizi, girişimlerin etkinliği için en yüksek düzeyli kanıt sağlamak amacıyla belirli bir konuda yapılmış, birbirinden bağımsız, birden çok çalışmanın sonuçlarını birleştirme ve elde edilen araştırma bulgularının istatistiksel analizini yapma yöntemidir. Meta-analizi, hem deneysel hem de nicel araştırmalar için yapılabilir. Meta-analizi makaleleri; Öz, Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden ve Tablolardan oluşur.

Sistemik Derleme

Sistemik derleme, meta-analizinde olduğu gibi ilgili bilim disiplinlerine ve klinisyenlere en iyi kanıt sağlayan, bir çeşit sekonder araştırma çalışmalarıdır. Bir derleme makalenin sistemik olarak tanımlanabilmesi için derlemeye alınacak çalışmaların belirlenmesi, seçilmesi, çalışma verilerinin sentezlenmesi süreçlerinin izlenmesi gerekir. Sistemik derleme çalışmaları; Öz, Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet, Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden ve Tablolardan oluşur.

Olgu Sunumu/Case Report

Olgu sunumu makaleleri özgün vakaları rapor eden yazılardır. Derginin kapsamına giren konulara ilişkin bir problemin üstesinden gelen tedaviyle ilgili, yeni araçlar, teknikler ve metotlar göstererek okuyucular için bilgilendirme sağlamalıdır. Olgu sunumu yazıları Öz (özetin araştırma makalesinde olduğu gibi belli bir formatta yapılandırılmış olması gerekmiyor), Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Referanslar, gerekirse Tablo ve açıklayıcı bilgilerden oluşur. Olgu sunumunda yazılı bilgilendirilmiş onam alınmalı ve makalede belirtilmelidir.

Derleme/Review

Derleme makaleleri alanında zengin birikime ve atf alan çalışmalara sahip uzman kişilerce yazılan yazılardır. Klinik pratiğe ilişkin bir konuda mevcut bilgiyi tanımlayan, değerlendiren ve tartışan; geleceğe ilişkin çalışmalara yol gösteren derleme yazıları yazmaları için dergi belirlediği yazarlara davet gönderir. Derleme makaleleri, Öz (özetin, araştırma makalesinde olduğu gibi belli bir formatta yapılandırılmış olması gerekmiyor), Anahtar Kelimeler, Genişletilmiş Özet (Extended Abstract), Giriş, Sonuç bölümlerinden oluşur. Derleme makale gönderen yazarların, makalede kullandıkları verinin seçimi, alınması, sentezi için kullandıkları yöntemleri tanımlayan bir bölüme de makalede yer vermeleri gerekir. Bu yöntemler Öz bölümünde de belirtilmelidir.

Editöre Mektup/Letter to the Editor

Editöre Mektup, kısa ve net görüş bildiren yazılardır. Dergide daha önce yayınlanmış olan makalelerle ilgili olarak ya da dergide ifade edilmiş görüşlerle ilgili olarak yazılmış olması tercih edilir. Editöre Mektup yazıları, daha sonra yeni bir yazı ile geçerlilik ispatı gerektirebilecek ön görüş bildiren yazılar olmamalıdır.

Tablolar

Tablolar bilgileri etkin bir şekilde gösterir ve ayrıca bilginin istenen tüm ayrıntı seviyelerinde verilmesini sağlar. Bilgileri metin yerine tablolarda vermek genelde metnin uzunluğunu kısaltır. Her tablo ayrı bir sayfaya çift aralıklı olarak basılmalıdır. Tablolar metindeki sıralarına göre numaralanıp, her birine kısa bir başlık verilmelidir. MS Word 2003 ve üstü versiyonlarında otomatik tablo seçeneğinde "tablo klasik 1" ya da "tablo basit 1" seçeneklerine göre tablolar hazırlanmalıdır. Başlık satırı ve tablo alt üst satırları dışında tablonun içinde başka dikey ve yatay çizgiler kullanılmamalıdır. Her sütuna bir başlık verilmelidir. Yazarlar açıklamaları başlıkta değil, dipnotlarda yapmalıdır. Dipnotlarda standart olmayan tüm kısaltmalar açıklanmalıdır. Dipnotlar için sırasıyla aşağıdaki semboller kullanılmalıdır: (*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡).

Varyasyonun standart sapma ya da standart hata gibi istatistiksel ölçümleri belirtilmelidir. Metin içinde her tabloya atıfta bulunulduğuna emin olunmalıdır. Eğer yayınlanmış ya da yayınlanmamış herhangi başka bir kaynaktan veri kullanılıyorsa izin alınmalı ve onlar tam olarak bilgilendirilmelidir.

Çok fazla veri içeren tablolar, çok yer tutar ve sadece elektronik yayınlar için uygun olabilir ya da okuyuculara yazarlar tarafından doğrudan sağlanabilir. Böyle bir durumda uygun bir ifade metne eklenmelidir. Bu tip tablolar, hakem değerlendirmesinden geçmesi için makaleyle beraber gönderilmelidir.

Şekiller

Şekiller ya profesyonel olarak çizilmeli ve fotoğraflanmalı ya da fotoğraf kalitesinde dijital olarak gönderilmelidir.

Şekillerin basıma uygun versiyonlarının yanı sıra JPEG ya da GIF gibi elektronik versiyonlarda yüksek çözünürlükte görüntü oluşturacak biçimlerde elektronik dosyaları gönderilmeli ve yazarlar göndermeden önce bu dosyaların görüntü kalitelerini bilgisayar ekranında kontrol etmelidir.

Röntgen, CT, MRI filmleri ve diğer tanısız görüntülemeler yüksek kalitede basılmış olarak gönderilmelidir. Bu nedenle şekillerin üzerindeki harfler, sayılar ve semboller açık ve tüm makalede eşit ve yayın için küçültüldüklerinde bile okunabilecek boyutlarda olmalıdır. Şekiller mümkün olduğunca tek başlarına anlaşılabilir olmalıdır. Fotomikrografik patoloji preparatları iç ölçekler içermelidir. Semboller, oklar ya da harfler fonla kontrast oluşturmalıdır. Eğer insan fotoğrafı kullanılacaksa, ya bu kişiler fotoğraftan tanınmamalıdır ya da yazılı izin alınmalıdır (Etik bölümüne bakınız).

Şekiller metinde geçiş sıralarına göre numaralandırılmalıdır. Eğer önceden yayınlanmış bir şekil kullanılacaksa, yayın hakkını elinde bulunduran bireyden izin alınmalıdır. Toplum alanındaki belgeler hariç yazarlığa ve yayıncıya bakılmadan bu izin gereklidir. Basılacak bölgeyi gösteren ek çizimler editörün işini kolaylaştırır. Renkli şekiller editör gerekli gördüğünde ya da sadece yazar ek masrafı karşılarsa basılır.

Şekillerin Dipnotları

Ayrı bir sayfadan başlayarak şekiller için tablo başlıkları ve dipnotları tek aralıklı olarak ve Arap sayıları ile hangi şekle karşı geldikleri belirtilerek yazılmalıdır. Semboller, oklar, sayılar ya da harfler şeklin parçalarını belirtmek için kullanıldığında, dipnotlarda her biri açıkça tanımlanmalıdır. Fotomikrografik patoloji preparatlarında iç ölçek ve boyama tekniği açıklanmalıdır.

Ölçüm Birimleri

Uzunluk, ağırlık ve hacim birimleri metrik (metre, kilogram, litre) sistemde ve bunların onlu katları şeklinde rapor edilmelidir. Sıcaklıklar Celsius derecesi, kan basıncı milimetre civa cinsinden olmalıdır. Ölçü birimlerinde hem lokal hem de Uluslararası Birim Sistemleri (International System of Units, SI) kullanılmalıdır. İlaç konsantrasyonları ya SI ya da kütle birimi olarak verilir, alternatif olarak parantez içinde de verilebilir.

Kısaltmalar ve Semboller

Sadece standart kısaltmaları kullanın, standart olmayan kısaltmalar okuyucu için çok kafa karıştırıcı olabilir. Başlıkta kısaltmadan kaçınılmalıdır. Standart bir ölçüm birimi olmadıkça kısaltmaların uzun hali ilk kullanılışlarında açık, kısaltılmış hali parantez içinde verilmelidir.

Teşekkür/Acknowledgement

Yazının sonunda kaynaklardan önce yer verilir. Bu bölümde

YAZARLARA BİLGİ

kişisel, teknik ve materyal yardımı gibi nedenlerle yapılacak teşekkür ifadeleri yer alır.

Kelime Sayısı Sınırlandırması

Araştırma, meta analiz, sistematik derleme ve derleme yazılarında özel bir kelime sayısı sınırlandırması yoktur. Derleme yazılarında öz/abstract, genişletilmiş özet, kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç 3000 kelimeyi aşmamalıdır. Olgu sunumları öz/abstract hariç 1000 kelime ile sınırlandırılmalı ve en az sayıda şekil, tablo ve kaynak içermelidir. Editöre mektuplar (en fazla 1000 kelime, tablosuz ve şekilsiz) olmalı ve mektup, tüm yazarlar tarafından imzalanmış olmalıdır. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing'da yayınlanmış olan bir yazı ile ilgili eleştiri ya da değerlendirme niteliğindeki mektuplar sözü edilen yazının yayınlanmasından sonraki 12 hafta içinde alınmış olmalıdır.

Kaynaklar

Kaynaklarla İlgili Genel Konular

Gözden geçirme yazıları okuyucular için bir konudaki kaynaklara ulaşmayı kolaylaştıran bir araç olsa da, her zaman orijinal çalışmayı doğru olarak yansıtmaz. Bu yüzden mümkün olduğunca yazarlar orijinal çalışmalarını kaynak göstermelidir. Öte yandan, bir konuda çok fazla sayıda orijinal çalışmanın kaynak gösterilmesi yer israfına neden olabilir. Birkaç anahtar orijinal çalışmanın kaynak gösterilmesi genelde uzun listelerle aynı işi görür. Ayrıca günümüzde kaynaklar elektronik versiyonlara eklenebilmekte ve okuyucular elektronik literatür taramalarıyla yayınlara kolaylıkla ulaşabilmektedir.

Kabul edilmiş ancak yayınlanmamış makalelere atıflar "basımda" ya da "çıkacak" şeklinde verilmelidir; yazarlar bu makaleleri kaynak gösterebilmek için yazılı izin almalıdır ve makalelerin basımda olduğunu ispat edebilmelidir. Gönderilmiş ancak yayına kabul edilmemiş makaleler, "yayınlanmamış gözlemler" olarak gösterilmeli ve kaynak yazılı izinle kullanılmalıdır. Genel bir kaynaktan elde edilemeyecek temel bir konu olmadıkça "kişisel iletişimlere" atıfta bulunulmamalıdır. Eğer atıfta bulunulursa parantez içinde iletişim kurulan kişinin adı ve iletişim tarihi belirtilmelidir. Bilimsel makaleler için yazarlar bu kaynaktan yazılı izin ve iletişimin doğruluğunu gösterir belge almalıdır.

Referans Stili ve Formatı

Dergiye gönderilen makalelerde American Psychological Association (APA) kaynak sitilinin kullanılması esastır. Yazarlar, makale metninde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA stiline uygun olarak belirtmelidir.

Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir.

Metin İçinde Kaynak Gösterme

Kaynaklar metinde parantez içinde yazarların soyadı ve yayın tarihi yazılarak belirtilmelidir. Birden fazla kaynak gösterilecekse kaynaklar arasında (;) işareti kullanılmalıdır. Kaynaklar alfabetik olarak sıralanmalıdır.

Örnekler:

Birden fazla kaynak;

(Esin ve ark., 2002; Karasar 1995)

Tek yazarlı kaynak;

(Akyolcu, 2007)

İki yazarlı kaynak;

(Sayiner ve Demirci 2007, s. 72)

Üç, dört ve beş yazarlı kaynak;

Metin içinde ilk kullanımda: (Ailen, Ciambune ve Welch 2000, s. 12–13) Metin içinde tekrarlayan kullanımlarda: (Ailen ve ark., 2000)

Altı ve daha çok yazarlı kaynak;

(Çavdar ve ark., 2003)

Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterme

Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir.

Dergi adları Pubmed'de kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Pubmed'de yer almayan dergilerin adı kısaltılmamalıdır.

Kaynak yazımı ile ilgili örnekler aşağıda verilmiştir.

Kitap

a) Türkçe Kitap

Karasar, N. (1995). *Araştırmalarda rapor hazırlama* (8.bs). Ankara: 3A Eğitim Danışmanlık Ltd.

b) Türkçeye Çevrilmiş Kitap

Mucchielli, A. (1991). *Zihniyetler* (A. Kotil, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları.

c) Editörlü Kitap

Ören, T., Üney, T. ve Çölkesen, R. (Ed.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

d) Çok Yazarlı Türkçe Kitap

Tonta, Y., Bitirim, Y. ve Sever, H. (2002). *Türkçe arama motorlarında performans değerlendirme*. Ankara: Total Bilişim.

e) İngilizce Kitap

Kamien R., & Kamien A. (2014). *Music: An appreciation*. New York, NY: McGraw-Hill Education.

f) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

Bassett, C. (2006). Cultural studies and new media. In G. Hall & C. Birchall (Eds.), *New cultural studies: Adventures in theory* (pp. 220–237). Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

g) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi. M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi kitabı* içinde (s. 233–263). Bursa: Dora Basım Yayın.

h) Yayıncının ve Yazarın Kurum Olduğu Yayın

Türk Standartları Enstitüsü. (1974). *Adlandırma ilkeleri*. Ankara: Yazar.

Makale

a) Türkçe Makale

Mutlu, B. ve Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 179–182.

b) İngilizce Makale

de Cillia, R., Reisinger, M., & Wodak, R. (1999). The discursive construction of national identity. *Discourse and Society*, 10(2), 149–173. <http://dx.doi.org/10.1177/0957926599010002002>

c) Yediden Fazla Yazarlı Makale

Lal, H., Cunningham, A. L., Godeaux, O., Chlibek, R., Diez-Domingo, J., Hwang, S.-J. ... Heineman, T. C. (2015). Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *New England Journal of Medicine*, 372, 2087–2096. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1501184>

d) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

Al, U. ve Doğan, G. (2012). Hacettepe Üniversitesi Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü tezlerinin atıf analizi. *Türk Kütüphaneciliği*, 26, 349–369. Erişim adresi: <http://www.tk.org.tr/>

e) DOI'si Olan Makale

Turner, S. J. (2010). Website statistics 2.0: Using Google Analytics to measure library website effectiveness. *Technical Services Quarterly*, 27, 261–278. <http://dx.doi.org/10.1080/07317131003765910>

f) Online First Olarak Yayımlanmış Makale

Smith, J. A. (2010). Citing advance online publication: A review. *Journal of Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a45d7867>

g) Popüler Dergi Makalesi

Semerçioğlu, C. (2015, Haziran). Sıradanlığın rayihası. *Sabit Fikir*, 52, 38–39.

Tez, Sunum, Bildiri

a) Türkçe Tezler

Sarı, E. (2008). *Kültür kimlik ve politika: Mardin'de kültürlerarasılık*. (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

b) Ticari Veritabanında Yer Alan Yüksek Lisans Ya da Doktora Tezi

Van Brunt, D. (1997). *Networked consumer health information systems* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 9943436)

c) Kurumsal Veritabanında Yer Alan İngilizce Yüksek Lisans/ Doktora Tezi

Yaylalı-Yıldız, B. (2014). *University campuses as places of potential publicness: Exploring the political, social and cultural practices in Ege University* (Doctoral dissertation). Retrieved from: <http://library.iyte.edu.tr/tr/hizli-erisim/iyte-tez-portali>

d) Web'de Yer Alan İngilizce Yüksek Lisans/Doktora Tezi

Tonta, Y. A. (1992). *An analysis of search failures in online library catalogs* (Doctoral dissertation, University of California, Berkeley). Retrieved from <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/yayinlar/phd/ickapak.html>

e) Dissertations Abstracts International'da Yer Alan Yüksek Lisans/Doktora Tezi

Appelbaum, L. G. (2005). Three studies of human information processing: Texture amplification, motion representation, and figure-ground segregation. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 65(10), 5428.

f) Sempozyum Katkısı

Krinsky-McHale, S. J., Zigman, W. B., & Silverman, W. (2012, August). Are neuropsychiatric symptoms markers of prodromal Alzheimer's disease in adults with Down syndrome? In W. B. Zigman (Chair), *Predictors of mild cognitive impairment, dementia, and mortality in adults with Down syndrome*. Symposium conducted at American Psychological Association meeting, Orlando, FL.

g) Online Olarak Erişilen Konferans Bildiri Özeti

Çınar, M., Doğan, D. ve Seferoğlu, S. S. (2015, Şubat). *Eğitimde dijital araçlar: Google sınıf uygulaması üzerine bir değerlendirme [Öz]*. Akademik Bilişim Konferansında sunulan bildiri, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir. Erişim adresi: <http://ab2015.anadolu.edu.tr/index.php?menu=5&submenu=27>

h) Düzenli Olarak Online Yayımlanan Bildiriler

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105, 12593–12598. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0805417105>

i) Kitap Şeklinde Yayımlanan Bildiriler

Schneider, R. (2013). Research data literacy. S. Kurbanoglu ve ark. (Ed.), *Communications in Computer and Information Science: Vol. 397. Worldwide Communalities and Challenges in Information Literacy Research and Practice* içinde (s. 134–140). Cham, İsviçre: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-03919-0>

j) Kongre Bildirisi

Çepni, S., Bacanak A. ve Özsevgeç T. (2001, Haziran). *Fen bilgisi öğretmen adaylarının fen branşlarına karşı tutumları ile fen branşlarındaki başarılarının ilişkisi*. X. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi'nde sunulan bildiri, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Diğer Kaynaklar

a) Gazete Yazısı

Toker, Ç. (2015, 26 Haziran). 'Unutma' notları. *Cumhuriyet*, s. 13.

YAZARLARA BİLGİ

b) Online Gazete Yazısı

Tamer, M. (2015, 26 Haziran). E-ticaret hamle yapmak için tüketiciyi bekliyor. *Milliyet*. Erişim adresi: <http://www.milliyet>

c) Web Page/Blog Post

Bordwell, D. (2013, June 18). David Koepp: Making the world movie-sized [Web log post]. Retrieved from <http://www.davidbordwell.net/blog/page/27/>

d) Online Ansiklopedi/Sözlük

Bilgi mimarisi. (2014, 20 Aralık). Vikipedi içinde. Erişim adresi: http://tr.wikipedia.org/wiki/Bilgi_mimarisi

Marcoux, A. (2008). Business ethics. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/ethics-business/>

e) Podcast

Radyo ODTÜ (Yapımcı). (2015, 13 Nisan). *Modern sabahlar* [Podcast]. Erişim adresi: <http://www.radyoodtu.com.tr/>

f) Bir Televizyon Dizisinden Tek Bir Bölüm

Shore, D. (Senarist), Jackson, M. (Senarist) ve Bookstaver, S. (Yönetmen). (2012). Runaways [Televizyon dizisi bölümü]. D. Shore (Baş yapımcı), *House M.D.* içinde. New York, NY: Fox Broadcasting.

g) Müzik Kaydı

Say, F. (2009). Galata Kulesi. *İstanbul senfonisi* [CD] içinde. İstanbul: Ak Müzik.

Yukarıda sıralanan koşulları yerine getirmemiş çalışma kabul edilmez, eksiklerinin tamamlanması için yazara iade edilir. Yayın Komisyonu tarafından kabul edilen yazılar basıma kabul sırasına göre yayınlanır. Baskı tashihleri yazarlar tarafından yapılır.

MAKALENİN DERGIYE GÖNDERİLMESİ

Çevrimiçi gönderim (online submission) ile birlikte Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing websitesinin (<http://dergipark.gov.tr/fnjn>) ilgili kısımlarındaki talimatlara uyarak makale gönderilebilme, hakem süreçleri de bu yolla yapılabilmektedir.

Makalelere eşlik eden ve aşağıdaki bilgileri içeren bir kapak mektubu olmalıdır.

- Aynı ya da çok benzer çalışmadan elde edilen raporların daha önce yayına gönderilip gönderilmediği mutlaka belirtilmelidir. Böyle bir çalışmaya özgül olarak atıfta bulunulmalı ve ayrıca yeni makalede de eskisine atıfta bulunulmalıdır. Gönderilen makaleye bu tip materyalin kopyaları da eklenerek editöre karar vermesinde yardımcı olunmalıdır.
- Eğer makalenin kendisinde ya da yazar formunda belirtilmemişse çıkar çatışmasına neden olabilecek mâli ya da diğer ilişkileri belirten bir ifade olmalıdır.
- Makalenin tüm yazarlar tarafından okunup kabul edildiğini, önceden belirtilen şekilde yazarlık ölçütlerinin karşılandığını, her yazarın makalenin dürüst bir çalışmayı yansıttığına

inandığını belirten bir ifade olmalıdır.

Mektup editöre yardımcı olabilecek tüm diğer bilgileri içermelidir.

Yazarların makalelerini göndermeden önce bir eksiklik olmadığından emin olmalarını sağlamak için bir kontrol listesi bulunmaktadır. Yazarlar derginin kontrol listesini kullanıp gönderilerini kontrol etmeli ve makaleleri ile birlikte bu formu göndermelidirler.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Yönetici Editör

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Abide-i Hürriyet Cad.

34381 Şişli İstanbul – Türkiye

Tel: +90212 4400000/27006

Faks:+90212 2244990

E-mail: mnesin@istanbul.edu.tr

SON KONTROL LİSTESİ

- Editöre sunum sayfası
 - ✓ Makalenin türü
 - ✓ Başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu bilgisi
 - ✓ Sponsor veya ticari bir firma ile ilişkisi (varsa belirtiniz)
 - ✓ İstatistik kontrolünün yapıldığı (araştırma makaleleri için)
 - ✓ İngilizce yönünden kontrolünün yapıldığı
- Telif hakları devri formu
- Daha önce basılmış materyal (yazı-resim-tablo) kullanılmış ise izin belgesi
- İnsan ögesi bulunan çalışmalarda "yöntemler" bölümünde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygunluk, kendi kurumlarından alınan etik kurul onayının ve hastalardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" alındığının belirtilmesi
- Hayvan ögesi kullanılmış ise "gereç ve yöntemler" bölümünde "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" prensiplerine uygunluğunun belirtilmesi
- Makale kapak sayfası
 - ✓ Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı
 - ✓ Yazarlar, ünvanları ve bağlı oldukları kurumlar
 - ✓ Tüm yazarların yazışma adresi, iş telefonu, GSM, e-posta adresleri
 - ✓ Özetler (200 Türkçe, 200 kelime İngilizce)
 - ✓ Genişletilmiş Özet (Extended Abstract) (600-800) (İngilizce)
 - ✓ Anahtar Kelimeler: 3-10 arası (Türkçe ve İngilizce)
 - ✓ Teşekkür
 - ✓ Kaynaklar
 - ✓ Tablolar-Resimler, Şekiller

INFORMATION FOR AUTHORS

DESCRIPTION

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is an open access, peer-reviewed, scholarly journal published three times a year in February, June and October. It is a publication of Istanbul University, Florence Nightingale Faculty of Nursing. The manuscripts submitted for publication in the journal must be scientific and original work in Turkish or English.

AIMS AND SCOPE

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing welcomes articles focusing on nursing research, practice, education and management issues. It publishes original scholarly papers that contribute to the development of nursing in all aspects, and broaden understanding and perspective regarding the field at both national and international level. It aims to provide an international platform for exchange of knowledge, research findings, practice and experience. The target group of the journal consists of nurses, academicians, clinical researchers, medical/health professionals, students, nursing professionals and related professional and academic bodies and institutions.

EDITORIAL POLICIES AND PEER REVIEW PROCESS

Publication Policy

The subjects covered in the manuscripts submitted to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing for publication must be in accordance with the aim and scope of the journal. The Journal considers manuscripts for publication in the following categories:

- Research,
- Meta Analysis, - Case Report, - Review,
- Letter to the editor

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing takes it a mission to announce the researches related to nursing science done in Turkey to national and international science communities; to provide a worldwide forum for sharing knowledge; and within this context to contribute to the development of theoretical and practical knowledge base of nursing science and promotion of Turkey. Concordantly, the journal gives priority to original research papers submitted for publication.

General Principles

Only those manuscripts approved by its every individual author and that were not published before in or sent to another journal, are accepted for evaluation.

For quoted texts, tabulated data and graphics from published papers, author has to obtain permission from the author(s) or the owner of the publishing rights of the source article and indicate the allowance in the paper. Author(s) is responsible to obtain

such permissions.

Short presentations that took place in scientific meetings can be referred if indicated in the article. The editor hands over the papers matching the formal rules to at least two national/international referees for evaluation and gives green light for publication upon modification by the authors in accordance with the referees' claims. Changing the name of an author (omission, addition or order) in papers submitted to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing requires written permission of all declared authors. Refused manuscripts and graphics are not returned to the author. The copyright of the published articles and pictures belong to the journal.

Author Responsibilities

It is authors' responsibility to ensure that the article is in accordance with scientific and ethical standards and rules. And authors must ensure that submitted work is original. They must certify that the manuscript has not previously been published elsewhere or is not currently being considered for publication elsewhere, in any language. Applicable copyright laws and conventions must be followed. Copyright material (e.g. tables, figures or extensive quotations) must be reproduced only with appropriate permission and acknowledgement. Any work or words of other authors, contributors, or sources must be appropriately credited and referenced. All the authors of a submitted manuscript must have direct scientific and academic contribution to the manuscript. The author(s) of the original research articles is defined as a person who is significantly involved in "conceptualization and design of the study", "collecting the data", "analyzing the data", "writing the manuscript", "reviewing the manuscript with a critical perspective" and "planning/conducting the study of the manuscript and/or revising it". Fund raising, data collection or supervision of the research group are not sufficient roles to be accepted as an author. The author(s) must meet all these criteria described above. The order of names in the author list of an article must be a co-decision and it must be indicated in the copyright transfer form. The individuals who do not meet the authorship criteria but contributed to the study must take place in the acknowledgement section. Individuals providing technical support, assisting writing, providing a general support, providing material or financial support are examples to be indicated in acknowledgement section.

All authors must disclose all issues concerning financial relationship, conflict of interest, and competing interest that may potentially influence the results of the research or scientific judgment.

When an author discovers a significant error or inaccuracy in his/her own published paper, it is the author's obligation to promptly cooperate with the Editor-in-Chief to provide retractions or corrections of mistakes.

Please browse ICMJE recommendations on roles and responsibilities of authors on <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/>

INFORMATION FOR AUTHORS

Responsibility for the Editors, Reviewers and Review Process

Editors evaluate manuscripts for their scientific content without regard to ethnic origin, gender, sexual orientation, citizenship, religious belief or political philosophy of the authors. They provide a fair double-blind peer review of the submitted articles for publication. They ensure that all the information related to submitted manuscripts is kept as confidential before publishing.

Editors are responsible for the contents and overall quality of the publication. They must publish errata pages or make corrections when needed.

Editor does not allow any conflicts of interest between the authors, editors and reviewers. Only he has the full authority to assign a reviewer and is responsible for final decision for publication of the manuscripts in Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing.

Please review the COPE publication ethics guidelines on <https://publicationethics.org/files/u7141/1999pdf13.pdf>

Reviewers evaluate manuscripts based on content without regard to ethnic origin, gender, sexual orientation, citizenship, religious belief or political philosophy of the authors. They must have no conflict of interest with respect to the research, the authors and/or the research funders. Their judgments must be objective. Reviewers should identify the relevant published work that has not been cited by the authors. They must ensure that all the information related to submitted manuscripts is kept as confidential and must report to the Editor if they are aware of copyright infringement and plagiarism on the author's side.

A reviewer who feels unqualified to review the topic of a manuscript or knows that its prompt review will be impossible should notify the Editor and excuse himself from the review process.

The editor informs the reviewers that the manuscripts are confidential information and that this is a privileged interaction. The reviewers and editorial board cannot discuss the manuscripts with other persons. The reviewers are not allowed to have copies of the manuscripts for personal use and they cannot share manuscripts with others. Unless the authors and editor permit, the reviews of referees cannot be published or disclosed. The anonymity of the referees is important. In particular situations, the editor may share the review of one reviewer with other reviewers to clarify a particular point.

Please review the COPE publication ethics guidelines on:

https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

OPEN ACCESS STATEMENT

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is an open access journal which means that all content is freely available without charge to the user or his/her institution. Users are allowed to read, download, copy, print, search, or link to the full texts of the articles in this journal without asking prior permission from the publisher or the author. This is in accordance with the BOAI definition of open access.

PUBLICATION ETHICS AND PUBLICATION MALPRACTICE STATEMENT

Standards and Principles

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing is committed to upholding the highest standards of publication ethics and pays regard to the following principles of Publication Ethics and Malpractice Statement which is based on the recommendations and guidelines for journal editors developed by the Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

All submissions must be original, unpublished (including as full text in conference proceedings), and not under the review of any other publication synchronously. Each manuscript is reviewed by one of the editors and at least two referees under double-blind peerreview process. We reserve the right to use plagiarism detectingsoftware to screen submitted papers at all times. We check for plagiarism and fraudulent data; falsification (fabrication or manipulation of research data, tables, or images) and improper use of humans or animals in research. All manuscripts not in accordance with these standards will be removed from the publication. This also contains any possible malpractice discovered after the publication. In accordance with the code of conduct we will report any cases of suspected plagiarism or duplicate publishing.

For dealing with cases of possible scientific misconduct and breach of publication ethics, COPE Ethics Flowcharts are taken into consideration:

https://publicationethics.org/files/Full%20set%20of%20English%20flowcharts_9Nov2016.pdf

Human and Animal Rights, Informed Consent, Conflict of Interest

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing adopts highest ethical and scientific standards and ensures that it is free of influences regarding commercial interests. It is authors' responsibility that the articles are in accordance with ethical codes of conduct.

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing takes as principle to comply with the ethical standards of 1975 Helsinki Declaration – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects- revised in 2004-

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> and WMA Statement on Animal Use in Biomedical Research- revised in 2006

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a18/>

For this reason, regarding the subjects of clinical experiments, it must be indicated in the submitted manuscripts definitely that the above mentioned codes of conduct were applied. Besides approvals, from national or local ethical committees must be sent together with the papers as well. Manuscripts that report the

INFORMATION FOR AUTHORS

results of experimental investigation with human subjects must include a statement that informed consent was obtained after the procedure(s) had been fully explained. In the case of children and those under wardship or with confirmed insanity, authors are asked to include information about whether the legal custodian's assent was obtained. And a letter of affirmation signed by all authors, confirming the collection of informed consents has to be sent to Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing.

Identifying information such as names, initials, hospital numbers, dates, photographs, and family pedigree must be avoided, unless disclosure is allowed by written consent of patient or the legal custodian of the patient. Informed consent for this purpose requires that an identifiable patient be shown in the manuscript to be published. Patient consent must be written and archived either with the journal, the authors, or both, as dictated by local regulations or laws. It must be mentioned in the text that informed consent was obtained from the participants. Especially for case report, identifying information must be avoided as much as possible. Eye masking on photos is not sufficient to conceal the identity of the patient. Authors have to stipulate lack of impact on scientific significance in case of changing the identifying information. Written informed consent must be taken from the patients presented in case studies; and it must be indicated in the manuscript.

Authors have to confirm in the section "Methods" that study has been conducted in compliance to above mentioned principles, approvals have been obtained from related institutional ethical committees and informed consents were collected. When reporting experiments on animals, authors must indicate whether the institutional and national guides for the care and use of laboratory animals were followed as in "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (www.nap.edu/catalog/5140.html) and approval from ethical committee must be taken.

The editor and the publisher do not guarantee or accept responsibility for the published features or definitions of commercial products. If there is direct or indirect grant support, it must be acknowledged in the section titled "declaration of interest" and must include the full name of the sponsor and grant number. Existence or lack of sponsorship of any kind as well as the type of sponsorship (consulting etc) has to be acknowledged, as well.

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing adopts WAME's definition <http://www.wame.org/about/wame-editorial-on-coi> which states that conflict of interest exists when author, peer reviewer or editor has a competing interest that could unduly influence (or be reasonably seen to do so) his or her responsibilities in the publication process. The types of competing interests that must be declared include financial ties, academic commitments, personal relationships, political or religious beliefs, institutional affiliations. The conflict of interest is to be acknowledged in the manuscript.

LANGUAGE

The language of the journal is both Turkish and American English.

MANUSCRIPT ORGANIZATION AND FORMAT

All correspondence will be sent to the first-named author unless otherwise specified. Manuscript is to be submitted online via <http://dergipark.gov.tr/iufnhy> and it must be accompanied by a cover letter indicating that the paper is intended for publication and specifying for which section of the Journal it is being submitted (i.e., original article, review article, or case report). In addition, a copyright transfer form that has to be signed by all authors must be submitted.

All parts of the manuscript, including case reports, quotations, references, and tables, must be double-spaced throughout. All four margins must be at least 2.5 cm. The manuscript must be arranged in the following order, with each item beginning a new page: 1) title page, 2) abstract, keywords and extended abstract 3) text, 4) acknowledgement 5) references, and 6) tables and/or figures. All pages must be numbered consecutively.

Title Page

On the title page, include full names of authors, academic or professional affiliations, and complete address with phone, fax number(s) and e-mail address (es) of the corresponding author. Acknowledgments for personal and technical assistance must be indicated on the title page.

Article Types

Research Article

Original research articles report substantial and original scientific results within the journal scope. Original research articles comprised of Abstract, Key Words, Extended Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusion, References and Table/Figures. The abstract must be structured as the following.

Abstract

Title of the manuscript in English must be written in English abstract. The abstract must be no longer than 250 words and structured as follows: aim, method, results, and conclusions.

Aim -the primary purpose of the article;

Method -data sources, design of the study, patients or participants, interventions, and main outcome measures;

Results -key findings;

Conclusions -including direct clinical applications.

Abstract must give information about the ground and the aim of the study, basic procedures (case selection, analytical or observational methods), main findings (specific weight and significance, if applicable) and basic conclusions. The novel and remarkable features of the study must be emphasized. Authors must ensure that the abstract would represent the whole study as it is the most prominent part of the work in the majority of electronic data bases.

Key Words

Up to 3-5 key words which are to be in accordance with Index Medicus, Medical Subjects Subheadings (MeSH).

INFORMATION FOR AUTHORS

Extended Abstract

Extended abstract must be prepared in English by the author. It must be no shorter than 600 and no longer than 800 words and placed after the abstract and keywords, and before the introduction section of the article. Extended abstract must be structured as aim, method, results and conclusions.

Introduction

This section must contain a clear statement of the general and specific objectives as well as the hypotheses which the work is designed to test. It should also give a brief account of the reported literature. The last sentence should clearly state the primary and secondary purposes of the article. Only, the actual references related with the issues have to be indicated and data or findings related with the current study must not be included in this section.

Methods

This section must contain explicit, concise descriptions of all procedures, materials and methods (i.e. data sources, participants, scales, interviews/reviews, basic measurements, applications, statistical methods) used in the investigation to enable the reader to judge their accuracy, reproducibility, etc. This section should include the known findings at the beginning of the study and the findings during the study must be reported in results section. Type, population and sample of the study must be explained. How the sample is selected; which sampling method is used and, how the sample size is calculated are to be clearly stated.

The election, source of population, inclusion and exclusion criteria of the participants (patients, animals, control group) in experimental, clinical or observational study must be clearly defined in this section. The particular study sample must be explained by the authors (i.e., why the study is performed in a definite age, race or sex population, etc.). When variables such as ethnicity and race are used, the authors must explain how they measure these variables and explain their validity.

Technical information on data collection

The methods, apparatus (the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail must be defined and their reliability-validity information must be given. References to established methods, including statistical methods (see below) must be given and brief descriptions for methods that have been published but are not well-known must be provided; new or substantially modified methods must be described, the reasons for using them must be given, and their limitations of the methods must be evaluated. The all drugs and chemicals used, including generic name(s), dose(s), and route(s) of administration must be identified. Authors should include a section describing the methods used for locating, selecting, extracting, and synthesizing data. These methods should also be summarized in the abstract.

Ethical Issues

As stated in the Publication Ethics and Malpractice Statement section, principles, recommendations and guidelines developed by Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science

Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) should be taken into consideration. Information of Ethics Committee Approval (with date of acceptance and issue number), Institution Approval and Informed Consent should be included in the manuscript with regard to the type of the study, and all these documents should be submitted together with the manuscript as attachments.

Statistics

The statistical methods must be described with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to verify the reported results. If possible, findings should be quantified and presented with appropriate indicators of measurement error or uncertainty (such as confidence intervals). Relying solely on statistical hypothesis testing, such as P values, which fail to convey important information about effect size must be avoided. References for the design of the study and statistical methods must be given to standard works and include the page number if possible. Statistical terms, abbreviations, and most symbols must be defined and the computer software used must be specified.

Results

The results should be presented in logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first. The all the data in the tables or illustrations should not be repeated in the text; only the most important observations must be emphasized or summarized. Extra or supplementary materials and technical detail can be placed in an appendix where they will be accessible but will not interrupt the flow of the text, or they can be published solely in the electronic version of the journal.

Discussion

The findings of the study, the findings and results which support or do not support the hypothesis of the study should be discussed, results should be compared and contrasted with findings of other studies in the literature and the different findings from other studies should be explained. The new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them should be emphasized. The data or other information given in the Introduction or the Results section should not be repeated in detail.

For experimental studies, it is useful to begin the discussion by summarizing briefly the main findings, then explore possible mechanisms or explanations for these findings, compare and contrast the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for future research and for clinical practice. The conclusions should be linked with the goals of the study but unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data should be avoided. New hypotheses should be stated when required, but they must be labeled clearly as such.

Conclusions

Conclusions derived from the study should be stated. For experimental studies, it is useful to begin the discussion by

INFORMATION FOR AUTHORS

summarizing briefly the main findings, then explore possible mechanisms or explanations for these findings, compare and contrast the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for future research and for clinical practice. The conclusions should be linked with the goals of the study but unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data should be avoided. New hypotheses should be stated when warranted, but should be labeled clearly as such.

Tables, Graphics and Illustrations

Tables, graphics and illustrations should be numbered in Arabic numerals in the text. The places of the illustrations should be signed in the text.

Meta Analysis

Meta-analysis is the statistical procedure for combining the results of multiple independent scientific researches done on a specific subject in order to identify the treatment effect precisely and provide evidence at the highest level to aid clinical decision making. Meta analysis can be done for experimental and quantitative researches. Meta analysis manuscripts comprise of Abstract, Keywords, Extended Abstract, Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References and Tables.

Systematic Review

Systematic review is a kind of secondary research study that provides evidence at the highest level for the clinicians and related scientific disciplines. To define a review manuscript as systematic, it requires to follow the process of identifying and selecting the studies that will be included in the review and synthesizing all the data.

Case Report

Case reports consider new, interesting and intriguing case studies in detail. They should be unique and present methods to overcome any health challenge by use of novel tools and techniques and provide a learning source for the readers. Case reports comprise of: Abstract (unstructured summary), Keywords, Extended Abstract, Introduction, Case Report, Discussion, Reference, Tables and Figures. Written informed consent of the patient should be obtained and indicated in the manuscript.

Review

Review articles are written by individuals who have done substantial work on the subject or are considered experts in the field. The Journal invites authors to write articles describing, evaluating and discussing the current level of knowledge regarding a specific subject in the clinical practice.

The manuscript should have an unstructured Abstract representing an accurate summary of the article, Key Words, Introduction, Conclusion. Authors submitting review article should include a section describing the methods used for locating, selecting, extracting, and synthesizing data. These methods should also be summarized in the abstract.

Letter to the Editor

Letter to the Editor is short and decisive manuscript. They should be preferably related to articles previously published in the Journal or views expressed in the Journal. The letter should not include preliminary observations that need a later study for validation.

Tables

Tables capture information concisely and display it efficiently; they also provide information at any desired level of detail and precision. Including data in tables rather than text frequently makes it possible to reduce the length of the text. Each table should be typed or printed with double spacing on a separate sheet of paper. The tables should be numbered consecutively in the order of their first citation in the text and a brief title for each table should be supplied. Any internal horizontal or vertical lines should not be used and a short or an abbreviated heading should be given to each column. Authors should place explanatory matter in footnotes, not in the heading. All nonstandard abbreviations should be explained in footnotes, and the following symbols should be used in sequence: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ††. The statistical measures of variations, such as standard deviation and standard error of the mean should be identified. Be sure that each table is cited in the text. If you use data from another published or unpublished source, obtain permission and acknowledge that source fully. Additional tables containing backup data too extensive to publish in print may be appropriate for publication in the electronic version of the journal, deposited with an archival service, or made available to readers directly by the authors. An appropriate statement should be added to the text. Such tables should be submitted for consideration with the paper so that they will be available to the peer reviewers.

Illustrations (Figures)

Figures should be either professionally drawn and photographed, or submitted as digital prints in photographic-quality. In addition to requiring a version of the figures suitable for printing, authors are asked for electronic files of figures in a format (for example, JPEG or GIF) that will produce high-quality images in the Web version of the journal; authors should review the images of such files on a computer screen before submitting them to be sure they meet their own quality standards. For x-ray films, scans, and other diagnostic images, as

INFORMATION FOR AUTHORS

well as pictures of pathology specimens or photomicrographs, sharp, glossy, black-and-white or color photographic prints should be sent, usually 127 x 173 mm. Letters, numbers, and symbols on figures should therefore be clear and consistent throughout, and large enough to remain legible when the figure is reduced for publication. Figures should be made as self-explanatory as possible, since many will be used directly in slide presentations. Titles and detailed explanations belong in the legends—not on the illustrations themselves. Photomicrographs should have internal scale markers. Symbols, arrows, or letters used in photomicrographs should contrast with the background. Photographs of potentially identifiable people must be accompanied by written permission to use the photograph. Figures should be numbered consecutively according to the order in which they have been cited in the text. If a figure has been published previously, the original source should be acknowledged and written permission from the copyright holder should be submitted to reproduce the figure. Permission is required irrespective of authorship or publisher except for documents in the public domain. Accompanying drawings marked to indicate the region to be reproduced might be useful to the editor. We publish illustrations in color only if the author pays the additional cost.

Legends for Illustrations (Figures)

The legends for illustrations should be typed or printed out using one spacing, starting on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, each one clearly should be identified and explained in the legend. The internal scale should be explained and the method of staining in photomicrographs should be identified.

Units of Measurement

Measurements of length, height, weight, and volume should be reported in metric units (meter, kilogram, or liter) or their decimal multiples. Temperatures should be in degrees Celsius, blood pressures should be in millimeters of mercury. Authors must consult the Information for Authors of the particular journal and should report laboratory information in both local and International System of Units (SI). Drug concentrations may be reported in either SI or mass units, but the alternative should be provided in parentheses where appropriate.

Abbreviations and Symbols

Use only standard abbreviations; use of nonstandard abbreviations can be confusing to readers. Avoid abbreviations in the title of the manuscript. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention unless the abbreviation is a standard unit of measurement.

Acknowledgement(s)

All forms of support, including individual technical support or material support must be acknowledged in the author's footnote before references.

Word Limitation

Research papers, meta analysis and systematic reviews have no specific word limitation. Reviews must not exceed 3000 words, excluding abstract, extended abstract, references, tables and figures. A case report must be strictly limited to 1000 words excluding abstract, and have minimal figures, tables, and references. Letter to the Editor must be limited to 1000 words. It must include references but no tables or figure, and it is to be signed by all of its authors. Letters critical of an article published in the journal must be received within 12 weeks.

References

Although references to review articles can be an efficient way to guide readers to a body of literature, review articles do not always reflect original work accurately. Readers should therefore be provided with direct references to original research sources whenever possible. On the other hand, extensive lists of references to original work on a topic can use excessive space on the printed page. Small numbers of references to key original papers often serve as well as more exhaustive lists, particularly since references can now be added to the electronic version of published papers, and since electronic literature searching allows readers to retrieve published literature efficiently. Using abstracts as references should be avoided. References to papers accepted but not yet published should be designated as "in press" or "forthcoming"; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication. Information from manuscripts submitted but not accepted should be cited in the text as "unpublished observations" with written permission from the source. Citing a "personal communication" should be avoided unless it provides essential information not available from a public source, in which case the name of the person and date of communication should be cited in parentheses in the text. For scientific articles, written permission and confirmation of accuracy from the source of a personal communication must be obtained.

Reference Style and Format

It is essential that the manuscripts submitted to the journal must use American Psychological Association (APA) style 6th edition. Authors must indicate the citations in the text and references section, in accordance with the APA style. The guidelines for APA Style 6th edition can be found at <http://www.apastyle.org>. Accuracy of citation is the author's responsibility. All references should be cited in text. Reference list must be in alphabetical order. Type references in the style shown below.

INFORMATION FOR AUTHORS

Citations in the Text

Citations must be indicated with the author surname and publication year within the parenthesis.

If more than one citation is made within the same parenthesis, separate them with (;).

Samples:

More than one citation;

(Esin et al., 2002; Karasar, 1995)

Citation with one author;

(Akyolcu, 2007)

Citation with two authors;

(Sayiner & Demirci, 2007)

Citation with three, four, five authors;

First citation in the text: (Ailen, Ciambrene, & Welch, 2000)

Subsequent citations in the text: (Ailen et al., 2000)

Citations with more than six authors;

(Çavdar et al., 2003)

Citations in the Reference

All the citations done in the text should be listed in the References section in alphabetical order of author surname without numbering. Below given examples should be considered in citing the references.

Abbreviation of journal names should be in compliance with Medline/PubMed. Journals that are not indexed by Medline/PubMed should be given in full name. Abbreviations of the journals in Medline/PubMed can be found in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>

Basic Reference Types

Book

a) Turkish Book

Karasar, N. (1995). *Araştırmalarda rapor hazırlama* (8th ed.) [Preparing research reports]. Ankara, Turkey: 3A Eğitim Danışmanlık Ltd.

b) Book Translated into Turkish

Mucchielli, A. (1991). *Zihniyetler* [Mindsets] (A. Kotil, Trans.). İstanbul, Turkey: İletişim Yayınları.

c) Edited Book

Ören, T., Üney, T., & Çölkesen, R. (Eds.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi* [Turkish Encyclopedia of Informatics]. İstanbul, Turkey: Papatya Yayıncılık.

d) Turkish Book with Multiple Authors

Tonta, Y., Bitirim, Y., & Sever, H. (2002). *Türkçe arama motorlarında performans değerlendirme* [Performance evaluation in Turkish search engines]. Ankara, Turkey: Total Bilişim.

e) Book in English

Kamien R., & Kamien A. (2014). *Music: An appreciation*. New York, NY: McGraw-Hill Education.

f) Chapter in an Edited Book

Bassett, C. (2006). Cultural studies and new media. In G. Hall & C. Birchall (Eds.), *New cultural studies: Adventures in theory* (pp. 220–237). Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

g) Chapter in an Edited Book in Turkish

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi [Organization culture: Its functions, elements and importance in leadership and business management]. In M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi* [Organization sociology] (pp. 233–263). Bursa, Turkey: Dora Basım Yayın.

h) Book with the same organization as author and publisher

American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American psychological association* (6th ed.). Washington, DC: Author.

Article

a) Turkish Article

Mutlu, B., & Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri [Source and intervention reduction of stress for parents whose children are in intensive care unit after surgery]. *Istanbul University Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(60), 179–182.

b) English Article

de Cillia, R., Reisigl, M., & Wodak, R. (1999). The discursive construction of national identity. *Discourse and Society*, 10(2), 149–173. <http://dx.doi.org/10.1177/0957926599010002002>

c) Journal Article with DOI and More Than Seven Authors

Lal, H., Cunningham, A. L., Godeaux, O., Chlibek, R., Diez-Domingo, J., Hwang, S.-J. ... Heineman, T. C. (2015). Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *New England Journal of Medicine*, 372, 2087–2096. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1501184>

d) Journal Article from Web, without DOI

Sidani, S. (2003). Enhancing the evaluation of nursing care effectiveness. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(3), 26-38. Retrieved from <http://cjr.mcqill.ca>

e) Journal Article with DOI

Turner, S. J. (2010). Website statistics 2.0: Using Google Analytics to measure library website effectiveness. *Technical Services Quarterly*, 27, 261–278. <http://dx.doi.org/10.1080/07317131003765910>

f) Advance Online Publication

Smith, J. A. (2010). Citing advance online publication: A review. *Journal of Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a45d7867>

g) Article in a Magazine

Henry, W. A., III. (1990, April 9). Making the grade in today's schools. *Time*, 135, 28–31.

INFORMATION FOR AUTHORS

Doctoral Dissertation, Master's Thesis, Presentation, Proceeding

a) Dissertation/Thesis from a Commercial Database

Van Brunt, D. (1997). *Networked consumer health information systems* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 9943436)

b) Dissertation/Thesis from an Institutional Database

Yaylali-Yıldız, B. (2014). *University campuses as places of potential publicness: Exploring the political, social and cultural practices in Ege University* (Doctoral dissertation). Retrieved from Retrieved from: <http://library.iyte.edu.tr/hizli-erisim/iyte-tez-portali>

c) Dissertation/Thesis from Web

Tonta, Y. A. (1992). *An analysis of search failures in online library catalogs* (Doctoral dissertation, University of California, Berkeley). Retrieved from <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/yayinlar/phd/ickapak.html>

d) Dissertation/Thesis abstracted in Dissertations Abstracts International

Appelbaum, L. G. (2005). Three studies of human information processing: Texture amplification, motion representation, and figure-ground segregation. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 65(10), 5428.

e) Symposium Contribution

Krinsky-McHale, S. J., Zigman, W. B., & Silverman, W. (2012, August). Are neuropsychiatric symptoms markers of prodromal Alzheimer's disease in adults with Down syndrome? In W. B. Zigman (Chair), *Predictors of mild cognitive impairment, dementia, and mortality in adults with Down syndrome*. Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, Orlando, FL.

f) Conference Paper Abstract Retrieved Online

Liu, S. (2005, May). *Defending against business crises with the help of intelligent agent based early warning solutions*. Paper presented at the Seventh International Conference on Enterprise Information Systems, Miami, FL. Abstract retrieved from http://www.iceis.org/iceis2005/abstracts_2005.htm

g) Conference Paper - In Regularly Published Proceedings and Retrieved Online

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105, 12593–12598. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0805417105>

h) Proceeding in Book Form

Parsons, O. A., Pryzwansky, W. B., Weinstein, D. J., & Wiens, A. N. (1995). Taxonomy for psychology. In J. N. Reich, H. Sands, & A. N. Wiens (Eds.), *Education and training beyond the doctoral degree: Proceedings of the American Psychological Association National Conference on Postdoctoral Education and Training in Psychology* (pp. 45–50). Washington, DC: American Psychological Association.

i) Paper Presentation

Nguyen, C. A. (2012, August). *Humor and deception in advertising: When laughter may not be the best medicine*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Orlando, FL.

Other Sources

a) Newspaper Article

Browne, R. (2010, March 21). This brainless patient is no dummy. *Sydney Morning Herald*, 45.

b) Newspaper Article with no Author

New drug appears to sharply cut risk of death from heart failure. (1993, July 15). *The Washington Post*, p. A12.

c) Web Page/Blog Post

Bordwell, D. (2013, June 18). David Koepp: Making the world movie-sized [Web log post]. Retrieved from <http://www.davidbordwell.net/blog/page/27/>

d) Online Encyclopedia/Dictionary

Ignition. (1989). In *Oxford English online dictionary* (2nd ed.). Retrieved from <http://dictionary.oed.com>

Marcoux, A. (2008). Business ethics. In E. N. Zalta (Ed.). *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/ethics-business/>

e) Podcast

Dunning, B. (Producer). (2011, January 12). *inFact: Conspiracy theories* [Video podcast]. Retrieved from <http://itunes.apple.com/>

f) Single Episode in a Television Series

Egan, D. (Writer), & Alexander, J. (Director). (2005). Failure to communicate. [Television series episode]. In D. Shore (Executive producer), *House*; New York, NY: Fox Broadcasting.

g) Music

Fuchs, G. (2004). Light the menorah. On *Eight nights of Hanukkah* [CD]. Brick, NJ: Kid Kosher.

SUBMISSION TO JOURNAL

All new manuscripts must be submitted online through Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi – Florence Nightingale Journal of Nursing website (<http://dergipark.gov.tr/fnjin>). Complete instructions are available at the website.

SUBMISSION CHECKLIST

Ensure that the following items are present:

- Cover letter to the editor
 - ✓ The category of the manuscript
 - ✓ Acknowledgement of "the paper is not under consideration for publication in another journal"
 - ✓ Disclosure of any commercial or financial involvement
 - ✓ Reviewing the statistical design of the research article
 - ✓ Last control for fluent English
- Copyright transfer form
- Permission of previous published material if used in the present manuscript

INFORMATION FOR AUTHORS

- Acknowledgement of the study "in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of in 2000.
- Statement that informed consent was obtained after the procedure(s) had been fully explained. Indicating whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed as in "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals".
- Title page
 - ✓ The title of the manuscript both in Turkish and in English
 - ✓ All authors and affiliations (e-mail address, full postal address, telephone and fax numbers)
 - ✓ Abstracts (200 words) both in Turkish and in English
 - ✓ Key words: 3 to 10 words in Turkish and in English
- ✓ Extended Abstract (600-800 words) in English
- ✓ Acknowledgement
- ✓ References
- ✓ All tables, illustrations (figures) (including title, description, footnotes)

Correspondance Address:

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Managing Editor

Istanbul University, Florence Nightingale Faculty of Nursing,
Abide-i Hurriyet Cad. 34381 Sisli Istanbul – Turkey

Phone: +90212 4400000/27006

Fax: +90212 2244990

E-mail: mnesin@istanbul.edu.tr

TELİF HAKKI DEVİR FORMU

Biz aşağıda imzaları bulunan:

(Yazar(lar)ın Adı):

.....

tarafından yazılmış,

(Makale Adı):

.....

.....

başlıklı makale konusunda, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'nin yazı kendisine ulaşıncaya kadar hiç bir sorumluluk taşımadığını kabul ederiz.

Aşağıda imzaları bulunan yazar(lar) olarak, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'nin "Yazarlara Bilgi" bölümündeki tüm koşulları kabul ettiğimi(zi) ve sunduğum(uz) makalenin etik kurallara uygun olarak gerçekleştirildiğini, orijinal olduğunu, herhangi bir başka dergiye yayınlanmak üzere verilmediğini; daha önce yayınlanmadığını (eğer tümüyle ya da bir bölümü yayınlandı ise yukarıda adı geçen dergide yayınlanabilmesi için gerekli her türlü iznin alındığını) ve orijinal telif hakkı formu ile birlikte Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'ne gönderildiğinin garanti edildiğini ve yayınlanacak yazı(lar)da düzeltme yapma hakkının Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi Yayın Kurulu'na devredildiğini ve makalenin yazar(lar)ı olarak: Telif hakkı dışında kalan patent v.b. bütün tescil edilmiş haklarını; yazar(lar)ın gelecekteki kitaplar ve dersler gibi çalışmalarında; makalenin tümü ya da bir bölümünü ücret ödemeksizin kullanmak hakkını ve makaleyi satmamak koşulu ile kendi amaçları için çoğaltma hakkını Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'ne devredildiğini tasdik eder(ler).

(Yazar(lar) tarafından imzalanmak üzere):

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Adı, Soyadı: imza: tarih:/...../.....

Yazışma Adresi:

.....

.....

Tel: Faks: E-mail:

NOT: Lütfen formu doldurunuz, imzalayınız, tarayınız ve makale ile birlikte sisteme yükleyiniz.

COPYRIGHT TRANSFER FORM

We undersigned:

(Name(s) of author(s)):

.....

.....

Agree and undertake that the Florence Nightingale Journal of Nursing has no responsibility about the article titled

(Title of the article):

.....

.....

until it is received by them,

I (we), undersigned, agree and undertake that the article submitted by author(s) follow(s) all the ethical designs, is original, is never submitted to another journal to be published, and that cases where a part or the whole of the article is published, necessary permission is guaranteed for the article to be published in the above mentioned bulletin and that the article is forwarded to the Advisory Board of the Florence Nightingale Journal of Nursing with the copyright form filled. Furthermore, we agree and undertake to hand: All the registered rights, except copyright, such as license; the right to use the whole or part of the article for the future books or lessons of the author(s) without any cost and the right to reproduce the article for personal use, except for the purpose of selling it, over to the Florence Nightingale Journal of Nursing.

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Name, Surname: signature: date :/...../.....

Correspondence address:

.....

.....

Phone: Fax: E-mail address:

NOTE: Please fill in this form, then print and sign. Please scan a copy of the signed form and upload to our management system together with your article.
