

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 1 • Sayı/No 3 • Ağustos-Aralık/August-December 2014

Sahibi Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Fatma ÖZ

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

Yayın Kurulu

Başkan **Doç. Dr. Sergül Duygulu**
Sekreterler: **Arş. Gör. Seher Başaran**
Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman
Arş. Gör. Nilay Ercan Şahin
İngilizce Düzeltme: **Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz**
Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Doç. Dr. Şevgisun Kapucu**
Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar
Arş. Gör. Funda Aslan
Arş. Gör. Sevil Çınar
Arş. Gör. Rabiye Akın

Yayın Türü: **Yerel Süreli Yayın**
Yayın Dili: **Türkçe, İngilizce**
Yayınlanma Biçimi: **Dört ayda bir yayımlanır**
Basım Tarihi: **22 Mayıs 2015**
Yönetim Yeri: **H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği**
06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye
Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85
E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr
Web Adresi: <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org>

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

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

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

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

BASILI ISSN : 1308-5328, ONLINE ISSN : 2149-2956

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşođlu

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

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. Gülümser Kublay

Hemşirelik Esasları
Prof. Dr. Leyla Dinç

Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim
Doç. Dr. Süheyla Abaan

İç Hastalıkları Hemşireliği
Doç. Dr. Leyla Özdemir

Psikiyatri Hemşireliği
Prof. Dr. Fatma Öz

Prof. Dr. Nalan Akbayrak
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu
Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar
Prof. Dr. Neriman Akyolcu
Prof. Dr. Nesrin Aştı
Yard. Doç. Dr. Nihal Ata
Doç. Dr. Aysel Badır
Prof. Dr. Zuhâl Bahar
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal
Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
Prof. Dr. Susan Beck
Prof. Dr. Tülin Bedük
Doç. Dr. Hicran Bektaş
Doç. Dr. Naile Bilgili
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu
Doç. Dr. Hülya Bulut
Doç. Dr. Fatma Cebeci
Prof. Dr. Anahit Coşkun
Doç. Dr. Nurcan Çalıřkan
Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak
Doç. Dr. Hatice Çiçek
Doç. Dr. Fatma Demirkıran
Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz
Prof. Dr. Selma Doğan
Prof. Dr. Mary E. Duffy
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu
Prof. Dr. Fethiye Erdil
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel
Prof. Dr. Kafıye Eroğlu
Prof. Dr. İsmet Eşer
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu
Prof. Dr. R. Selma Görgülü
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı
Doç. Dr. Perihan Güner
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz
Doç. Dr. Filiz Hisar
Yard. Doç. Dr. Figen İnci
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler
Doç. Dr. Emine İyigün
Prof. Dr. Nevin Kanan
Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Doç. Dr. Erdem Karabulut
Prof. Dr. Ayiře Karadağ
Doç. Dr. Mevlüde Karadağ
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan
Doç. Dr. Azize Karahan
Dr. Sevilay Karahan
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu
Prof. Dr. Nimet Karataş
Doç. Dr. Gülnaz Karatay

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Başkent Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Haliç Üniversitesi
İstanbul Arel Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Zirve Üniversitesi
Utah Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Zirve Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Haliç Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Adnan Menderes Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Üsküdar Üniversitesi
Utah Üniversitesi
Marmara Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Emekli
Gazi Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Acıbadem Üniversitesi
Emekli
Doğu Akdeniz Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Emekli
Hacettepe Üniversitesi
Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi
Niğde Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Haliç Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi
Neşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Tunceli Üniversitesi

Prof. Dr. Sultan Kav
Doç. Dr. Meral Kelleci
Doç. Dr. Yeter Kitiş
Prof. Dr. Gülseren Kocaman
Yard. Doç. Dr. Deniz Koçoğlu
Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz
Yard. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan
Doç. Dr. İbrahim Koruk
Prof. Dr. Nuran Kömürcü
Doç. Dr. Kenan Köse
Doç. Dr. Hülya Kulakçı
Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban
Doç. Dr. Yasemin Kutlu
Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü
Yard. Doç. Dr. Mary Jane Madden
Prof. Dr. Thom Mansen
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı
Doç. Dr. Fahriye Oflaz
Doç. Dr. Ayşe Okanlı
Prof. Dr. Hülya Okumuş
Prof. Dr. Nermin Olgun
Yrd. Doç. Dr. Fatma Orgun
Prof. Dr. Nimet Ovayolu
Yrd. Doç. Dr. Özlem Örsal
Yard. Doç. Dr. Levent Özbek
Prof. Dr. Ayşe Özcan
Doç. Dr. Pınar Özdemir
Doç. Dr. Dilek Özden
Prof. Dr. Zeynep Özer
Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş
Prof. Dr. Süheyla Özsoy
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc
Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa
Prof. Dr. Deniz Şelimen
Prof. Dr. Ahsen Şirin
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural
Doç. Dr. Melek Serpil Talas
Prof. Dr. Lale Taşkın
Prof. Dr. Gülsün Taşocak
Doç. Dr. Sevinç Taştan
Prof. Dr. Havva Tel
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın
Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin
Yrd. Doç. Dr. Zahide Tuna
Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen
Prof. Dr. Hülya Uçar
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur
Doç. Dr. Hayriye Ünlü
Prof. Dr. Besti Üstün
Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan
Yrd. Doç. Dr. Nuriye Yıldırım
Prof. Dr. Suzan Yıldız

Başkent Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
İzmir Üniversitesi
Selçuk Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Pamukkale Üniversitesi
Harran Üniversitesi
Marmara Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Bülent Ecevit Üniversitesi
Pamukkale Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Allina Sağlık
Utah Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Okan Üniversitesi
Atatürk Üniversitesi
İzmir Üniversitesi
Acıbadem Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Gaziantep Üniversitesi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Emekli
Hacettepe Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Atatürk Üniversitesi
Yeditepe Üniversitesi
British Columbia Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Maltepe Üniversitesi
İstanbul Bilim Üniversitesi
Sanko Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Emekli
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Cumhuriyet Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Okan Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Üsküdar Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Düzce Üniversitesi
Haliç Üniversitesi

Değerli Okurlarımıza

2014 yılı Cilt 1, Sayı 3 itibarıyla dergimizin Sorumlu Yazı İşleri Müdürlüğü görevini Profesör Doktor Nurhan Bayraktar'dan devralmış bulunmaktayım. Dergimizde 2003-2013 yılları arasında Yayın Kurulu Başkan Yardımcılığı, 2014 yılı Cilt 1, Sayı 1 ve 2'de ise dergimiz Sorumlu Yazı İşleri Müdürlüğü görevini yürüten değerli hocam Prof. Dr. Nurhan Bayraktar 2014 yılının Temmuz ayında emekli olmuştur. Kendisine dergimize, fakültemize ve mesleğimize vermiş olduğu değerli katkıları nedeniyle sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Bu vesile ile dergimizin bugüne gelmesinde büyük emekleri olan tüm editörlere, yayın kurulu üyelerine, danışma kurulu üyelerine, yazarlara, dergimize gösterdikleri ilgi ile daima yanımızda olan okurlarımıza, dergimizin basımında bize yapmış oldukları katkılar için de üniversite yönetimize şükran ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Yeni yayın kurulu olarak, EBSCO veri tabanında yer alan dergimizin, öncelikle Türk Tıp Dizini ve sonrasında uluslararası indekslerde yer almasını hedeflemekteyiz. Yılda üç kez yayınlanan ve yayın dili Türkçe ve İngilizce olan dergimiz, bu hedefi gerçekleştirmek üzere yurt içi ve yurt dışından yazılar kabul etmektedir. Dergimizde yayınlanan makalelerin, okurlarımızın uygulamalarına daha kritik bakmada ve bakımı geliştirmede onlara yol gösterici, işlerini daha iyi yapmada rehber olacağına ve okurlarımızın sürekli gelişimlerine katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Uluslararası düzeyde bilimsel bilgiyi paylaşma, meslektaşlar ile iletişimi ve işbirliğini geliştirme ve uygulamadan öğrenme fırsatı sunan kongrelerden biri olan 6. Uluslararası Hemşirelik Yönetim Kongresi 27-29 Ekim 2014 tarihleri arasında Bodrum'da 32 ülkeden 275 katılımcı ile başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı ve Psikiyatri Hemşireleri Derneği işbirliğinde III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 1-3 Eylül 2014 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi'nde 6 ülkeden 300 katılımcı ile başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir.

Dergimizin 2014 yılı Cilt 1 Sayı 3'ünde dört araştırma ve üç derleme olmak üzere toplam yedi makale yer almaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler hemşirelikte öğretim, psikiyatri hemşireliği, kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği, hemşirelik esasları, halk sağlığı hemşireliği ve hemşirelikte yönetim konularına ilişkin olup, makalelerin okurlarımız için yararlı olacağını düşünüyorum. Ayrıca bu sayımızda 2014 yılı Cilt 1, 2 ve 3'te yayınlanan makalelere ilişkin yazar ve konu indeksimizi de bulabilirsiniz.

Düzenli olarak yayın hayatına devam eden dergimize makalelerinizi beklediğimizi bildirir, 2015 yılının herkese sağlık, mutluluk ve başarı getirmesini dilerim. Saygılarımla.

Doç.Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura	V
Doç. Dr. Sergül DUYGULU <i>Sorumlu Yazı İşleri Müdürü</i>	
Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi	1
Aslı Sis ÇELİK, Funda ÖZDEMİR, Hatice DURMAZ, Türkan PAŞINLIOĞLU	
Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Düzeyleri	13
Şenay SARMAOĞLU, Selma GÖRGÜLÜ	
Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler	26
Şule ERGÖL, Meltem KÜRTÜNCÜ	
Göçle Gelen Ailelerin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşlerinin Saptanması	35
Zeliha KAYA ERTEN, Handan ZİNCİR, Betül ÖZEN, Selma DİNÇ, Ümit SEVİG, Filiz ÖZKAN	
Grup Psikoeğitiminin Yaşlıların Hemşirelik Bakımında Kullanılması	47
Hatice TAMBAĞ, Fatma ÖZ	
Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi	54
Şenay GÜL	
Hemşirelikte Güç Kavramının Analizi	62
Seher BAŞARAN, Sergül DUYGULU	
Düzeltilme	74
Yazar Dizini	75
Konu Dizini	77
Yazarlara Bilgi	79
Information for Authors	85
Yayın İzni (Taahhütname)	90

Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi

Determining the Perception Level of Nurses Regarding Spirituality and Spiritual Care and the Factors that Affect their Perception Level

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 1–12

Aslı Sis ÇELİK*, Funda ÖZDEMİR, Hatice DURMAZ*, Türkan PASINLIOĞLU***

* Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Erzurum, Türkiye

** Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye

* II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 06 Eylül 2012

Kabul Tarihi: 03 Nisan 2013

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ile etkileyebilecek bazı faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir ildeki iki üniversite hastanesi ile dört devlet hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 554 hemşire araştırmaya dâhil edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeğin maneviyat ve manevi bakım alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 31, dinsel bakım alt boyutlarından 16’dir. Toplamından alınabilecek en yüksek puan ise 69’dur.

Bulgular: Hemşirelerin %56.5’inin toplam çalışma yılının 1-5 yıl arasında olduğu, %56’sının sözleşmeli çalıştığı, %55’inin haftalık çalışma saatinin 40 saat olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %53.2’sinin dâhili bölümlerde çalıştığı ve %55.2’sinin gündüz vardiyasında çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin MMBÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamasının 24.32±3.53 olduğu, dinsel bakım alt boyut puan ortalamasının 10.79±2.37 olduğu ve bireysel bakım alt boyut puan ortalamasının 13.49±1.90 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin MMBÖ toplam puan ortalamasının 53.40±5.33 olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin toplam çalışma yılına, çalışma şekline, haftalık çalışma saatine, çalıştıkları bölüme, vardiya tipine ve daha önceden hastanede yatma durumuna göre MMBÖ toplam

İletişim : aslisis@hotmail.com

puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hemşirelerin anne eğitim düzeylerine, medeni durumlarına, bakmakla yükümlü bakıma muhtaç bir yakınlarının bulunma durumuna, nazara inanma durumlarına ve hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları geleneksel uygulamalar karşısında gösterdikleri tutuma göre MMBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin toplam çalışma yılının, çalışma şeklinin, haftalık çalışma saatinin, çalıştıkları bölümün, vardiya tipinin, daha önceden hastanede yatma durumunun maneviyat ve manevi bakımı algılamaya düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Annesi lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan, bekâr olan, bakmakla yükümlü olduğu bakıma muhtaç bir yakını bulunan, nazara inanmayan ve hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları geleneksel uygulamalar karşısında yararı yoktur uygulamasını diye düşünen hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılamaya düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılamaya düzeylerinin yüksek olduğu saptanmış buna karşın konu ile ilgili bilgi gereksinimleri de olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, maneviyat, manevi bakım

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine nurses' perception level and related factors of spirituality and spiritual care .

Methods: Study was carried out with nurses working at two university hospitals and four state hospitals in the East Anatolian Region. No sampling method was used; total 554 nurses were included in the study. A "Personal Information Form" and "Spirituality and Spiritual Care Rating Scale" were used for data collection. The highest total score for scale is 69, 31 for spirituality and spiritual care subscale, 16 for religiosity subscale and personalized care subscale.

Results: Half of (56.5%) nurses had 1-5 working years, 56% of them was working as contract staff and 55% of them working 40 hours per week. Also, 53.2% of nurses were working at department of internal medicine, 55.2% of them were day shift nurses. Nurses' mean score for spirituality and spiritual care subscale was found as 24.32 ± 3.53 , for spirituality subscale 10.79 ± 2.37 , and for personal care 13.49 ± 1.90 . Nurses Spirituality and Spiritual Care Rating Scale total mean score was found as 53.40 ± 5.33 . Statistically significant difference was found between total mean scores and nurses' marital status, educational levels of their mothers, having a dependent relative, believe in evil eye and attitudes towards patients' traditional practices related with spirituality ($p<0.05$). There was no statistically significant difference between total mean scores and nurses' total working years, permanent or temporary job position, working hours per week, department, shift type and hospitalization experience ($p>0.05$).

Conclusion: It can be concluded that total working years, permanent or temporary job position, working hours per week, department, shift type and hospitalization experience did not affect nurses perception levels of spirituality and spiritual care. Nurses whose mothers had high school or higher education level, single, have dependent relative, do not believe in evil eye and think patients traditional spirituality practices should not be performed since they are useless, had a high perception level of spirituality and spiritual care. Nurses had a high perception level of spirituality and spiritual care but still need information about spirituality and spiritual care.

Key Words: Nurse, spirituality, spiritual care

Giriş

Sağlık bakımının sunumunda kabul edilen en kapsamlı yaklaşım bütüncül/holistik yaklaşımdır. Bütüncül yaklaşıma göre birey; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel, manevi boyutları olan bir bütündür. Bu boyutların her biri diğeri ile karşılıklı olarak ilişkili ve birbirine bağımlıdır^{1,2}. Sağlık bakımının bireylere bütüncül yaklaşımla verilmeye başlanmasıyla birlikte bireylerin manevi boyutu da diğeri boyutlar kadar önem kazanmıştır^{3,4}.

Maneviyat ve manevi bakım kavramları hemşirelik alanında henüz yeni kavramlardır^{5,6}. Fakat hemşirelik tarihinin hiçbir döneminde hemşirelik, yalnızca fiziksel bir bakım veren meslek olarak tanımlanmamaktadır. Hemşireliği meslek olarak var eden Florence Nightingale, sadece geleneksel Hristiyanlık değerlerini değil, otonomi ve profesyonellik gibi bazı modern hemşirelik değerlerini de ortaya koymuş holistik bir bakış açısına sahip bir düşüncüdü. Onun bu düşüncesini aşağıdaki ifadeleri açıkça betimlemektedir; “sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir”⁷.

Yapılan araştırmalar inanç ve dinsel aktivitelerin, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, ağrı, anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve sorunlarla başa çıkmada yararlı olduğunu göstermiştir⁸⁻¹⁰.

Maneviyatın sağlık literatüründe farklı tanımları vardır. Bunlardan bazıları; Allah ile ilişkide olma, inançla ilgisi olmayan ama daha yüce hissetmeyi sağlayan bağlılık veya geçiş, maddesel dünyanın var olmadığı varoluşluk, yaşamdaki anlam ve amacı araştırma, fiziksel olmayan yollarla (dua, meditasyon, dini inançlar gibi) iyileşme, iç huzur ve iyi oluş duygusudur. Maneviyat, Ross¹¹ tarafından başlıca 3 alanda tanımlanmıştır. Bunlar, anlam ve amaç, yaşama isteği, kendine/diğerlerine ve Allah’a güvenidir¹²⁻¹⁶.

İnsanın manevi boyutu düşünülürken buna yönelik bakım için sadece din görevlisinin hastaneye çağırılmasıyla sınırlı dini fonksiyon ve uygulamaların yetersiz olacağı açıktır. Manevi boyut sadece dini inançları içermez bunun yanında hayatın anlam ve amacını kavramayı sağlayan hisleri de içerir.

Günümüzde fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde, var olmanın daha da ötesinde bir boyut olan manevi boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi hemşireler tarafından kabul edilmektedir. Öte yandan bu bakım birçok hemşireyi korkutabilmektedir. Manevi gereksinimler bireyin manevi yoksunluğunu azaltacak veya manevi gücünü destekleyecek gerekliliklerdir. Bu yönde verilecek bakım hemşirenin bireyin manevi gereksinimlerini tanıyarak, uygun girişimlerle karşılaşması ve desteklemesi olarak tanımlanabilmektedir¹⁷.

Hemşirelerin manevi bakım vermesinde etkili olan pek çok faktör vardır. Bu faktörlerden özellikle hemşirenin bireysel düşünce sistemi, manevi gereksinimler ve bakımı algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı hemşirelik bakımında etkili olmaktadır. Bunun yanı sıra hemşirenin çalıştığı ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğeri çalışanlarla iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi birçok etmen de manevi bakımı etkilemektedir^{11,18}.

Ülkemizde konu ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte yapılan çalışmalar manevi bakım konusunun hemşireler tarafından henüz çok farkında olunmadığını, hastaların

manevi gereksinimlerinin göz ardı edildiğini ve bu bakımın yeterli düzeyde verilmediğini göstermektedir^{3,5,6,19-21}. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin eğitimleri sırasında yeterli bilgi almadıkları için, çalışma koşulları zor olduğu için ve yeterli zamanları olmadığı için kendilerini manevi bakım vermede yetersiz gördükleri belirlenmiştir^{1,11,17}. Buradan yola çıkarak hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ile etkileyebilecek bazı faktörleri belirlemek, konuya ilişkin duyarlılığı ve farkındalığı arttırmak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı niteliktedir. Ağustos 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında, Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir ildeki üniversite hastaneleri ile dört devlet hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, iki üniversite hastanesinde çalışan 265 hemşire ve dört devlet hastanesinde çalışan 535 hemşire olmak üzere toplam 800 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş, evrenin tümü araştırmaya dâhil edilmiştir. Ancak hemşirelerin 182'si araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. 64 hemşirenin de araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olması nedeniyle çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 554 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergül ve Bayık-Temel⁵ tarafından yapılmış olan "Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği" (MMBÖ) kullanılarak toplanmıştır. İlgili ölçek ve form hemşirelere doldurmaları için verilmiş ve ertesi gün alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda hemşirelerin yaş, eğitim durumu, çalıştığı klinik, meslekte toplam çalışma yılı, çalışma düzeni, bakmakla yükümlü bakıma muhtaç bir yakınının bulunup bulunmadığı, hastanede daha önce yatıp yatmadığı ve bakım verdiği hastaların ya da ailelerin manevi olarak destek aldıkları bazı uygulamalar karşısındaki tutumlarının ne olduğu gibi sorular yer almıştır.

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ): MMBÖ, McSherry, Draper ve Kendric¹⁹ tarafından 2002 yılında maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş beşli likert tipi bir ölçektir. Cronbach alpha değeri 0.64'tür. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik testleri Ergül ve Bayık-Temel⁵ tarafından 2007 yılında yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach alpha katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır. Toplam 17 soru içeren ölçek; maneviyat ve manevi bakım (madde 6,7,8,9,11,12,14), dinsel (madde 4,5,13,16) ve bireysel bakım (madde 1,2,10,15) alt boyutlarından oluşmaktadır. Maddelerin puanlaması, "kesinlikle katılmıyorum" ifadesini taşıyan 1'den "tamamen katılıyorum" ifadesini taşıyan 5'e doğru yapılmaktadır. İlk 13 madde düz, son dört madde ters şekilde puanlanmaktadır. Toplam puan ortalaması arttıkça maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyi de olumlu yönde artmaktadır. Buna göre maneviyat ve manevi bakım alt boyutundan

alınabilecek en yüksek puan 31, dinsel ve bireysel bakım alt boyutlarından 16'dır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en yüksek puan ise 69'dur.

Araştırmanın yapılması için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır. Devlet Hastaneleri için İl Sağlık Müdürlüğünden, Üniversite Hastaneleri için Rektörlükten yazılı izin alınmıştır. Ölçeğin kullanılması için Ergül ve Bayık Temel'den yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden ise araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onam alınmıştır.

Veriler SPSS 16.0 programında bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı değer olarak kategorik verilerde frekans ve yüzde değerleri, nicel verilerde aritmetik ortalama±standart sapma değerleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada hemşirelerin bir kısmının çalışmaya katılmak istememesi bir kısmına da ulaşılamaması nedeniyle evrenin üçte birine ulaşılması çalışmanın sınırlılığdır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin %59'unun 20-29 yaş grubunda olduğu ve %41.9'unun lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %54.7'sinin evli, %85.8'inin çocuk sahibi olduğu %54.3'ünün maddi durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %67.3'ünün annesinin, %56.4'ünün babasının ilköğretim mezunu olduğu ve %44.2'sinin uzun süre il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %90.4'ünün kendisinde herhangi bir kronik hastalık bulunmadığı, %91.3'ünün bakmakla yükümlü bakıma muhtaç bir yakınlarının bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Hemşirelerin %56.5'inin toplam çalışma yılının 1-5 yıl arasında olduğu, %56'sının sözleşmeli çalıştığı, %55'inin haftalık çalışma saatinin 40 saat olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %53.2'sinin dâhili bölümlerde çalıştığı ve %55.2'sinin gündüz vardiyasında çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %64.3'ünün daha önceden hastanede yatmadığı, %88.1'inin nazara inandığı ve %50.7'sinin hastaların maneviyata ilişkin geleneksel uygulamalarını destekledikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre MMBÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hemşirelerin yaşlarına, eğitim durumlarına, çocuk sahibi olma durumlarına, gelir durumlarına, baba eğitim düzeylerine, uzun süre yaşanan yere, kendilerinde, eşlerinde ve çocuklarında herhangi bir kronik hastalık bulunma durumlarına göre MMBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hemşirelerin anne eğitim düzeylerine, medeni durumlarına ve bakmakla yükümlü bakıma muhtaç bir yakınlarının bulunma durumuna göre MMBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan Bonferroni Post Hoc testine göre bu anlamlılığın anne eğitim düzeyi lise ve üzeri

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%	MMBÖ TOPLAM	Test ve P değeri
			X±SS	
Yaş (n:554)				
20-29	327	59.0	53.74±5.31	F: 1.822 p>0.05
30-39	193	34.8	52.81±5.44	
40 ve üzeri	34	6.1	53.52±4.80	
Eğitim durumu (n:554)				
Sağlık meslek lisesi	165	29.8	52.53±4.84	KW: 5.780 p>0.05
Ön lisans	142	25.6	52.95±5.01	
Lisans	232	41.9	53.33±5.49	
Yüksek lisans	15	2.7	54.28±5.33	
Medeni durum (n:554)				
Bekâr	251	45.3	53.90±5.11	t: 2.004 p<0.05
Evli	303	54.7	52.99±5.49	
Çocuk sahibi olma (n:303)				
Evet	260	85.8	52.96±5.60	t: 0.728 p>0.05
Hayır	43	14.2	53.62±4.79	
Gelir durumu (n:554)				
İyi	91	16.4	52.81±5.89	F: 0.729 p>0.05
Orta	301	54.3	53.58±5.36	
Kötü	162	29.3	53.40±4.95	
Anne eğitim düzeyi (n:554)				
Okur-yazar değil	72	13.0	53.55±5.29	F: 2.695 p<0.05
Okuryazar	58	10.5	53.84±4.90	
İlköğretim mezunu	373	67.3	53.05±4.99	
Lise ve üzeri	51	9.2	55.23±7.59	
Baba eğitim düzeyi (n:554)				
Okur-yazar değil	16	2.9	53.37±6.60	KW: 1.720 p>0.05
Okuryazar	28	5.0	52.75±3.77	
İlköğretim mezunu	312	56.4	53.22±5.03	
Lise ve üzeri	198	35.7	52.44±6.32	

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	%	MMBÖ TOPLAM	Test ve P değeri
			X±SS	
Uzun süre yaşanan yer (n:554)				
İl merkezi	245	44.2	53.70±5.47	F: 0.734 p>0.05
İlçe	211	38.1	53.09±5.49	
Bucak veya köy	98	17.7	53.32±4.59	
Herhangi bir kronik hastalığı olma (n:554)				
Evet	53	9.6	53.88±5.41	t: 0.689 p>0.05
Hayır	501	90.4	53.35±5.33	
Eşinde herhangi bir kronik Hastalık bulunması (n:303)				
Evet	18	5.9	55.16±5.60	MW-U: 1991.500 p>0.05
Hayır	285	94.1	52.94±5.47	
Çocuğunda herhangi bir kronik Hastalık bulunması (n:260)				
Evet	8	3.1	56.12±6.74	MW-U: 776.500 p>0.05
Hayır	252	96.9	53.00±5.49	
Bakmakla yükümlü bakıma muhtaç bir yakını bulunma durumu (n:554)				
Evet	48	8.7	55.18±5.08	t: 2.429 p<0.05
Hayır	506	91.3	53.23±5.33	

olan gruptan kaynaklandığı ve bu grubun maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin bazı özelliklerine göre MMBÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Hemşirelerin toplam çalışma yılına, çalışma şekline, haftalık çalışma saatine, çalıştıkları bölüme, vardiya tipine, daha önceden hastanede yatma durumuna ve kadere inanma durumuna göre MMBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Hemşirelerin nazara inanma durumlarına ve hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları geleneksel uygulamalar karşısında gösterdikleri tutuma göre MMBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Hemşirelerin, hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları geleneksel uygulamalar karşısındaki tutumlarına göre yapılan Bonferroni Post Hoc testine göre bu anlamlılığın “yararı yoktur uygulamasın” diye düşünen gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin, MMBÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları, standart sapmaları ve ölçekten alınabilecek en düşük-en yüksek puanlar Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre MMBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Sayı	%	MMBÖ TOPLAM	Test ve P değeri
			X±SS	
Toplam çalışma yılı				
1-5 yıl	313	56.5	53.79±5.27	F: 2.333 p>0.05
6-10 yıl	117	21.1	52.57±5.56	
11 yıl ve üzeri	124	22.4	53.21±5.23	
Çalışma şekli				
Kadrolu	244	44.0	52.95±5.12	t: 1.741 p>0.05
Sözleşmeli	310	56.0	53.75±5.36	
Haftalık çalışma saati				
40 saat	305	55.0	53.51±5.52	t: 0.546 p>0.05
45 saat ve üzeri	249	45.0	53.26±5.11	
Çalıştığı bölüm				
Cerrahi bölümler	259	46.8	53.20±5.21	t: 0.816 p>0.05
Dâhili bölümler	295	53.2	53.57±5.44	
Vardiya tipi				
Gündüz	306	55.2	53.42±5.59	t: 0.091 p>0.05
Gece	248	44.8	53.38±5.02	
Daha önceden hastanede yatma				
Evet	198	35.7	53.55±4.98	t: 0.491 p>0.05
Hayır	356	64.3	53.32±5.53	
Nazara inanma				
Evet	488	88.1	53.15±5.22	t: 3.023 p<0.05
Hayır	66	11.9	55.25±5.84	
Kadere inanma				
Evet	533	96.2	53.33±5.36	MW-U: 4411.500 p>0.05
Hayır	21	3.8	55.28±4.20	
Geleneksel uygulamalar karşısında gösterilen tutum				
Yararı yoktur uygulamasın	62	11.2	54.50±4.92	F: 4.069 p<0.05
Görmezden gelirim	211	38.1	52.63±5.77	
Sakıncası yoktur desteklerim	281	50.7	53.74±5.02	

Tablo 3. Hemşirelerin MMBÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları ve MMBÖ'den Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar

MMBÖ	X±SS	Alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar
Maneviyat ve manevi bakım alt boyutu	24.32±3.53	11-31
Dinsellik alt boyutu	10.79±2.37	7-16
Bireysel bakım alt boyutu	13.49±1.90	7-16
MMBÖ TOPLAM	53.40±5.33	33-69

Çalışmaya katılan hemşirelerin MMBÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamasının 24.32 ± 3.53 olduğu, dinsel alt boyut puan ortalamasının 10.79 ± 2.37 olduğu ve bireysel bakım alt boyut puan ortalamasının 13.49 ± 1.90 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin MMBÖ toplam puan ortalamasının 53.40 ± 5.33 olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Hemşirelerin yaşlarının, eğitim düzeylerinin, çocuk sahibi olma ve gelir durumlarının, baba eğitim düzeylerinin, uzun süre yaşanan yerin, kendilerinde, eşlerinde ve çocuklarında herhangi bir kronik hastalık bulunma durumlarının maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir.

Çalışma bulgularına benzer şekilde Kostak ve ark.²⁰ çalışmalarında hemşirelerin yaşlarının ve eğitim düzeylerinin maneviyatı etkilemediğini bulmuştur. Ancak Yılmaz ve Okyay'ın²¹, Özbaşaran ve ark.'nın²² ülkemizde, Wong ve ark.'ın²³ Çin'de yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin eğitim düzeyi artıkça maneviyat puan ortalamalarının da arttığı bulunmuştur. Bilimsel olarak "Manevi bakım" genel olarak hemşirelik eğitiminde vurgulanan bir boyut olup özellikle lisans mezunu hemşirelerin bu konuda daha bilinçli ve bilgili olması beklenirken bu çalışmada puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ancak lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunlarına göre puan ortalamalarının yine de yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin anne eğitim düzeylerinin, medeni durumlarının ve bakmakla yükümlü bakıma muhtaç bir yakınının bulunma durumunun maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Anneleri lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan, bekâr olan ve bakmakla yükümlü olduğu bakıma muhtaç bir yakını bulunan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Özbaşaran ve ark.²² çalışmalarında bekâr olan hemşirelerin evli olanlara göre maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Bakmakla yükümlü olduğu bakıma muhtaç bir yakını bulunan hemşirelerin yakınlarının sağlık sorunlarından etkilendiği bu nedenle manevi boyuta daha fazla önem verdikleri ve hastaların manevi gereksinimlerine duyarlı oldukları düşünülebilir.

Hemşirelerin toplam çalışma yılının, çalışma şeklinin, haftalık çalışma saatinin, çalıştıkları bölümün, vardiya tipinin, daha önceden hastanede yatma durumunun ve kadere inanma durumunun maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde, Yılmaz ve Okyay²¹, Kostak ve ark.²⁰ çalışmalarında hemşirelerin çalıştıkları bölümlerin ve çalışma yıllarının maneviyat puan ortalamasını etkilemediğini bulmuşlardır.

Hemşirelerin nazara inanma durumlarının ve hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları geleneksel uygulamalar karşısında gösterdikleri tutumun maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Nazara inanmayan ve hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları geleneksel uygulamalar karşısında "yararı yoktur uygulamasın" diye düşünen hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyinin diğerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Maneviyat algısı yüksek olan

hemşireler nazara inanma vb. durumları geleneksel bir inanış olarak görmüş ve bu tarz uygulamaların maneviyata ters düştüğünü düşünmüş olabilirler.

Çalışmaya katılan hemşirelerin MMBÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamasının 24.32 ± 3.53 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu sonuç çalışmaya katılan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım konusuna önem verdiklerini düşündürmektedir. Ancak bu alandan alınabilecek en yüksek puanın 31 olduğu düşünülürse hemşirelerin konu ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğu da söylenebilir. Benzer şekilde Kostak ve ark²⁰ çalışmasında hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamasının 25.88 ± 4.35 , Yılmaz ve Okyay'ın²¹ çalışmasında 25.10 ± 3.44 olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin MMBÖ dinsel alt boyut puan ortalamasının 10.79 ± 2.37 olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Ölçeğin dinsel alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 16'dır. Buna göre hemşirelerin maneviyatın dini boyutuna önem verdikleri söylenebilir. Kostak ve ark²⁰ çalışmasında hemşirelerin dinsel alt boyut puan ortalamasının 13.94 ± 2.61 olduğu, Yılmaz ve Okyay²¹ çalışmalarında 11.24 ± 2.16 olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin MMBÖ bireysel bakım alt boyut puan ortalamasının 13.49 ± 1.90 olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Ölçeğin bireysel bakım alt boyutundan alınabilecek en yüksek puanın 16 olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu sonucun hemşirelik eğitiminde yer alan bireysel bakım anlayışından kaynaklandığı söylenebilir. Kostak ve ark²⁰ çalışmasında bu puanın 13.66 ± 2.45 , Yılmaz ve Okyay'ın²¹ çalışmasında 11.13 ± 2.02 olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin MMBÖ toplam puan ortalamasının 53.40 ± 5.33 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Ölçek toplamından alınabilecek en yüksek puan 62'dir. Buna göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Hemşirelerin sahip oldukları dini inançları ve kültürel değerleri bunu etkileyebilir. Ayrıca hemşirelerin hastalarına empatik yaklaştıkları da düşünülebilir. Hemşirelik mesleğinin özünde hasta/sağlıklı bireyin tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi vardır. Maneviyat da bu boyutlardan biridir. Bu bakış açısıyla, bireyin manevi boyutuna ilişkin bakım verilmesi de hemşirenin fonksiyonunun bir parçasıdır.

Benzer şekilde Kostak ve ark²⁰ çalışmalarında hemşirelerin MMBÖ toplam puan ortalamasının 60.97 ± 7.92 olduğunu, Yılmaz ve Okyay²¹ ise 54.574 ± 5.09 olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; hemşirelerin toplam çalışma yılının, çalışma şeklinin, haftalık çalışma saatinin, çalıştıkları bölümün, vardiya tipinin, daha önceden hastanede yatma durumunun maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Anneleri lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan, bekâr olan ve bakmakla yükümlü olduğu bakıma muhtaç bir yakını bulunan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin yüksek olduğu saptanmış buna karşın konu ile ilgili bilgi gereksinimleri de olduğu düşünülmüştür.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Hemşirelerin manevi bakımın önemini daha iyi anlamaları ve konu hakkındaki farkındalıklarının artırılmasına yönelik kurs, seminer ve hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Manevi bakımı etkileyen başka faktörlerin belirlenmesi amacıyla daha büyük örneklem gruplarıyla araştırmaların yapılması.

Kaynaklar

1. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 2006 Jul; 15(7): 885-96.
2. Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010 Nisan; 3(1):73-9.
3. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 8(1): 37-45.
4. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. İmaj iç ve Dış Ticaret A.Ş, Ankara, 2004.s.1-16.
5. Ergül Ş, Temel-Bayık A. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007; 23(1): 75-87.
6. Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007 Aralık; 6(2): 105-15.
7. Hutchinson M. Healing the whole person: the spiritual dimension of holistic care. 1997; URL: http://Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html. Ocak 14, 2010.
8. Baker DC. Studies of inner life: the impact of spirituality on quality of life. *Quality of Life Research* 2003 Jan; 12 (Suppl.1): 51-7.
9. Matthews DA. Prayer and spirituality. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 2000 Feb; 26(1):177-87.
10. Nelson JC, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally III. *Psychosomatics* 2002 May; 43(3):213-20.
11. Ross LA. Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994 March; 19(3): 439-47.
12. Chochinov HM. Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer J Clin* 2006 March/April; 56(2): 84-103.
13. Chiu L. Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast cancer. *West J Nurs Res* 2000 Feb; 22 (1): 29-53.
14. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. *Nurs Sci Q* 2005 April; 18(2):157-62.
15. Thoresen C. Spirituality and health: Is there a relationship? *J Health Psychol* 1999 May; 4(3): 291-300.
16. Woods TE, Ironson GH. Religion spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality /religiosity. *J Health Psychol* 1999 May; 4(3): 393-412.
17. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard* 2000 Jan; 14(17):32-6.
18. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001 Feb; 33(4):446-55.
19. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies* 2002 Sep; 39(7): 723-34.
20. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel sayısı* 2010; 218-25.

21. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;11(3): 41-52.
22. Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık Temel A, Gürol Aslan G, Çoban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Journal of Clinical Nursing 2011 Nov; 20 (21-22): 3102-10.
23. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. International Nursing Review 2008 Sep; 55(3): 333-40.

Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Düzeyleri

Self-Directed Learning Readiness Levels of Nursing Students

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 13–25

Şenay SARMASOĞLU*, Selma GÖRGÜLÜ**

* Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

** Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Mağusa, Kuzey Kıbrıs TC

* 24th International Self-Directed Learning Symposium, 2010'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 11 Temmuz 2014

Kabul Tarihi: 23 Ekim 2014

ÖZ

Amaç: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine öğrenmeye hazıroluş düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 2008–2009 Eğitim-Öğretim Yılı Bahar Dönemi'nde Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde temel meslek derslerine kayıtlı 256 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler Tanıtıcı Özellikler Formu ve Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeğini kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde Ki-kare ve Fisher kesin Ki-kare önemlilik testleri, aritmetik ortalama, ortanca ve yüzdelik hesapları kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen bulgulara göre öğrencilerin % 76.6' sının ölçek toplam puanları kendi kendine öğrenmeye hazıroluş düzeyi için kesim puanı olarak kabul edilen 150 puanın üzerinde ve puan ortalamalarının da 160.7 ± 21.4 olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda öğrencilerin yaş gruplarına ve öğrenim gördüğü sınıflara göre Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak öğrencilerin eğitim yaşamları (mezuniyet derecesi ve akademik ortalama, mesleği seçme nedenlerinin) ve kendilerini geliştirme davranışlarının (lisansüstü eğitim yapmak isteme ve kitap okuma alışkanlığı) kendi kendine öğrenmeye hazıroluş düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığa yol açtığı görülmüştür.

Sonuç: Hemşirelik lisans eğitim programında, öğrencilerin kendilerini geliştirme davranışlarını destekleyici öğretim yöntemlerinin (Örn. vaka çalışması, vb.) kullanımına ağırlık verilmeli, öğrencilerin kendi kendine öğrenme becerilerini kullanabilecekleri öğrenim yaşantıları düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kendi kendine öğrenme, hemşirelik eğitimi, hemşirelik öğrencisi, öğrenme

ABSTRACT

Aim: This descriptive study conducted to determine self-directed learning readiness levels of nursing students.

Material and Method: Study was carried out with 256 nursing students enrolled in theoretical courses of nursing, during the 2008-2009 spring semester at Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Department. Data were collected by using Demographic information sheet and Self-directed Learning Readiness Scale. Chi square, Fisher Exact Chi square, Mean, Median and Percentages, were used for data analysis.

Results: According to the findings, 76.6% of the students' Self-directed Learning Readiness Levels total scores' mean was found as 160.7 ± 21.4 above 150 cut-off point. There was no statistical difference between Self-directed Learning Readiness average scores and students' age and educational level. However, statistically significant differences were found between the self-directed readiness level scores and students' educational status (high school graduation average and academic performance, reasons for choosing nursing as career) as well as their self-development behaviors (e.g. desire to continue with postgraduate study and reading habits).

Conclusion: Nursing baccalaureate programs should include teaching methods (e.g. case study, etc.) that support self-development behaviors and self-directed learning experiences of students.

Key Words: *Self-directed learning, nursing education, nursing students, learning*

Giriş

Öğrenmenin artık eğitim kurumları ile sınırlı olmadığı günümüz toplumlarında, bireylerin ve toplumların gereksinimleri yeniden sorgulanmış ve toplumda bilgiye ulaşabilen, ulaştığı bilgiyi kendi yapısına uydurabilen, buna yenilerini katabilen ve bilgilerini yayabilen bireylere gereksinim olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle, günümüzde “kendini geliştirme” ve “yaşam boyu öğrenme” becerilerine sahip olan bireyler, bu hızlı değişime ayak uydurup, toplumun gereksinimlerini karşılayabilecek niteliklere sahip olacaklardır^{1,2,3}.

Hemşireler sağlık alanının hızla değişen sosyal, teknolojik ve medikal gelişmeleri ile baş etmek zorunda oldukları kompleks sağlık bakımı alanlarında çalışmaktadırlar^{4,5}. Günümüz sağlık sistemi bu değişimlere ayak uydurabilen ve mücadele edebilen, kaliteli bakım veren hemşirelere gereksinim duymaktadır⁶. Bu durum üniversite düzeyinde verilen temel hemşirelik eğitiminin toplumun değişen sağlık gereksinimlerine yanıt verebilen, sorun çözebilen, bilgiyi arayan, iletişim becerilerini kullanabilen hemşireler yetiştirmeye odaklanmasını zorunlu kılmaktadır^{6,7,8}. Günümüzde hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin hızla değişen bilgiyi takip edebilmeleri ve dolayısıyla yaşam boyu öğrenme sürecine dahil olabilmeleri için sahip olmaları gereken en önemli beceri “kendi kendine öğrenme”dir (KKÖ)^{1,8-11}. KKÖ, eğitici merkezli öğrenmenin tersine, öğrencinin neyi, nerede, ne zaman ve nasıl öğreneceğine kendisinin karar verdiği bir yaklaşımdır^{5,12}. O'Shea'nın⁵ belirttiğine göre eğitim modelinin öncülerinden Knowles KKÖ'yi, “inisiatifin bireyde olduğu, bireyin öğrenme gereksinimlerini, amaçlarını ve öğrenme kaynaklarını başkalarının yardımıyla ya da yardımı olmadan belirlediği, öğrenme stratejilerini seçtiği ve öğrenme sonuçlarını değerlendirdiği bir süreç” olarak tanımlamaktadır.

KKÖ'nin yararları ile ilgili yapılan çalışmalarda, KKÖ'nin bireyde öğrenme kontrolünü ve bağımsızlığını sağladığı vurgulanmakta; öğrenciye seçenekler sunma, kendine güven, bağımsızlık, motivasyon ve yaşam boyu öğrenme becerileri kazandırma gibi pek çok olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir^{5,13,14}. KKÖ, öğrenciye öğrenme sürecinde birinci derecede sorumluluk üstlenme ve kendi öğrenmesini değerlendirme olanağı sunar¹⁵. Bunların yanında KKÖ ortamında öğrencilerin; eğitime katılma, planlama, detayları fark etme, grupla tartışabilme, empati yapabilme, grup organizasyonu ve sosyal değerlere saygılı olma gibi konularda ilerlemeler gösterdiği saptanmıştır^{16,17}.

KKÖ sürecinde öğrencinin bağımsızlığı ön planda olmasına karşın, öğrenme sürecinin doğru yönlendirilmesinde eğitici ve öğrenci arasında destekleyici ve güvene dayalı iletişim kurulmalıdır^{9,11,14}. Yapılan çalışmalarda^{5,9,14} öğrencilerin büyük çoğunluğunun KKÖ kavramı ve kapsamı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, bu nedenle, KKÖ sürecinde anksiyete, korku ve güvensizlik yaşadıkları, eğitimciler tarafından desteklenmeleri ve doğru yönlendirmeleri durumunda ise kendi kendine öğrenmeye uyum sürecinde daha başarılı oldukları belirtilmiştir.

Gözlemlerimize göre; hemşirelik lisans eğitiminde bazı öğrenciler bilgiyi arama ve doğru bilgiye ulaşabilme, kendi öğrenmesini planlama ve zamanı etkin kullanma konularında problemler yaşamaktadır. Bu problemler öğrencilerin, KKÖ rolüne uyum sürecinde zorluk yaşamasına ve kendilerinden beklenen performansın gerisinde kalmasına yol açmaktadır. Diğer taraftan ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazırlık (KKÖH) düzeylerine ilişkin sınırlı sayıda literatüre^{7,18,19} ulaşılabilmektedir. Günümüz toplumlarının gereksinim duyduğu bireyi yetiştirebilmek için, öğrencilerinin kendi kendine öğrenme sorumluluğunu almaya ne kadar hazır olduklarının eğitimciler ve öğrenciler tarafından bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Öğrencilerin bu konuda bilgi sahibi olmaları; KKÖ kavramını daha kapsamlı biçimde anlamalarına ve kavramla ilgili bir öngörü oluşmasına olanak sağlayacak ve aynı zamanda öğrencinin kendi öğrenme gereksinimleri ile stratejilerini belirlemesine yardımcı olacaktır^{9,20}. Diğer taraftan öğrencilerin KKÖH düzeylerinin belirlenmesi eğitimciler açısından da son derece önemlidir. Eğitimcilerin bu konu hakkında bilgi sahibi olmaları, öğrencilerinin sahip oldukları yetenek, beceri ve özellikler doğrultusunda eğitim hedefleri ve başarılı öğretim yaşantıları geliştirebilmelerine olanak sağlayacaktır. Bunun yanında eğitimciler her bir öğrencinin bireysel öğrenme ihtiyacını değerlendirerek KKÖ düzeylerinin geliştirilmesine destek olma fırsatı yaratabileceklerdir^{13,21-23}.

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin KKÖH düzeyinin belirlenmesinin, eğitimcilerin öğrencilere KKÖ sürecini kavramaları ve bu süreci uygulamalarında yardımcı olabilmeleri, verecekleri eğitimin hedeflerini ve içeriğini öğrencilerin yeterlilikleri doğrultusunda belirleyebilmeleri ve uygun öğretim yöntemlerini seçebilmelerinde yol gösterici olacağı düşünülerek yapılmıştır.

Araştırmanın amacı ve araştırma soruları

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin KKÖH düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada;

1. Hemşirelik öğrencilerinin KKÖH düzeyleri nedir?

2. Belirlenen bağımsız değişkenlere göre, öğrencilerin KKÖH düzeyleri arasında fark var mıdır? sorularına yanıt aranmıştır.

Gereç ve Yöntem

Evren ve Çalışma Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2008–2009 Eğitim-Öğretim Yılı Bahar Dönemi’nde Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde temel meslek derslerine kayıtlı 383 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimi yapılmamış, araştırmacı tarafından bilgilendirildikten sonra kendi isteği ile araştırmaya katılmayı kabul eden ve Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeğini tam olarak yanıtlayan 256 öğrenci araştırma kapsamına dahil edilmiştir (yanıtlanma oranı %76.1).

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Öğrenci Tanıtıcı Özellikler Formu ve Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Tanıtıcı Özellikler Formu, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır ve 15 kapalı uçlu, 9 açık uçlu olmak üzere toplam 24 soru içermektedir. Tanıtıcı Özellikler Formu’nda yer alan hemşirelik mesleğini seçmelerinde etkili olan nedenler, gün içerisinde en yoğun hissettikleri duygu durumu, kendilerini tanımlayan olumlu ve olumsuz kişilik özellikleri ve bilgisayarı hangi amaçlarla kullandıkları gibi açık uçlu soruları öğrencilerin kendi ifadeleri ile yanıtlamaları istenmiştir.

Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeği, Fisher ve arkadaşları²¹ tarafından 2001 yılında geliştirilmiş ve 2004 yılında Kocaman ve arkadaşları¹⁸ tarafından Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. KKÖH Ölçeği, 40 maddeli ve 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin toplam puanı en düşük 40, en yüksek ise 200 puandır. Kendi kendine öğrenmeye hazıroluşluk düzeyi için ölçeğin kesim puanı olarak 150 toplam puanın kullanılması önerilmektedir. Toplam puan arttıkça, öğrencinin kendi kendine öğrenme becerisinin de arttığı kabul edilmektedir. Ölçek “kendini yönetme (en düşük puan 13, en yüksek 65 puan)”, “öğrenmeye isteklilik (en düşük puan 12, en yüksek 60 puan)” ve “kendini kontrol etme (en düşük puan 15, en yüksek 75 puan)” başlıkları altında üç alt ölçekten oluşmaktadır.

Veri Toplama Süreci

Araştırmanın uygulanması için öncelikle temel meslek derslerinin sorumlu öğretim elemanlarından randevu alınarak araştırmanın amacı, uygulanma şekli ve tahmini uygulama süresi ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmacı ve sorumlu öğretim elemanı araştırmanın uygulanacağı tarih ve saatleri sınav günü olmaması koşulu ile temel meslek derslerin sonrasında yapılmasına birlikte karar vermiştir.

Araştırmada veriler 08.05.2009- 15.05.2009 tarihleri arasında, planlanan saatlerde ve temel meslek derslerinin işlendiği dersliklerde toplanmıştır. Öğrenciler araştırmacı

tarafından bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden aydınlatılmış yazılı onam formu aldıktan sonra veri toplama formları dağıtılmıştır. Öğrencilerin veri toplama araçlarını yanıtlamaları yaklaşık 25 dakika sürmüştür, araştırmacı bu süre boyunca öğrencilerin ulaşabilecekleri ve soru sorabilecekleri bir şekilde dersliklerde bulunmuştur. Tanıtıcı Özellikler Formu ile Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeği aynı oturumda geri alınmış böylece uygulama her sınıf için tek oturumda gerçekleşmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmada Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeği Türkçe formunun kullanılabilmesine ilişkin yazılı izin alınmıştır.
- Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur.
- Araştırmanın ön uygulaması için Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan ve uygulaması için Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden yazılı izin alınmıştır.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile gerçekleştirildiğinden araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca bu öğrenciler için genellenebilir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle tanıtıcı özellikler formunda kapalı uçlu sorulara verilen yanıtlar SPSS 11.5 paket programına aktarılmaya hazır hale getirilmiştir. Sonraki aşamada öğrencilerin Tanıtıcı Özellikler Formunda bulunan açık uçlu sorulara (hemşirelik mesleğini seçme nedeni, gün içerisinde en yoğun hissedilen duygu durumu, üç olumlu ve üç olumsuz kişilik özelliği, bilgisayar kullanım amaçlarından ilk üçü) verdikleri yanıtların frekans dağılımları belirlenmiş ve veriler araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak gruplandırılmıştır^{13,24-26}.

Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluşluk Ölçeği'nin toplam puanı ve alt ölçek puanları, ölçekte bulunan 40 madde için öğrencilerin ifadelerine karşılık gelen puanların toplanması sonucunda elde edilmiştir. Ölçekte, "Beni hiç tanımlamıyor" ifadesi 1 puan, "Beni biraz tanımlıyor" ifadesi 2 puan, "Kararsızım" ifadesi 3 puan, "Beni iyi tanımlıyor" ifadesi 4 puan, "Beni çok iyi tanımlıyor" ifadesi 5 puan almıştır. Öğrencilerin önce alt ölçek puanları, daha sonra ise toplam ölçek puanları hesaplanmıştır.

Kendi kendine öğrenmeye hazıroluş düzeyi için 150 puan kesim puanı olarak önerildiğinden, toplam ölçek puanı 150 ve üzerinde olan öğrenciler, "kendi kendine öğrenmeye hazıroluş düzeyleri yeterli"; toplam ölçek puanı 150' nin altında olan

öğrenciler ise “kendi kendine öğrenmeye hazıroluş düzeyleri yetersiz” olarak kabul edilmiştir.

Öğrencilerin alt ölçeklere ilişkin puanlarının analizinde her bir alt ölçeğin medyan değeri bulunmuş ve öğrenciler medyan değere göre, medyan değerinin altında kalanlar ve medyan değer ile daha yüksek puan alanlar olmak üzere iki grupta toplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına SPSS 11.5 programı ile aktarılmıştır. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile kendi kendine öğrenmeye hazıroluşluk düzeyleri ve alt ölçek puan grupları karşılaştırılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde aritmetik ortalama, ortanca, yüzdelik hesaplarından yararlanılmış ve Ki-kare ve Fisher kesin Ki-kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin (256 öğrenci) % 24.6’sı 1. Sınıf, % 27.7’si 2. Sınıf, % 18’i 3. Sınıf, % 29.7’si 4. Sınıftır ve % 72.1’i 21-23 yaş grubunda olup, hemen hemen tamamı kadın (% 98.4) ve bekadır (% 98.8).

Öğrenciler eğitim durumları ve mesleki özellikleri açısından incelendiğinde, % 30.1’i Anadolu Lisesi, % 28.9’ u Genel Lise mezunudur. Sağlık Meslek Lisesi mezunu öğrencilerin oranı ise % 17.6’ dır. Öğrencilerin yarısından fazlası (% 67.2) en son mezun oldukları okullarından pekiyi derecesi ile mezun olmuşlardır. Öğrencilerin % 61.0’ inin genel akademik ortalaması 2.00- 2.99 arasındadır. Ayrıca öğrenciler arasında lisansüstü eğitime başlamak isteyenlerin oranı oldukça yüksektir (% 74.1). Hemşirelik mesleğini seçmelerinde etkili olan nedenler arasında ilk sırada (% 31.6) mesleğin “iş garantisinin olması” bulunmaktadır. “tercih sistemi” (% 23.7), “sağlık ile ilgili bir alan olması” (% 14.6) ise öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçmelerinde öne çıkan diğer nedenlerdir. Öğrencilerin % 58.4’ ünün kolayca ulaşabilecekleri bir bilgisayar vardır. Öğrenciler arasında kitap okuma alışkanlığı olanların oranı oldukça yüksektir (% 89.0) ve kitap okuma alışkanlığı olan öğrenciler en çok (% 20.3) edebi eserleri okumaktan hoşlandıklarını belirtmişlerdir.

Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeği Puan Ortalamaları

Öğrencilerin kendi kendine öğrenmeye hazıroluşluk puan ortalamaları 160.7 ± 21.4 ’tür. Kendi kendini yönetme alt ölçeği puan ortalaması 48.3 ± 8.6 , öğrenme isteği alt ölçeği puan ortalaması 50.1 ± 6.9 , kendi kendini kontrol etme alt ölçeği puan ortalaması 62 ± 8.2 ’dir (Bkz. Tablo 1.)

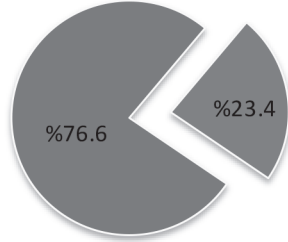
Öğrencilerin % 76.6’ sının ölçek toplam puanları kendi kendine öğrenmeye hazıroluşluk düzeyi için kesim puanı olarak kabul edilen 150 puanın üzerinde olduğu bulunmuştur (Bkz. Grafik 1).

Ölçekten yeterli puanı en yüksek oranda (% 30.6) 4. sınıf öğrencileri almışlardır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede öğrencilerin sınıfları, yaş grupları ve bilgisayara kolay ulaşabilme durumlarına göre kendi kendine öğrenmeye hazır oluşluk düzeyleri arasında fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur (Bkz. Tablo 2).

Tablo 1. Kendi Kendine Öğrenmeye Hazırlık Ölçeği'nin ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları (n=256)

Alt Ölçekler	X	S	Ortanca	Min.	Max.
Kendi Kendini Yönetme	48.3	8.6	49	16	65
Öğrenme İsteği	50.1	6.9	50	14	60
Kendi Kendini Kontrol Etme	62.0	8.2	62	17	75
Toplam	160.7	21.4	162	47	200

■ 149 ve Altında Puan ■ 150-200 Puan



Grafik 1. Öğrencilerin Ölçek Toplam Puanlarının Kesim puanına Göre Dağılımı

Öğrencilerin lise mezuniyet derecelerinin, genel akademik ortalamalarının, lisansüstü eğitim yapmayı düşünme durumlarının, kitap okuma alışkanlıklarının ve hemşirelik mesleğini seçme nedenlerinin kendi kendine öğrenmeye hazır oluş düzeylerini anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur. Liseden “iyi” ve “pekiyi” derece ile mezun olan ($p < 0.05$), genel akademik ortalaması 3.00 ve üzerinde olan ($p = 0.033$), lisansüstü eğitim yapmayı düşünen ($p < 0.05$) ve kitap okuma alışkanlığı olan öğrencilerin ($p = 0.017$) kendine öğrenmeye hazırlık düzeyleri diğer öğrencilerden daha yüksektir. Ayrıca hemşirelik mesleğini “Yakın çevrenin isteği” ile seçen öğrencilerin kendi kendine öğrenmeye hazırlık düzeyleri, hemşirelik mesleğini diğer nedenlerle seçen öğrencilere göre daha düşüktür ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 2).

Tartışma

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun (% 76.6) KKÖH düzeylerinin yeterli olduğu ve öğrencilerin KKÖH ölçeği puan ortalamalarının 160.7 ± 21.4 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu hemşirelik öğrencileri ile aynı ölçek kullanılarak yapılan bazı araştırmaların sonuçlarına göre biraz daha yüksektir. Örneğin Kocaman ve diğerleri¹⁸,

Tablo 2. Öğrencilerin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Ölçeği Toplam Puanlarının Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.

Tanıtıcı Özellikler	Toplam Ölçek Puanları				Değerlendirme
	47-149		150-200		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sınıflar (n=256)					
1.Sınıf	15	25.0	48	24.5	X ² = 0. 757 sd= 3 p= 0.860
2.Sınıf	19	31.7	52	26.5	
3.Sınıf	10	16.7	36	18.4	
4.Sınıf	16	26.5	60	30.6	
Yaş Grupları (n=254)*					
18-20 yaş	11	18.3	35	18.0	X ² = 0.006 sd= 2 p= 0.997
21-23 yaş	43	71.7	140	72.2	
24- üstü yaş	6	10.0	19	9.8	
Lise Mezuniyet Derecesi (n=125)*					
Orta	1	3.0	2	2.2	X ² = 9.174 sd= 2 p=0.010
İyi	17	51.5	21	23.1	
Pekiyi	15	45.5	68	74.7	
Genel Akademik Ortalama (n=246)**					
1.00-1.99	10	35.7	18	64.3	X ² = 6.814 sd= 2 p= 0.033
2.00-2.99	39	26.0	111	74.0	
3.00- ve üzeri	9	13.2	59	86.8	
Lisansüstü Eğitim Yapmayı (n=255)**					
İsteyen	32	16.9	157	83.1	X ² = 17.669 sd= 1 P<0.00
İstemeyen	28	42.4	38	57.6	
Kitap Okuma Alışkanlığı (n=255)*					
Var	47	79.7	180	91.8	X ² = 5.689 sd= 1 p=0.017
Yok	12	20.3	16	8.2	
Hemşirelik Mesleğini Seçmekte Etkili Nedenler (n=253)*					
İş Garantisi	22	37.2	58	29.9	X ² = 14.808 sd= 5 p= 0.011
Tercih Sistemi	8	13.6	52	26.8	
Sağlık ile İlgili Bir Alan Olması	5	8.5	32	16.5	
Topluma Faydalı Olma	9	15.3	23	11.9	
Mesleği Sevme	8	13.6	24	12.3	
Yakın Çevrenin İsteği	7	11.8	5	2.6	
Bilgisayara Kolay Ulaşabilme (n=255)*					
Evet	32	53.3	117	60.0	X ² = 0.840 sd= 1 p= 0.360
Hayır	28	46.7	78	40.0	

* Yanıt veren öğrencileri kapsamaktadır.

KKÖH ölçeğinin Türkiye’de kullanılmak üzere geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 1. Sınıf öğrencileri ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında öğrencilerin KKÖH ölçeği puan ortalamalarını 157.9 olarak bulmuşlardır. Fisher ve arkadaşları²¹ ise KKÖH ölçeğinin hemşirelik öğrencileri için geçerlik güvenilirlik düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, öğrencilerin KKÖH ölçeği puan ortalamalarını 150.55 olarak saptamışlardır. Smedley’in¹¹ 1. sınıf hemşirelik öğrencilerinin KKÖH düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, öğrencilerin puan ortalamalarının 151.09 olduğunu belirtmiş; El-Gilany ve arkadaşlarının²⁷ 2013 yılında hemşirelik öğrencilerinin KKÖH düzeylerini belirlemek amacıyla Suudi Arabistan’da yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin % 77’sinin KKÖH düzeylerinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Yuan ve arkadaşlarının²⁸ 2012 yılında hemşirelik öğrencilerinin KKÖH düzeylerini belirlemek amacıyla Çin’de yaptıkları çalışmada öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamalarının 157.72 ± 15.08 olduğu, öğrencilerin % 62.3’ünün KKÖH düzeylerinin yeterli olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada öğrencilerin çoğunluğunun KKÖH düzeylerinin yeterli olmasında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’ni tercih eden öğrencilerin Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı puanlarının daha yüksek olması, öğrencilerin bireysel ve mesleki gelişimlerini destekleyen sosyal, kültürel ve bilimsel aktivitelere olanak sağlanması, öğrencilerin hemşirelik eğitimleri süresince öğretim elemanları ile etkileşimlerinin fazla olması ve öğrencilerin kendi kendine öğrenmelerini destekleyici ve geliştirici öğretim yöntemlerinin (örn. Seminer sunumu, vaka tartışmaları) eğitimde sıklıkla kullanılması gibi pek çok faktörün etkilediği söylenebilir.

Öğrencilerin KKÖH ölçeği puan ortalamaları (160.7 ± 21.4), diğer klasik eğitim programı uygulanan öğrencilerin puan ortalamaları ile yakınlık gösterdiği, ancak probleme dayalı öğretim yöntemi uygulanan öğrencilerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmektedir.^{7,19} Örneğin Duman ve Şengün’ün²⁹ 2011 yılında probleme dayalı öğrenme yaklaşımı ile eğitim gören 166 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirdikleri çalışmada öğrencilerin KKÖH ölçeği puan ortalamaları 170.75 ± 15.13 olarak bulunmuş, benzer şekilde Avdal³⁰ probleme dayalı öğrenme yaklaşımı ile eğitim gören 220 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelik öğrencilerinin KKÖH ölçeği puan ortalamalarını 171.3 ± 16.7 olarak bulmuştur.

Araştırmamızda öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıflara göre KKÖH ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır; ancak yüksek öğrenim yaşantılarını tamamlamak üzere olan 4. Sınıf öğrencilerinin puan ortalaması öngörülebileceği gibi diğer sınıflardan oldukça yüksektir. Yuan ve arkadaşlarının²⁸ Çin’deki hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada son sınıf öğrencilerinin puan ortalamasının birinci sınıf öğrencilerinininkinden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Abu-Moghli ve arkadaşları³¹, 2005 yılında Ürdün’de dört üniversitede ki hemşirelik lisans programlarında öğrenim gören öğrenciler ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin sınıflarının kendi kendine öğrenme durumlarını etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Öğrencilerin bir üst sınıfa geçmelerinin kişisel gelişimlerini de olumlu yönde etkileyebileceği düşünülerek, KKÖH düzeyi puan ortalamalarının da anlamlı bir şekilde yükselmesi beklenilebilir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar ile KKÖH düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen ve yapılış tarihi eski

olmakla birlikte sonuçları ilginç olan bir çalışma O'Shea' nın⁵ belirttiğine göre, O'Kell tarafından yapılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin öğrenme tercihlerini incelemek amacıyla 1988 yılında yapılan çalışmanın sonuçları oldukça şaşırtıcıdır ve çalışmada öğrencilerin her bir öğrenim yılı sonunda kendi kendine öğrenmeye uyumlarının azaldığı saptanmıştır.

Araştırmamızda öğrencilerin yaş gruplarına göre KKÖH ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Buna karşın literatürdeki çalışmaların^{10,11,26,32,33} pek çoğunda yaş ve KKÖH düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Reio³², 4. Sınıf lisans öğrencileri ile yaptığı araştırmada yaş ile KKÖH düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, yaşı büyük olan öğrencilerin kendi kendine öğrenmeye hazırlaş düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtilmiştir. Reio ve Davis¹⁰, yaş ve cinsiyetin KKÖH düzeyine etkisini belirlemek üzere bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Lise öğrencileri, üniversite öğrencileri ve yetişkin eğitim merkezine devam eden öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada 30 ve 40'lı yaşlardaki bireylerin KKÖH ölçeğinden en yüksek puanları aldığı, adolesan ve genç yetişkinlerinse en düşük puanları aldıkları saptanmıştır. Araştırmacılar yaş ile KKÖH düzeyi arasında düşük ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Smedley¹¹ ise araştırmada genç öğrencilerin KKÖH düzeylerinin daha yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Kitap okuma alışkanlığı olan öğrencilerin puan ortalamaları, kitap okuma alışkanlığı olmayan öğrencilerin ortalamalarından anlamlı derecede yüksektir. Kitap okumak insanı zihinsel, duygusal ve sosyal açılarından olgunlaştırır, bilgi dağarcığını genişleterek kendine güvenini artırır, ayrıca kitap okumak kendi kendine öğrenme aktivitesi olduğundan, kitap okuma alışkanlığı olan öğrencilerin KKÖH düzeylerinin yüksek olması beklendik bir sonuçtur.

Hemşirelik mesleğini "yakın çevrenin isteği" nedeni ile seçen öğrencilerin puan ortalamaları, hemşirelik mesleğini diğer nedenlerle seçen öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Meslek seçimi, yaşam biçimi seçmektir ve bireylerin kendilerine uygun meslek seçmeleri gerekir. Hemşirelik mesleğini "yakın çevrenin isteği" nedeni ile seçen öğrencilerin, kendi yetenek ve yönelimlerini göz ardı ederek, çevrelerinin etkisi altında karar verdikleri düşünülecek olursa, seçtikleri meslek, yetenek ve ilgilerine uymayan tüm bireylerde olduğu gibi, çalışmaya karşı isteksiz, verimi düşük, yeniliklere direnen bireyler olmaları kaçınılmazdır³⁴. Öğrenmeyi etkileyen en önemli faktörlerden birinin öğrenmeye güdülenme olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu öğrencilerin KKÖH düzeylerinin, diğer öğrencilerden daha düşük olması beklendik bir sonuçtur.

Öğrencilerin %74.1'i lisansüstü eğitim yapmak istediğini belirtmiştir. Bu öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%83.1) KKÖH düzeyinin yeterli olduğu sonucuna ulaşmıştır. Öğrencilerin lisansüstü eğitim yapmak istemeleri geleceğe yönelik hedefleri olduğu anlamına gelir. Hedefler, bireylerin öğrenim yaşantılarında güdülenmelerine dolayısıyla konu üzerinde odaklanmalarına, güçlüklerle karşılaştığında istenilen davranışı sürdürmelerine, sonuca gitmede ısrarlı ve kararlı olmalarına olanak sağlar³⁵. Güdülenme, öğrenmeyi etkileyen en önemli faktörlerdendir bu nedenle lisansüstü eğitim yapmak isteyen öğrencilerin, KKÖH düzeylerinin diğer gruptan anlamlı derecede ($p<0.00$) yüksek olması kaçınılmazdır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, bu araştırmada öğrencilerin KKÖH Ölçeği puan ortalamalarının, diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda öğrencilerin yaş gruplarına ve öğrenim gördüğü sınıflara göre KKÖH Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmamasına karşın, öğrencilerin eğitim yaşamındaki başarılarının (mezuniyet derecesi ve akademik ortalama), mesleği seçme nedenlerinin ve kendilerini geliştirme davranışlarının (lisansüstü eğitim yapmak isteme ve kitap okuma) KKÖH düzeylerinde anlamlı farklılıklara yol açtığı görülmektedir.

Hemşirelik lisans eğitim programında, öğrencilerin kendilerini geliştirme davranışlarını destekleyici (grup çalışması, seminer sunumu gibi) öğretim yöntemlerinin kullanımına ağırlık verilmeli, öğrencilerin KKÖ becerilerini kullanabilecekleri öğrenim yaşantıları düzenlenmelidir. Meslek seçme aşamasında olan lise son sınıf öğrencilerinin istekleri, yetenekleri ve yönelimleri doğrultusunda kendilerine uygun alanda eğitim görmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca öğrencilerin kendi kendine öğrenme becerisinin gelişmesini etkileyen faktörlerin farklı araştırma desenleri ile (örn. niteliksel çalışmalar) incelenmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Çolakoğlu J. Yaşamboyu Öğrenmede Motivasyonu Önemi. Milli Eğitim Dergisi 2002 Erişim: 11 Temmuz 2014 URL: <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/155-156/colakoglu.html>
2. Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Planı. Hayat Boyu Eğitim veya Örgün Olmayan Eğitim Özel İhtisas Raporu (Rapor No: DPT: 2568). 2001 Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
3. Soran H, Akkoyunlu B, Kavak Y. Yaşam Boyu Öğrenme Becerileri ve Eğitimcilerin Eğitimi Programı: Hacettepe Üniversitesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006; (30):201-210.
4. Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006 3(1):42-51.
5. O'Shea E. Self-directed Learning in Nursing Education: a Review of the Literature. Journal of Advanced Nursing 2003 43(1):62-70.
6. Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005 1(9):6-14.
7. İstek E, Elçigil A. Hemşirelik Yüksekokulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Haftalara Göre Kendi Kendine Öğrenmeye Hazırlıklık Durumlarının Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2008 1(1):33-4. Erişim: 10 Ağustos 2009.
8. Kaya H, Akçin E. Öğrenme Biçimleri, Stilleri ve Hemşirelik Eğitimi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002 6(2):31-35.
9. Lunky-Child OI, Crooks D, Ellis PJ, Ofosu C, O'Mara L, Rideout E. Self-directed Learning: Faculty and Student Perceptions. Journal of Nursing Education 2001 40(1):62-70.
10. Reio GT, Davis W. Age and Gender Differences in Self-directed Learning Readiness: A Developmental Perspective. International Journal of Self-directed Learning 2005 2(1):40-50.
11. Smedley A. The Self-directed Learning Readiness of First Year Bachelor of Nursing Students. Journal of Research in Nursing 2007; (12):373-385.
12. Guglielmino M L. Why Self-Directed Learning?. International Journal Of Self-Directed Learning 2008 5(1):1-14.

13. Patterson C, Crooks D, Lunky-Child O. A New Perspective on Competences for Self-directed Learning. *Journal of Nursing Education* 2002 4(1):25-31.
14. Tracy LL, Tracy J. Self-directed Learning: Implications and Limitations for Undergraduate Nursing Education. *Nurse Education Today* 2005;(25):363-368.
15. Williams B. The Theoretical Links Between Problem-based Learning and Self-directed Learning for Continuing Professional Nursing Education. *Teaching in Higher Education* 2001 6(1):85-99.
16. Rhee KS. Self-directed Learning to be Aware or not to be Aware?. *Journal of Management Education* 2003; (27):568-589.
17. Walker TW, Loftan SP. Effect of a Problem Based Learning Curriculum on Student's Perceptions of Self Directed learning. *Issues in Educational Research* 2003; (13):15-17.
18. Kocaman G, Dicle A, Üstün B, Çimen S. Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluşluk Ölçeği: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. DEÜ 3. Aktif Eğitim Kurultay Kitabı 245-256; 2006 3-4 Haziran; İzmir, Türkiye
19. Kocaman G, Uğur A. Probleme Dayalı Öğrenim ve Klasik Eğitim Programı Uygulanan Hemşirelik Lisans Öğrencilerinde Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Düzeyleri. II. Aktif Eğitim Kurultay Kitabı 11-21; 2005 4-5 Haziran,
20. Kell C. Undergraduates' Learning Profile Development: What is Happening to The Men?. *Medical Teacher* 2006 28(1):e16-e24.
21. Fisher M, King J, Tague G. Development of Self-directed Learning Readiness Scale for Nursing Education. *Nurse Education Today* 2001; (21):516-525.
22. Hewitt-Taylor J. Self-directed Learning: Views of Teachers and Students. *Journal of Advanced Nursing* 2001 36(4):496-504.
23. Kobs BJ, Pilling-Cormick J. The Changing Role of Trainers: Emerging Trends in Organizations Using a Self-directed Approach to Training. *International Journal of Self-directed Learning* 2004 1(2):82-94.
24. Bhat PP, Rajashekar R, Kamath U. Perspectives on Self-Directed Learning- the Importance of Attitudes and Skills 2007 Erişim Tarihi: 15.07.2009 www.bioscience.heacedemy.ac.uk/journal/vol10/beej-10-c3.pdf
25. Long HB. Skills for Self-Directed Learning. *International Journal of Self Directed Learning* 2005 Erişim: 05.06.2009 <http://faculty-staff.ou.edu/L/Huey.B.Long-1/Articles/sd/selfdirected.html>
26. Oliveira AL, Simoes A. Impact of Sociodemographic and Psychological Variables on the Self-directedness of Higher Education Students. *International Journal of Self-directed Learning*, 2006 3(1):1-13.
27. El-Gilany AH, Abusaad, FES. Self-directed Learning Readiness and Learning Styles Among Saudi Undergraduate Nursing Students. *Nurse Education Today* 2013; (33):1040-1044.
28. Yuan HB, Williams BA, Fang JB, ve Pang D. Chinese Baccalaureate Nursing Students' Readiness for Self-directed Learning. *Nurse Education Today* 2012; (32):427-431.
29. Duman ZÇ, Şengün F. Hemşirelik Öğrencilerinde Kontrol Odağı ile Kendi Kendine Öğrenmeye Hazıroluş Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011 14(3):26-31.
30. Adval EÜ. The Effect of Self-directed Learning Abilities of Student Nurses on Success in Turkey. *Nurse Education Today* 2013; (33):838-841.
31. Abu-Moghli FA, Khalaf IA, Halab JO, Wardam LA. Jordanian Baccalaureate Nursing Students Perception of Their Learning Styles. *International Nursing Review* 2005; (52):39-42.
32. Reio GT. Prior Knowledge, Self-Directed Learning Readiness, And Curiosity: Antecedents To Classroom Learning Performance. *International Journal Of Self-Directed Learning* 2004) 1(1):18-25.
33. Walker JT, Martin TM, Haynie L, Norwood A, White J, Grant L. Preferences for Teaching Methods in Baccalaureate Nursing Program: How Second-degree and Traditional Students Differ. *Nursing Education* 2007 28(5):246-250.

34. Sarıkaya T, Khorshid L. Üniversite Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi: Üniversite Öğrencilerinin Meslek Seçimi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2009 7(2):393–423.
35. Keskin A. Motivasyon ve dikkatin öğrenme üzerine etkisi. Erişim: 11 Temmuz 2014, <http://egitim.aku.edu.tr/motivasyondikkat1.pdf>

Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Factors Affecting Women's Preferences for Cesarean Birth in a University Hospital

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 26-34

Şule ERGÖL*, Meltem KÜRTÜNCÜ*

* Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, Zonguldak, Türkiye

* V.Ulusal Hemşirelik Araştırma Sempozyumunda poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 18 Haziran 2013

Kabul Tarihi: 09 Nisan 2014

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinde sezaryen doğum sıklığını ve kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tipte ve tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma, Zonguldak ilinde bir üniversite hastanesinin doğum sonu servisinde yatan 72 kadın ile anket uygulanarak yapılmıştır. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistik testler, ki-kare, Fisher's exact, Student's t testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların %79.2'sinin sezaryen ile doğum yaptığı bulunmuştur. Vajinal doğum planlayan kadınların %26.4'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Kadınların eğitim durumları, gebelikle ilişkili sorun yaşama durumları ve çalışma durumlarına göre doğum şekilleri arasında anlamlı fark bulunmamış, sadece yaşadıkları yere göre doğum şekilleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.04$). Sezaryen ile doğum yapan kadınların %47.4'ü doğumdan korktuğu için, sezaryen doğumu tercih ettiğini ifade etmiştir.

Sonuç: Kadınların sezaryen doğum tercihlerini önemli ölçüde doğum ve doğum eyleminde yaşanan ağrıya karşı duydukları korku etkilemiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum şekli, sezaryen doğum, vajinal doğum.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of cesarean birth and factors affecting women's preferences for cesarean in a university hospital.

Material and Method: Study was carried out with 72 women in a university hospital's

İletişim : slrgl@yahoo.com

postpartum service as cross-sectional and descriptive survey study in Zonguldak. Data were analyzed by descriptive statistical methods, Chi-Square, Fisher's Exact and Student's t tests.

Results: Almost eighty (79.2) percent of women participated in the study were gave birth by caesarean section. Of 26.4% planned to gave vaginal birth, gave birth by cesarean section. There were no statistically significant relationships between types of birth and educational level, pregnancy-related problems, current work status; whereas statistically significant difference was found between types of birth and living places($p=0.04$). Half of (47.4%) the women who gave birth by caesarean section stated that they preferred cesarean birth because they are afraid of vaginal birth.

Conclusion: Women's preferences of the cesarean birth were considerably affected by the delivery itself and fear of pain in labor.

Key Words: Type of birth, cesarean birth, vaginal birth.

Giriş

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için büyük bir stres oluşturur. Anne adayı kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla bekler¹. Doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler doğum korkusuna neden olabilmekte²; uzun yıllar anlatılan doğum hikâyeleri arasında yerini alabilmekte ve bu deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, ayrıca görsel medyada gösterilen ağırlı doğum sahneleri, kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmalarına neden olmaktadır^{1,3}. Dolayısıyla doğumun ağırlı, kanlı korkutucu bir olay oluşuyla ilgili imaj; gebelik süresince kadının vajinal doğumla ilgili bu korkutucu deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların tercihlerini sezaryen doğum üzerinde odaklandırmaktadır¹.

Önceleri ölmekte olan kadının canlı bebeğini kurtarmayı amaçlayarak yapılan sezaryen doğumlar, riskli durumlarda anne ve bebek mortalite/ morbiditesini azaltmayı hedefleyerek artmıştır. Sezaryen seçilmiş endikasyonlarla gerçekleştirildiğinde, anne ve bebeği için hayat kurtarıcı bir cerrahi yöntemdir. Ancak giderek hekim ya da kadının isteğine bağlı, elektif olarak uygulanır hale gelmiş ve normal vajinal doğumun bir alternatifi gibi sunulmaya başlamıştır. Fakat tıbbi endikasyon olmaksızın kullanıldığında hem anne-bebek sağlığına hem de artan sağlık harcamaları ile ülke ekonomisine zarar vermektedir. Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sezaryen doğum en sık yapılan büyük cerrahi girişimlerden biridir. Sezaryen oranları yıllara göre giderek artmaktadır⁴⁻⁵.

Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı 2010 yılı verilerine göre dünyada %16 iken, Türkiye'de %47 (2011 yılı verilerine göre) olduğu görülmektedir. 2002 yılı ile 2011 yılları arasında sezaryen doğum oranının giderek arttığı ve yıllar arasındaki farkın %26 olduğu belirlenmiştir. Tüm bölgelerde sezaryen doğum oranları artmasına rağmen bölgelere göre bu oran artışları değişiklikler göstermektedir. İlimizin de içinde bulunduğu Batı Karadeniz bölgesinde sezaryen doğum oranı artışı ise %23'dür⁶.

Sezaryen oranlarındaki artış nedenleri olarak, geçirilmiş uterin cerrahi⁷⁻⁸, çoğul gebeliklerin artışı, ileri yaş gebeliklerin artışı, üremeye yardımcı tekniklerin ve fetal elektronik monitorizasyon kullanımında artışı, doğumhane koşullarının uygun olmaması, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması gibi faktörlerden söz edilmektedir^{5,9}. Ayrıca sezaryen doğumların bebek ve anne için daha güvenli

olduğu inancı, gebelerin doğum sürecinden ve doğumhaneden korkmaları, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi gibi emosyonel ve psikolojik faktörlerin etkisi de söz konusudur^{5,10}. Sezaryen doğum tercihini etkileyebilen nedenlerden bir diğeri doktorların hastayı yönlendirmesidir¹⁰⁻¹¹. Her toplumda doğum biyolojik bir olaydır ancak doğum deneyimi aynı zamanda sosyal olarak yapılandırılır. Bu nedenle kişilerin inanç, çevre, sosyal değerlerinin doğum şekli üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir¹².

Türkiye’de kadınların sezaryen tercihini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda da doğum ağrısından korku, doktorların yönlendirmesi^{10-11,13}, bebeğin daha sağlıklı olacağını düşünme¹⁰, ileri yaşta olma, tüp ligasyonu isteği¹⁴, doğumun doktor tarafından yaptırılmasının istenmesi, doktorun erkek olması¹⁵ gibi nedenlerin yer aldığı bulunmuştur. Bu alanda çalışan hemşire ve ebelere gebelerin sezaryen tercihlerini etkilemede önemli görevler düşmektedir. Çalıştığı bölgede sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörleri bilen hemşireler kadınların doğuma hazırlanması ve uyumu için gereksinimleri daha kolay belirleyebilir. Böylece perinatal dönemde gebe kadını ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak doğum şekline karar verme sürecinde daha bilinçli olmalarını sağlayabilir.

Vajinal doğumda komplikasyon görülme riski ve görülen komplikasyon sayısının daha az olduğu bilinmektedir. Herhangi bir komplikasyonun yaşanmadığı vajinal doğumun sezaryen doğuma üstünlüğü tartışılmaz bir gerçektir. Son yıllarda yüksek sezaryen doğum oranlarını düşürmeye yönelik çalışmalara hız verilmiştir. Ancak sezaryen doğum oranlarını düşürmeye yönelik çalışmaların başarılı olabilmesi için sezaryen doğum tercihini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir¹⁶. Sezaryen doğum oranlarındaki artışın bölgelere göre farklılık göstermesi gibi, sezaryen doğumu etkileyen faktörlerinde bölgesel farklılık göstermesi de muhtemeldir. Bu düşünceden hareketle, çalışma, Zonguldak ilinde bulunan bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu amaçla yapılan çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Kadınların sezaryen doğum yapma sıklığı nedir ve demografik özellikleri sezaryen doğum yapma oranını etkilemekte midir?
- Kadınların sezaryen doğum yapma tercihlerini etkileyen faktörler nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte ve tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini, Zonguldak ilinde bir üniversite hastanesinin doğum sonu servisinde bir aylık süre içinde yatan kadınlar (N=89) oluşturmuştur. Araştırmada tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 17 kadın örneklem dışı bırakılmıştır. Araştırma sırasında toplam 72 kadına ulaşılmıştır. Kadınların araştırmaya katılım oranı % 81 olmuştur.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini kadınların demografik özellikleri, bağımlı değişkenlerini ise sezaryen doğum sayısı ve sezaryen ile doğum yapma nedenleri oluşturmuştur. Veriler, 23 Şubat- 23 Mart 2011 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan^{5,7-8,10-11,13} ve ortalama on dakika içinde yanıtlanabilecek sorulardan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Bu araştırmada, anket formunun anlaşılabilirliğini kontrol etmek üzere, araştırmacılar tarafından doğum

sonu servisinde yatmakta olan 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anlaşılmayan soru olmadığından ön uygulama yapılan kadınlarda örneklem içinde yer almıştır.

Anket formunda, kadınların demografik özelliklerini sorgulayan dört açık uçlu ve altı kapalı uçlu toplam on soru yer almaktadır. Ayrıca, kadınların obstetrik öykülerini, doğum şeklini, doğum şekli tercihlerini/planlarını ve tercih nedenlerini inceleyen dokuz açık uçlu, on kapalı uçlu olmak üzere 19 soru bulunmaktadır. Verileri toplamadan önce; ilgili üniversite hastanesinden yazılı izin, kadınlardan sözel onay alınmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede gebelik ve doğuma yönelik düzenli bir danışmanlık hizmeti yürütülmemektedir. Gebe takiplerinin yapıldığı polikliniklerde doktor dışında sağlık personeli hizmet vermemektedir.

Verilerin analizi SPSS 19.0 programında sayı, yüzde, ki-kare, Fisher's exact, Student's t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler, $p < 0.05$ anlamlılık derecesi ile %95'lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular

Kadınların yaş ortalaması 26.50 ± 4.66 (Min:17-Max:26), eşlerinin ise 29.80 ± 4.90 (Min:21-Max:40)'dır. Kadınların %34.7'si, eşlerinin %41.7'sinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların %75'i ev hanımıdır ve %47.2'si şehirde, %52.8'i kasaba/ilçede yaşamaktadır(Tablo 1).

Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%52.8) ilk gebeliğidir. Sadece altısı gebe kalmak için tedavi görmüş ve 10 kadın bu gebeliğinde gebelik ile ilişkili sorunlar (preterm eylem, düşük tehdidi, hiperemesis gravidarum, hipertansiyon) yaşamıştır.

Kadınların %26.4'ü vajinal doğum yapmayı planlarken sezaryen ile doğum yapmıştır. Vajinal doğum yapmayı planlayan kadınların üçü ağrısız doğum yapmak için; dördü doğumdan korktuğu için; 12'si doktorunun isteği ile sezaryen doğum yaptığını ifade etmiştir. Planlanan doğum şekline göre gerçekleştirilen doğum şekilleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2 = 17.2$; $p = 0.01$) (Tablo 2). İlk doğumunu yapan kadınların 11'nin doğumdan korktuğu ve doktor isteği nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir.

Doğum şekline göre kadınların yaş ortalamalarının dağılımları arasında anlamlı bir fark yoktur. Kadınların eğitim durumları, gebelik ile ilişkili sorun yaşama durumları ve çalışmadurumlarına göre doğum şekilleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak kadınların yaşadıkları yere göre doğum şekilleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Aynı zamanda kadınların çalışma durumlarına göre doğum şekilleri arasında da anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 3). Kadınların çoğunluğu (% 47.4) doğumdan korkmaları nedeniyle sezaryen doğum yapmayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Doktor istemiyle ve ağrısız doğum yapma nedeniyle sezaryen doğumu tercih etme oranı %26.3 olarak bulunmuştur(Tablo 4).

Tartışma

Dünya Sağlık örgütü sezaryen doğum oranının 15'den az olmasını önermektedir. Sezaryen doğum hızındaki artış uluslararası bir sağlık sorunudur¹⁷. Ülkemizde

Tablo 1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine ve Doğum Şekillerine Göre Dağılımı

Kadının eğitimi	n	%
İlköğretim mezunu	37	51.4
Lise mezunu	25	34.7
Üniversite mezunu	10	13.9
Eşin eğitimi		
İlköğretim mezunu	27	37,5
Lise mezunu	30	41.7
Üniversite mezunu	15	20.8
Meslek		
Ev hanımı	54	75.0
Diğer (öğretmen, bankacı, tezgâhtar, sekreter vb.)	18	25.0
Yaşanılan yer		
Kasaba/ilçe	38	52.8
Şehir	34	47.2
Gebelik sayısı		
İlk gebelik	38	52.8
İkinci gebelik	28	38.9
Üçüncü gebelik	6	8.3
Doğum şekli		
Sezaryen doğum	57	79.2
Vajinal doğum	15	20.8
Toplam	72	100.0
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
Kadının yaşı	26.50 \pm 4.66	17-26
Eşin yaşı	29.80 \pm 4.90	21-40

Tablo 2. Kadınların Planladıkları Doğum Şekline Göre Gerçekleştirilen Doğum Şeklinin Dağılımı

Planlanan doğum şekli	Gerçekleştirilen Doğum şekli				Toplam		İstatistik değer
	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		n	%	
	n	%	n	%			
Vajinal Doğum	14	19.4	19	26.4	33	45.8	$\chi^2=17.2$
Sezaryen Doğum	1	1.4	38	52.8	39	54.2	P=0.001
Toplam	15	20.8	57	79.2	72	100.0	

Tablo 3. Kadınların Bazı Demografik Özelliklerine Göre Doğum Şekillerinin Dağılımı (N=72)

	Doğum Şekli				İstatistiksel Değerler
	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		
	n	%	n	%	
Eğitim					
İlköğretim	9	24.3	28	75.7	X ² =0.996 p=0.60
Lise	5	20.0	20	80.0	
Üniversite	1	10.0	9	90.0	
Yaşanan yer					
Kasaba/ilçe	13	34.2	25	65.8	p=0.04**
Şehir	2	5.9	32	94.1	
Gebelikle ilişkili sorun yaşama					
Evet	0	00.0	10	100.0	p=0.81**
Hayır	15	24.2	47	75.8	
Çalışma durumu					
Ev hanımı	13	24.1	41	75.9	X ² =1.375 p=0.25
Çalışan	2	11.1	16	88.9	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
Kadının yaşı	25.8±5.0		26.6±4.6		t=0.58 p=0.55

Tablo 4. Kadınların Sezaryen Doğum Yapmayı Tercih Etme Nedenlerinin Dağılımı

Sezaryen doğum yapma nedenleri	n	%
Ağrısız doğum yapma	15	26.3
Doğumdan korkma	27	47.4
Doktor isteği	15	26.3
Toplam	57	100.0

2011 yılı sezaryen doğum oranı %47'dir. Büyükbayrak ve ark.(2010)¹⁴ İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmada kadınların %15.9'unun; Karabulutlu¹¹ Erzurum'da bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada kadınların %10.8'inin; Gözükara ve Eroğlu(2008)¹³ Ankara'da bir kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmada kadınların %36.8'inin; Yaşar ve ark.¹⁵ kadınların %22.6'sının; Sayiner ve ark.(2009)¹⁰ Eskişehir'de iki hastanede gerçekleştirdiği çalışmada kadınların %24.4'ünün sezaryen doğum yaptıklarını bulmuşlardır. Çalışmamızda sezaryen doğum oranı %79.2 bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 ileri analiz sonuçlarına göre üniversite hastanelerinde sezaryen doğum oranlarının %63.2 olduğu belirtilmektedir¹⁸. Çalışmamızın sonuçlarının Türkiye verilerinden yüksek olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerinde sezaryen doğum oranlarının yüksek olması bu kurumlara başvuranların sezaryen doğum endikasyonu yüksek kadınlar olmaları ile açıklanabilir. Ancak çalışmamızda sezaryen doğum

nedenlerine bakıldığında kadınların %73.7'si nedenleri farklı olsa da kendi isteği, % 26.3'ü doktor isteği doğrultusunda sezaryenle doğum yaptığını ifade etmiştir. Bu nedenle çalışmamızda sezaryen doğum oranının yüksekliğinin endikasyonu yüksek kadınların başvuru yapmış olmaları ile açıklanamayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 26.5 ± 4.66 ve çoğunluğu lise mezunu olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kadının yaşı ve eğitim düzeyi arttıkça sezaryen doğum oranlarının arttığı belirtilmiştir^{11,13,15}. İstanbul ilinde yapılan çalışmalardan birinde eğitim durumu ile doğum şekli arasında ilişki bulunamamıştır¹⁴. Çalışmamızda da kadınların yaş ortalamaları ve eğitim düzeyleri ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Sadece kadının yaşadığı yer ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Şehirde yaşayan kadınlar daha fazla sezaryen ile doğum yapmıştır. Bu durumun şehirde yaşayan kadınlar ile kasaba ya da ilçede yaşayan kadınların sağlık hizmetine ulaşım farklılıkları nedeniyle olabileceği gibi doğumu algılamaları ile ilişkili olabileceği de düşünülmüştür. Çünkü araştırmamızda kadınların sezaryen doğum yapma nedenlerini çoğunlukla “doğumdan korkma” ve “ağrısız doğum yapma” isteği olarak açıkladıkları görülmektedir.

Kadınların %47.4'ü doğumdan korktuğu için, %26.3'ü ağrısız doğum yapmak istediği için sezaryen ile doğumu tercih ettiğini ifade etmektedir. Gözükara ve Eroğlu (2008)¹³ yaptıkları çalışmada kadınların %71.1'inin doğumdan ve doğum ağrısından korktukları için; Büyükbayrak ve ark. (2010)¹⁴ kadınların %45.2'sinin doğum korkusu nedeniyle; Sayiner ve ark. (2009)¹⁰ ise kadınların %18.0'ünün vajinal doğumdan korkmaları nedeniyle sezaryen doğum tercih ettiklerini bulmuşlardır. Aynı şekilde farklı ülkelerde yapılan kadınların doğum korkusunun sezaryen doğumu tercih etmelerinde etkili olduğunu gösterir çalışmalar bulunmaktadır¹⁹⁻²¹. Doğuma karşı olumlu tutum ve davranışların gelişmesi doğum ve doğum ağrısından korkuyu azaltacaktır. Olumlu tutum ve davranış geliştirebilmek için kadınların sağlık bakımı verenlerin danışmanlığına ve bilgilendirilerek korkularının giderilmesine ihtiyacı vardır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Verilerin doğum sonu dönemde geriye dönük olarak toplanması, subjektif katılımcı ifadelerine dayanması ve bir aylık bir dönemi yansıtması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre kadınların çoğunluğu sezaryen doğum yapmaktadır ve sezaryen doğum tercihlerini önemli ölçüde doğum ve doğum eyleminde yaşanan ağrıya karşı duydukları korku etkilemektedir. Bu sonuç kadınların doğum ve doğum şekilleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Bu nedenle sezaryen doğum oranını düşürmek amacıyla kadınlara ve ailelere doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında doğuma ve ebeveynliğe hazırlık kurslarının yaygınlaştırılarak doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesi desteklenmelidir. Ayrıca kadınların vajinal doğum korkularının özellikle psikolojik, kültürel ve sosyal boyutunu inceleyen çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(3):143-148.
2. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women Birth*. 2012 Sep;25(3):114-121.
3. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*. 2013 Aug 19. pii: S0266-6138(13)00222-2. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.017. [Epub ahead of print].
4. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008; 1(2): 54-59.
5. Şahin NH. Seksio - Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3): 93-98.
6. Başara BB, Güler C, Eryılmaz Z, Yentür GK, Pulgat E. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. Ankara: Semih Ofset Matbaacılık; 2012. s.54.
7. Yılmaz E, Kara M, Okumuş B, Aran E. Kliniğimizde dört yıllık sezaryen ve normal spontan vajinal doğum istatistiği. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2008; 5 (4): 253-257.
8. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal* 2009;22(2):104-110.
9. Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2010;27(2): 50-53.
10. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi* 2009; 17(3):104-112.
11. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2012; 20(3): 210-218.
12. Liamputtong P, Yimyam S, Parisunyakul S, Baosoung C, Sansiriphun N. Traditional beliefs about pregnancy and child birth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. *Midwifery*. 2005 Jun;21(2):139-153. Epub 2005 Feb 24.
13. Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *H.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 15(2):32-46.
14. Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsıdag AY, Bektas E, Unal O, Turan C. Cesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010 Feb;30(2):155-158.
15. Yaşar Ö, Kır FŞ, Coşar E, Köken GN, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2007; 17(6): 414-420.
16. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye'de ve dünyada güncel nedir?. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2004; 1(2): 113-117.
17. World Health Organization. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva:WHO; 2009 URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734_eng.pdf. February 24, 2014.
18. Kaptanoğlu İY, Eryurt MA. 2010 TNSA-2008İleri Analiz Sonuçları Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık; URL:
19. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa2008_ileri_analiz_sunumu.pdf. June 17, 2013.

20. ChoobMasjedi SG, Hasani J, Khorsandi M, Ghobadzadeh M. Cognitive factors related to childbirth and their effect on women's delivery preference: a comparison between a private and public hospital in Tehran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012 Nov;18(11):1127-1133.
21. Lukasse M, Vangen S, Qian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2011 Jan;90(1):33-40.
22. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*. 2008 Jun;35(2):121-128.

Göçle Gelen Ailelerin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşlerinin Saptanması

Migrant Families' Health-Related Behaviour and Opinions About Health (Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 35–46

Zeliha KAYA ERTEN*, Handan ZİNCİR, Betül ÖZEN**, Selma DİNÇ***, Ümit SEVİĞ**, Filiz ÖZKAN****

* Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Kayseri, Türkiye

** Erciyes Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Kayseri, Türkiye

*** Harran Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Şanlı Urfa, Türkiye

* 9-11 Nisan 2009, Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım sempozyumunda sözel bildiri olarak sunulmuştur

Geliş Tarihi: 14 Haziran 2013

Kabul Tarihi: 14 Temmuz 2014

ÖZ

Amaç: Çalışma, Erciyes Üniversitesi Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki sosyo-ekonomik düzeyi düşük, hızlı göç alan bir mahallede, göçle gelen ailelerin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşlerini belirlemek ve hemşirelerin hizmet planlamaları yapmalarına yardımcı olmaktadır.

Gereç-Yöntem: Araştırma 1– 15 Mayıs 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklem için evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak 354 hane belirlenmiştir. Araştırmada ailelere kartopu yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. Veri toplama aracı, toplam 33 sorudan oluşmuştur. Veriler yüzde ve Ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ailelerin %59.0'nun İç Anadolu'dan, %52.5'inin iş bulma, %33.6'sının daha iyi yaşam koşullarına ulaşmak için göç ettiği bulunmuştur. Ailelerin % 41.3'ünün 10 ve daha az yıldır Kayseri'de yaşadığı, %89.8'inin ana dilinin Türkçe olduğu belirlenmiştir. Hastalanma nedeni olarak ifade edilen durumlar incelendiğinde %38.5'inin bakım eksikliği, %26'nın hijyen eksikliği, %12.4'ünün ise dini inançları gereği cezalandırıldıklarını düşündükleri için hastalandıklarını belirtmişlerdir. Ancak Doğu Anadolu/Güneydoğu Anadolu'dan göçle gelenlerin %25.0'ı dini inançları gereği cezalandırılma durumunu hastalanma nedeni olarak ifade etmişlerdir. Doğu Anadolu/Güneydoğu Anadolu'dan göç edenlerin %27.3'ünün kırık, %35.2'sinin yanık, %19.3'ünün baş ağrısı, %43.2'sinin mide ağrısı, %40.9'unun yüksek ateş, %40.6'sının ishal için geleneksel yöntem kullandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada göçle gelen ailelerin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşlerini incelenmiş olup büyük bir bölümünün hastaneyi tercih ederken, azımsanamayacak bir kısmının da geleneksel yöntemlere başvurdukları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile, Göç, Sağlık Sorunları.

İletişim : kayazkaya@gmail.com

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to determine migrant families', living in low socio-economic level and migration area of Erciyes University Health, Education and Research region, health-related behaviour and opinions about health, to plan nursing services delivery.

Materials-Methods: Study was conducted between the dates May 1st – 15th, 2008. Sample size was determined as 354 houses, by using "sampling from finite population" formula. Snowball method was used for selection of families. Data was collected with 33 item questionnaire. Data was analysed with percentage and chi-square tests.

Findings: It was found that 59% of families migrated from Middle Anatolia Region, 52.5% of them migrated for job opportunities and 33.6% of them migrated for having better life conditions. It is determined that, 41.3% of them had been living in Kayseri for 10 or less years and Turkish was mother language for 89.8% of them. The reasons for their sickness were stated as lack of care (38.5%), lack of hygiene (26%) and as punishment for their religion practices (12.4%). 25% of families who had migrated from East/Southeast Anatolia region stated they believed that sicknesses are the punishment of their religion practices. It is also determined that families migrated from East/Southeast Anatolia Region are using traditional methods for fractures (27.3%), burns (35.2%), headache (19.3%), stomach ache (43.2%), high fever (40.9%) and diarrhoea (40.6%), ($p < 0.05$).

Result: This study determined migrant families' health-related behaviour and opinions about health. It can be concluded that while most of migrant families' prefer to admit to hospitals for health related concerns, there is still good portion prefer to seek traditional methods.

Key Words: Family, Migration, Health Problems

Giriş

Göç, bir bireyin ya da bir grubun bulunduğu yerden başka bir yere yerleşmek amacı ile taşınması, bireylerin asıl yerlerinden ulaşılmak istenen başka bir yere hareket etme, kalıcı ya da yarı kalıcı yer değiştirme veya insanların bir coğrafya üzerinde yer değiştirmesi şeklinde de tanımlanmaktadır^{1,2,3}. Göçün sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkilediği bilinmektedir. Bireyler göç sonrası düşük gelir düzeyi, sağlık sigortasından faydalanmama, yaşadıkları konutun uygunsuzluğu, yetersiz beslenme, geleneksel yaşam koşulları ve bunların yarattığı stres gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar^{4,5}.

Göçün olumsuz etkilerden biri sağlıksız kentleşmedir. Gecekondulaşma ve alt yapısı olmayan bölgelere yerleşim, hem plansız şehirleşmeyi hem de sağlıksız yaşam koşullarını beraberinde getirmektedir⁶. Göç edenler sağlıksız yaşam koşullarının yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumu ve alımında ciddi sorunlar yaşamaktadır. İşsizlik nedeniyle sosyal güvenliğin olmaması sağlık kurumlarından yararlanamamayı beraberinde getirmektedir⁴. Bu durumda göç edenler kendi geleneksel iyileştirme yöntemlerine başvurabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda bireylerin^{7,8}; evde ilaç hazırlama, kırık- çıkıkçıya gitme ve hocaya gitme gibi geleneksel uygulamaların halen uygulanmakta olduğu ayrıca göç edenler de bu durumun ekonomik durumlarının düşük olması, sağlık güvencelerinin bulunmaması gibi nedenlerden dolayı daha sık yaşadığı düşünülmüştür⁹.

Göç sonrası yaşanan olumsuzluklar kadınları ve çocukları daha fazla etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinden ve teknolojik yeniliklerden yararlanamayan, maddi imkansızlık

nedeniyle doktora gidemeyen ya da gitmek istemeyen göç eden kadınlar alternatif tıpa yöneltmektedirler. Yapılan bir çalışma da, kadınların erkeklere göre hastalık durumunda bitki tedavisine daha çok başvurdukları, büyüye daha çok inandıkları, karşı cinsiyetteki sağlık çalışanından daha az hizmet almak istedikleri belirlenmiştir¹⁰. Göç, çocukları eğitim alamama, ağır işlerde çalışma ve madde kullanımı gibi olumsuz davranışlar nedeniyle etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada göç eden ailelerin %80'inin sorununun çocuğunun eğitimi olduğu ve çocukların %65' inin çalıştığı bulunmuştur¹¹. Dünya literatüründe de göçmenlerin birçok sağlık problemi ile baş etmek zorunda oldukları görülmekte bazen bu sorunlar sadece kültürel özelliklerden de kaynaklanabilmektedir^{12,13,14}.

Uluslararası Göç Örgütü (IOM) için göç eden bireylerin sağlığı öncelikli bir konudur. Göç eden bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesinde birinci basamakta çalışan hemşireye oldukça önemli işler düşmektedir. Bu noktada göç edenlerin hemşireler tarafından sağlık üzerinde çok önemli etkileri olan biyolojik, çevresel, sosyo-kültürel değişkenleri, yaşam şekillerini, sağlık davranışlarını ve inançlarının öğrenilmesi gerekir. Hemşireler toplumdaki tüm risk grubu üyelerini olduğu gibi göç eden bireyleri de risk grubu olarak kabul etmeli, sağlıklarını değerlendirmelidir⁴.

Bütün bu veriler ışığında sağlık sorunlarıyla karşılaşmada riskli olan göç edenler için sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında neler yaptıklarının öğrenilmesi, gerekli önlem ve düzenlemelerin yapılması adına önemlidir. Bu önlem ve düzenlemelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Özellikle göç durumunda nüfus hareketliliğinin yoğun olması göç edenlerin takibini zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin önemli rolü olan hemşirelerin göç eden bireylerin sağlık sorunlarıyla nasıl baş ettiklerini bilerek ve nüfus hareketliliğinin yaşatacağı sorunları göz önüne alarak hemşirelik bakımlarını planlamaları gerekmektedir.

Bu çalışma göç eden ailelerin sağlık sorunlarına yönelik baş etme yollarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışma İç Anadolu bölgesinde yer alan Kayseri ili içerisinde yer alan gecekondu önleme bölgesi olan ve göç alan bir mahallede yapılmıştır. Evreni T.C. Sağlık Bakanlığı ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yer alan bir mahallede yaşayan göçle gelen 1600 aile oluşturmaktadır. Örneklem için evreni bilinen örneklem sayısı formülü kullanılarak 354 hane belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihte muhtarlık kayıtları yeterli olmadığı için ailelere kartopu örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır. Türkiye' de iç göçler incelendiğinde, özellikle 1952'li yıllardan beri köyden kente birçok nedenle göçler gerçekleşmiştir. Bu göçe en önemli neden olarak sanayileşme gösterilmiştir. Ancak göç nedenleri özellikle 1970'li yıllarda değişmeye başlamış, terör de bu nedenler arasına katılmıştır. Terörden en çok etkilenenler Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanlar olmuştur. Yapılan çalışmalarda belirtilmektedir ki Doğu ve Güneydoğu'dan göçle gelen bireylerin göçle gelmeyen yada diğer bölgelerden göçle gelen bireylere göre benlik saygılarının, kültürlenme düzeylerinin, sosyal desteklerinin ve kişisel yaşam doyumlarının düşük olduğu suça yönelimlerinin de daha fazla olduğu bildirilmiştir^{5,11,15,16}.

Bu nedenlerle Eskişehir bağları diğer göç alan bölgelere göre Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden daha fazla göç alması, ailelerin sosyo ekonomik düzeylerinin daha düşük olması nedeni ile tercih edilmiştir. Bu bölgede göçle gelen grubun sosyo ekonomik düzeyleri gelmeyenlere göre benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda bölgede sosyo demografik veriler incelendiğinde kadınların %83'ü, erkeklerin de %64'ü ilköğretim mezunu, kadınların %95.9'u ev hanımı, erkeklerin ise yarısından fazlasının mevsimlik işçi yada vasıfsız işçi olarak çalışmaktadır. Bölgenin ekonomik düzeyi incelendiğinde, ailelerin %66.4'ünün gelirlerinin giderlerinden düşük olduğu bildirilmiştir¹⁷.

Veri toplama aracı araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür^{4,18} taranarak hazırlanmıştır. Veri toplama aracı, sosyo-demografik özellikler, göç sonrası yaşanan sorunlar ve sağlık problemlerinde başvurdukları yolları içeren toplam 33 sorudan oluşmuştur. Araştırmanın ön uygulaması için 1-3 Mayıs tarihleri arasında Ahmet Özeşsiz Sağlık Ocağına bağlı ve göçle gelmeyen 15 aile belirlenip, veri toplama aracının ön uygulaması yapılmıştır. Bu doğrultuda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Verilerin toplanması hemşirelik 4. sınıf öğrencileri ve öğretim elemanları tarafından kadınlara dağıtılmış 3 gün sonra tekrar uğranarak doldurulmuş anketler alınmıştır. Kadınlara beraber anket soruları kontrol edilmiş anlaşılmayan sorular anlayacakları şekilde tekrar sorulmuştur. Okuma yazma bilmeyen 73 kadına anket formları birebir okunmuş ve araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Araştırmada kadınların hepsi Türkçe bilmektedir. Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiş ve analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için akademik kurul izni ve bireylerden sözel onam alınmıştır. Araştırmada muhtarlık kayıtları yeterli olmadığı için kartopu örneklem yöntemi kullanımı araştırmada örneklem çeşitliliğini sadece birbirini tanıyan ailelerle sınırlamıştır. Araştırma bu guruba genellenebilir.

Bulgular

Göç eden aile bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde; bireylerin yaş ortalamasının 39.65 ± 13.53 , %56.7'sinin doğum yerinin ilçe olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %59.0'ı İç Anadolu, %13.9'u Doğu Anadolu, %11.3'ü Güneydoğu Anadolu ve %1'i Ege bölgesinden göç etmişlerdir. Göç edenlerin %20.6'sı okuma yazma bilmediklerini, %67.7'si 500-999 TL arasında aylık gelirlerinin olduğunu, %12.7'sinin sağlık güvencesinin olmadığını, %61.3'ü gece kondu önleme bölgesinde kendi yaptığı evlerde ve %50.0'sinin evde yaşayan birey sayısını 5-9 kişi yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 1'de göç eden ailelerin % 41.3'ünün 10 ve daha az yıldır Kayseri'de yaşadığı, %89.8'inin ana dilinin Türkçe olduğu, %52.5'inin iş bulmak için göç ettiği belirlenmiştir. Göç edenlerin Kayseri'ye göç etme nedenleri %61.0 iş imkânı, %16.0 eğitim ve sağlık olanaklarından yararlanmak için göç ettikleri bulunmuştur. Ayrıca göç edenlerin %34.1'i göçün çocukları etkilediğini belirtmiştir. Etkilenme şekli; çocuklarının okul başarısı düşerek, erken yaşta çalışmaya başlayarak ve zamanın çoğunu sokakta geçirmek olarak bildirmişlerdir.

Göç edenlerin hastalanma nedeni olarak ifade ettikleri durumlar incelendiğinde %38,5'inin bakım eksikliği, %26'sının hijyen eksikliği, %12,4'ünün ise dini inançları gereği cezalandırılmayı hastalık nedeni olarak düşündükleri bulunmuştur. Göç edenlerin %19,7'si göç etmeden önce yaşadıkları bölgede sağlık kurumu olmasına rağmen gitmediklerini, %2.0'i göç ettiği yerde sağlık kurumundan yararlanmadığını

Tablo 1. Göç Eden Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	N=354	Sayı	%
Kayseri’de yaşam süresi			
5 yıldan az		65	18,4
6-10 yıl		81	22,9
11-15 yıl		70	19,8
16-20 yıl		67	18,9
21 yıl ve üzeri		71	20,1
Ana Dil			
Türkçe		318	89,8
Kürtçe		29	8,2
Diğer (Arapça, Çerkezce)		7	1,9
Evde En Çok Konuşulan Dil			
Türkçe		331	93,5
Kürtçe		19	5,4
Diğer		4	1,1
Göç Etme Nedenleri			
İş bulma		186	52,5
Daha iyi yaşam koşullarına erişmek		120	33,6
Tayin		24	6,8
Akrabalara yakın olmak		25	7,1
Kayseri’yi Tercih Etme Nedenleri			
İş imkânı		216	61,0
Eğitim ve sağlık imkânlarından yararlanmak		56	16,0
Akraba hemşerilerle birlikte olmak		45	12,7
Memlekete Yakınlığı		23	6,4
Eş durumu		14	3,9
Göçün Çocuklara Etkisi			
Etkilemedi		172	48,5
Okul Başarısı Yükseldi		61	17,2
Okul Başarısı Düştü		35	9,9
Erken Yaşta Çalışmaya Başladı		36	10,1
Zamanın Çoğunu Sokakta Geçiriyor		50	14,1

belirtmişlerdir.

Tablo 3’de göç edenlerin göç edilen bölgelere göre sağlık anlayışı ve baş etme yollarının dağılımı verilmiştir. Tüm bölgelerden göçle gelenler hastalık nedeni olarak yetersiz bakım ve hijyen eksikliği nedeniyle hasta olduklarını ifade ederken, Doğu Anadolu/Güneydoğu Anadolu’dan göçle gelenlerin %25,0’i hastalanma nedenini dini inançları gereği cezalandırıldıklarını düşündükleri için hastalandıklarını ifade etmişlerdir. Doğu Anadolu/Güneydoğu Anadolu’dan göç edenlerin %27,3’unun kırıkta, %35,2’sinin yanıkta, %19,3’sinin baş ağrısında, %43,2’sinin mide ağrısında, %40,9’unun yüksek ateşte, %40,6’sının ishalde geleneksel yöntem kullandığı belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4 incelendiğinde Marmara, Ege, Akdeniz ve Karadeniz bölgesinden göç edenlerin %33,3’ü, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden göç edenlerin %55,8’i

Tablo 2. Göç Eden Ailelerin Hastalık Durumu İle İlgili Özelliklerin Dağılımı

Ailelerin Sağlık Anlayışları	N=354	Sayı	%
Hastalanma Nedenlerine İlişkin Görüşler			
Yetersiz bakım		136	38.5
Hijyen eksikliği		92	26.0
Dini inançları		44	12.4
Hepsi		36	10.1
Hava sıcaklığının değişimi		30	8.5
Stres		16	4.5
Bir hastalık durumunda Ne Yapıldı			
Hastaneye giderim		236	65.0
Evde ilaçlar hazırlarım		66	18.7
Bir şey yapmam		27	7.6
Hocaya giderim		13	3.6
Eczaneden ilaç Alırım		11	3.1
En Son Hastalığınızda Ne Yaptınız			
Hastaneye Gittim		229	64.7
Bir Şey Yapmadım		51	14.3
Evde Kendim İlaç Hazırladım		46	13.0
Hatırlamıyorum		14	4.0
Eczaneye		12	3.4
Hocaya Gittim		2	0.6
Göç Etmeden Önce Sağlık Kurumundan Faydalanma Durumu *n:351			
Sağlık Kurumu Var gittim		245	69.8
Sağlık Kurumu var gitmedim		69	19.7
Sağlık Kurumu Yoktu		37	10.5
Şimdi Yaşadığı Yerdeki Sağlık Kurumundan Faydalanma Durumu* n:350			
Bazen yararlanıyorum		202	57.7
Çok yararlanıyorum		141	40.5
Yaralanmıyorum		11	2.0

* Bütün katılımcılar cevap vermemiştir.

gebelik döneminde sağlık personelinden yardım almadıkları, %58.6'sının vajinal akıntıda geleneksel yöntem kullandığı belirlenmiştir (p<0.50).

Tartışma

Bir sağlık disiplini olarak hemşireliğin temel amacı sağlığın korunması sürdürülmesi ve geliştirilmesidir¹⁹. Sağlık açısından risk grubu olan göç edenlerin sağlığının korunması ve sürdürülmesi hemşirelik alanında üzerinde durulması gereken bir konudur⁴. Bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi de kültürdür. Kültür bireylerin yaşam tarzlarının belirleyicisidir. Kültür bir toplumun coğrafi algısını ne kadar etkilese de kültür oluşumunda da yaşanan coğrafya etkilidir²⁰. Bu nedenledir ki bireyler göç ederek kendi coğrafyalarından/kültürlerinden ayrıldıklarında bir çok konuda sorun yaşayabilmektedirler^{5,11,12,14}. Özellikle yoğun göç alan bölgelerde hizmet veren hemşireler için hizmet verdiği toplumdaki farklı kültürleri tanıması hizmet planlaması adına oldukça önemlidir²¹. Göçle gelen ailelerin Sağlık

Tablo 3. Göç Edenlerin Göç Edilen Bölgelere Göre Bireylerin Sağlık Uygulamaları/Sağlık Davranışlarının Dağılımı

Sağlık Anlayışları ve Baş Etme Yolları	Marmara/Ege/Akdeniz/Karadeniz		Doğu Anadolu/Güneydoğu Anadolu		İç Anadolu	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalanma Nedenlerine İlişkin Görüşler n:353						
Dini inançları	6	13.0	22	25.0	16	7.3
Hava sıcaklığının değişimi	3	6.5	10	11.4	17	7.8
Yetersiz bakım	17	37.0	30	34.1	89	40.6
Hijyen eksikliği	11	23.9	14	15.9	67	30.6
Stres	2	4.3	3	3.4	11	5.0
Hepsi	7	15.3	9	10.2	19	8.7
X²=23,654			p=0,007			
Kırık Durumunda Yapılan Uygulama						
Modern Yöntem	40	87.0	64	72.7	190	86.4
Geleneksel Yöntem	6	13.0	24	27.3	30	13,6
X²=8,876			p=0,012			
Yanık Durumunda Yapılan Uygulama						
Modern Yöntem	41	89.1	57	64.8	181	82.3
Geleneksel Yöntem	5	10.9	31	35.2	39	17.7
X²=14.899			p=0,001			
Baş Ağrısı Durumunda Yapılan Uygulama						
Modern Yöntem	33	71.7	71	80.7	147	66.8
Geleneksel Yöntem	13	28.3	17	19.3	73	33.2
X²=5.874			p=0.053			
Mide Ağrısı Durumunda Yapılan Uygulama						
Modern Yöntem	30	65.2	46	52.3	152	69.1
Geleneksel Yöntem	16	34.8	42	47.7	68	30.9
X²=7.771			p=0,021			
Yüksek Ateşte Yapılan Uygulama						
Modern Yöntem	39	84.8	50	56.8	178	80.9
Geleneksel Yöntem	7	15.2	38	43.2	42	19.1
X²=22.179			p=0,000			
İşalde Yapılan Uygulama						
Modern Yöntem	41	89.1	52	59.1	170	77.3
Geleneksel Yöntem	5	10.9	36	40.9	50	22.7
X²=16.974			p=0,000			

Uygulamaları/Sağlık Davranışlarını belirleyen bu çalışmada amaç bireylerin sağlık uygulamaları konusunda farklılıklarını ortaya koymak ve bu doğrultuda hemşirelerin hizmet planlamalarını yapmalarına yardımcı olmaktır.

Çalışma da; göç eden ailelerin %59.0'nın İç Anadolu bölgesinden, %52.5'inin iş bulma, %33.6'sının daha iyi yaşam koşullarına ulaşma amacıyla göç ettiği bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda benzer olarak göç veren illerin düşük gelir düzeyine, göç alan illerin ise yüksek gelir düzeyine sahip olduğu ve ailelerin iş bulma nedeniyle göç ettikleri

Tablo 4. Göç Eden Kadınların Sağlık Sorunları Ve Göç Edilen Bölgelere Göre Bireylerin Sağlık Uygulamaları/Sağlık Davranışlarının Dağılımı

Sağlık Anlayışları ve Baş Etme Yolları	Marmara/Ege /Akdeniz/Karadeniz		Doğu Anadolu/ Güneydoğu Anadolu		İç Anadolu	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebelik Sürecinde Yardım Alma						
Doktor /Ebe/hemşire	30	66.7	38	44.2	133	63.3
Geleneksel Yöntem	15	33.3	48	55.8	77	36.7
X² =11,236			p=0,004			
Vajinal akıntı durumunda yapılan uygulama						
Modern Yöntem	23	48.9	36	41.4	141	64.1
Geleneksel Yöntem	22	51.1	51	58.6	79	35.9
X² =13.792			p=0,001			
Vajinal kanama durumunda yapılan uygulama						
Modern Yöntem	39	86.7	70	80.5	181	82.3
Geleneksel Yöntem	6	13.3	17	19.5	39	17.7
X² =0.793			p=0,673			

belirlenmiştir^{22,23}. Bu nedenle göç için seçilen bölgenin genellikle yakın ve gelişmiş olması tercih edilmektedir. Kayseri'nin İç Anadolu bölgesinde bulunması ve ticaret alanında gelişmiş olması göç bölgesi olma durumunu arttırmaktadır²⁴. Bireylerin %59.0'ünün Kayseri'yi iş imkânı nedeniyle tercih etmesi ve çoğunluğunun da İç Anadolu bölgesinden göç etmesi bu düşüncemizi desteklemekle beraber ailelerin göç etmeden önce gelir düzeylerinin düşük olduğunu düşündürmektedir.

Ekonomik durumlarını düzeltmek ve daha iyi şartlarda yaşamak amacıyla göç eden aileler çoğu zaman istedikleri yaşantıya ulaşamamaktadırlar. Literatürde, göç eden bireylerin, göç ettikten sonra gelir düzeyleri artmış gözükse dahi göçten sonra masraflarının artması, işsizlik gibi nedenlerden dolayı yaşam koşullarının daha zor olduğu belirtilmiştir²³. Çalışmada göçle gelen bireylerin %33.6'sının daha iyi yaşam koşullarında yaşamak amacıyla göç ettiği ancak göçten sonra gelir düzeylerinin düşük olduğu, bulunmuştur. Yüreğir'de yapılan bir çalışmada benzer olarak göç edenlerin sürekli iş değiştirdiği ya da işsiz olduğu bu nedenle de ekonomik durumlarının ve yaşam koşullarının iyi olmadığı bulunmuştur²². Çalışmada göç eden bireylerin ekonomik durumlarının ve yaşam koşullarının kötü olması, göç etmelerinin sebebi olan yaşam koşullarının iyileşmesini sağlamadığını düşündürmektedir.

Fiziksel, sosyal ve kültürel ortam insan gelişiminde önemli etmenlerdir. Dolayısıyla fiziksel, sosyal, kültürel çevredeki değişimler insan gelişimini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle çocuk ve ergenlerde göç yaşantısının etkileri değişebilmektedir. Aker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada göç eden ailelerin %80'inin sorununun çocuğunun eğitimi olduğu ve çocukların %65'inin çalıştığı bulunmuştur¹¹. Bu çalışmada da çocukların %34.1'inin göçten kötü etkilendiği, okul başarısının düştüğü, erken yaşta çalışmaya başladığı, zamanının çoğunu sokakta geçirdiği, bulunmuştur. Gün yaptığı çalışmada benzer olarak çocukların göçten olumsuz etkilendiğini ve yaşlarının büyüdükçe göçün yaşam doyumunu azalttığını belirtmiştir⁵.

Hastalık nedenleri toplumdan topluma farklılık gösterir. Toplumlarda hastalıklara neden olan etmenler, söz konusu toplumun gelişmişlik ve eğitim düzeyine, törelerine bağlı olarak batıl inanç ve gelenekleri doğrultusunda yorumlanır²⁵. Çalışmada tüm bölgelerden göç eden bireyler hastalanma nedenlerine ilişkin olarak görüşlerini ilk sırada yetersiz bakım olarak belirtmiş (Tablo 2), Doğu- Güneydoğu Anadolu dışındaki bölgeler ise ikinci sırada hastalanma nedenine ilişkin görüşlerini hijyen eksikliği olarak ifade etmişlerdir. Doğu- Güneydoğu Anadolu'dan göç eden bireyler ise ikinci olarak hastalanma nedenini dini inançları olarak belirtmişlerdir (Tablo 3). Dini inancın hastalık nedeni olma durumunu da daha çok günah işlemenin cezası olarak tanımlamışlardır. Şanlı çalışmasında farklı olarak Karadeniz bölgesinden göç edenlerin en fazla alını yazısının, Doğu Anadolu'da ise pisliğin hastalığa sebep olduğunu bulmuştur²⁶. Çalışmalarda farklı sonuçların bulunmasının nedeni olarak bölgelerin ve hastalık nedenlerinin farklı gruplandırılması olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda çalışmalarda bulunan sonuçların farklı olmasına rağmen; kültür, yaşam tarzı, inançlar, gelenekler insanların yaşam tarzlarını ve görüşlerini etkilemesi nedeniyle, göç eden bireylerin göç ettiklere yere göre inançlarının, hastalık-sağlık anlayışlarının da değişebileceği düşünülmektedir.

Göç edenlerin yaşadıkları en önemli sorunlarından biride aidiyetlerinin oluşmamasıdır. Bu durum bireylerde ikili kimlik yapısına neden olmakta ve sonuç olarak da davranışlarına yansımaktadır²¹. Özellikle geleneksel bir yapıya sahip olan yörelerde halkın hastalıklara bakışı, kültürün etkisi altında biçimlenmektedir. Eğitim düzeyi, ekonomik durum fark etmeksizin halkın bir kısmı belirli hastalık tiplerinde modern tıbbın dışındaki metotlara başvurmakta, nazar değmesi, türbe ziyaretleri sıkça görülebilmektedir. Çalışmada kırık, yanık, mide ağrısı, baş ağrısı, yüksek ateş, ishal, vajinal akıntı, vajinal kanama durumlarında geleneksel yöntemlerin uygulandığı, en fazla Doğu- Güneydoğu Anadolu bölgesinden göçle gelenlerin geleneksel yöntem kullandığı bulunmuştur (Tablo 3). Araz da benzer olarak alternatif tedavi kullanımını incelediği çalışmasında; en fazla kas-iskelet sistemi, psikolojik sorunlar, nörolojik sorunlar ve kronik hastalıklarda kullanıldığını bulmuştur⁹. Birçok çalışmada annelerin ateş, ishal, öksürme gibi durumlarda geleneksel yöntemler uyguladıkları gözlenmiştir^{8,28,29}. Önen de çalışmasında kırsal kesimden olan göçler sonrası sosyal konularda bireylerin ataerkil yapıya sadık kaldıklarını ve geleneklerini sürdürdüklerini bulmuştur³⁰. Ayrıca Kızılçelik geleneksel uygulamaların en fazla kırsal kesimde yapıldığını bulmuştur³¹. Doğu Anadolu bölgesinden göçle gelenlerin geleneksel uygulamalara daha fazla sahip olmalarının nedeni; eğitim ve gelir düzeylerinin düşük olması, ataerkil aile yapılarına sahip olmaları ve kültürlerini devam ettirmeleri olarak düşünülmektedir.

Günümüzde tüm annelerin modern doğum öncesi, doğum sonrası bakım alabilmesini sağlayacak sağlık sistemlerinin var olmasına rağmen hala kültürel uygulamaların devam ettiği bilinmektedir ve bu uygulamalar kimi zaman kadın ve yeni doğan sağlığını negatif doğrultuda etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kırsal kesimde temel sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları kentte yaşayanlara göre daha az olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra ara ebelerinden yardım alma nedeni olarak ta; sağlık hizmetlerinden yararlanamama, aileden daha önceden yararlananların olması, komşu önerisi, alternatif yöntemleri denemek isteme, aile büyükleri, gelenekler, maddi imkansızlık ve eğitim düzeyinde azalma olması olduğu belirtilmiştir^{31,32}. Çalışmada Marmara/Ege /Akdeniz/Karadeniz bölgelerinden göç edenlerin %66.7'si,

Doğu- Güneydoğu Anadolu'dan göç edenlerin %44.2'si, İç Anadolu'dan göç edenlerin %63.3'ü diplomalı ebe-hekimden yardım almış, Doğu- Güneydoğu Anadolu'dan göç edenlerin %55.8'i, İç Anadolu'dan göç edenlerin %36.7'si, Marmara/Ege /Akdeniz/ Karadeniz bölgelerinden göç edenlerin %33.3'üsü ise geleneksel yöntem kullanmıştır (Tablo 4). Türk Tabipler Birliği'nin çalışmasında Türkiye'de sağlık ocaklarında çalışan hekim- hemşire başına düşen ortalama nüfusun doğu bölgelerinde iki katına çıktığı ve bu bölgelerde sağlık personeli olmadan yapılan doğumların oranının Türkiye ortalamasının çok üzerinde olduğu bulunmuştur³³. Ayrıca kadınların dini inançları, toplumun yapısı ve kadınların karar verici durumda olmamaları nedeniyle karşı cinsten hizmet alamadıkları ve bu nedenlerden dolayı geleneksel yöntemleri kullanmaya eğilim gösterdikleri bulunmuştur^{10,34}. Çalışmada Marmara/Ege/Akdeniz/Karadeniz bölgelerinde bulunanların daha fazla diplomalı hekim/ebe'den yardım alması, bu bölgeden gelenlerin eğitim ve gelir düzeyinin yüksek olması, sağlık güvencesi bulunması nedeniyle rutin kontrollere gidebildiğini arttırdığını düşündürmektedir. İç Anadolu bölgesinde geleneksel yöntemlerin kullanılması ise; Kayseri'ye göç edenlerin çevre köy- ilçeden olduğu ve sağlık hizmetlerinden sınırlı yararlandıkları ve bu nedenle ara ebe kullandıkları düşünülebilir. Doğu-Güneydoğu Anadolu da modern yöntemlerin sınırlı kullanılması, yeterli sayıda ebe- hekimin olmamasından ya da kültürel etmenlerden kaynaklandığını düşündürmektedir. Çalışmada vajinal akıntıda geleneksel yöntemleri, vajinal kanamada ise modern yöntemleri tüm bireyler daha fazla tercih etmektedir. Bunun nedeninin bireylerin hastalık ve sağlık kavramlarını algılayışlarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Yani kişiler vajinal akıntıyı normal olarak görebilirken, vajinal kanamayı bir hastalık olarak görebilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada bireylerin hastalık- sağlık konusundaki bazı uygulamaların da modern yöntemler kadar olmasa da geleneksel yöntemleri hala kullandıkları ve kullanmayı sürdürdükleri bulunmuştur. Bu durumu bireylerin geldikleri kültürün etkisinin yanı sıra göç edilen bölgenin ekonomik, sosyal ve geleneksel özelliklerinin aynı zamanda sağlık hizmetlerini sunum şeklinin de etkilediği söylenebilir. Sağlık sorunu yaşadığı zaman ulaşılamayan göçmen sorun yaşamaya devam edecek, yaşadıkları sorunları da geleneksel yöntemler kullanarak çözüme yoluna gidecektir. Birey göç etse de, farklı bir kültüre sahip olsa da, ihtiyaç duyduğu hizmeti kendi kültürüne saygı çerçevesinde mutlaka kabul edecektir. Bu noktada hemşirelik hizmetleri planlamasının göçle gelen bireylere hem ulaşmak hem de kültürlerini tanımak adına desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. Akan Y, Arlan İ. Göç Ekonomisi (Türkiye üzerine bir uygulama) (1. Baskı). Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2008:3-16.
2. Yalçın C. Göç Sosyolojisi(1. Baskı), Anı Yayıncılık, Ankara, 2004:11-22.
3. Demirel BA. Doğu'da göçün temelleri. Pivolka, 2004;3(14):7-12. http://www.elyadal.org/pivolka/14/PIVOLKA_14_03.pdf, (06.05.2014).
4. Topçu S, Beşer A, Göç ve sağlık. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10(3):37- 42.

5. Gün Z, Bayraktar F, Türkiye'de iç göçün ergenlerin uyumundaki rolü. Türk Psikiyatri Dergisi,2007; 18(4):1-11.
6. TÜİK,2000,http://egitek.meb.gov.tr/Aok/Aok_Kitaplar/AolKitaplar/Cografya_4/3.pdf (06.05.2014).
7. Eker A., Yurdakul M, Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sted,2006; 15 (9): 158-163
8. Bıltekin Ö, Boran ÖD, Denkli MD, Yalçınkaya S, Naldöken sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları. Sted,2004;13(5): 166-168.
9. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2007;6 (2): 112-122.
10. Tanrıverdi G, Bedir E, Seviğ Ü, Cinsiyetin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşler üzerindeki etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2007;6(6): 435-440
11. Aker T, Ayata B, Özeren M, Buran B, Bay A, Zorunlu iç göç: ruhsal ve toplumsal sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:97-103.
12. Arnetz B, Templin T, Saudi W,Jamil H. Obstructive Sleep Apnea, Posttraumatic Stress Disorder, and Health in Immigrants. Psychosomatic Medicine, 2012;74:824-831. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31826bf1ec.
13. Burke E,Female Genitel mutilation: Applications of Nursing theoryfor clinical care. The Nurse Practitioner 2011; 36(4):45-50.
14. Zhang J, Fang L, Wu Y, Wiczorek W. Depression, anxiety, and suicidal ideation among chinese americans: a study of ımmigration-related factors. J Nerv Ment Dis, 2013;201(1):17-22. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31827ab2e2
15. Özen Ş, Antar S, Özbulut Ö, Altındağ A, Oto R. İç göç yaşayan bir grup lise öğrencisinde ruhsal belirti şiddetinin cinsiyet ile ilişkisi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2001;8(3):156-162.
16. Sır A, Bayram Y, Özkan M. Zorunlu iç göç yaşamış bir grupta travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir ön çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 1998; 9(3):173-180.
17. Zincir H, Yagmur F, Erten Kaya Z, Balci E, Elmalı F. The incidence of domestic violence, the causative factors and their effects on the family. Pak J Med Sci January-March 2010; 26 (1): 201-205.
18. Topçu S. (2006). Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir
19. Bayat M, Sağlık ve Hastalık. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, Editör. Kültürlerarası Hemşirelik. 1. Baskı . İstanbul, İstanbul Tıp Kitap Evi;2012.s.9-18.
20. Karakuzulu Z, Atnur G. Kültür coğrafyası açısından bir inceleme: tortum, çıldır ve tödürge (demiryurt) gölleri, A.Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi 2007; 34:157-167.
21. Sungur G, Kronik hastalıklarda kültürel yaklaşım. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, Editör. Kültürlerarası Hemşirelik. 1. Baskı . İstanbul, İstanbul Tıp kitap evi;2012.s.181-183
22. Gürbüz M, Yüreğir'e göç eden nüfusun sosyo- ekonomik özellikleri ve şehirleşme, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Coğrafya Bölümü Coğrafya Dergisi. 2007; 15(1): 1-12.
23. İlk karacan P, İlk karacan İ, 1990'lar Türkiye'sinde kadın ve göç. Bilanço 98: 75 Yılda Köylerden Şehirlere, İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları,1998, 305-322.
24. Korun C, Keçeli M, Şanlı G, Türkiyede göç güneydoğu ve doğu anadolu göç hareketleri, <http://mimoza.marmara.edu.tr/~mtekece/eco271/icgoc.pdf>. (06.05.2014)..
25. Gülenç C, Anadolu kültüründe hastalık sağlık kavramlarına transkültürel bakış. Klinik Psikiyatri, 2000;3: 34-39.

26. Şanlı T, İstanbul'un değişik bölgelerine kırsal yörelerden göçenlerin sağlık ve hastalığa ilişkin bilgi ve davranışlarını etkileyen faktörler. Doktora tezi, 1998:İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
27. Ilgın C, Hacıhasanoğlu O, Göç – aidiyet ilişkisinin belirlenmesi için model, İTÜ Dergisi,2006; 5(2): 59-70.
28. Eğri G, Gölbaşı Z, 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6 (5):313-320.
29. Bölükbaş N, Erbil N, Altunbaş H, Arslan Z, 0-12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6(1): 164-176.
30. Önen E, Germiyan köylüleri ile bu köyden İzmir'e göçenlerin yaşama biçimlerinin aile boyutunda karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kurumlar Sosyoloji Anabilim Dalı, İzmir, 1987,150-170.
31. Kızılçelik S, Kırsal kesimdeki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırmalı olarak incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi,1995, Ankara.
32. Ergin, F, Başar, P, Karahasanoğlu, B, & Beşer, E, Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005;4 (6), 321-329.
33. Türk Tabipleri Birliği (TTB) Halk Sağlığı Kolu 14. Gezici Eğitim Semineri Raporu, Doğuda ve Kır'da Sağlık. http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/ges/GES2002.pdf, (06.05.2014).
34. Kurçer M.A, Eğri M, Genç M, Pehlivan E, Güneş G, Karaoğlu L, Kaya M, İnfertil kadınların geleneksel halk kısırlık tedavileri konusundaki davranışları ve etkileyen faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 1999;6(4): 329- 332.

Grup Psikoeğitiminin Yaşlıların Hemşirelik Bakımında Kullanılması

Use of Group Psychoeducation in Nursing Care of Elderly (Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 47-53

Hatice TAMBAĞ*, Fatma ÖZ**

* Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay Sağlık Yüksekokulu, Antakya/Hatay, Türkiye

** Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 07 Şubat 2014

Kabul Tarihi: 29 Haziran 2014

ÖZ

Psikoeğitim, davranışsal ve psikoterapi müdahalelerine dayanan çeşitli yöntemler ve eğitimsel bilgiyi içeren psikolojik yardım türlerinden birisidir. Psikoeğitim grup programları ile gerçekleştirilebilmektedir. Psikoeğitim programlarında kişisel, sosyal, eğitimsel ve mesleki bir konuda kişilere bilgi veya beceri kazandırarak kişilerin o konuda ruhsal sorunlar yaşamasını önlemek ya da sorunlarla baş edebilmesini sağlamak amaçlanır. Psikoeğitimin grup yapısında yürütülmesinin ayrıca, üyeler arası etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek sağlama gibi yararları da söz konusudur.

Doğrudan bakım, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri bulunan hemşireler, psikoeğitim gruplarının yürütülmesinde önemli bir konuma sahiptir. Yaşlı bireyle çalışan hemşire onun duygusal sorunlarıyla baş edebilmesinde, fiziksel bakımını yapabilmesinde, yetersizlikleri ile baş ederek yaşayabilmesinde etkin olur. Bu derleme makalesinde, yaşlılara verilen hemşirelik bakımında psikoeğitimin kullanımına ilişkin güncel bilgiler literatür doğrultusunda gözden geçirilerek sunulmuş ve tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, grup psikoeğitimi, hemşirelik

ABSTRACT

Psycho-education, including variety of methods and educational information which based on behavioral and psychotherapy interventions, is one of the psychological help type. Psycho-education can be carried out with the group programs. Psycho-education programs by providing the necessary information or skills to a person in an individual, social, educational, or occupational area aim to prevent psychological problems and enable people to cope with those problems. Besides, the use of psycho-education in groups, there are also benefits such as interaction among the members, social learning, and social support.

İletişim : htambag@hotmail.com

Nurses with the roles of direct care, support, education, and counseling are have important standing in running psycho-education groups. Nurse working with elderly people can be effective in care by providing assistance with handling emotional problems, physical care and dealing with physical disabilities. This study reviews the literature and discusses the up-to-date information on the use of psycho-education in nursing care of elderly.

Key Words: *Elderly, group psychoeducation, nursing*

Giriş

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere dünyada sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların kontrolündeki ilerlemeler, sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerin artmasıyla sağlık hizmetleri de iyileşmektedir. Bu sonuç yaşam kalitesini arttırırken insan ömrünü de uzatmaktadır¹. İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte yaşlı nüfus oranı da artış göstermektedir. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde ise nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8,4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025'te nüfusun %10'u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise %14,5'e yükselecektir².

Yaşlılık; normal bir fizyolojik süreç olup, bireylerin fiziksel ve ruhsal güçlerinin bir daha geri gelmeyecek şekilde yavaş yavaş yitilmesi durumudur. Yaşlanma sürecini bireysel farklılıklar ve kalıtsal etkenlerin yanında yaşam biçimi, meslek, beslenme, kronik hastalıklar çevresel etkenler ve psikososyal özellikler de büyük ölçüde etkilemektedir^{3,4}.

Yaşlılık dönemini fiziksel olduğu kadar psikososyal faktörler de etkilemekte; duygusal ve psikolojik alanda önemli sorunları beraberinde getirmektedir⁵. Yaşlılığı etkileyen bu faktörler arasında; emeklilik, sosyal rollerde azalma ve çocukların evden ayrılması gibi yaşam olaylarının yarattığı sorunlar, ekonomik problemler, yakınların ya da akranların kaybını sayabiliriz. Literatür incelendiğinde, yaşlılarda en yaygın stresörlerin kayıplar (sevilen kişinin, sağlığın kaybı, statü, rol ve çevre kaybı), yalnızlık (kayıplara ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara bağlı gelişen durum), durumsal krizler (hastalık, emeklilik, fakirlik, ölüm vb.), sağlık sorunları (kronik hastalıklar vb.) ve stresle başa çıkmada bilişsel, işlevsel ve motor beceri ve yetilerde bozulmaya bağlı zorlanma olduğu söylenebilir^{7,8}. Bu tür yaşam olayları, günlük yaşamın akışında birçok değişim ve psikososyal alanda sorunlar yaratır ve sonrası, oluşan yeni duruma uyum gerektirir. Uyum sağlanamadığında ise umutsuzluk, depresyon, sinirlilik ve kaygı gibi çeşitli psikolojik sorunlar görülebilir⁶.

Ülkemizde gerçekleştirilen çeşitli araştırmalarda da huzurevinde yaşayan yaşlıların psikososyal sorunları saptanmıştır. Ekici ve Ünal⁹ tarafından yapılan Gaziantep huzurevi çalışmasında, huzurevinde yaşayan yaşlıların evlerinde yaşayanlara göre daha fazla psikolojik belirti gösterdikleri saptanırken, Kırdı ve arkadaşlarının¹⁰ yaptığı çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların %38'inde motivasyon eksikliği olduğu, evlerinde yaşayanlarda ise bu oranın %16 olduğu bulunmuştur. Afşar'ın¹¹ yaptığı araştırmada; huzurevlerinde yaşayan yaşlıların evde yaşayanlara göre yaşlılık hakkında daha fazla olumsuz düşüncelere sahip oldukları, daha çok yalnızlık hissettikleri, daha fazla yakınları tarafından ihmal edilme düşüncesine sahip oldukları ve daha az uğraşta buldukları saptanmıştır. Baran ve arkadaşlarının¹² yapmış olduğu çalışmada da yaşamdan doyum almanın sağlık için güçlü bir gösterge olduğu bulunmuştur. Bu

çalışmalardan da anlaşıldığı gibi huzurevinde kalmanın yaşlılarda olumsuz duygular yarattığı, birçok psikososyal sorunlara yol açtığı ve yaşam doyumunun etkilendiği söylenebilir. Bu bağlamda; yaşlıların iyilik ve sağlık düzeyini artırmak için koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi önemlidir. Bu hizmetler gruplar halinde verildiğinde hem ekonomik olduğu hem de daha istedik sonuçlara götürdüğü bilinmektedir.

Yaşlılarla yapılan bir grup çalışmasında; üyelerin spontanlık, yaratıcılık ve empati özelliklerinin arttığı dolayısıyla başkalarıyla iletişimin, onlara yardım etme davranışının, baş etme becerilerinin olumlu anlamda değiştiği, duygularını ve düşüncelerini sözel olarak ifade etmelerinin giderek arttığı belirlenmiştir¹³. Siviş ve Demir'in¹⁴ yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada, grup yaşantısının olumlu kişiler arası ilişkiler ve arkadaşlık kurmada ortam sağlayıcı rolü olduğuna, daha olumlu bir benlik algısının gelişmesine ve mutluluk verici duygular yaşanmasına katkı sağladığını gösteren olumlu geri bildirimlere işaret edilmiştir. Grup yapısında yürütülen programlardan birisi de psikoğitimdir.

Psikoğitim

Psikoğitim davranışsal ve psikoterapi müdahalelerine dayanan çeşitli yöntemler ve eğitimsel bilgiyi içeren psikolojik yardım türlerinden birisidir. Psikoğitim sözcüğünün tanımıyla ilgili psikiyatri literatüründe bir fikir birliği yoktur ancak, psikoğitim adı altında yapılan psikolojik yardım programlarına bakıldığında, müdahalelerin dört ana konu etrafında yapılandırıldığı görülmektedir¹⁵⁻²². Bu konular; bilgilendirme, başa çıkma becerileri kazandırma, sosyal destek sağlama, psikoterapi ve eğitimidir.

Psikoğitim grupları kişisel, sosyal, eğitimsel ve mesleki bir konuda kişilere bilgi veya beceri kazandırarak kişilerin o konuda ruhsal sorunlar yaşamasını önlemek ya da sorunlarla baş edebilmesini sağlamak amacıyla oluşturulan gruplardır^{16,17}. Psikoğitim programların grup yapısında yürütülmesinin etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek sağlama gibi yararları söz konusudur¹⁵ ve bilişsel, davranışçı ve sosyal öğrenme yaklaşımlarına dayanmaktadır.

Psikoğitimle birincil, ikincil ve üçüncül önleme düzeylerinde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Birincil önlemede; stresle başa çıkma, aileyi güçlendirme, kişiler arası ilişkiler üzerinde çalışılmaktadır. İkincil önlemede; hastalığın tedavisine yardım etme, destek sağlama ve üçüncül önlemede de; tedaviden sonra hastalık belirtilerini tanıma, sorunların üstesinden gelebilmek için daha iyi başa çıkma becerileri kazanma ve nüksü azaltma konuları üzerinde çalışılmaktadır. Psikoğitim, tedavi yöntemi olarak önceleri psikiyatrik rahatsızlıklar, depresyon, uykusuzluk ve meme kanseri gibi fiziksel rahatsızlıklarda kullanılıyorken, daha sonra yalnızca hastalar için değil aynı zamanda sağlıklı bireyler için de iyilik halini yükseltme, sağlığı geliştirme ve madde bağımlılığı gibi özel alanlarda kullanılmaya başlanmasıyla uygulama alanları giderek genişlemiştir^{15,16,23-26}.

Psikoğitimsel yaklaşımla yapılan müdahalelerin temel sonucu; müdahale yapılan grupta psikolojik iyilik halinin artmasıdır. Psikoğitim müdahalelerinde bütün durumlara uygun tek bir yöntem uygulamak zordur. Ancak, genel olarak bireysel gereksinimler göz önüne alınarak bir yaklaşım belirlenir ve destek sağlanır. Bu amaçla, psikoğitim yaklaşımı bireylerin gereksinimlerine daha çok bilişsel düzeyde etki vererek davranışların değişiminin hedeflendiği eğitim yöntemleriyle yapılır^{15,16,27}.

Psikoeğitim müdahalelerinde yetişkin eğitiminin temel ilkeleri kullanılmaktadır. Yetişkin eğitimi öğrenen merkezli aktif bir süreçtir. Bireyin ihtiyaçları temel alınarak bireyselleştirilmiş bir eğitim içeriği yapılandırılmaktadır. Bu noktada psikoeğitim içeriği ve materyalleri öğrenen merkezli olarak bireye özgü ve bireyin gereksinimlerine yönelik yapılandırılmakta ve şimdiki zamana odaklanılmaktadır²⁸. Bu süreç karşılıklı işbirliğine temellenmektedir. Hasta/sağlıklı birey ve müdahaleyi yürüten kişi arasında kurulan işbirliğinin amacı, bilgi artışı sağlama yoluyla daha olumlu sağlık sonuçları elde etmektir²⁸⁻³⁰.

Psikoeğitim genelde bir grup formatında yürütülen programlar şeklinde yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış olarak yürütülmektedir. Programların grup formatında yürütülmesinin etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek bağlamında çeşitli yararlarının olduğu belirtilmektedir. Psikoeğitim grupları genelde haftalık toplantılarla ve oluşturulan gruba yeni bir üyenin alınmadığı kapalı gruplar şeklinde gerçekleştirilmektedir. Oturumlar sıklıkla 6-8 hafta ve her bir oturumun süresi 90 dakika kadar sürmektedir¹⁵⁻¹⁷.

Psikoeğitim uygulamaları hemşirenin eğitim rolleri kapsamında yer almaktadır ve ileri düzey rollerinden biridir¹⁵⁻¹⁷. Psikoeğitim gruplarının yürütülmesinde doğrudan bakım, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri bulunan hemşireler önemli bir yere sahiptir¹⁸. Bu nedenle hemşireler, eğitim ve danışmanlık rolleri kapsamında yaşlı bireylere psikoeğitimsel müdahaleler ile sağlığı geliştirici davranışları öğretmekle yaşam kalitelerini değiştirebilir ve gelecekte sağlıklı ve aktif yaşamalarını sağlayabilirler^{19,20}.

Hemşireler, sağlık açısından risk grubuna giren yaşlı bireyleri ve sorunlarını iyi tanımalı, bireysel farklılıkları göz önünde bulundurarak her bireye özgü sağlık bakımını planlamalıdır. Böylece yaşlı bireyle çalışan hemşire, onun gereksinimi doğrultusunda hizmet verir, onun duygusal sorunlarıyla baş edebilmesinde, fiziksel bakımını yapabilmesinde, kendi kendine yetebilmesinde ve yetersizlikleri ile yaşayabilmesinde daha etkin olur. Hemşireler, aynı zamanda yaşlı bireylerin kendilerini değerli görebilmesi için; geçmiş yaşam deneyimlerinin yanı sıra gelecek yaşantılarına ilişkin beklenti ve kaygılarını da göz önünde bulundurarak yol gösterici olmalıdırlar^{4,21}. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler için yukarıda sözü edilen konulardaki gereksinimlerin karşılanmasında sınırlılıkların olması ve aileden uzak olma gibi nedenlerle daha da önem taşımaktadır. Bu nedenle, huzurevindeki yaşlı bireylerin bu gereksinimleri için onlara kesintisiz hizmet veren hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rollerine ilişkin becerilerini geliştirmiş olmaları beklenmektedir. Hemşireler, huzurevindeki ya da evde yaşayan yaşlılara grup çalışmalarında psikoeğitim yoluyla sağlığı geliştirici davranışlar kazandırma, bu konuda farkındalığı geliştirme ve artırmada önemli konumdadırlar. Böylece hemşireler bu becerileri geliştirebilir, yaşlılığı ve yaşamı anlamlandırmada olumlu katkı sağlayarak ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesine de katkı sağlarlar. Psikoeğitimin farklı gruplarda yararlı bir yöntem olduğunu gösteren çalışmalar bulunmasına karşın, yaşlılarla ilgili yapılmış grup psikoeğitimine yönelik araştırmaların sayısı yok denecek kadar azdır^{23-25,27}.

Türkmen ve Çam'ın³¹ miyokartenfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada; gerçekleştirilen psikoeğitim girişimleri hastaların, hastalığa uyumunu artırdığı saptanmıştır. Hastalar psikoeğitim sonrasında, hastalıkları konusunda daha bilinçli hareket ettiklerini, stresle baş etme

ve öfkelerini kontrol etmede hatalarını fark ettiklerini bildirmişlerdir³¹. McGillion ve arkadaşlarının³² yapmış oldukları altı haftalık psikoeğitim çalışmasında; hastalarının göğüs ağrısıyla ilgili kaygıları, öz-yönetimi öğrenme ihtiyaçlarını belirlemişlerdir. Bu psikoeğitim programında, rahatlama ve stres yönetimi, enerjinin korunması, semptom izleme ve yönetim teknikleri, ilaçları gözden geçirme, acil yardım arama, beslenme ve kalp ağrısına verilen duygusal tepkileri kontrol altına alma ve depresyon konularına yer vermişlerdir. Eğitim sonrası hastaların yaşamış oldukları korku, stres, anksiyete gibi sıkıntılarda azalma olduğunu ifade etmişlerdir³². McGillion ve ark.³³ (2008) göğüs ağrısı, yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik haline psikoeğitimsel müdahalelerin etkisini inceledikleri metaanaliz çalışmasında ise, psikoeğitimsel müdahalelerin göğüs ağrısını önemli ölçüde azaltabileceğini belirlemişlerdir. Cheston ve Jones'un³⁴ (2009) demanslı bireylerde psikoeğitimin etkinliğini araştırdıkları çalışmada, 10 haftalık bir psikoeğitim grup uygulamasının hafif düzeyde demansı olan bireylerin depresyon düzeylerini azaltmada etkili olabileceğini belirtmişlerdir.

Tambağ ve Öz²⁰ (2013) huzurevindeki yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam doyumu geliştirmeye yönelik olarak verilen psikoeğitimi değerlendirdikleri çalışmada; 42 yaşlı bireye 8 oturumdan oluşan psikoeğitim uygulamışlardır. Psikoeğitim sonrası yaşam doyumu ölçeği, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puan ve alt ölçek (beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, kişilerarası destek ve egzersiz) puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak; yaşlıların yaşama uyumunu ve yaşama daha aktif katılımını sağlamak için, grup formatında oluşturulan psikoeğitim programları ile daha çok yaşlı bireye ulaşılması ve grup içi öğrenmeleri artırması açısından önemlidir. Bu programlar; yaşlıların yalnız kalmasını önleyerek, paylaşım ve etkileşimlerini arttırmalarına ve yaşanan olumsuzluklarla baş etmelerini kolaylaştırarak daha üretken, uyumlu ve doyumlu bir yaşam sürmelerini sağlayabilir. Bu da ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, psikoeğitim yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelerinde, hastalıkları ile etkin baş etme, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, hastanede yatış süresini ve sayısını azaltma, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde iyileşme konularında önemli oranda katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Miller JJ. Care of Young, Middle and Older Adults. Hitchcock J E, Schubert PE, & Thomas SA. (Ed.). Community Health Nursing Caring in Action United States of America: Delmar Publishers, 1999; pp 393-405.
2. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye'de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi, Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözümler. Aslan D & Ertem M(Ed.) Hasuder Yayın No: 2012-1, Palme Yayıncılık, 2012; pp 1-8.
3. Durgun B, Tümerdem Y. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Turkish Journal of Geriatrics, 1999; 2(3): 115-120.
4. Boyd MA. Psychiatric Nursing Contemporary Practice (2. bs.). New York: Lippincott. 2002.
5. Terakye G, Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: Yaşlılık. Kriz Dergisi, 1997; 5 (2): 95-101.
6. Özen D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul. 2008.

7. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Turkish Journal of Geriatrics, 2006; 9 (1): 34-40.
8. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. Journal of Aging and Health, 2006; 18 (3): 359-384.
9. Ekici H, Ünal S. Akyol Sağlık Ocağına Bağlı, Evinde Kalanlarla Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Semptom Taraması ve Yaşam Doyumu. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı Ankara: Başbakanlık SHÇEK Basımevi. 1992; pp 121-129.
10. Kırdı N, Cavlak U, Meriç A, Kerem M. Doğal Çevrelerinde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı Ankara: Başbakanlık SHÇEK Basımevi. 1992; pp130-138.
11. Afşar ZO Toplum İçinde Yaşayan ve Kurumlarda Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönden Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 1993.
12. Baran GA, Kalınkara V, Aral N, Akın G, ve ark. Farklı sosyoekonomik düzeydeki yaşlıların gündelik yaşamdan tatmin düzeyleri: Ankara kentsel kesit örneği. Turkish Journal of Geriatrics, 2007; 10(1): 10-18.
13. Oğuzhanoğlu KN, Özdel O. Yaşlılık, huzurevi ve yaşam yolculukları, bir psikodrama grup çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2005; 16(2): 124-132.
14. Siviş R, Demir A. The efficacy of reminiscence therapy on the life satisfaction of turkish older adults: a preliminary study. Turkish Journal of Geriatrics, 2007; 10(3): 131-137.
15. Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, ve ark. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. Düşünen Adam, 2001; 14(1): 33-40.
16. Sabancıoğulları S. Ruhsal sorunu olan bireyin eğitimi: psikoeğitimsel yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 10(1): 57-67.
17. Fawzy FI, Fawzy NW. Psikoeducational Interventions. J. C. Holland (Ed.). Psycho-oncology New York: Oxford University. 1998; pp 676-693.
18. Akdemir N. Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler III. Ulusal Geriatri Kongresi. Marmaris. 2004.
19. Lee WT, Ko SI, Lee JK. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in korea: a cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies, 2006; 43: 293-300.
20. Tambağ H, Öz F. Evaluation of the psychoeducation given to the elderly at nursing homes for a healthy lifestyle and developing life satisfaction. Community Mental Health Journal, 2013; 49(6):742-747.
21. Öz F. Yaşamın son evresi: "yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme". Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kriz Dergisi, 2002; 10(2): 17-28.
22. Donovan HS, Kwekkeboom KL, Rosenzweig MQ, Ward SE. Nonspecific effects in psychoeducational intervention research. Western Journal of Nursing, 2009; 31(8): 983-998.
23. Reichhart T, Pitschel-Walz G, Kissling W, Bauml J, et al. Gender differences in patient and caregiver psychoeducation for schizophrenia. European Psychiatry, 2010; 25: 39-46.
24. Sherrill JT, Frank E, Geary M, Stack JA, et al. Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their families. Psychiatric Services, 1997; 48(1): 76-81.
25. Cheng LY, Chan S. Psychoeducation program for chinese family carers of members with schizophrenia. Western Journal of Nursing Research, 2005; 27(5): 583-599.
26. Sidell M. Supporting Individuals and Facilitating Change: The Role of Consuelling Skills. J. Katz & A. Peberdy (Ed.). Promoting Health Knowledge and Practice London: Macmillan Pres LTD. 1999; pp. 133-172.
27. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, ve ark. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3(3): 133-139.

28. Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing. 8'th Edition, China: Mosby, 2001; p. 248-249.
29. Lukens EP, Mcfarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention, 2004; 4: 205-225.
30. Şengün F, Altıok HÖ, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: psikoeğitim. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2011; 27(3): 66-74.
31. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2012; 3(3): 105-115.
32. McGillion M, Watt-Watson J, Kim J, Yamada J. A systematic review of psychoeducational intervention trials for the management of chronic stable angina. Journal Nursing Managment, 2004; 12: 174-82.
33. McGillion M, Arthur H, Victor JC, Watt-Watson J, et al. Effectiveness of psychoeducational interventions for improving symptoms, health-related quality of life, and psychological well being in patients with stable angina. Current Cardiology Reviews, 2008; 4(1): 1-11.
34. Cheston R, Jones R. A small-scale study comparing the impact of psycho-education and exploratory psychotherapy groups on newcomers to a group for people with dementia. Aging & Mental Health, 2009; 13: 420-425.

Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi

Prevention of Pressure Ulcers in Patients Undergoing Surgery

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 54–61

Şenay GÜL*

* Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

* 8. Ulusal Yara Bakımı Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 28 Nisan 2014

Kabul Tarihi: 30 Haziran 2014

ÖZ

Basınç ülserleri cerrahi girişim uygulanan hastalarda yaygın olarak görülen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, ağrıya ve ciddi maddi kayıplara yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Başta hemşireler olmak üzere ameliyathanede çalışan tüm sağlık profesyonelleri cerrahi girişim uygulanan hastalarda basınç ülseri gelişimine neden olan risk faktörlerini bilmeli ve gerekli önleme girişimlerini uygulamalıdır. Bu makalede cerrahi girişim uygulanan hastalarda basınç ülseri gelişiminde rol oynayan risk faktörleri ve önlemeye yönelik uygulamalar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Basınç ülserleri, basınç ülserleri risk faktörleri, basınç ülserini önleme, cerrahi girişim, hemşirelik

ABSTRACT

Pressure ulcers, common in post-operative patients, is an important health problem affecting quality of life adversely, causing pain and leading serious financial losses. All health care professionals, especially nurses, working at the operating room should know risk factors leading development of pressure ulcers in patients who underwent surgery and apply necessary prevention interventions. In this article, the risk factors triggering the development of pressure ulcers and prevention-oriented interventions in patients who underwent surgery have been reviewed.

Key Words: pressure ulcers, pressure ulcers risk factors, pressure ulcers prevention, surgery, nursing

Giriş

Basıncın neden olduğu doku bütünlüğündeki bozulma için pek çok terim kullanılmaktadır. Yatak yarası (bedsore), dekübit ülseri (decubitus ulcer), dekübit (decubitus), basınç yarası (pressure sore) ve basınç ülserleri (pressure ulcers) en yaygın kullanılan terimlerdir. Basınç ülserleri (BÜ) ile ilgili pekçok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan en yaygın olarak kullanılan tanım Amerika'da Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel-NPUAP) ve Avrupa'da Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel-EPUAP) tarafından yapılan tanımdır. NPUAP-EPUAP-2009 yılında BÜ'ni şu şekilde tanımlamışlardır: BÜ; basınç, sürtünme, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle, genellikle kemik çıkıntılarının olduğu deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesidir.²¹

Gefen'in² bildirdiğine göre ilk kez 1970'lerin başında Hicks, cerrahi girişim uygulanan hastalarda BÜ insidansını ortaya koymuştur. Hicks, çalışmasında ameliyat süresi 2 saat ve üzerinde olan 100 hastanın 13'ünde BÜ geliştiği sonucuna ulaşılmıştır.² Cerrahi girişim uygulanan hastalarda BÜ insidansı Avrupa'da %4-%38 arasında değişmektedir³⁻⁵. Brandeis ve arkadaşları⁶ cerrahi girişim uygulanan hastalarda BÜ prevalansını %8.5 olarak bulmuşlardır. Ülkemizde ise Karadağ ve Gümüşkaya⁷'nin cerrahi girişim uygulanan 84 hasta üzerinde yaptığı çalışmada BÜ insidansı %54,8 olarak hesaplanmıştır.

Basınç ülserleri önlenabilir bir sorun olmasına rağmen geliştiği durumlarda hasta, hastane ve sağlık çalışanı açısından pek çok olumsuz sonuçları vardır. Bu sonuçlara hasta açısından bakıldığında, BÜ'nin hastanın fiziksel sağlığını etkileyerek yaşamını tehdit etmenin yanı sıra bağımsızlığını kaybetme, sosyal izolasyon gibi psikolojik problemlere de yol açmaktadır. Ayrıca, basınç ülseri gelişen hasta yara bakımı, debritleme ve greft işlemine bağlı ağrı çekmekte, hastanede uzun süre yatmakta, hasta ve hastane için ekstra maliyet oluşturmaktadır⁸⁻¹⁰. Basınç ülserleri, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin iş yükünü artıran önemli bir sağlık sorunudur¹¹.

Tüm bu sonuçlara bakıldığında BÜ, önlenmesi gereken önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle BÜ'nin tedavi maliyetinin yüksek olduğu ülkelerde çeşitli özel kurumlar, kamu kurumları ve meslek örgütleri BÜ'nin önlenmesi konusunda çalışmalar yürütmektedirler. Günümüzde BÜ'ni önlemeye yönelik birçok rehber geliştirilmiştir. Bu rehberlerden yaygın olarak kullanılanlardan bazıları: NPUAP, EPUAP, Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Royal College of Nursing (RCN) ve National Institute for Health and Care Excellence (NICE) tarafından geliştirilen rehberlerdir. Bu rehberlerde yer alan önleme girişimleri; risk değerlendirilmesi, deri değerlendirilmesi, deri bakımı, beslenme durumunun değerlendirilmesi, pozisyon değiştirme, destek yüzeyi kullanımı, sağlık profesyonellerinin, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi ve kayıt tutmadır^{1,12-14}.

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda basınç ülseri gelişimine neden olan risk faktörleri

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda BÜ gelişimine neden olan birçok risk faktörü vardır. Bu faktörler Tablo 1'de verilmiştir¹⁵.

Tablo 1. Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişimine Neden Olan Risk Faktörleri

Ameliyat öncesinde var olan risk faktörleri	Ameliyat esnasında ortaya çıkan risk faktörleri	Ameliyat sonrasındaki risk faktörleri
İleri yaş Aşırı kilo Risk değerlendirme ölçeğine göre yüksek riskli olma Düşük hemoglobin, albümin düzeyi Yetersiz beslenme İlaç kullanımı Kronik hastalıklar Nöral fonksiyon kaybı İmmobilizasyon Nem Sigara kullanımı	Anestezi yönetimi Ameliyatın süresi İmmobilizasyon süresi Pozisyon Kullanılan ameliyat masası Derinin ıslak olması Hipotansiyon Ekstra korporeal dolaşım Hipotermi, hipertermi Isıtıcı battaniye kullanımı Kullanılan pozisyon aletleri Destek yüzeyi ile hasta arasında örtü olması	İmmobilizasyon Oral beslenmede yetersizlik Vazokonstrüksiyona yol açan ilaç kullanımı Ameliyat sonrası kullanılan yatak

Ameliyatlarda hastanın uzun süre aynı pozisyonda kalması BÜ gelişme riskini artıran en önemli faktördür^{4-7,16-18}. Ameliyatın süresi aynı zamanda hastanın basınca maruz kaldığı sürenin de göstergesidir. Yapılan çalışmalar ameliyatın süresi arttıkça BÜ görülme oranının da arttığını göstermektedir^{19,20}. Gefen² klinik çalışmalardan, hayvan deneylerinden ve in vitro çalışmalarından yararlanarak yapmış olduğu literatür incelemesinde; sürekli basınç altında kalma sonrasında basınç ülserlerinin bir, dört ile altıncı saatler arasında ortaya çıktığını belirlemiştir. Hoshowsky ve Schramm²¹ 505 cerrahi hastası ile yapmış oldukları çalışmada, ameliyat süresi 2,5-4 saat arasında değişen hastalarda doku hasarı gözlediklerini belirtmişlerdir. Aronovitch²² 281 cerrahi hastası ile yapmış olduğu çalışmasında, ameliyat süresi 3 saati geçtiğinde BÜ gelişebileceği sonucuna varmıştır. Aronovitch ayrıca sırt üstü pozisyonda gerçekleştirilen ortopedi ve kalp ameliyatlarının da BÜ gelişiminde etkisi olduğunu bildirmiştir²². İmmobilizasyon süresi ile BÜ gelişimi arasında ilişki vardır. Uzun süren ameliyatlarda immobilizasyon süresine ameliyat öncesi ve sonrası dönem eklendiğinde BÜ açısından risk artmaktadır^{17,23}.

Basınç ülseri gelişiminde anestezi yönetiminin de etkisi olduğu düşünülmektedir. Anestetik ilaçlar, sedatifler ve hipnotikler bilinçliliği azaltarak, hareketsizliğe yol açarak ve periferik doku hasarını hızlandırarak ameliyat sırasında basıncın algılanmasına engel olmakta ve BÜ gelişme riskini artırmaktadır^{17,23,24}. Ayrıca anestezi ajanları kan basıncını düşürür ve doku perfüzyonunda bozulmaya neden olurlar. Bu durum da BÜ gelişmesi için ayrıca risk oluşturur. Hem genel anestezi hem de spinal-epidural anestezi uygulanan hastalar BÜ gelişmesi açısından risk taşımaktadırlar²⁵.

Bir ameliyat için hastanın pozisyonu; cerrahi prosedüre, cerrahın tercihinin, anestezi uzmanının ihtiyaçlarına ve hastanın koşullara bağlıdır²⁶. Ameliyat esnasında hastaya verilen pozisyon BÜ gelişimi açısından önemlidir. Hastaya verilen pozisyona göre her bir pozisyondaki riskli bölgeler farklıdır. Hastaya verilen pozisyonlar ve BÜ gelişimi için riskli olan bölgeler Tablo 2'de verilmiştir²⁷.

Ameliyat bölgesinde oluşan kanama ve batin bölgesinin yıkanması esnasında oluşan ıslaklık epidermal yumuşamaya ve deri toleransında azalmaya neden olur. Bunun

Tablo 2. Ameliyat Esnasında Hastaya Verilen Pozisyonlar ve BÜ Açısından Riskli Bölgeler

Pozisyonlar	Riskli bölgeler	Pozisyonlar	Riskli bölgeler
Supine pozisyon	Oksipital bölge Omuzlar Dirsekler Kalça Topuklar	Lateral pozisyon	Kulak kepçesi Kostalar Trokanter Malleol kemiği
Prone pozisyon	Kulak Yanak, Çene Kadınlarda göğüsler Kostalar Dizler Crista iliaka Ayak, ayak bileğinin üstü	Oturur pozisyon	Oksipital bölge Omuzlar İskial tüborositler Kalça Topuk

sonucunda yırtılma kuvveti ve sürtünme artar^{27,28}. Bu durum hastanın pozisyonunu değiştirme sırasında derinin zedelenmesine yol açar²⁷.

Literatürde BÜ gelişiminin beslenmeyle de ilişkisi olduğu yer almaktadır²⁹⁻³². Malnütrisyon BÜ gelişimi ve iyileşmesinde etkili olan bir risk faktörüdür. Kalça kırığı nedeniyle ameliyat edilen, beslenme desteği yetersiz olan ve hatta geçici bir süreliğine beslenme desteği kesilen yaşlı hastalarda BÜ görülme oranı %60 olarak bildirilmiştir³⁰. Ameliyat öncesi dönemde besin alımının kısıtlanması, ameliyat sonrası dönemde ise gelişen komplikasyonlara, ağrıya ve hastanede kalmaya bağlı gelişen iştahsızlık nedenleriyle hastalar beslenememektedirler. Bu durum basınç ülseri gelişimi açısından risk oluşturmaktadır. Papantonio ve arkadaşları³³ kalp ameliyatı geçiren 136 hasta ile yaptıkları çalışmalarında; yaş, solunum sıkıntısı ve diabetes mellitus hastalığı, düşük hematokrit ve albümin düzeyi ve ameliyat masasında geçirilen süre ile BÜ gelişimi arasında ilişki bulmuşlardır. Jerusum ve arkadaşları³⁴ kalp ameliyatı geçiren 36 hasta ile yapmış oldukları çalışmalarında, hastanın BÜ açısından Braden skalasına göre yüksek riskli olması, düşük hemoglobin düzeyi, yüksek kreatinin düzeyi, ameliyat sonrası dönemde sık pozisyon değişikliği yapılamaması ve vazoaktif bir ilaç kullanımı ile BÜ gelişimi arasında ilişki olduğunu saptamışlardır. Lewicki ve arkadaşları³⁵ kalp ameliyatı geçiren 337 hasta ile yapmış oldukları çalışmalarında; düşük hemoglobin, hematokrit ve albümin düzeyi, Braden skalasına göre yüksek risk taşıma, diabetes mellitus, aşırı kilo, ameliyat sırasında normal vücut sıcaklığına hızlı bir dönüş olması ve pozisyon değiştirme sıklığının azalması ile BÜ gelişimi arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Pokorny ve arkadaşları⁵ kalp ameliyatı geçiren 351 hasta ile yaptıkları çalışmalarında; yaş, risk açısından yüksek riskli olma ve ameliyatın süresi ile BÜ gelişimi arasında ilişki bulmuşlardır.

Basınç ülseri gelişiminin önlenmesi

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda basınç ülseri gelişimine neden olacak birçok risk faktörü mevcuttur. Ancak bu risk faktörlerinin çoğu hemşirelik girişimleriyle önlenebilir faktörlerdir.

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda basınç ülserlerini önlemek için öncelikle BÜ gelişimine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Cerrahi hemşirelerinin ameliyattan önce hastaların risk durumlarını belirlemesi, ameliyat öncesi dönemde önlenebilir risk faktörlerine yönelik girişimlerde bulunmalarını sağlayacaktır. Ameliyattan önce risk durumu belirlenmiş hastaların kayıtlarının tutulması, kayıt sürekliliğinin ve bildirimının sağlanması sayesinde ameliyathane hemşiresine ameliyat sırasında BÜ riskini azaltıcı ve/veya önleyici girişimleri uygulamasına da ışık tutmuş olacaktır^{4,19}.

Cerrahi girişim uygulanan hastalar için müdahale öncesinde, müdahale sırasında ve sonrasında deri değerlendirilmelidir^{11,27,36}.

Anestezi altında hastaların, pozisyon değişimi sırasında sürtünmeye bağlı BÜ riskini azaltmak için çarşafla döndürülmesi, hastaların taşınması sırasında yardımcı aletlerin kullanılması, dirsek, topuk ve sakrum gibi basınç altında kalan riskli bölgelere şeffaf sargı materyallerinin yerleştirilmesi önerilmektedir³⁷.

Ameliyathane hemşirelerinin temel sorumluluklarından birisi de ameliyat sırasında kullanılan solüsyonlara bağlı ortaya çıkan nemliliğin hastada BÜ açısından risk oluşturmaması için deri hazırlığını uygun şekilde yapmak ve ameliyat sırasında solüsyonların ameliyat bölgesi dışına çıkarak göllenmesini önleyerek basınç altında kalan bölgelerin kuru kalmasına dikkat etmektir³⁸.

Bazı BÜ'ni önleme ve tedavi etme rehberleri cerrahi girişim uygulanan hastalara basıncı dağıtan destek yüzeyi kullanılmasını önermektedir^{1,13}. Destek yüzeyi "*doku yüklerinin yönetimi ve/veya diğer tedavi edici fonksiyonlar için tasarlanmış, basıncı yeniden dağıtmak gibi özel bir amaç için geliştirilmiş cihaz*" olarak tanımlanmıştır^{39,40}. Destek yüzeyleri şilteleri, minderleri, yastıkları, koyun postunu ve yatakları içermektedir. Destek yüzeyleri hasta ve zemin arasındaki basıncın geniş bir alan üzerine dağılmasını sağlayarak dokularda kapiller dolaşımın sürdürülmesine ve deri bütünlüğünün bozulma riskinin azaltılmasına yardımcı olur. Destek yüzeyleri, BÜ riski taşıyan hastalara ve /veya daha önce BÜ gelişen hastaların tedavisinde ve BÜ'nin önlenmesinde tavsiye edilir. Destek yüzeyi kullanımı, önleyici ya da tedavi edici bir programın parçası olmalıdır⁴¹. Yapılan çalışmalar standart ameliyat masası üzerine yerleştirilen ve basıncı yeniden dağıtma özelliği olan destek yüzeylerinin postoperatif dönemde BÜ görülme sıklığını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir^{42,43,44}.

Bütün bu girişimlere ek olarak ameliyathane hemşireleri, ameliyat sırasında hastayı basınca bağlı BÜ'nden korumada aktif rol almalı; pozisyon için gerekli malzemeleri önceden tahmin edip hazırlamalı; ameliyathane ekibinin tamamına BÜ önlemeye yönelik eğitim programları düzenlemeli; ameliyat sonrası özellikle ilk üç gün olmak üzere cerrahi servis hemşireleri hastaları BÜ gelişme riski açısından değerlendirmeli ve risklere yönelik bakımı planlamalıdır^{19,44}.

Sonuç

Basınç ülseri önlenebilir bir sağlık sorunu olmasına rağmen, sıklıkla hastanın tıbbi tanısına yoğunlaşmış olan tedavi ekibinin, hemşirelerin ve hastanın dikkatinden kaçmaktadır. Cerrahi girişim uygulanan hastalarda, cerrahi girişim ön planda olduğundan BÜ'ne yol açabilecek risk faktörleri ve dolayısıyla önleme girişimlerine

çoğunlukla dikkat edilmemektedir. Bu noktada cerrahi servis hemşireleri ve ameliyathane hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Hasta açısından BÜ'ne neden olabilecek tüm riskler hem serviste hem de ameliyathanede değerlendirilmeli, gerekli önleme girişimleri uygulanmalıdır. Tüm sağlık ekibine bu konuda düzenli eğitimler verilmelidir. Özellikle cerrahi girişim uygulanan hastalarda BÜ gelişimine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide [online] 2009. Elektronik adresi: http://www.eupap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf[Erişim Tarihi: 6 Haziran 2014].
2. Gefen A. How much time does it take to get a pressure ulcer? Integrated evidence from human, animal, and in vitro studies. *Ostomy Wound Manage* 2008;54:26-8
3. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, Baraoski S. Pressureulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: NPUAP; 2001.
4. Schoonhoven L, Defloor T, Grypdonck MHF. Incidence of pressure ulcers due to surgery. *J Clin Nurs* 2002;11(4):479-87.
5. Pokorny ME, Koldjeski D, Swanson M. Skin care intervention for patients having cardiac surgery. *Am J CritCare* 2003;12: 535-44.
6. Brandeis GH, Berlowitz DR, Katz P. Are pressure ulcers preventable? A survey of experts. *Adv. in Skin & Wound Care*2001; 14: 244-248.
7. Karadağ M, Gümüşkaya N. The incidence of pressure ulcer in surgical patients: a sample in Turkey. *Journal of ClinicalNursing* 2005; 15: 413-421.
8. Rastinehad D. Pressure ulcer pain. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2006;33:252-7.
9. Stephen-Haynes J. NICE pressure ulcer guideline: summary and implications for practice. *Br J Community Nurs* 2006; 11:18.
10. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J AmGeriatrSoc*, 2009;57:1175-83.
11. Feuchtinger J, de Bie R, Dassen T, Halfens RA. 4-cm thermo active visco elastic foam pad on the operating room table to prevent pressure ulcer during cardiac surgery. *J ClinNurs* 2006;15:162-7.
12. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention: Clinical Practice Guidelines. Royal College of Nursing 2001;http://www.rcn.org.uk/___data/assets/pdf_file/0003/109839/002166.pdf (Erişim Tarihi: 26.07.2013).
13. Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers Registered Nurses' Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Program 2011;www.rnao.org/bestpractices (Erişim Tarihi: 27.07.2013).
14. Pressure ulcers: The prevention and treatment (Quick reference guide). National Institute Healty and Clinical Excellence 2005; <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10972/29883/29883.pdf> (Erişim Tarihi:30.07.2013).
15. Lyder C. H. Pressure ulcer prevention and management. [Review] *Annual Review of Nursing Research* 2002;20:35-61.
16. Lyder CH, Preston J, Grady JN, Scinto J, Allman R, Bergstron N, Rodeheaver G. Quality of care for hospitalized medicare patients at risk for pressure ulcers, *Arch Intern Med* 2001; 161: 1549-1554.
17. Schultz A, Bien M, Dumond K, Brown K, Myers A. Etiology and incidence of pressure ulcers in surgical patients. *AORN Journal* 1999; 70 (3) : 434-449.

18. Stotts NA. Risk of pressure ulcer development in surgical patients: a review of the literature. *Adv Wound Care* 1999; 12:127-36.
19. Grous CA, Reilly NJ, Gift AG. Skin integrity in patients undergoing prolonged operations. *Journal WOCN* 1997; 24(2): 86-91.
20. Bayers PH, Carta SG, Mayrovitz AN. Pressure ulcer research issues in surgical patients. *Adv Skin & Wound Care* 2000; 13: 115-121.
21. Hoshowsky VM, Schramm CA. Intraoperative pressure sore prevention: an analysis of bedding materials, *Research in Nursing & Health* 1994;17: 333-39.
22. Aronovitch SA. Intraoperatively acquired pressure ulcers: are there common risk factors? *Ostomy Wound Manage* 2007;53(2):57-69.
23. Hawkins JE. The effectiveness of pressure-reducing table pads as an intervention to reduce the risk of intraoperatively acquired pressure sores. *Military Medicine* 1997; 162(11): 759-761.
24. Bliss M, Simini B. When are the seeds of postoperative pressure sores sown? *British Medical Journal* 1999; 319 (7214): 863-865.
25. Shah JL. Postoperative pressure sores after epidural anaesthesia. *BMJ* 2000; 321: 941-942.
26. Nilsson U. Intraoperative Positioning of Patients Under General Anesthesia and the Risk of Postoperative Pain and PressureUlcers, *J Peri Anesthesia Nursing* 2013;28(3): 137-143.
27. Schoonhoven L, Defloor T, Van der Tweel I, BuskensE, Grypdonck MH. Risk indicators for pressure ulcers during surgery. *Appl Nurs Res* 2002;15:163-73.
28. Defloor T. The risk of pressure sore: a conceptual scheme. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8(2):206.
29. Botella-Carretero JL, Iglesias B, Balsa JA, Arrieta F, Zamarrón I, Vázquez C. Perioperative oral nutritional supplements in normally or mildly under nourished geriatric patients submitted to surgery for hip fracture: a randomized clinical trial. *Clin Nutr* 2010;29:574-9.
30. Avenell A, Handoll HH. Nutritional supplementation for hip fracture after care in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD001880.
31. Keast D, Parslow N, Houghton, et al. Best practice recommendations for the prevention and treatment of pressure ulcers: update 2006. *Adv Skin Wound Care J* 2007;20:447-62.
32. Brito PA, Generoso SV, Correia M. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status: A multicenter, cross-sectional study. *Nutrition* 2013;29:646-649.
33. Papantonio CT, Wallop JM, Kolodner KB. Sacral ulcers following cardiac surgery: incidence and risks. *Adv Wound Care* 1994;7:24-36.
34. Jerusum J, Joseph K, Davis JM, Suki R. Balloons, beds and breakdown. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1996;8:423-40.
35. Lewicki LJ, Mion L, Splane KG, et al. Patient risk factors for pressure ulcer during cardiac surgery. *AORN J* 1997;65(5):933-42
36. Nixon J, McElvenny D, Mason S, Brown J, Bond S. A sequential randomised controlled trial comparing a dry visco-elastic polymer pad and standard operating table mattress in the prevention of postoperative pressure sores. *Int J Nurs Stud* 1998;35:193-203.
37. Chalian AA, Kagan SH. Back side first in head and neck surgery? Preventing pressure ulcers in extended length surgeries. *Head & Neck* 2001; 23: 25-28.
38. Armstrong D, Bartz P. An integrative review of pressure relief in surgical patient. *AORN Journal*, 2001; 73(3): 645-657.
39. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Terms and definitions related to support surfaces, 2007.
40. Yavuz M. Basınç yaralarının önlenmesi ve tedavisinde destek yüzeyler. *Türk Cerrahi ve Ameliyat Hemşireliği Kongresi*,2007; 134-150; Gaziantep.

41. Colin J.-M. Rochet P, Ribinik B, Barrois Y, Passadori J.-M. What is the best support surface in prevention and treatment, as of 2012, for a patient at risk and/or suffering from pressure ulcer sore? Developing French guidelines for clinical practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2012;55:466–481.
42. McInnes E, Bell-Syer SE, Dumville JC, Legood R, Cullum NA. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database SystRev* 2008;CD001735.
43. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA* 2006;296:974-84.
44. Gül Ş. Ameliyathanede Sıvı Dolgulu Destek Yüzeyi Kullanmanın Basınç Ülserini Önlemeye Etkisi, Yüksek Lisans Tezi 2011; Gazi Üniversitesi; Ankara.

Hemşirelikte Güç Kavramının Analizi

A Concept Analysis: Power in Nursing (Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 62-73

Seher BAŞARAN*, Sergül DUYGULU*

* Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye.

Geliş Tarihi: 30 Haziran 2014

Kabul Tarihi: 13 Kasım 2014

ÖZ

Güç, örgütsel yaşamda hem çalışanların gelişimi hem de kurumun gelişimi için önemli bir kavramdır. Güçlü çalışanlar ve güçlü örgütler oluşturmada çalışanlara ve yöneticilere sorumluluklar düşmektedir. Güç diğer örgütlerde olduğu gibi sağlık bakım hizmeti veren kurumlar ve hemşireler için de çok önemlidir. Bu derlemede; güç kavramı ve güç kaynakları, hemşirelerin bu güç kaynaklarını nasıl kullandıklarına ilişkin örnekler, hemşirelik ve güç ilişkisi, hemşirelerin güç kaynaklarını kullanmasını etkileyen faktörler ile hemşirelerin ve yönetici hemşirelerin güç kaynaklarını geliştirmede rol ve sorumlulukları ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Güç; güç kaynakları; hemşire; yönetici hemşire

ABSTRACT

Power is the one of the important concept for both staff and organizational development. Managers and staffs have responsibilities for development of powerful staff and organizations. Power concept is really important for health care organizations and nurses like other organizations. This article reviews the power concept and power sources, power sources of nurses, nursing and power relation, factors affect nurses' use of power sources, nurses and nurse managers' roles and responsibilities in development of power sources for nurses.

Key Words: Power; power resources; nurse; nurse manager

Giriş

Güç, hızlı değişimlerin yaşandığı günümüzde kurumların üzerinde durduğu konular arasında yer almaktadır. Literatürde hemşirelerin, kurum ve ülke sağlık politikalarını etkilemek, kaliteli ve maliyet etkin sağlık bakımı sunarak kurumun amaçlarını gerçekleştirmek ve dolayısı ile toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek, kişisel ve mesleki gelişimlerini devam ettirmek için güç kaynaklarını bilmeleri ve kullanmaları gerektiği üzerinde durulmaktadır^{1,2}.

Güç sahibi olmak, profesyonel olmanın ve profesyonel imajın bir parçasıdır². Bu güne kadar yapılan çalışmalarda hemşirelerin güç sahibi olması ile kaliteli bakım ve iyi hasta çıktıları³⁻⁶, hasta memnuniyeti^{4,6} ve hasta güvenliği algısı^{4,7}, örgütsel bağlılık⁸⁻¹⁰ ve iş doyumu^{6,8-10} arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Aynı zamanda hemşirelerin kendilerini güçlü algıladıkları ortamlarda işten ayrılmalarının azaldığı¹¹ belirtilmektedir. Hemşirelerin vizyonlarını hayata geçirmede¹² ve amaçlarını gerçekleştirmede¹³ de güç sahibi olmalarının etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Buna karşın güçsüz hemşireler iş memnuniyetsizliği, işten ayrılma ve kişilik problemleri^{3,14} gibi olumsuz durumlara daha yatkın oldukları belirtilmiştir.

Sağlık bakım kurumlarında, hasta bakım çıktıları üzerinde önemli bir etkiye sahip olan hemşirelerin, güç kaynaklarını ve etkileyen faktörleri bilmeleri; kaliteli ve güvenli bakım vermek için güç kaynaklarını etkili bir şekilde kullanabilen profesyoneller olmaları gerekmektedir. Gücü etkileyen faktörlerin belirlenerek, hemşirelerin güçlü birer profesyonel olmalarında yöneticilere de önemli sorumluluklar düşmektedir.

Bu makalede güç kavramı ve güç kaynakları, güç kaynaklarını kullanmayı etkileyen faktörlere ilişkin hemşirelere kaynak oluşturması amaçlanmıştır. Ayrıca hemşirelerin güç kaynaklarını etkin bir şekilde kullanmalarını sağlamak için hemşirelere ve yönetici hemşirelere düşen sorumlulukların belirlenmesi bu derleme makalenin bir diğer amacıdır.

Güç Kavramı ve Güç Kaynakları

Latince “potere” (to be able) kelimesinden türemiş olan ‘power’ güç kelimesi; *amaçlara ulaşabilme* olarak tanımlanmaktadır¹. Türk Dil Kurumu¹⁵ tarafından ise güç; *fiziksel, düşünsel ve ahlaksal bir etki yapabilme ya da bir etkiye direnebilme yeteneği* olarak tanımlanmaktadır. Örgütlerde ise güç kavramı değişik şekillerde tanımlanmıştır. Kanter (1979) gücü; *bir kişinin amaçlarına ulaşmak ya da harekete geçmek için, ihtiyacı olanları elde etme, kaynakları harekete geçirme ve o amaca ulaşma yeteneği*” olarak tanımlamaktadır¹⁶. Güç ayrıca; *“insanların tutumlarını, görüşlerini, hedeflerini, gereksinimlerini, değerlerini etkileme ve değiştirme becerisi”¹⁷ ve değişime neden olma ya da engelleme yeteneği¹⁸* olarak da tanımlanmaktadır. Hemşirelikte güç ise *hastaları güçlendirmek için uygulanan hemşirelik bakımını* içermektedir¹⁹

Araştırmacılar gücü tanımlarken, bu gücün nereden veya nelerden kaynak aldığını ortaya çıkarmaya çalışmıştır^{16,17,20}. Kanter (1979) güç kaynaklarını, işin özellikleri ve kurumsal süreçlerle ilgili olan *formal güç* ve çalışanın kurum içi ve dışı iş arkadaşları, astları ve üstleri ile olan ilişkileri sonucu oluşan *informal güç* olmak üzere ikiye

ayırmıştır¹⁶. Rahim (1989), güç kaynakları ile ilgili yapılan sınıflandırmalardan en bilinen ve kullanılanının, French ve Raven'in (1959), *özdeşlik, uzmanlık, ödüllendirici, zorlayıcı ve meşru güç* olmak üzere beşli sınıflaması olduğunu belirtmektedir¹⁷. Etzioni (1975) ise güç kaynaklarını *zorlayıcı (fiziksel), yararçı ve normatif (sembolik)* olarak incelemiştir²¹. Yukl ve Falbe'nin (1991) yaptığı sınıflamada ise güç kaynakları, *bireysel ve kurumsal güç kaynakları* olarak adlandırılmıştır²⁰. Bu sınıflamada bireysel güç kaynakları; *karizmatik, özdeşlik, ikna ve uzmanlık gücünü* içermektedir. Kurumsal güç kaynakları ise; *ödüllendirme, ceza, yasal, bilgi ve kaynak gücünden* oluşmaktadır. (Bkz. Şekil 1. Güç Kaynakları Sınıflandırmaları).

Bu derleme makalenin kavramsal çerçevesi Yukl ve Falbe'nin bireysel ve kurumsal güç kaynaklarını içeren sınıflandırması temel alınarak oluşturulmuştur. Aşağıda bu kavramsal çerçeve ve hemşirelik ile ilişkisi ayrıntılı olarak ele alınmıştır²⁰. (Bkz. Şekil 2. Makale Çerçevesi).

Bireysel/ Kişisel Güç

Bireysel güç, *kişinin hayatı boyunca kazandığı, temelini olgunluktan, egodan, ilişkilerinden, kişilik özelliklerinden ve kişilerin güveninden alan güç çeşidi* olarak tanımlanmıştır²². Bireysel güç tipi altında; *karizmatik, ikna, özdeşlik ve uzmanlık gücü* ele alınmakta ve bu güç türlerinin, büyük ölçüde bireyin kişilik özelliklerine ve davranışlarına bağlı olduğu belirtilmektedir^{16,22}.

Karizmatik güç; “bireyin, sıradan insanlardan ayrılan ve doğuştan gelen üstün özelliklerini kullanarak, diğerlerini yüksek düzeyde etkileme yönünde yansıttığı kişisel yetenekler” şeklinde tanımlanmıştır. Literatürde kişilerarası ilişkilerin ve iletişim becerilerinin yüksek, duygusal ve sosyal becerilerin gelişmiş olması, doğrudan göz teması, canlı yüz ifadelerini sergilemesi, güçlü, kendinden emin ve dinamik bir etkileşim yöntemini kullanması karizmatik güç sahibi kişilerin özellikleri arasında gösterilmektedir²².

İkna gücü, kaynak kişi ya da kişilerin amaçlarına ulaşmak ve planlarını gerçekleştirmek için, mantıklı sebepler ve kanıtlar kullanarak diğer kişileri ikna etmesi şeklinde tanımlanmıştır²⁰. Diğer bir tanımda ise ikna gücü, bireysel özelliklerden köken alan bireysel güç çeşidi olmakla birlikte *etkili iletişim kurma ve dili etkili kullanma sanatı* olarak da tanımlanmıştır²³. Petty ve Cacioppo'nun (1983) bildirdiğine göre Aristo, iknada “konuşmacının kişiliğinin”, “hedefin özelliklerinin” ve “konuşmanın özelliklerinin” ikna gücü üzerindeki etkilerinden söz etmiştir²⁴.

Şekil 1. Güç Kaynakları Sınıflandırmaları

French ve Raven'in Sınıflandırması (1959)	Etzioni'nin Sınıflaması (1975)	Kanter'in Sınıflaması (1979)	Yukl ve Falbe'nin Sınıflaması (1991)
Özdeşlik Gücü Uzmanlık Gücü Ödüllendirme Gücü Zorlayıcı Güç Meşru güç	Zorlayıcı (Fiziksel) Yararçı Normatif (Sembolik)	Formal Güç Informal Güç	Bireysel Güç Kurumsal Güç

Şekil 2. Hemşirelerin Güç Kaynakları Kullanım Örnekleri

Güç Kaynakları	Örnekler
Bireysel/ Kişisel Güç	
Karizmatik Güç	Bir hemşire çalıştığı klinikte kriz durumlarında ya da karmaşık durumlarda, diğer ekip arkadaşlarının güvenini kazanıp onları etkileyebiliyor, heyecanlandırabiliyor ve onları belli bir amacı gerçekleştirmeye yönelik harekete geçirebiliyorsa karizmatik gücünü kullanıyor demektir.
İkna Gücü	Bir hemşire, hastaları kendi bakımlarına katılmaları konusunda, iş arkadaşlarını ise, yeni uygulamaları araştırma ve bilimsel etkinliklere katılmaları vb. gibi konularda mesleki ve kişisel becerilerini kullanarak ikna edebiliyorsa ikna gücünü kullanıyor demektir.
Özdeşlik Gücü	Bir hemşire, yaptıkları ile iş arkadaşları ve hastalarını kendisine hayran bırakabiliyor, etrafındakiler de onu örnek alıp ona benzeme çabaları gösteriyorsa o hemşire özdeşlik gücünü kullanıyor demektir.
Uzmanlık Gücü	Bir hemşire çalıştığı serviste hasta bakımı konusunda danışılan biriye, çeşitli alanlarda aldığı sertifikaya ya da eğitimlerle alanında uzman ve aranan bir hemşireyse bu o hemşirenin uzmanlık gücüne sahip olduğunu göstermektedir. Her hemşire sadece bir disiplin olarak sahip olduğu mesleki bilgi nedeniyle uzmanlık gücüne sahiptir.
Kurumsal Güç	
Ödül Gücü	Bir hemşire iş arkadaşlarını nelerin motive edeceğini biliyor ve yaptıkları uygulamalar, katkılar için onlara teşekkür ediyorsa, hastaya tedavi ve bakımına katıldığı için övgüde bulunuyorsa veya hastayı sağlık çalışanlarının önünde onore ediyorsa o hemşire ödüllendirme gücünü kullanıyor demektir.
Ceza Gücü	Bir hemşirenin, bakım verdiği hastalardan sürekli şikayetler gelen bir çalışma arkadaşını bu konuda uyarması ve aynı şekilde hareket etmeye devam ettiği takdirde bir üstüne bildirmesi ya da hastanın bakımını negatif etkileyen hasta yakınlarını hastanın bakımı esnasında odadan çıkarması o hemşirenin ceza gücünü kullandığını göstermektedir.
Yasal Güç	Bir hemşirenin, Hemşirelik Kanun ve Yönetmeliği ve yasal mevzuatların ona verdiği yetki ile hastalarına bakım vermesi o hemşirenin yasal gücünü kullandığını göstermektedir. Hemşirelik diplomasına sahip her hemşire yasal güce sahiptir.
Bilgi Gücü	Bir hemşire, içinde bulunduğu komite ya da üst yönetime olan yakınlığı nedeniyle çalıştığı kurumla ilgili çok önemli ve birlikte çalıştığı arkadaşlarını da ilgilendiren bilgilere sahipse ve bu bilgiye sahip olmak onu diğerlerinin gözünde önemli ve güçlü biri yapıyorsa, o hemşire bilgi gücüne sahip demektir.
Kaynak Gücü	Bir kurum yeni bir bölüm açacak ve maddi-manevi kaynak sıkıntısı içerisinde. Eğer bir hemşirenin bu duruma kaynak sağlayabilecek, sponsor olabilecek firmalar ile iyi ilişkileri varsa ve kurumu için bu kaynakları temin edebiliyorsa o hemşirenin kaynak gücünü kullandığını göstermektedir.

Özdeşlik gücü; hedef kişilerin, kaynak kişiden etkilenmesi, hoşlanması sonucunda oluşan güç türüdür²⁰. Genellikle kaynak kişiye duyulan güven, kaynak kişide çekici bulunan özelliklerin olması ve bundan dolayı da kişi ona benzemeye çalışması, kaynak ve hedef kişi arasında bulunan benzerlikler (aynı şeylerden hoşlanmaları, aynı kitabı

sevmeleri, aynı kelimeleri daha sık kullanmaları), kabullenip sahiplenme, takip etme isteği, hedef kişi gibi olma isteği, ona benzeme isteği bu gücün kaynaklarıdır¹⁶.

Uzmanlık gücü; bir birey ya da yöneticinin bilgi, deneyim, tecrübe ve özel yeteneği sayesinde elde ettiği güç türüdür. Uzmanlık gücü, sahip olunan eğitimin, tecrübenin ve yeteneklerin bir işlevidir. Bu güç türünde önemli olan uzmanlık alanıdır².

Kurumsal Güç

Ödül gücü, ceza gücü ve yasal güç, bireylerin örgütlerdeki resmi pozisyonlarıyla alakalıdır, dolayısıyla bu güç türleri bireylere örgüt tarafından verilmiştir. Bu güç türleri kurumsal güç (pozisyon gücü) olarak kabul edilir²². Bunun yanı sıra güç kaynakları sınıflamasında *bilgi gücü ve kaynak gücü* de örgütsel güç kaynakları içerisinde yer almaktadır²⁰.

Ödül gücü; kişilerin diğer kişileri ödüllendirmek için gerekli yetenek ve kaynaklara sahip olması şeklinde tanımlanmaktadır²⁰. Ödül gücü kullanımında karşı tarafın değer verdiği, fayda sağlayacağı ödülleri temin etmek ve kişilerin, gerekli koşullar sağlandığında maddi ve manevi ödülleri elde edeceklerine inanmaları²⁵ önemlidir.

Ceza gücü; kurallar, talimatlar ve ilkeler ihlal edildiğinde cezai yaptırımların olacağı algısına dayanır. Bu gücün kaynağını, cezalar üzerinde kontrol sahibi olmak ve arzu edilen ödülleri elde edilmesini engelleme kapasitesi oluşturur²⁵.

Yasal güç; kişinin, pozisyonu gereği sahip olduğu güç tipidir. Yasal güç, kaynağını yasalardan, yönetmeliklerden, görev tanımlarından vb. almaktadır. Bu gücün etkili olabilmesi için kaynak kişinin yetki sınırları konusunda belirsizlik olmamalı, görev tanımları, yasa ve yönetmelikler açık ve net olmalıdır^{25,26}.

Bilgi gücü; başkalarının bir amacı gerçekleştirmek için ihtiyaç duyduğu kritik bilgiye sahip olmak ve bu bilgilerin yayılmasını kontrol altında tutmak şeklinde tanımlanmaktadır. Bilgi kontrolü, bir bireyin örgüt içindeki işleyişi sağlayacak önemli bilgileri elde etmesini ve bu bilgileri diğerlerine dağıtmak konusunda sahip olduğu kontrolünü bir diğer deyişle örgüt içi iletişimin kontrolünü içerir²⁵. Önemli olan örgüt içindeki pozisyon değil²³ bilginin kendisidir¹⁷.

Kaynak gücü; belirli gruplara üye olma, önemli kişilerle dost olma, kişiye başkalarını etkileme imkânı, başka bir deyişle güç sağlayabilir². Kurum içindeki bazı birimler, görev tanımları gereği çeşitli kaynakları kontrol ederler. Özellikle yetersiz ve önemli örgütsel kaynaklar üzerinde kontrol yetkisi olan bireylerde, kaynak gücü daha fazladır. Bunlardan en önemlisi paradır. Ancak kaynak kontrolü, herhangi bir ödül veya yaptırımı içermez.

Hemşirelikte Güç

Sağlık bakım sistemleri içinde yaşanan değişimler, maliyet etkin bakım verme ile hasta bakım kalitesini artırma ve hasta güvenliğini sağlama çabaları, güçlü hemşirelere gereksinimi artırmıştır. Hastanelerde, sağlık bakım hizmetinin verildiği her ortamda hemşirelerin değişimlere öncülük edebilmeleri, diğerlerini etkileyebilmeleri, değişimlere ayak uydurabilmeleri ve bireylere daha kaliteli hizmet sunabilmesi için hemşirelerin ve yönetici hemşirelerin güç kaynaklarının farkında olmaları, güç kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmaları ve güçlü olmaları gerekmektedir.

Hemşirelerin güçlü olmalarının önemi, sağlık alanındaki uluslararası kuruluşlarca da vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2000 yılında Avrupa Bakanlar Düzeyinde yapılan II. Hemşirelik ve Ebelik Konferansı sonunda '*Hemşireler ve Ebeler Sağlık İçin Bir Güç*' başlıklı Münih Deklarasyonu'nu yayınlamıştır²⁶. Bu deklarasyonda, hemşire ve ebelerin sağlık için bir güç olduğu ve tüm üye ülkelerde, hemşire ve ebelerin güçlendirilmesi için çaba sarf edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Uluslararası Hemşireler Birliği de (ICN)²⁷, hemşireleri sağlık hizmetlerinin planlanmasında, bölgesel, ulusal ve uluslararası uygun ve etkili sağlık politikalarının oluşturulmasında bir güç olarak görmüş ve hemşirelerin bu konuda aktif görev almaları gerektiğini vurgulamıştır.

Hemşirelerin güçlü olmalarının ve güç sahibi olmalarının ilk adımı onların güç konusundaki bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması olmalıdır.

Güç, hemşirelere yaptıkları uygulamalar üzerinde kontrol sağlama olanağı vermektedir. Araştırma sonuçları hemşirelerin güç ve güç kaynaklarına sahip olmasının hasta bakımı üzerine dolaylı etkisi olduğunu göstermiştir³⁻⁷. Bu etkiler; kaliteli bakım ve iyi hasta çıktıları³⁻⁶, hasta memnuniyetinde artma ve hasta güvenliği algısında artma^{4,7} olarak belirtilmiştir.

Bunun yanında hemşirelerin güce ve güç kaynaklarına sahip olmasının hem örgütsel davranışları üzerinde olumlu etkisi hem de kuruma yararı olduğunu gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır. Bu çalışmalarda hemşirelerin elde ettikleri gücün, örgütsel bağlılığı⁸⁻¹⁰ ve iş memnuniyetini artırdığı^{6,8-10} işten ayrılmayı azalttığı¹¹ belirtilmiştir. Bunun yanında güçlü hemşirelerin kurumsal etkililik ve verimlilik üzerinde etkileri olduğu vurgulanmaktadır⁶.

Hemşireler için güç sahibi olmanın hasta bakımı ve kurumsal çıktılara pozitif etkileri olmakla birlikte, kendi profesyonel yaşamlarına da olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Gücü anlayan, güç sahibi olan ve güç kaynaklarını etkili şekilde kullanan hemşirelerin, profesyonel amaç ve hedeflerini daha kolay gerçekleştirdikleri gözlenmektedir. Güç sahibi olmanın, hemşirelerin vizyonlarını hayata geçirmede¹² ve amaçlarını gerçekleştirmede¹³ etkili olduğunu gösteren araştırma sonuçları da bulunmaktadır.

Güç sahibi olma ve güç kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmanın olumlu etkileri yanında, güçsüz hissetme ve güç kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmamanın etkilerini gösteren çalışmalar da mevcuttur^{3,28-30}. Güç konusunda hemşirelerle yapılan bazı çalışmalar; gücün hemşirelerde olumsuz çağrışım yarattığını, gücün hemşireler tarafından yanlış algılandığını²⁸ ve hemşirelerin kendilerini güçsüz olarak tanımladıklarını göstermiştir^{28,31}. Ashley (1973) ise, hemşirelerin güçlü olduklarını ancak hem güçlerini fark etmede hem de hemşireliğin ilerlemesi ve değişim yaratmak için bu güçlerini kullanmada başarısız olduklarını belirtmiştir²⁹. Literatürde güçsüz hemşirelerin iş memnuniyetsizliği, işten ayrılma ve kişilik problemleri³ gibi olumsuz durumlara daha yatkın oldukları belirtilmiştir. Aynı zamanda güçsüz hemşirelerin, hasta bakım çıktıları da olumsuz şekilde etkilediği belirtilmektedir³⁰. Holmes ve Gestaldo'nun (2002) Filho'dan aktardığına göre, hem hemşireler hem de diğer sağlık profesyonelleri, hemşireleri güçsüz, düşük sosyal statülü ve sınırlı profesyonel otonomi sahibi olarak görmektedir³². Uygulama alanlarında güçsüz ve güç kaynaklarını kullanmada sorun yaşayan hemşirelerin, hasta bakımı ile ilgili değişimlerin başlatılmasında ve dolayısı ile hasta bakım kalitesinin artırılmasında sorumluluk almaktan kaçındıkları gözlenmektedir. Aynı zamanda, güçsüz hemşirelerin kendilerini

sistemin küçük bir parçası ve hasta bakım uygulamalarına ilişkin kararları etkilemede yetersiz olarak gördükleri ve durumun değişmeyeceği algılarının olduğu gözlenmektedir. Ülkemizde hemşirelik alanında yapılan araştırmaların daha çok yönetici hemşirelerin gücü konusuna odaklandıkları görülmektedir³³⁻³⁷. Oysaki yönetici hemşirelerin güçlü olması kadar yönetici pozisyonunda bulunmayan hemşirelerin de kaliteli, verimli ve güvenli bakım vermede, hasta bakımını geliştirecek değişimlere öncü olmada, sağlık politikalarını etkilemede ve hemşirelik mesleğini geliştirmede güçlü olmaları gerektiği bilinmektedir. Ülkemizde, hemşirelerle yapılan çalışmalarda da gücün uygun şekilde kullanılmadığını gösteren, işten ayrılma niyetinin yüksek olması, örgüte bağlılık düzeyinin ise düşük olması gibi bulgular elde edilmiştir^{31,38}. Bu sonuçların başka nedenlerinin olması yanında, hemşirelerin kendilerini güçlü olarak görmemelerinin de bir neden olduğu düşünülebilir. Hemşirelerin var olan güçlerinin farkında olmaları ve güçlerini kullanmaları bu tür sonuçların azaltılması açısından üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Abaan (1995) *toplumun her düzeyde, her yaşta ve her ortamda hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyduğunu ve bunun etkisi olarak da hemşirelerin güç sahibi olma ve güç kullanmada en şanslı grup olduklarını* belirtmektedir³⁹. Bu araştırma sonuçları ve gözlemler; hemşirelerin güç kavramını ve güç kaynaklarını bilmediklerini ve gücü kullanmada sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Hemşirelerin güç kaynaklarını kullandıkları durumlara örnekler

Hemşireler hemşirelik bakım hizmetleri vermeleri esnasında yukarıda bahsedilen güç kaynaklarını değişik şekillerde kullanabilirler. Aşağıda hemşirelerin güç kaynaklarını kullandıkları durumlara ilişkin örnekler verilmiştir (bkz. Şekil 2. Hemşirelerin Güç Kaynakları Kullanım Örnekleri).

Hemşirelerin güç kaynakları kullanımını etkileyen faktörler

Literatürde hemşirelerin güçsüz hissetmelerine ve güç kaynaklarını etkili bir şekilde kullanamamalarının nedenlerine ilişkin farklı görüşler bulunmaktadır. Genel olarak bu nedenlerin bireysel^{14,40-42} ve kurumsal^{16,43,44} kaynaklı olduğu görülmektedir (Bkz şekil 3. Hemşirelerin Güç Kaynakları Kullanımlarını Etkileyen Faktörler). Bireysel nedenler olarak hemşirelerin çoğunluğunun bayan olması, gücün erkeğe özgü bir kavram olarak görülmesi, sosyal ve aile içi rol, gücün negatif algılanması, meslek üyelerinin birbirini güç konusunda negatif etkilemeleri ve kötü rol model olmaları olarak sıralanmaktadır. Kurumsal nedenler olarak da yapılan işin özellikleri, kurumun özellikleri, çalışma ortamında gelişme ve eğitim fırsatları, kurumsal hedefler ve politika değişimleri ile ilgili bilgi sahibi olma, karar vermede otonomi ve risk almaya yönelik destek görme, işini yapabilmek için kaynaklara ulaşma, yöneticinin tarzı ve tutumu, kurumun güçlenmeyi destekleyen yapısı, ödül sistemleri, iş tasarımı, ahlaki ilkeler, çalışan bütünleştirilmesi, uzmanlık, sosyallik ve gelecek odaklılıktır. Bu nedenlerin olması bir yana literatür aynı zamanda hemşirelerin gücünün arttırılması ve güç kaynaklarını kullanmalarının geliştirilmesi için bazı öneriler de getirmektedir.

Hemşireler için güç kaynaklarının geliştirilmesi

Hemşirelerin güçlü olmaları, gücü elde etmeleri, güç kaynaklarını geliştirmeleri için, hem hemşirelere hem de birlikte çalıştıkları yöneticilere sorumluluklar düşmektedir.

Şekil 3. Hemşirelerin Güç Kaynakları Kullanımlarını Etkileyen Faktörler

Bireysel Nedenler	Kurumsal Nedenler
<p>Hemşirelerin çoğunluğunun bayan olması, Gücün erkeğe özgü bir kavram olarak görülmesi Sosyal ve aile içi rol, Gücün negatif algılanması, Meslek üyelerinin birbirini güç konusunda negatif etkilemeleri Kötü rol model olmaları Güç sahibi olunmasının gereksinim olarak görülmemesi</p>	<p>Yapılan işin özellikleri, Kurumun özellikleri, Çalışma ortamında gelişme ve eğitim fırsatları, Kurumsal hedefler ve politika değişimleri ile ilgili bilgi sahibi olma, Karar vermede otonomi ve risk almaya yönelik destek görme, İşini yapabilmek için kaynaklara ulaşma, Yöneticinin tarzı ve tutumu, Kurumun güçlenmeyi destekleyen yapısı, Ödül sistemleri, İş tasarımı, Ahlaki ilkeler, Çalışan bütünleştirilmesi, Uzmanlık, Sosyallik ve Gelecek odaklılık</p>

Bireysel ve kurumsal güç kaynaklarını geliştirmede, birey ve yönetici açısından yapılması gerekenler aşağıda verilmiştir.

Güç kaynaklarını geliştirmede hemşirelerin bireysel sorumlulukları;

- Mesleki örgütlere aktif katılım,
- Mesleki araştırma yapma ve araştırmalara katkı sağlama,
- Çalıştığı kurumda mesleğin gelişimine katkı sağlayacak çalışma gruplarına etkin katılım,
- Hemşirelerin birbirilerine gücü elde etme ve kullanma konusunda pozitif rol model olmaları ve mentörlük yapmaları,
- Kurumunu, çalışma arkadaşlarını, yöneticilerini ve bakım verilen hastaları tanıma,
- Güçlü kişilerle ve gruplarla birlikte olma,
- Yasaları, yönetmelikleri, görev tanımlarını iyi bilme ve değişiklikleri takip etme,
- Girişimci olma ve etkili iletişim tekniklerini kullanma,
- Daha etkileyici bir görünüş sağlama,
- Eğitim sürecine devam etme ve deneyimleri arttırma^{1,25,39}.

Hemşirelerin güç kaynaklarını geliştirmede yönetici hemşirelerin sorumlulukları

Hemşirelerin güç kaynaklarını geliştirmede bireysel olarak yapabilecekleri yanında birlikte çalıştıkları yöneticilerine de görevler düşmektedir. Hemşire liderlerin,

hemşirelerin otonomilerini kullanma ve kararlara katılımlarını kolaylaştırdıklarında ve hemşirelerin yeteneklerine güvendiklerinde hemşirelerin daha güçlü hissettikleri⁴⁵ belirtilmektedir. Yani güçlü hemşire yönetici, hemşirelerinin de güçlü olmasına katkı sağlayabilecektir. Aşağıda yönetici hemşirelerin birlikte çalıştıkları hemşirelerin bireysel ve kurumsal güç kaynaklarını geliştirmek için yapabilecekleri bazı yollar verilmiştir:

- Hemşirelerin gücünü ve sahip oldukları güç kaynaklarını değerlendirme ve sonuçlarına göre onları güçlendirme programları geliştirme,
- Hemşirelerin hemşirelik araştırmalarına katılımını destekleme ve kongrelere katılımlarını sağlama,
- Çalıştığı kurumda mesleğin gelişimine katkı sağlayacak çalışma grupları oluşturma ve bu gruplara hemşirelerin katılımını sağlama,
- Fonksiyonlarını etkili yerine getirebilmek için gücü anlama, otorite ve güç ayrımı yapma ve örgütte güç temeli kurma,
- Güç ve güç kaynaklarını kullanım konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda hemşirelere mentörlük yapma,
- Hastane yönetimi ile kurumda çalışan hemşireleri iyi tanıma ve hemşirelere destek verme,
- Yasaları, yönetmelikleri, görev tanımlarını iyi bilme, değişiklikleri takip etme ve hemşirelerin güç konusunda farkındalıklarını arttırma,
- Güç kaynaklarını etkili kullanma ve hemşirelerle gücü ve güç kaynaklarını paylaşma,
- Güçlü kişilerle ve gruplarla birlikte olma ve hemşireleri temsil etme,
- Yöneticilerin iş ortamında uygun gücü nasıl geliştireceklerini bilme ve bu konuda onları destekleme,
- Eğitim sürecine devam etme ve deneyimleri arttırma^{1,2,25}.

Sonuç

Bakım verici, eğitici, araştırmacı, lider gibi rolleri olan hemşirelerin, hemşirelik hizmetlerinin kaliteli ve güvenli bir şekilde sunulabilmesi için kurumda güç sahibi olmaları, kurum ve ülke politikalarını etkilemeleri, kendilerini ve çevrelerini güçlendirmeleri beklenmektedir. Ancak, ülkemizde sıklıkla hemşirelerin kendilerini güçsüz olarak gördükleri ve güç kaynaklarının farkında olmadıkları gözlenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, lider, gücü elde etmeyi bilen ve hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi için değişimlere öncülük eden birer profesyonel olabilmeleri için bu konunun hem yöneticiler hem de hemşireler tarafından öncelikli olarak ele alınması gerekmektedir. Hemşirelerin güçlü birer profesyonel haline gelmek için, kendilerinin, birlikte çalıştıkları yönetici hemşirelerin ve politika yapımcıların üzerlerine düşen sorumluluklar bulunmaktadır. Hemşirelerin güçlendirilmesi paylaşılan bir sorumluluk olmalıdır. Bu nedenle, hemşirelerin hem güçlü hem de güçlendiren birer profesyonel olabilmesi için; öncelikle hemşirelerin güç ve güç kaynakları konusunda farkındalıkları sağlanmalıdır. Hemşireler kendi güç kaynaklarını geliştirici sürekli aktivitelerin içinde yer alma konusunda istekli olmalı ve birlikte çalıştıkları yöneticiler de bu

aktivitelere katılımları konusunda hemşirelere destek olmalıdır. Bunun yanında hastane/hemşirelik yöneticilerinin birlikte çalıştıkları hemşirelerin gücünü ve bu gücü etkileyen faktörleri değerlendirerek onları güçlendirmek, desteklemek ve kurumsal karar alma mekanizmalarına dahil olmalarını sağlamak için kurumsal düzenlemeler oluşturmaları önerilebilir. Ayrıca politika geliştiricilerin de ülke düzeyinde hemşirelerin güçlendirilmesini destekleyen politikalar ve düzenlemeleri oluşturması verilen bakım hizmetlerinin kaliteli ve güvenli olmasını garanti altına almada önemli bir adım olacaktır.

Kaynaklar

1. Marquis BL, Huston CJ. Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory & Applications (6th. Ed.), 2009.
2. Huber DL. Leadership and Nursing Care Management (4th. Ed.) By W. B. Saunders Company, London, 2010;166-179.
3. Leiter MP & Laschinger HKS. Relationships of work and practice environment to professional burnout. Nursing Research 2006; 55(2):137-146.
4. Armstrong K, Laschinger HKS. Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture. Journal of Nursing Care Quality 2006; 21(2):124-132.
5. Doran D, Harrison M, Laschinger HKS, et al. Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. Res Nurs Health 2006; 29:61-70.
6. Laschinger HKS. Effect of Empowerment on Professional Practice Environments, Work Satisfaction and Patient Care Quality. Journal of Nursing Care Quality 2008; 23(4):322-330.
7. Armstrong K, Laschinger HKS, Wong C. Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics as Predictors of Patient Safety Climate. Journal Of Nursing Care Quality Jan- Mar2008; 24(1):55-62.
8. Murphy L. Transformational Leadership: A Cascading Chain Reaction. Journal of Nursing Management 2005; 13(2):128-136.
9. Ruggiero J. Health, Work Variables, and Job Satisfaction Among Nurses. Journal of Nursing Administration 2005; 35(5):254-263.
10. Patric A, Laschinger HKS. The Effect of Structural Empowerment and Perceived Organizational Support on Middle Level Nurse Managers' Role Satisfaction. Journal of Nursing Management 2006; 14:128-136.
11. Cai C, Zhou Z. Structural Empowerment, Job Satisfaction and Turnover Intention of Chinese Clinical Nurses. Nursing and Health Sciences 2009; 11(4):397-403.
12. Malone B. Shared visions & hallucinations: Acquiring a taste for chaos. Canadian Operating Room Nursing 1996 Journal; 14(2):29-35.
13. Bularzik AMH, McGuinness ST & Sieloff CL. Nurse's perceptions of their group goal attainment capability and professional autonomy: a pilot study. Journal of Nursing Management 2013; 21:581-590.
14. Manojlovich M. (2007). Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future. The Online Journal of Issues in Nursing, 2007; 12, 1, Manuscript 1. Available:15.10.2009.
15. Türk Dil Kurumu, Büyük Türkçe Sözlük <http://tdkterim.gov.tr/bts/>.Erişim:10.10.2014.
16. Kanter RM. Power Failure In Management Circuits. Harvard Business Review. 1979; 57(4), 65-75.
17. Rahim A. Relationships of Leader Power to Compliance And Satisfaction with Supervision: Evidence From National Sample of Managers. Journal of Management 1989; 15(4):545-556.
18. May, R. (1972). Power and Innocence: A Search for the Sources of Violence. New York: Dell.

19. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice (commemorative edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health. 2001.
20. Yukl G & Falbe CM. Importance of Different Sources in Downward and Lateral Relations. Journal of Applied Psychology 1991; 76(3):416-23.
21. Etzioni A. (1975). AcOmparative Analysis of Complex Organizations on Power □nvolvement and Their Correlates. New York: The Free Press.
22. Bass BM & Bass R. The Bass Handbook of Leadership: Theory, Research, and Managerial Applications (4 rd. Ed.), New York: The Free Press Robbins. 2008.
23. Raven BH & Haley RW. Social Influence and Compliance of Hospital Nurses With Infection Control Policies. R. J. Eiser (der.), Social Psychology and Behavioral Medicine içinde, 413-438. NY: John Wiley & Sons. 1982.
24. Petty RE & Cacioppo JT. Central and Peripheral Routes of Persuasion: Application to Advertising in Percy and Woodside (eds.), Advertising and Consumer Psychology, 3-23. 1983.
25. Yukl G. Leadership In Organizations, Third Edition, Prentice Hall International, 1994; 317.
26. Münih Deklerasyonu (2000). Hemşireler ve Ebeler Sağlık için bir Güç. <http://www.t-hasak.org/denizli/docs/munih.html>. Erişim: 03.09.2009.
27. Participation of Nurses in Health Services Decision Making and Policy Development. Reviewed and revised in (2008). http://www.icn.ch/PS_D04_ParticipationDecisionMaking.pdf. Erişim: 10.09.2009.
28. Wilson B, Laschinger HK. Staff Nurse Perseption of Job- Empowerment and Organizational Commitment. Journal of Nursing Administration 1994; 24(4):39-47.
29. Ashley JA. About Power İn Nursing. Nursing Outlook 1973; 21:10.
30. Manojlovich M & DeCicco B. Healthy work environments, nurse/physician communication, and patient outcomes. American Journal of Critical Care 2007 Nov; 16(6):536-543.
31. Abaan S, Duygulu S, Eyüpoğlu B. Personal Power Stages of Nurses: An Evaluation From A Special Care Hospital. III. İnternational Nursing Management Conference Abstract Book, 2006;43.
32. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as Means of Governmentality. Nursing Theory and Concept Development or Analysis. 2002; 38(6):557-565.
33. Sungurlu M. Güç Tarzları ve Organizasyona Bağlılık. (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Bölümü, İstanbul. 1994.
34. Turhan B. Yönetici Hemşirelerin Kullandıkları Güç Tarzlarını Astları Tarafından Algılanışı ve Organizasyona Bağlılığın İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.1998.
35. Bahçecik N, Koca A. Hemşirelikte Güç Kullanımı ve Organizasyona Bağlılık. 1. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2000; Antalya, Ekim29- Kasım 2.
36. Kaftancıoğlu Ü. Yönetici Hemşirelerin Hemşirelerde Kullandıkları Güç Tarzları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2004.
37. Korkmaz G, Abaan S. Servis Sorumlu Hemşireleri Yöneticilerindeki Algıladıkları Güç Tipleri ve Tercihleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 26-42.
38. Abaan S, Duygulu S. Bir Yataklı Tedavi Kurumunda Çalışan Hemşirelerin Örgüte Bağlılık Durumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 11-25.
39. Abaan S. Hemşirelikte Güç Sahibi Olma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1995; 2, 1/ Ocak- Haziran/ 4- 10.
40. Dufy W, Dufy MC. Power Perceived is Power Achieved. (power struggles in perioperative nursing). AORN Journal 1998; 68,89(4).

41. Rafael F, Adeline R. Power and Caring: A Dialectic in Nursing Falk Rafael. Adeline R. RN Nursing Ethics 1996;19(1):3-17.
42. Beall F. Overview and Summary: Power to Influence Patient Care: Who Holds the Keys?. The Online Journal of Issues in Nursing 2007; 12:1.
43. Manojlovich M & Laschinger HKS. The relationship of empowerment and Selected Personality Characteristics to Nursing Job Satisfaction. Journal of Nursing Administration 2002; 32:11.
44. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J & Wilk P. Workplace Empowerment As A Predictor Of Nurse Burnout İn Restructured Health Care Settings. Longwoods Review 2003; 1(3):2-11.
45. Laschinger HKS, Sabiston JA, Kutzscher L. Empowerment And Staff Nurse Decision Involvement İn Nursing Work Environment: Testing Kanter's Theory Of Structural Power İn Organization. Research İn Nursing & Health 1997a; 20:341-352.

Düzeltilme

Aşağıda 2014 cilt 1 sayı 1 ve sayı 2’de yer alan makalelerin sunulmuş oldukları kongre ve sempozyum bilgileri yer almaktadır.

Tiryaki H.Ş., Bahçecik N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 1-15.

12. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresinde (Sivas, 20-24 Ekim 2009) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Hallaç S., Meydanlıoğlu A., Karakaya D., Acar G.G. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 30-43.

1. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi’nde, 22-24 Eylül 2011 tarihinde poster bildiri olarak sunulmuş ve özet kitap yer almıştır.

Dikmen Y.D., Yorgun S., Yeşilçam N. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 44-56.

Temel Hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. Bilimsel toplantı kitabında özet metin yayınlanmıştır.

Ateş S., Olgun N. Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 67-80.

14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde sunulmuştur.

Kesgin M.T., Kublay G. İşyerinde Çalışan Hemşirelerin Görevlerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 16-31.

Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumunda poster bildiri olarak sunulmuştur, 11-12 Nisan 2013.

Aksoy T., Uçar H. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 53-67.

5. Hemşirelik Yönetimi Kongresinde sunulmuştur.

Yıl: 2014 Cilt 1 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3**YAZAR DİZİNİ**

Tiryaki H.Ş., Bahçecik N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 1-15.

Çelik A.S., Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 16-29.

Hallaç S., Meydanlioğlu A., Karakaya D., Acar G.G. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 30-43.

Dikmen Y.D., Yorgun S., Yeşilçam N. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 44-56.

Şahin N.E., Emiroğlu O.N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 57-66.

Ateş S., Olgun N. Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 67-80.

Dil S., Öz F. Hemşirelik Öğretiminde Bir Strateji: Kavram Haritasının Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 81-89.

Özdemir L. Yoğun Bakım Hastasında Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 90-98.

Kapucu S., Özden G. Ventilator İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 99-110.

Kartal A., Özsoy S.A. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Metabolik Kontrol Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 1-15.

Kesgin M.T., Kublay G. İşyerinde Çalışan Hemşirelerin Görevlerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 16-31.

Yılmaz F., Atay S. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ağrı Yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 32-41.

Ayaz S. İlköğretim Öğretmenlerinin Okul Sağlığı Hemşireliğine İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 42-52.

Aksoy T., Uçar H. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 53-67.

Öz F., Malak B. Hemşirelikte Puslu Mantığın Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 68-76.

Eroğlu K., Koç G. Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 77-90.

Özdemir, L. Yoğun Bakım Ünitelerinde Skorlama Sistemlerinin Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 91-100.

Özcan M., Kapucu S. Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 101-109.

Çelik A.S., Özdemir F., Durmaz H., Pasinlioğlu T. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 1-12.

Sarmasoğlu Ş., Görgülü S. Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır oluş Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 13-25.

Ergöl Ş., Kürtüncü M. Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 26-34.

Erten Z.K., Zincir H., Özen B., Dinç S., Sevig Ü., Özkan F. Göçle Gelen Ailelerin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşlerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 35-46.

Tambağ H., Öz F. Grup Psikoeğitiminin Yaşlıların Hemşirelik Bakımında Kullanılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 47-53.

Gül Ş. Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 54-61.

Başaran S., Duygulu S. Hemşirelikte Güç Kavramının Analizi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 62-73.

Yıl: 2014 Cilt 1 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3

KONU DİZİNİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

-

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Çelik A.S., Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 16-29.

Eroğlu K., Koç G. Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 77-90.

Ergöl Ş., Kürtüncü M. Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 26-34.

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Şahin N.E., Emiroğlu O.N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 57-66.

Kesgin M.T., Kublay G. İşyerinde Çalışan Hemşirelerin Görevlerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 16-31.

Ayaz S. İlköğretim Öğretmenlerinin Okul Sağlığı Hemşireliğine İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 42-52.

Erten Z.K., Zincir H., Özen B., Dinç S., Sevig Ü., Özkan F. Göçle Gelen Ailelerin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşlerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 35-46.

HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM VE YÖNETİM

Tiryaki H.Ş., Bahçecik N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 1-15.

Dikmen Y.D., Yorgun S., Yeşilçam N. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 44-56.

Başaran S., Duygulu S. Hemşirelikte Güç Kavramının Analizi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 62-73.

HEMŞİRELİK ESASLARI

Aksoy T., Uçar H. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 53-67.

Sarmasoğlu Ş., Görgülü S. Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır oluş Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 13-25.

Gül Ş. Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 54-61.

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Ateş S., Olgun N. Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 67-80.

Özdemir L. Yoğun Bakım Hastasında Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 90-98.

Kapucu S., Özden G. Ventilator İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 99-110.

Kartal A., Özsoy S.A. Tıp 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnançına ve Metabolik Kontrol Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 1-15.

Yılmaz F., Atay S. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ağrı Yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 32-41.

Özdemir, L. Yoğun Bakım Ünitelerinde Skorlama Sistemlerinin Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 91-100.

Özcan M., Kapucu S. Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 101-109.

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Hallaç S., Meydanlıoğlu A., Karakaya D., Acar G.G. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 30-43.

Dil S., Öz F. Hemşirelik Öğretiminde Bir Strateji: Kavram Haritasının Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(1): 81-89.

Öz F., Malak B. Hemşirelikte Puslu Mantiğin Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 68-76.

Çelik A.S., Özdemir F., Durmaz H., Pasinlioğlu T. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 1-12.

Tambağ H., Öz F. Grup Psikoeğitiminin Yaşlıların Hemşirelik Bakımında Kullanılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(3): 47-53.

Yazarlara Bilgi

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

Makale Gönderimi

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne makale göndermek için; www.hacettepehemsirelikdergisi.org adresindeki "Makale Gönderim" linki kullanılmalıdır. Makale ile ilgili tüm işlemler bu adresten takip edilebilir.

Genel Bilgiler

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

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

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

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Yazım Kuralları

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

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

Başlık Sayfası

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

Öz Sayfası ve Anahtar Kelimeler

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

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

anahtar kelimeler MeSH terimlerinin çevirisi olmalıdır.

Metin Sayfası

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

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

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

Kaynaklar

Kaynakların yazımında Vancouver stili kullanılmalıdır.

Kaynak yazımında aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir.

Metin İçinde

- Kaynaklar metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılarak belirtilmelidir. Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasına virgül konulmalıdır. Arka arkaya ikiden fazla kaynak kullanımında ilk ve son kaynak numaraları belirtilmeli ve araya "tire" işareti konulmalıdır (örneğin ²⁻⁶).
- Kaynak numaraları üst simge şeklinde belirtilmelidir.
Örneğin;
Bu konuda yapılan bir çalışmada¹
..... ilgili çalışma².....
Reeves³ makalesinde
.....şeklinde tanımlamaktadır ^{4,5}.
Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;
Örneğin;
.....hastanın bilgi düzeyi⁶, yaşam biçimi⁷.....

Metin Sonunda

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

kısaltılmış olarak, yer almıyorsa tam olarak yazılmalıdır.

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

Kaynak Kitap Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar

Örneğin;

Eren N. Çağlar boyunca toplum. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1996. s. 41-56
Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. Nursing ethics. 2nd Edition. Edinburg: Churchill Livingstone; 1988. p. 456-78.

Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

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

Kitap Bölümü

Örneğin;

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

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

Kongre Özet Bildirileri

Örneğin;

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

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

Kongre Tam Metin Yayınları

Örneğin;

Brandes U, Wagner D. A bayesian paradigm for dynamic graph layout. In: DiBattista B (editör), Proceedings of the 11th International Symposium on Graph

Drawing; 2003 Nov 12-15; New York, USA. Philadelphia: USA; 2003. p. 236-237.

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

Kaynak Makale Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarın Kurum Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarı Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Elektronik Kaynaklar

Örneğin;

Elektronik dergi

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

İnternet Sitesi

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

CD-ROM

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

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

** Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Nilay ERCAN ŞAHİN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bölümü Samanpazarı,
06100 Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

Information for Authors

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

Submitting An Article

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

General Information

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

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

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

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

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

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

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

Publication Types

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

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

- o *Discussion*
- o *Conclusion*
- o *References*

- *Review* includes discussions of current and need based nursing topics based on the international literature and authors' opinions. It should have maximum 3000 words. Review manuscripts content must be as below.
 - o *Abstract (150-200 words)*
 - o *Titles on related topics*
 - o *References*

- *Case Reports* must include unique and important clinical experiences and cases. It should have maximum 2000 words.
 - o *Abstract (150-200 words)*
 - o *Introduction*
 - o *Case report*
 - o *Discussion*
 - o *References*

- *Letters to Editor:* Letters to editors are commentary letters including comments, contribution, and issues written about previous articles in the journal. They include maximum 500 words, but don't include title and abstract. Letters should include notes indicating the attribution to article with title, number and date; and with the name, affiliation and address of the author.

Manuscript Preparation

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

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

Title Page

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

Abstract and Keyword Page

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

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

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

- Title must be written bold and 12 fonts with Times New Roman.

- Abstract, manuscript text page, and references must be written 12 fonts with Times New Roman.
- Tables must be written 10 fonts with Times New Roman.
- All pages must be written double-spaced, and justify text on both sides.
- Pages should have 2.5 cm spaces among all sides.
- Footnotes shouldn't be used in manuscripts, explanations should be given in the text.
- Figures, graphics, and photographs should be 11 cm in width, 8 cm in length.
- Manuscript text shouldn't contain author information for unbiased evaluation.
- Abbreviations used should be defined in parenthesis where the full word is first mentioned.

References

Vancouver style is used in referencing.

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

References in Text

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

Example:

A study¹ about this issue is.....

.....study²

In his article Reeves³

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

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

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

Reference List

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

Books

Personal Author/s

Example

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

Organization as author and publisher

Example

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

Chapter in a book

Example

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

Conference Proceedings

Example

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

Conference Paper

Example

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

Articles in journals

Standard Journal Article

Example

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

Organization as author

Example

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

No Author Given

Example

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

Issue With No Volume*Example*

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

No Issue and Volume*Example*

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

Electronic Material***Journal article in electronic format****Example*

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

Web/ Internet*Example*

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

CD-ROM

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

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

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

Communication

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Nilay ERCAN ŞAHİN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bölümü Samanpazarı,
06100 Ankara/TÜRKİYE

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

YAYIN İZNI (Taahhütname)

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

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

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

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
06100 Ankara