

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 3 • Sayı/No 1 • Ocak-Nisan/January-April 2016

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**
Başkan Yardımcısı **Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar**
Sekreterler: **Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin**
Arş. Gör. Seher Başaran
Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman
İngilizce Düzeltme: **Yard. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz**
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz

Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Doç. Dr. Sevgisun Kapucu**
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: **15 Haziran 2016**
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: 2148-3590, 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. Oya Nuran Emiroğlu

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

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Danışma Kurulu*

| | |
|--------------------------------------|--|
| Prof. Dr. Ahsen Şirin | İstanbul Bilim Üniversitesi |
| Prof. Dr. Anahit Coşkun | Haliç Üniversitesi |
| Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu | Atatürk Üniversitesi |
| Prof. Dr. Ayfer Karadakovan | Ege Üniversitesi |
| Prof. Dr. Ayşe Karadağ | Koç Üniversitesi |
| Doç. Dr. Aysel Badır | Koc Üniversitesi |
| Doç. Dr. Ayşe Okanlı | Atatürk Üniversitesi |
| Prof. Dr. Ayşe Özcan | Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi |
| Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı | Koc Üniversitesi |
| Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel | Gazi Üniversitesi |
| Doç. Dr. Azize Karahan | Başkent Üniversitesi |
| Prof. Dr. Besti Üstün | Üsküdar Üniversitesi |
| Prof. Dr. Birol. Diana Voita | Riga Teacher Training and Educational Management Academy |
| Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu | Ege Üniversitesi |
| Prof. Dr. Daniel Pesut | Minnesota Üniversitesi |
| Doç. Dr. Darja Jarosova | Ostrava Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Deniz Koçoğlu | Selçuk Üniversitesi |
| Prof. Dr. Deniz Şelimen | Maltepe Üniversitesi |
| Doç. Dr. Dilek Özden | Dokuz Eylül Üniversitesi |
| Doç. Dr. Duygu Arıkan | Atatürk Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz | Hacettepe Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak | Başkent Üniversitesi |
| Prof. Dr. Elizabeth Saewyc | British Columbia Üniversitesi |
| Doç. Dr. Emine İyigün | GATA |
| Yrd. Doç. Dr. Emine Turkmen | Koç Üniversitesi |
| Doç. Dr. Erdem Karabulut | Hacettepe Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur | Okan Üniversitesi |
| Doç. Dr. Fahriye Ofraz | Okan Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan | Eğre Üniversitesi |
| Doç. Dr. Fatma Cebeci | Akdeniz Üniversitesi |
| Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz | Ege Üniversitesi |
| Prof. Dr. Fatma Demirkıran | Adnan Menderes Üniversitesi |
| Prof. Dr. Fatma Eti Aslan | Acıbadem Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Fatma Gözükara | Harran Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Fatma Orgun | Eğre Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz | Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Fethiye Erdil | Emekli |
| Yrd. Doç. Dr. Figen İnci | Niğde Üniversitesi |
| Doç. Dr. Filiz Hisar | Necmettin Erbakan Üniversitesi |
| Doç. Dr. Fiona Bogossian | Queensland Üniversitesi |
| Prof. Dr. Firdevs Erdemir | Adıyaman Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan | Pamukkale Üniversitesi |
| Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu | Başkent Üniversitesi |
| Prof. Dr. Güler Cimete | Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi |
| Doç. Dr. Gülnaz Karatay | Tunceli Üniversitesi |
| Prof. Dr. Gülseren Kocaman | İzmir Üniversitesi |
| Prof. Dr. Gülsün Taşocak | Emekli |
| Prof. Dr. Gülşen Takak Vural | Sanko Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Hacer Gülen Savaş | Düzce Üniversitesi |
| Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu | İstanbul Üniversitesi |

| | |
|------------------------------------|---|
| Prof. Dr. Hatice Bostanođlu | Zirve Üniversitesi |
| Doç. Dr. Hatice Çiçek | GATA |
| Prof. Dr. Hatice Tel Aydın | Cumhuriyet Üniversitesi |
| Prof. Dr. Havva Tel | Cumhuriyet Üniversitesi |
| Doç. Dr. Hayriye Ünlü | Başkent Üniversitesi |
| Doç. Dr. Hicran Bektaş | Akdeniz Üniversitesi |
| Doç. Dr. Hülya Bulut | Gazi Üniversitesi |
| Doç. Dr. Hülya Kulakçı | Bülent Ecevit Üniversitesi |
| Prof. Dr. Hülya Okumuş | Şifa Üniversitesi |
| Prof. Dr. Hülya Uçar | Nuh Naci Yazgan Üniversitesi |
| Doç. Dr. İbrahim Koruk | Harran Üniversitesi |
| Prof. Dr. İsmet Eşer | Ege Üniversitesi |
| Prof. Dr. Joanne Disch | Minnesota Üniversitesi |
| Prof. Dr. Kadriye Buldukođlu | Akdeniz Üniversitesi |
| Prof. Dr. Kafiye Eroğlu | Koç Üniversitesi |
| Doç. Dr. Kenan Köse | Ankara Üniversitesi |
| Prof. Dr. Lale Taşkın | Başkent Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Levent Özbek | Ankara Üniversitesi |
| Prof. Dr. Linda Rousel | University of South Alabama |
| Prof. Dr. Linda D. Moneyham | The University of Alabama at Birmingham |
| Doç. Dr. Lisa Kane Low | Michigan Üniversitesi |
| Prof. Dr. Lisbeth Maria Fagerström | Buskerud Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin | Abant İzzet Baysal Üniversitesi |
| Prof. Dr. Mary E. Duffy | Utah Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Mary Jane Madden | Minnesota Üniversitesi |
| Doç. Dr. Media Subaşı Baybuđa | Muđla Sıtkı Koçman Üniversitesi |
| Doç. Dr. Melek Serpil Talas | Hacettepe Üniversitesi |
| Doç. Dr. Meral Bayat | Erciyes Üniversitesi |
| Doç. Dr. Meral Demiralp | Emekli |
| Doç. Dr. Meral Kelleci | Cumhuriyet Üniversitesi |
| Doç. Dr. Mevlüde Karadağ | Gazi Üniversitesi |
| Prof. Miaofen Yen | National Cheng Kung Üniversitesi |
| Doç. Dr. Naile Bilgili | Gazi Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nalan Başaran Akbayrak | SANKO Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş | Başkent Üniversitesi |
| Prof. Dr. Neriman Akyolcu | Haliç Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nermin Olgun | Acıbadem Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nesrin Aştı | İstanbul Arel Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nevin Kanan | Haliç Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban | Pamukkale Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Nihal Ata | Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nimet Karataş | Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nimet Ovayolu | Gaziantep Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nuran Kömürçü | Emekli |
| Doç. Dr. Nurcan Çalıřkan | Gazi Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nurhan Bayraktar | Zirve Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Nuriye Yıldırım | Düzce Üniversitesi |
| Doç. Dr. Özlem Küçükğüçlü | Dokuz Eylül Üniversitesi |
| Doç. Dr. Özlem Örsal | Eskisehir Osmangazi Üniversitesi |
| Doç. Dr. Perihan Güner | Koç Üniversitesi |
| Doç. Dr. Pınar Özdemir | Hacettepe Üniversitesi |
| Doç. Dr. Rana Yiđit | Mersin Üniversitesi |

| | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| Yrd. Doç. Dr. Ronald J. Piscotty | Wayne State Üniversitesi |
| Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş | Selahattin Eyyubi Üniversitesi |
| Prof. Dr. Selma Doğan | Üsküdar Üniversitesi |
| Prof. Dr. Selma Görgülü | Doğu Akdeniz Üniversitesi |
| Doç. Dr. Semra Kocaöz | Niğde Üniversitesi |
| Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu | Emekli |
| Doç. Dr. Sevgisun Yılmazzer Kapucu | Hacettepe Üniversitesi |
| Dr. Sevilay Karahan | Hacettepe Üniversitesi |
| Doç. Dr. Sevinç Taştan | GATA |
| Doç. Dr. Sinan Türkyılmaz | Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Stephen Tee | King's College London |
| Prof. Dr. Sultan Kav | Başkent Üniversitesi |
| Prof. Dr. Susan Beck | Utah Üniversitesi |
| Prof. Dr. Suzan Yıldız | İstanbul Üniversitesi |
| Prof. Dr. Süheyla Özsoy | Ege Üniversitesi |
| Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler | Dokuz Eylül Üniversitesi |
| Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar | Marmara Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Şule Ergöl | Bülent Ecevit Üniversitesi |
| Prof. Dr. Thom Mansen | Utah Üniversitesi |
| Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı | Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Tülin Bedük | Ankara Üniversitesi |
| Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu | Atatürk Üniversitesi |
| Doç. Dr. Yasemin Kutlu | İstanbul Üniversitesi |
| Doç. Dr. Yeter Kitiş | Gazi Üniversitesi |
| Prof. Dr. Yurdagül Erdem | Kırıkkale Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Zahide Tuna | Hacettepe Üniversitesi |
| Doç. Dr. Zehra Gölbaşı | Cumhuriyet Üniversitesi |
| Prof. Dr. Zeynep Özer | Akdeniz Üniversitesi |
| Prof. Dr. Zuhâl Bahar | Dokuz Eylül Üniversitesi |
| Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal | Ege Üniversitesi |

*İsimler isme göre alfabetik sırayla dizilmiştir.

Değerli Okurlarımıza

Dergimiz 2016 yılı Cilt 3, Sayı 1'ini de zamanında yayımlamanın mutluluğu ve bir o kadar da onurunu yaşamaktayız. Bir mesleği meslek yapan temel ölçütlerden birisi “araştırmalarla sürekli yenilenen ve geliştirilen bir bilgi birikimi” olmasıdır. Bilimsel bilginin paylaşıldığı platformlardan birisi de bilimsel toplantılardır. Her iki yılda bir farklı bir üniversitenin Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı tarafından düzenlenen ve bu yıl organizasyonu Fakültemiz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı tarafından yapılan 4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, uluslararası katılımlı olarak 13-15 Ekim 2016 tarihinde Bodrum Kefaluka Otel’de gerçekleştirilecektir. Kongre teması “Hemşireliğin Sesi: Bakım” olarak belirlenmiştir. Kongrenin bilimsel bilgiye katkı yapacak ve bakımın sesi olabilecek pek çok araştırmanın paylaşılmasına olanak sağlayacağına inanıyorum.

Fakültemiz, 26-29 Ocak 2016 tarihlerinde Taiwan’ın Tainan şehrinde Ulusal Cheng Kung Üniversitesi Hemşirelik Bölümü ve Taiwan Hemşirelik Eğitim Derneği’nin öncülüğünde gerçekleştirilen 2. Asya Hemşirelik Eğitimi Kongresi’nin ortak düzenleyici kurumlarından birisi olmuştur. Ana teması “Evensel Sağlık Bakımı için Yenileşimci Sağlık Eğitimi” olan kongrede, bilimsel bilginin ve hemşirelik eğitimi ile ilgili deneyimlerin paylaşıldığı bir ortam oluşmuştur. Kongre esnasında Fakültemizden öğretim elemanları, hemşirelik eğitimine ilişkin yenileşimci eğitim yöntemi ve stratejilerine örnek oluşturabilecek deneyimlerini paylaşmışlardır. Kongre ayrıca ileri işbirlikleri için katılımcılar arasında bir iletişim ağı oluşturulmasına olanak sağlamıştır.

Bu sayımızda “Göç Eden Gebe Kadınların Planlı Davranış Kuramına Göre Doğum Öncesi Bakım Almaya Yönelik Niyet ve Tutumlarını Etkileyen Etmenler”, “Şanlıurfa’da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi” “Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi”, “Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi’nde Yayımlanan Yazıların Özelliklerinin Geriye Dönük Olarak İncelenmesi” başlıklı alanlarında önemli bilgiler ve sonuçlar sunan toplam dört araştırma makalesi yer almaktadır. Ayrıca “Lenfödemde Cilt Bakımı ve Koruyucu Yaklaşımlar” ve “Hemşirelik Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Akran Koçluğu” başlıklı iki derleme makaleyi sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Bununla birlikte Prof. Dr. Ayişe Karadağ tarafından yazılan “Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi” başlıklı davetli derleme makalesini de sizlerle paylaşmaktan onur duyuyoruz. Bu makalelerin okurlarımızın sürekli mesleki gelişimlerine ve hemşirelik hizmetleri uygulamalarına katkı sağlayacağına inanıyorum.

Dergimizin bu sayısına yayınlarnı göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, derleme makale yazma davetimize olumlu yanıt vererek dergimize katkısını esirgemeyen Prof. Dr. Ayişe Karadağ’a, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

Çalışmalarını, deneyimlerini ve en güncel bilgiyi geniş okuyucu kitlesine ulaştırmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını dergimize beklediğimizi bildirir, saygılar sunarım.

Doç.Dr. Sergül DUYGULU
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura _____ V

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Araştırma Makaleleri

**Göç Eden Gebe Kadınların Planlı Davranış Kuramına Göre Doğum Öncesi Bakım
Almaya Yönelik Niyet ve Tutumlarını Etkileyen Etmenler** _____ 1

Emel TAŞÇI DURAN

**Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının
ve Bakış Açılarının Belirlenmesi** _____ 16

Ülkü ÖZER, Fatma GÖZÜKARA

Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi _____ 27

Birgül CERİT

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde Yayınlanan Yazıların
Özelliklerinin Geriye Dönük Olarak İncelenmesi** _____ 37

Duygu HİÇDURMAZ, Çiğdem CANBOLAT SEYMAN, Seher BAŞARAN,
Nilay ERCAN ŞAHİN, Sevilay ŞENOL ÇELİK

Derleme Makaleleri

Lenfödemde Cilt Bakımı ve Koruyucu Yaklaşımlar _____ 54

Ayşe ARIKAN DÖNMEZ, Leyla ÖZDEMİR

Hemşirelik Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Akran Koçluğu _____ 65

Ayla YAVA, Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK

Davetli Derleme Makalesi

Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi _____ 72

Ayişe KARADAĞ

Yazarlara Bilgi _____ 84

Information for Authors _____ 90

Yayın İzni (Taahhütname) _____ 95

Göç Eden Gebe Kadınların Planlı Davranış Kuramına Göre Doğum Öncesi Bakım Almaya Yönelik Niyet ve Tutumlarını Etkileyen Etmenler

Factors Affect Immigrant Women' Attitudes and Intentions About Receiving Antenatal Care Based on Planned Behavior Theory

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 1-15

Emel TAŞÇI-DURAN*

*Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Isparta, Türkiye

Geliş Tarihi: 27 Kasım 2014

Kabul Tarihi: 19 Ekim 2015

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı göç eden gebe kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Şubat 2012- Mayıs 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, Türkiye'nin çeşitli bölgelerinden göç etmiş 83 gebe kadın oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş anket formu ve "Doğum Öncesi Bakım Ölçeği (DÖBÖ)" kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin doğum öncesi bakım ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 148.72 ± 36.14 'dur. Gebe kadınların yaş ortalaması ($n=83$) 27.38 ± 5.75 . Etnik köken doğum öncesi bakım ölçeğinden alınan puanları etkilemektedir ($X^2=7.05$, $p=0.02$). Gebelerin eşlerinin eğitimi doğum öncesi bakım ölçeğinden alınan puanları etkilemektedir ($X^2=13.84$, $p=0.00$). Sağlık çalışanları ile iletişimde zorluk yaşama ($U=230.500$, $p=0.01$) doğum öncesi bakım ölçeğinden alınan puanları etkilemektedir.

Sonuç: Eğitim düzeyi, kararları alma durumları, birlikte yaşanan kişiler, gebelik sayısı, gelir durumu, sağlıkla ilgili konularda insanlara danışma, etnik köken, mezhep, iletişim değişkenlerinin doğum öncesi bakım alma konusunda niyet ve tutumları etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Davranış, doğum öncesi bakım, doğum öncesi bakım ölçeği, gebe kadın, göçmenlik.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to factors affect immigrant women' attitudes and intentions about receiving antenatal care based on planned behavior theory.

Material and Methods: This descriptive study was conducted between the dates February-May 2012. Sample was 83 immigrant pregnant women migrated from various regions of Turkey. "Antenatal Care Scale" and a questionnaire, developed by researchers based on literature, were used for data collection.

Results: Antenatal care scale mean scores was 148.72 ± 36.14 . Average age of pregnant women ($n = 83$) was 27.38 ± 5.75 . It is found that ethnicity has an effect on antenatal care scale scores ($X^2=7.05$, $p= 0.02$). Educational level of the husbands has an effect on antenatal care scale scores ($X^2=13.84$, $p= 0.00$). Difficulties in communication with health professionals has an effect on the antenatal care scale scores ($U= 230.500$, $p=0.01$).

Conclusion: It was determined educational level, participation in decision making process, number of persons in household, number of pregnancy, income status, seeking consultation about health-related issues, ethnicity, denomination, and communication have influence on attitudes and intentions about receiving antenatal care.

Key Words: Antenatal care scale, behavior, immigration, pregnant women, prenatal care.

GİRİŞ

İnsan hayatının üç önemli geçiş dönemi vardır: doğum, evlenme ve ölüm. Bu üç önemli aşamanın çevresinde birçok inanç, âdet, dinsel ve büyüsel özlü işlem kümelenmiştir¹. Kadının sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik yaklaşımlarda, kadının sosyalizasyonu nedeni ile sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal alışkanlıklar, davranışlar ve bunların temelini oluşturan sosyokültürel yapının kadın sağlığı üzerindeki etkisinin anlaşılması gerekmektedir². Kadınların sağlık durumu toplum içindeki statüsü ile yakından ilgilidir. Kadının sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik müdahale programlarında kadının toplumsal cinsiyeti nedeni ile sağlık durumunu etkileyen toplumsal alışkanlıklar davranışlar ve tüm bunların temelini oluşturan sosyo-kültürel faktörlerle mücadele etmek gerekir³. Sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkileyen göç ise, sağlık ve sağlık değişkenleri üzerinde de çok önemli etkilere sahiptir⁴. Göç eden kadınların, doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha az yararlandıkları, düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, perinatal mortalite ve konjenital anomaliler bakımından daha fazla risk altında olduğu çalışmalarda belirtilmiştir⁵⁻⁸. Gebelerin doğum öncesi bakım almalarını ve bakım sıklıklarını etkileyen başlıca faktörler; annenin öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, yerleşim yeri, anadil, dini, gebenin gelir getiren bir işte çalışması, ilk gebeliğinin olmaması, ailenin ekonomik durumu, gebeliğin istemli olmaması ve sosyal güvencenin olmamasıdır⁹⁻¹¹.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan güvenli annelik paketinde; doğum öncesi bakım, anne ve yeni doğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır¹². TNSA 2013 verilerine göre, %97 olan doğum öncesi bakım alma oranı, kırsal yerleşim yerlerinde %92.7'e doğuda ve eğitimsiz annelerde %93.2'in altına gerilemektedir¹³. Sağlık Bakanlığına göre, gebe kadınlara en az 4 antenatal ziyaret

önerilmektedir¹⁴. Kadınların doğum öncesi bakım almaya yönelik tutum ve niyetleri onların doğum öncesi bakım almalarını etkilemektedir¹⁵. Bu bağlamda, göç eden gebe kadınların doğum öncesi bakım almaya ilişkin tutum ve niyetlerinin anlaşılması, doğum öncesi bakım hizmetlerini veren sağlık profesyonelleri için (hemşire, ebe, doktor) doğum öncesi bakım hizmetlerinin sağlıklı şekilde verilmesi açısından oldukça önemlidir. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri bu çalışma sonuçları doğrultusunda göç eden kadınların antenatal bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen faktörleri daha iyi kavrayıp bu faktörlere yönelik girişimler geliştirebilirler.

Ayrıca ulusal literatürde göç eden gebe kadınların doğum öncesi bakım almalarına yönelik çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı göç eden gebe kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesidir.

Planlı davranış kuramı

Planlı davranış kuramına göre bireylerin davranışla ilgili inanç, tutum ve niyetlerinin ölçülmesi davranış değişimi açısından önem taşımaktadır. Kuram, davranışların belli bir nedene dayandığı varsayımı üzerine kuruludur. Bu kurama göre, insanlar davranışlarının sonuçları hakkında önceden düşünürler, seçtikleri bir sonuca ulaşmak için bir karara varırlar ve bu kararı uygularlar. Başka bir deyişle, davranışlar belli bir niyet sonucu oluşur. Bu kurama göre, bir davranışı belirleyen doğrudan tutum değil, niyettir. Tutum niyeti, niyet de davranışı etkiler. Planlı davranış kuramı, davranış bilimlerinden sağlık davranışlarına uyarlanmış olup, yaygın olarak kullanılmaktadır^{16,17}.

Planlı davranış kuramına göre insanların toplumsal davranışları belirli faktörlerin kontrolü altında olup belirli nedenlerden kaynaklanır ve planlanmış bir şekilde ortaya çıkar. Bir insanda bir davranışın ortaya çıkabilmesi için öncelikle niyetin (davranışa yönelik amaç) oluşması gerekir. Niyeti, *davranışa yönelik tutum*, *özel norm* ve *algılanan davranış kontrolü* olmak üzere üç faktör etkiler. Bu faktörler inançların etkisinde olup, davranışsal inançlar, normatif inançlar ve kontrol inançlarından etkilenmektedir¹⁸.

Bu kurama göre, eğer kadın antenatal bakım almanın yararlı ve iyi bir şey olduğunu düşünüyorsa (*pozitif tutum*), eğer sosyal çevre tarafından antenatal bakım alma ile ilgili destekleniyorsa (*güçlü özel norm*), eğer kadın antenatal bakım alma ile ilgili engel algılamıyorsa (*algılanan yüksek davranışsal kontrol*), ve kadının antenatal bakım alma ile ilgili (*niyeti*) güçlü ise düzenli olarak antenatal bakım alır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın şekli

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Şubat 2012-Mayıs 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın yeri

Araştırma Isparta ilinde uygulanmıştır. Isparta yurt içinden önemli derecede göç alan bir şehirdir. Araştırmanın örneklemini belirlemek amacıyla Isparta ilinde en çok göç

alan mahalleler belirlenmiştir. Bu mahalleler, Fatih, Zafer, Gülcü'dür. Araştırma bu mahallelerde yürütülmüştür.

Evren ve örneklem

Gebe kadınlar, olasılıklı olmayan örneklem yöntemi kapsamında kartopu yöntemiyle seçilmiştir¹⁹. Araştırma kapsamına belirtilen tarihlerde kendisine ulaşılabilen, Isparta il merkezinde en az bir yıldır yaşayan Türkiye'nin çeşitli bölgelerinden göç etmiş ve ölçeğin uygulanması için en uygun dönem olarak belirtildiği için, gebeliğinin 2. trimestirinde olan 83 gebe kadın alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, düzgün bir şekilde iletişim kurulamayan, sistemik hastalığı olan gebe kadınlar örneklem dışı bırakılmıştır.

Veri toplama araçları

Veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş anket formu ve "Doğum Öncesi Bakım Ölçeği (DÖBÖ)" kullanılmıştır. Ölçek planlı davranış kuramına göre Taşçı-Duran ve Özkahraman (2013)²⁰ tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek toplam 26 maddeden oluşmaktadır ve planlı davranış kuramına göre altı alt grupta kategorize edilmiştir. Bu alt gruplar; 1.Niyet (3 madde), 2. Öznel norm (3 madde), 3. Normatif inançlar (8 madde), 4. Davranışa karşı tutum (6 madde), 5. Davranışsal inançlar (4 madde), ve 6. Algılanan davranışsal kontrol (2 madde). Ölçekten alınabilecek puan 26-182 arasında olup, yüksek puanlar doğum öncesi bakım alma ile ilgili niyetin güçlü olduğunu göstermektedir. Ölçek 7'li likert tipindedir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.96 olarak bulunmuştur. Araştırmada kullanılan DÖBÖ'nin bu çalışmadaki Cronbach alpha değeri 0.97 olarak bulunmuştur. Anket formu 22 sorudan oluşmuştur. Anket formu gebe kadınların sosyodemografik özelliklerini, gebelikleri ile ilgili özelliklerini, dini ve kültürel özelliklerini, göç durumlarını belirten sorulardan oluşmaktadır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile kartopu yöntemiyle belirlenen kadınların (örneklem kriterlerine uygun) evlerine ziyaret yapılarak kadınların uygun olduğu zamanlarda, belirtilen veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından bilgisayar ortamında kodlanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir. Ölçek ile ilgili analizlerde verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Kolmogorow-Smirnov testi yapılmış olup $p=0.01$ olduğu için dağılımın normal olmadığına karar verilmiş olup nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde, ortalama, yüzde, standart sapma, mann whitney U testi, kruskal wallis H testi ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın etiği

Araştırmaya katılan gebe kadınlara araştırma ile bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onamları alınmış olup, Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uyulmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, sadece araştırmacının ikamet ettiği şehir olan Isparta ilindeki, en çok göç alan bölgelerde 83 göç eden gebe kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Özellikle kültürel davranışlarla ilgili ve kültür ile ilgili sorularda katılımcıların beyanları esas alınmıştır.

Araştırma soruları

1. Kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenler nelerdir?
2. Kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını kültürel etmenler etkilemekte midir?

BULGULAR

Sosyodemografik-kültürel değişkenler

Gebe kadınların yaş ortalaması (n=83) 27.38 ± 5.75 . Gebe kadınların gelir durumlarının ortalaması 1178 ± 76.3 TL olup, gebelik haftalarının ortalaması 24.22 ± 9.93 'tür. Gebe kadınların %67.5'i, eşlerinin %42.2'si lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olup, %16'sı herhangi bir işte çalışmaktadır. Kadınların %38.6'sının birinci gebeliği, %36.1'inin ikinci gebelikleri olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların göç dağılımına bakıldığında % 27.7'sinin Ege bölgesi, %33.7'sinin Akdeniz, %22.9'unun Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki diğer şehirlerden geldikleri saptanmıştır. Isparta'da yaşama süreleri ortalamasının 4.90 ± 3.89 yıl olduğu belirlenmiştir. Etnik köken dağılımına bakıldığında %75.9'unun Türk, % 15.7'sinin Kürt olduğu saptanmıştır.

Ailedeki kişilerin düşüncelerinin kadınlar için önemi sorulduğunda % 54.2'si önemli, %38.6'sının çok önemli cevabı verdikleri saptanmıştır. Kadınların %59'unun sağlıklı ilgili konularda kendileri için önemli insanlara "her zaman" danıştıkları saptanmıştır. Kadınların %31'nin geleneksel kuralara çok önem verdikleri, %41'inin önceki geleneklerini aynı şekilde devam ettirdiği ve %85.5'inin sağlık çalışanlarıyla iletişim kurmada problem yaşamadığı saptanmıştır. Sağlığı etkileyen geleneksel davranışlara bakıldığında % 21.7'si gebelikte oruç tutma, %16.9'u erkek doktora muayene olmama gibi davranışlar yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

Planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım ölçeğinin alt skalaları ve arasındaki korelasyon sonuçları

Gebelerin doğum öncesi bakım ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 148.72 ± 36.14 'dur. Doğum öncesi bakım ölçeğinin alt boyutları tabloda gösterilmiştir (Tablo 2). Çalışmamızda, davranışa yönelik tutum ($r=0.68$ $p<0.001$) öznel norm ($r=0.70$ $p<0.001$) ve algılanan davranış kontrolü ($r=0.74$ $p<0.001$) alt boyut değişkenlerinin eşit anlamlılık derecesinde antenatal bakım almaya ilişkin niyeti pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (Tablo 3).

Aşağıdaki bulgular planlı davranış kuramının alt boyutlarına göre davranışa yönelik niyeti, *davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranış kontrolü* olmak üzere

Tablo 1. Sosyodemografik-kültürel değişkenler

| Değişkenler | Sayı | % |
|---|-----------|--------------|
| Dinin kolu | | |
| Sünni | 63 | 75.9 |
| Alevi | 7 | 8.4 |
| Şafi | 13 | 15.7 |
| Karar verme durumu | | |
| Eşim | 30 | 36.2 |
| Eşim ve çocuklarım | 38 | 45.8 |
| Eşimin kardeşleri eş ve çocukları | 5 | 6.0 |
| Eşimin anne ve babası | 10 | 12.0 |
| Ailedeki kişilerin düşüncelerinin önemi | | |
| Az derece önemli | 6 | 7.2 |
| Önemli | 45 | 54.2 |
| Çok önemli | 32 | 38.6 |
| Sağlıkla ilgili konularda önemli insanlara danışma | | |
| Bazen | 29 | 34.9 |
| Her zaman | 49 | 59.1 |
| Hiç danışmam | 5 | 6.0 |
| Geleneksel kurallara önem verme | | |
| Çok önem vermem | 23 | 27.7 |
| Orta derecede önem veririm | 34 | 41.0 |
| Çok önem veririm | 26 | 31.3 |
| Gelenekleri devam ettirme | | |
| Az oranda devam ettiriyorum | 37 | 44.6 |
| Aynı şekilde devam ettiriyorum | 34 | 41.0 |
| Devam ettirmiyorum | 12 | 14.4 |
| Sağlık çalışanlarıyla iletişimde zorluk | | |
| Evet | 12 | 14.5 |
| Hayır | 71 | 85.5 |
| Akraba evliliği | | |
| Evet | 14 | 16.9 |
| Hayır | 69 | 83.1 |
| | 83 | 100.0 |
| Sağlıkla ilgili olumsuz davranışlar* | | |
| Erkek doktora muayene olmama | 14 | 31.9 |
| Sağlıkla ilgili olumsuz gelişmeleri kadere bırakarak bir şey yapmamak | 6 | 13.1 |
| Ramazan ayında hekime gitmeme | 6 | 13.1 |
| Gebelikte oruç tutma | 18 | 41.9 |
| TOPLAM | 44 | 100.0 |

*Olumsuz davranış yapanların yüzdesi alınmıştır.

üç faktörün etkilediği bilgisinden yola çıkılarak, doğum öncesi bakım ölçeğinden alınan puanları etkileyen değişkenler açısından incelenmiştir.

Davranışa yönelik tutum

Doğum öncesi bakım ölçeği puanları ile gebelerin ailesindeki kararları alma dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=33.42$ $p<0.001$). Yapılan

Planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım ölçeğinin alt skalaları ve arasındaki korelasyon sonuçları

Tablo 2. Doğum Öncesi Bakım Ölçeği alt skalalarının dağılımı

| Alt skalalar | Ort | SS | Min | Max | N |
|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|----|
| Niyet | 16.98 | 5.18 | 3 | 21 | 83 |
| Öznel norm | 17.13 | 5.48 | 3 | 21 | 83 |
| Normatif inançlar | 45.65 | 12.26 | 8 | 56 | 83 |
| Davranışa karşı tutum | 35.25 | 8.54 | 6 | 42 | 83 |
| Davranışsal inanç | 23.57 | 5.48 | 4 | 28 | 83 |
| Algılanan davranışsal kontrol | 10.55 | 3.96 | 2 | 14 | 83 |

Tablo 3. Doğum öncesi bakım alma niyetini etkileyen doğum öncesi bakım ölçeğinin alt skalaları arasındaki Spearman korelasyon analizi

| Doğum Öncesi Bakım Ölçeği alt skalalarının karşılaştırması | | Niyet |
|--|-------|---------|
| Davranışa yönelik tutum | r_s | 0.68 |
| | p | p<0.001 |
| | n | 83 |
| Öznel norm | r_s | 0.70 |
| | p | p<0.001 |
| | n | 83 |
| Algılanan davranışsal kontrol | r_s | 0.74 |
| | p | p<0.001 |
| | n | 83 |

ileri analiz sonucunda aradaki farkın kararları eşim ve ben alırım diyen gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Doğum öncesi bakım ölçeği puanları ile gebelerin eğitim durumları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=16.31$ p<0.001). Yapılan ileri analiz sonucunda aradaki farkın eğitim durumu lise olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Doğum öncesi bakım ölçeği puanları ile gebelerin birlikte yaşadıkları kişilerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=7.11$ p=0.06) (Tablo 4). Yapılan korelasyon analizinde gebelik sayısının negatif yönde ($r = -0.31$ p=0.002), gelir durumunun ise pozitif yönde ($r = 0.40$ p<0.001) doğum öncesi bakım puanlarını etkilediği saptanmıştır (Tablo 5).

Öznel norm

Doğum öncesi bakım ölçeği puanları ile gebelerin sağlıkla ilgili durumlarda önemli insanlara danışma durumları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=6.20$ p=0.04) (Tablo 6).

Planlı davranış teorisine göre doğum öncesi bakım almayı etkileyen faktörlerin (alt skalaların) değişkenler arasındaki ilişki sonuçları

Tablo 4. Bazı sosyodemografik değişkenlerle davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin Kruskal Wallis-H analizi ile karşılaştırılması

| Değişkenler | N | Ort | SS | Min-Max | X ² | p |
|------------------------------------|-----------|-------|-------|---------|----------------|---------|
| Eğitim | | | | | 16.31 | p<0.001 |
| Okuryazar değil | 5 | 31.60 | 12.25 | 15-42 | | |
| Okuryazar | 6 | 35.83 | 9.08 | 21-42 | | |
| İlkokul | 20 | 30.25 | 10.70 | 6-42 | | |
| Ortaokul | 17 | 34.00 | 7.98 | 19-42 | | |
| Lise | 35 | 39.14 | 8.54 | 6-42 | | |
| Kararları alma | | | | | 33.42 | p<0.001 |
| Ben ve eşim | 53 | 38.24 | 5.69 | 23-42 | | |
| Ben | 4 | 30.75 | 9.25 | 19-42 | | |
| Eşim | 18 | 27.33 | 10.76 | 6-42 | | |
| Eşimin anne babası | 8 | 35.50 | 7.48 | 21-42 | | |
| Birlikte yaşanan kişiler | | | | | 7.11 | p> 0.05 |
| Eşim | 30 | 38.16 | 4.96 | 28-42 | | |
| Eşim ve çocuklar | 38 | 33.65 | 9.78 | 6-42 | | |
| Eşimin kardeşleri, eş ve çocukları | 5 | 29.00 | 12.10 | 15-42 | | |
| Eşimin anne babası | 10 | 35.70 | 8.15 | 21-42 | | |
| Toplam | 83 | | | | | |

Algılanan davranışsal kontrol

Doğum öncesi bakım ölçeği puanları ile gebelerin eşlerinin eğitim durumları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=13.84$ $p<0.001$). Doğum öncesi bakım ölçeği puanlarının etnik kökene göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=7.05$ $p=0.02$). Doğum öncesi bakım ölçeği puanları ile dinin koluna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=7.82$ $p=0.02$ (Tablo 7).

Yapılan Mann whitney U testinde sağlık çalışanları ile iletişimde zorluk yaşama durumunun ($U=230.500$ $p=0.01$) doğum öncesi bakım ölçeğinden alınan puanları

Tablo 5. Bazı sosyodemografik değişkenlerle davranışa yönelik tutum arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile karşılaştırılması

| Değişkenler | | Doğum Öncesi Bakım Ölçeği Puanları |
|----------------|-------|------------------------------------|
| Gebelik sayısı | r_s | -0.31 |
| | p | p=0.002 |
| | n | 83 |
| Gelir durumu | r_s | 0.40 |
| | p | p<0.001 |
| | n | 83 |

Tablo 6. Sağlıkla ilgili konularda danışma değişkeni ve öznel norm arasındaki ilişkinin ile Kruskal Wallis-H analizi ile karşılaştırılması

| Değişkenler | N | Ort | SS | Min-max | X ² | p |
|--|----|-------|------|---------|----------------|--------|
| Sağlıkla ilgili konularda önemli insanlara danışma | | | | | 6.20 | p<0.05 |
| Bazen | 29 | 16.27 | 5.37 | 4-21 | | |
| Her zaman | 49 | 18.14 | 4.87 | 3-21 | | |
| Hiç | 5 | 12.20 | 9.01 | 3-21 | | |
| Toplam | 83 | | | | | |

etkilediği görülmektedir. Fakat konuşulan dilin doğum öncesi bakım ölçeğinden alınan puanları etkilemediği görülmektedir (U=260.500 p=0.92) (Tablo 8).

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen nedenler genel olarak üç ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar; ekonomik nedenler, coğrafi nedenler, psiko-sosyal ve kültürel nedenlerdir¹¹. Bu çalışmada kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını eğitim durumlarının, kararları alma durumlarının, gebelik sayılarının, gelir durumlarının, kadınların eşlerinin eğitimlerinin etkilediği saptanmıştır. Ayrıca, aynı şekilde doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını kültürel etmenlerin etkilediği ve bu etmenlerin, sağlıkla ilgili konularda önemli insanlara danışma, etnik köken, din ve sağlık çalışanlarıyla iletişimde zorluk yaşama olduğu saptanmıştır.

Gebelerin doğum öncesi bakım ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 148.72±36.14'dur. Bu puan ortalama puanın üzerinde fakat çok yüksek değildir. Doğum öncesi bakım ölçeğinden alınan puanlar yükseldikçe doğum öncesi bakım almaya karşı niyetlerinin yükseldiği söylenebilir.

Bu çalışmada göç eden gebe kadınların antenatal bakım almaya ilişkin niyet ve tutumları planlı davranış kuramı çerçevesinde incelenmiştir. Planlı davranış kuramına

Tablo 7. Bazı sosyodemografik değişkenler ve algılanan davranış kontrolü arasındaki ilişkinin Kruskal Wallis-H analizi ile karşılaştırılması

| Değişkenler | N | Ort | SS | Min-Max | X ² | p |
|---------------------|-----------|-------|------|---------|----------------|---------|
| Eşin eğitimi | | | | | 13.84 | p<0.001 |
| Okuryazar | 3 | 19.50 | 4.94 | 2-14 | | |
| İlkokul | 11 | 6.63 | 4.41 | 2-14 | | |
| Ortaokul | 13 | 10.07 | 2.59 | 6-14 | | |
| Lise | 56 | 24.59 | 4.90 | 2-14 | | |
| Etnik köken | | | | | 7.05 | p=0.02 |
| Türk | 63 | 10.95 | 3.89 | 2-14 | | |
| Kürt | 13 | 9.07 | 4.21 | 2-14 | | |
| Diğer | 7 | 9.71 | 3.90 | 2-14 | | |
| Dinin kolu | | | | | 7.82 | p=0.02 |
| Sünni | 63 | 10.90 | 4.11 | 2-14 | | |
| Alevi | 7 | 9.00 | 2.82 | 6-14 | | |
| Şafi | 13 | 9.69 | 3.63 | 2-14 | | |
| Toplam | 83 | | | | | |

Tablo 8. İletişim ile ilgili değişkenler ve algılanan davranış kontrolü arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U analizi ile karşılaştırılması

| | N | Ort | SS | Min- Max | Z | U | p |
|--|-----------|-------|------|----------|-------|---------|---------|
| Sağlık çalışanlarıyla iletişimde zorluk yaşama durumu | | | | | | | |
| Evet | 12 | 9.08 | 4.10 | 2-14 | -2.55 | 230.500 | p=0.01 |
| Hayır | 71 | 10.80 | 3.91 | 2-14 | | | |
| Dil | | | | | | | |
| Türkçe | 76 | 10.53 | 3.96 | 2-14 | -0.09 | 260.500 | p= 0.92 |
| Kürtçe | 7 | 10.71 | 4.30 | 2-14 | | | |
| Toplam | 83 | | | | | | |

Doğum Öncesi Bakım Ölçeği Puanları

göre insanların toplumsal davranışları belirli faktörlerin kontrolü altında olup belirli nedenlerden kaynaklanır ve planlanmış bir şekilde ortaya çıkar. Bir insanda bir davranışın ortaya çıkabilmesi için öncelikle niyetin (davranışa yönelik amaç) oluşması gerekir. Niyeti, davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranış kontrolü olmak üzere üç faktör etkiler¹⁸. Planlı davranış kuramına göre antenatal bakım almaya ilişkin tutumları ne kadar olumluysa, öznel normları ne kadar kuvvetliyse, davranışları üzerinde algıladığı kontrolde o kadar güçlü olacaktır.

Göç eden kadınların antenatal bakım alma durumlarının göç etmeyen kadınlara göre daha yetersiz olduğu birçok çalışmada belirtilmiş olup,^{7, 11, 21- 29} çalışmamızda da göç eden kadınlarda antenatal bakım almaya yönelik niyet ve tutumları etkileyen bazı değişkenler irdelenmiştir. Bulguların tartışması planlı davranış kuramının bu üç öncülü doğrultusunda yapılacaktır. Planlı davranış kuramı, niyetin kavramsal olarak birbirinden bağımsız üç öncülü olduğunu varsayar. Bunlardan ilki *davranışa ilişkin tutumlardır* ve bireyin bilgili davranışı iyi ya da kötü olarak değerlendirmesiyle tanımlanmaktadır³⁰. Düzenli antenatal bakım almayı olumlu bulanların düzenli olarak antenatal bakım alması beklenir. Son yıllarda sağlık alanında yapılan pek çok araştırmada ortaya konduğu gibi kadının statüsü genel sağlık konusunda *bilgi, tutum ve davranışların* ve hizmetlerden yararlanmayı etkilemektedir. Tutumlarda kadının statüsünün önemli olduğu göz önüne alındığında, kadının statüsünü, eğitim ve çalışma yaşamına katılım; gelir düzeyi, kadının aile içindeki kararlara katılımı, resmi nikah, evliliğe kimin karar verdiği, evde yaşayan başka insanların varlığı, eşiyle akraba olma gibi durumlar belirlemektedir^{11,31}. Çalışmamızda da ailede kararları kimin verdiği ölçekten alınan puanları etkilerken, birlikte yaşanan kişiler değişkeninin etkisi olmamıştır. Özellikle kadının antenatal bakım alma ile ilgili kararlarda etkisiz kalması bakım alıp almaması açısından önemlidir. Kadının kendisiyle ilgili durumlarda karar almada yetersiz kaldığı çoğu zaman kadınlar yetersiz antenatal bakım almaktadır^{11, 32, 33}.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyinin antenatal bakım alma ölçeğinden alınan puanları etkilediği saptanmıştır. Eğitim düzeyi antenatal bakım alma ile ilgili niyet ve tutumlarda oldukça önemlidir. Kadının eğitim düzeyi ne kadar düşükse kadının sağlığı üzerindeki etkileri olumsuz olmaktadır. Öğrenim düzeyinin düşüklüğü, eğitimsizlik kadınların doğum öncesi bakım almaları ve doğumla ilgili bilgi kaynaklarına ve hizmetler ulaşmalarını engellemektedir¹. Örneğin Afrika ülkelerinde ebe nineler tarafından yaptırılan doğumlarda eğitilmiş bir kadın steril olmayan aletlerle müdahale edilmesine izin vermemektedir³. Eğitim düzeyi düşük kadının doğum öncesi bakım almak için sağlık hizmetlerini kullanmama nedeni aynı zamanda sağlık kuruluşlarının onlar için yabancı yerler olması da olarakta düşünülebilir.

Örneğin, eğitim seviyesi düşük olan kadınların daha çok çocuk sahibi olduğu, aile planlaması yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve buna paralel olarak çocuk aldırma oranının yüksek olduğu bilinmektedir³⁴. Bazı çalışmalar eğitim düzeyinin düşük olmasının yetersiz antenatal bakım alma ile ve eğitim düzeyinin yüksekliğinin daha fazla antenatal bakım alma ile karakterize olduğunu bildirmişlerdir^{21,25,35}.

Çalışmamızda gebelik sayısı arttıkça doğum öncesi bakım puanları düşmektedir ve gelir durumunun artması ise olumlu etki yapmaktadır. Genelde gebelik sayısı arttıkça kadınların gebeliği normal olarak algılama durumları artış göstermekte olduğu için

bu durum bununla da ilgili olabilmektedir. Literatürde de gebelik sayısı arttıkça, evde çocuk sayısı fazlaştıkça gebelerin sağlıklarına zaman ayırma oranı azalmakta olduğu¹¹ ve kendilerini gebelik konusunda deneyimli gördükleri için antenatal bakım almaya ihtiyaç duymadıkları belirtilmiştir¹⁰. Gelir durumu ise, prenatal bakım almak için sağlık kuruluşuna başvurma sayısında majör faktör olarak görünmektedir². Çalışmalarda da yeterli doğum öncesi bakım alma durumunda gelir durumunun etkili olduğu belirtilmiştir^{9,36,37}.

Davranışsal niyetin ikinci belirleyicisi olan *öznel norm* algılanan sosyal baskıya karşılık gelmektedir. Bu kavram, kişinin belirli bir davranışı gerçekleştirme ile diğer insanlardan nasıl bir tepki göreceğine ilişkin beklentisi olarak düşünülebilir³⁰. Örneğin, kadının eşinin, aile büyüklerinin düzenli antenatal bakım almaya ilişkin davranışını onaylayıp onaylamayacağına ilişkin görüşü antenatal bakım almaya niyetinin belirleyicisi olacaktır. Çalışmamızda da kadınların sağlıkla ilgili durumlarda kendisi için önemli insanlara danışma değişkeni antenatal bakım alma ölçeğinden alınan puanları etkilemektedir. Taşçı-Duran ve Sevil (2013) çalışmalarında, antenatal bakımın yönetilmesinde ailedeki önemli kişilerin desteğinin önemli olduğunu belirtmişlerdir³³. Genellikle geniş aile içerisinde, kocası ile kaynanasının iznine tabi olarak yaşamak, kadınların doğum öncesi bakım ve doğumla ilgili bilgi kaynaklarına ve hizmetler ulaşmalarını ciddi şekilde engellemektedir¹¹.

Davranışsal niyetin son belirleyicisi olan *algılanan davranışsal kontrol* ise bir davranışı yapmanın kişi için ne kadar kolay ya da zor olarak algılandığını (engeller vs) ifade eder. Kişinin söz konusu davranışı yapmasının ne kadar kendi kontrolü altında olduğuna ilişkin inancıdır. Burada çeşitli engeller de devreye girmektedir³⁰. Çalışmamızda kadınların eşlerinin eğitim durumunun doğum öncesi bakım puanlarını etkilediği belirlenmiştir. Bazı durumlarda kadının eşi antenatal bakım alma konusunda engelleyici olabilmektedir. Eşlerinin eğitim düzeyi kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinin alınmasında kadınlara destek olunması ya da engelleyici bir faktör olunması açısından önemlidir. Çalışmalarda da yeterli doğum öncesi bakım alma durumunda eşin eğitim durumunun anlamlı olduğu bulunmuştur^{9,36,37}. Aynı zamanda çalışmamızda din kolu ve etnik kökenin antenatal bakım alma ölçeğinden alınan puanları etkilediği saptanmıştır. Farklı etnik köken ve farklı mezheplere sahip olmak, sağlık davranışları konusunda da farklı uygulamalara sahip olmayı beraberinde getirmektedir. Taşçı-Duran ve Sevil (2013) çalışmalarında, kadının sağlık davranışlarının, aile yapısı, sosyoekonomik durumu, etnik köken, dini faktörler ve kültür yapısından etkilendiğini ve etnik kökeni ve dinin kolu açısından azınlık olan gruba dahil olanların doğum öncesi bakım alma durumlarının daha zayıf olduğunu belirtmişlerdir³³. Sağlık arama davranışı araştırmasında belirtildiği gibi, sağlık çalışanları tarafından kadının geldiği etnik grup, yoksulluk ve bakımsızlıkla ilgili olarak ayrımcılık yapılabilmektedir. Bu nedenle de mağdur olan kadın sağlık hizmeti almada çekingen davranabilmektedir¹¹.

Çalışmamızda sağlık çalışanları ile iletişim sorunlarının antenatal bakım alma ölçeğinden alınan puanları etkilediği saptanmıştır. Kadınların, sağlık çalışanlarıyla etkili iletişimde bulunamaması antenatal bakım alma ile ilgili niyet ve tutumu etkileyebilmektedir. Farklı çalışmalar da iletişim sorunlarının yetersiz antenatal bakım almada önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir^{7,38-42}. Sağlık arama davranışı araştırmasında, gebelerin pek çoğu, sağlık personeli ile aralarındaki iletişim

kanallarının yeterince açık olmadığı görüşünün olduğu, yeterince iletişim kurulmadığı için sağlık hizmetlerinin kullanılmasının etkilendiği ve kadınların hekime ya da hemşireye başvurma oranlarının düştüğü belirtilmiştir¹¹. Sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki etkileşim, ikisi arasındaki iletişime bağlıdır ve her ikisi de kendi kültürlerini yansıtır. Bu faktörler, bilgi aktarımını, sağlık bakımı hakkında karar vermeyi etkiler⁴³. Türkiye’de ise kültürel ve dil farklılıklarından dolayı kadınlar, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde yetersiz bakım almaktadır³⁷.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Göç eden kadınların antenatal bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi antenatal bakım hizmetlerinin şekillendirilmesi açısından önemlidir. Etkili değişkenlerin antenatal bakım hizmetlerinde dikkate alınması gerekmektedir. Antenatal bakım hizmetleri verilirken kadınların ailelerindeki önemli kişilerin bu hizmetlere dahil edilmesi bu kişilere de antenatal eğitim programları düzenlenmesi ve iletişim sağlanması gerekmektedir. Bulgular gebe kadınlar için bakım veren hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri için önemli olup gebe kadınlara kültürel olarak uygun bakımın sağlanmasında da önem taşımaktadır.

Etnik gruplarda iletişim sorunlarının önlenmesi için gerekli girişimlerin yapılması gerekmektedir. Kadınların antenatal bakım almasını engelleyen kültürel engellerin farkında olunması ve bu duruma göre uygun stratejilerin belirlenmesi gerekmektedir^{20,33}.

KAYNAKLAR

1. Bars ME. Şor kahramanlık destanlarında geçiş dönemleri: doğum-evlenme-ölüm, International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2014, 9 (5): 353-370.
2. Bekar M. Kadının sosyalizasyonu Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2010, 13 (2): 98-117.
3. Akın A, Mihciokur S. Kadının statüsü ve anne ölümleri, <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/women.htm> , Nisan 1, 2015
4. İldam Çalım S, Kavlak O, Sevil Ü. Evrensel bir sorun: göç eden kadınların sağlığı ve sağlık hizmetlerinde yaşanan dil engeli. Sağlık ve Toplum 2012; 22(2):11-19.
5. Hayes I, Enohumah K, McCaula C. Care of the migrant obstetric population. International Journal of Obstetric Anesthesia 2011, 20(4): 321-329.
6. Van Roosmalen J, Zwart J, Severe acute maternal morbidity in high-income countries. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2009; 23: 297-304.
7. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. Soc Sci Med 2009; 68: 452-461.
8. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2):137-141.
9. Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B ve ark. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6 (2):91-97
10. Üstünsöz A. Gebelerin doğum öncesi bakım almama nedenleri. Gülhane Tıp Dergisi 2005; 47: 156-158
11. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER. Sağlık arama davranışı araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. 2007
12. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2000; 1(2):92-104.

13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması , T.C. Hacettepe Üniversitesi Toplum çalışmaları Enstitüsü, Ankara; 2013.
14. Türkiye Sağlık Bakanlığı. /<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6077/eski2yeni.html>, Mart 4, 2011.
15. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6:113.
16. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. Journal of Applied Social Psychology 2002; 32: 665-683.
17. 17. Ajzen I. Behavioral interventions based on the theory of planned behavior. <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.intervention.pdf> (Erişim tarihi 2.7.2011). (2011)
18. Tümer A. Fiziksel aktiviteyi artırmada değişim aşaması temelli bireysel danışmanlık girişiminin etkililiği. Doktora tezi, İzmir; 2007.
19. Karataş N. Araştırmada örnekleme, hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri, İnci Erefe (ed), Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, 1.Basım, Odak Ofset, İstanbul; 2003. s.125-138.
20. Taşçı-Duran E, Ozkahraman S. Development and psychometric testing of the Antenatal Care Scale within the context of the Theory of Planned Behaviour. Midwifery 2013; 29(9):1035-1040.
21. Hui-Peng L. The Migrant–nonmigrant differentials in prenatal care utilization: evidence from Indonesia. Population Research and Policy Review 2010; 29:639–658.
22. Liamputtong P. Motherhood and ‘moral career’: discourses of good mother- hood among Southeast Asian immigrant women in Australia. Qualitative Sociology 2006; 29: 25–53.
23. Hoang HT, Kilpatrick QLS, Having a baby in thenewl and :a qualitative exploration of the experiences of Asian migrants in rural Tasmania, Australia. Rural Remote Health 2009; 9(1): 1084
24. Murra L,Windsor C, Parker E,Tewfik E. The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. Health Care Women Int 2010;31: 458–472.
25. Alderliesten ME, Vrijkotte TGM, Van Der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2007;114:1232–1239.
26. Brown SJ, Bruinsma F. Future directions for Victoria’s public maternity services: is this “what women want”? Australian Health Review 2006; 30: 56–64.
27. Shafiei T, Small R, McLachlan H. Women’s views and experiences of maternity care: a study of immigrant Afghan women in Melbourne, Australia. Midwifery 2012; 28(2):198-203.
28. Leung TN, Lau TK, Roach VJ, Wilson D, Rogers MS, Chang AMZ. Obstetric outcome of immigrants from mainland China in Hong Kong. International Journal of Gynecology & Obstetrics 1998; 62: 223-227.
29. Van Roosmalen J, Schuitemaker NWE, Brand R, van Dongen PWJ, Bennebroek Gravenhorst J. Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in The Netherlands. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002;109:212–213.
30. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991; 50:179-211
31. Akın A. Kadının statüsü ve sağlığı ile ilgili gerçekler. T.C. başbakanlık kadının statüsü genel müdürlüğü, Ankara: afşaroğlu matbaası; 2008. p. 23-27
32. Hui-Peng L. The Migrant–nonmigrant differentials in prenatal care utilization: evidence from Indonesia. Population Research and Policy Review 2010; 29:639–658.
33. Taşçı-Duran E, Sevil U. A Comparison of the prenatal health behaviors of women from four cultural groups in Turkey: an ethn nursing study. Nursing Science Quarterly 2013; 26 (3): 257-266.
34. Topçu S, Beşer A. Göç ve sağlık C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3):37-42.

35. Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: Risk factors and pregnancy outcome. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(8): 501–506.
36. Omac M, Güneş G, Arapgir E. Devlet hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörler, 9. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı; 28 Eylül-1 Ekim 2005; Ankara; s.14-17.
37. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf Nisan 3, 2015.
38. Essén B, Bödker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109(6): 677–682.
39. Degni F, Suominen S, Essen B, Ansari WE, Inen-Julkunen KV Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers’ experiences in meeting somali women living in finland. *Journal of Immigrant Minority Health* 2012 ;14(2):330-343.
40. Durieux-Paillard S, Loutan L. Cultural diversity and stereotyping: implication for the medicalpractice. *Revue médicale suisse* 2005; 1(34), 2208-2213.
41. Alderliesten ME, Stronks K, Van Lith JMM, Smit BJ, Van der Wal MF, Bonsel GJ, et al. Ethnic differences in perinatal mortality. A perinatal audit on the role of substandard care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;138: 164–70.
42. Hoang H. Language and cultural barriers of asian migrants in accessing maternal care in australia. *The International Journal of Language Society and Culture* 2008; 26: 55.
43. Dossey BM. *Holistic nursing a handbook for practice*, Fourth edition Copyright Jones and Bartlett Publishers, London; 2005, p.259.

Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi

Determining the Menopause Related
Problems, Coping Methods and
Perspectives of Women Having
Menopause in Sanliurfa

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 16-26

Ülkü ÖZER*, Fatma GÖZÜKARA**

*Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, Türkiye

**Harran Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, Türkiye

Geliş Tarihi: 25 Şubat 2015

Kabul Tarihi: 19 Ekim 2015

ÖZ

Amaç: Çalışma, Şanlıurfa'da bir aile sağlığı merkezine bağlı bölgede yaşayan ve menopozla ilgili kadınların, menopozla ilgili yaşadıkları sorunları, baş etme yollarını ve bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Örneklem seçimi, 30 küme örneklem tekniği kullanılarak yapılmıştır. Örneklem 300 kadın alınmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ile Şubat-Temmuz 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmada kadınların menopozla yönelik en sık yaşadıkları sorunların el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, baş ağrısı ve dikkat dağınıklığı olduğu; bu sorunlarla baş etmek için kadınların en çok tercih ettikleri yöntemlerin; el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma için doktora gitme; baş ağrısı için ağrı kesici ilaç almak; dikkat toplayamama için ise herhangi bir uygulama yapmamak olduğu belirlenmiştir. Kadınlar için menopozun olumlu yönleri: söz sahibi olma, çocuk doğurmama ve adet kesilmesi olarak belirlenirken; olumsuz yönleri ise: hastalıkların artması, kilo artışı, şişkinliğe neden olması, ağrıların artması, agresyonda artış, terleme ve sıkıntı şikayetlerinin olması, idrar kaçırma sorununun başlaması olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre, kadınların menopoz döneminde pek çok sisteme yönelik sorun yaşadığı ve sorunlarla etkin baş edemedikleri belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kadın, menopoz

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the menopause related problems, coping methods and perspectives of the women having menopause.

Material and Methods: This study has a descriptive design. Sample selected by using 30 cluster-sampling methods and total 300 women were included. Data collected through face-to-face interviews with structured survey between the dates February-July 2013.

Results: Most common problems women suffered from menopause were numbness, tingling in hands and feet, headache and attention deficit. Most common coping method with the tingling problem is going a doctor; taking a painkiller for a headache. While menopause's positive aspects mentioned as involving in decision-making process, not giving birth and discontinuation of menstruation; negative aspects mentioned as increase in disease frequency, digestion problems, gaining weight, increase in pain, aggression, sweating, distress, urinary incontinence problem.

Conclusion: We observed that women experience many problems from many systems and cannot deal effectively with the identified problems.

Key Words: Menopause, women, nursing

GİRİŞ

Menstruasyonun bitişi olarak kabul edilen menopoz; kadınların hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşadığı bir dönemdir¹. Günümüzde sağlık hizmetlerinin gelişmesi, bireylerin yaşam kalitesini arttıracak uygulamalara daha çok önem vermesi gibi birçok faktöre paralel olarak kadınların yaşam süresi artmakta, menopoz sonrası geçirilen dönem giderek uzamakta, dolayısıyla kadınların yaşam sürelerinin yaklaşık 1/3' ü menopoz döneminde geçmektedir^{2,3}. Menopoz döneminde hormonal kökenli fizyolojik ve psikolojik değişikliklerden dolayı, kadınların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Döneme özgü değişimlere uyum sağlanabildiğinde sorunlar hafifletilebilir⁴.

Menopoz pek çok bedensel ve ruhsal değişikliği beraberinde getiren bir dönemdir. Bunlar arasında; vazomotor ve kardiyovasküler değişiklikler, gastro-intestinal değişiklikler, kas-iskelet sistemi sorunları, oftalmik değişiklikler, cinsel organlarda atrofik değişiklikler, cilt değişiklikleri, nöro-psişik belirtiler ve psikiyatrik değişiklikler bulunmaktadır⁵. Aynı zamanda kadınların yaşlanma ile ilgili endişeleri, çocuk doğurma yeteneğinin kaybı ve görünümdeki değişikliklerin farkındalığı (gençlik ve genç görünümün kaybı, değişen vücut şekli v.b.), sosyal ve sembolik anlamlarla birleşerek bu dönemin yaşanmasını zorlaştırmaktadır⁶.

Menopozla ilgili yapılan çalışmalarda görülmektedir ki, kadınların bu dönemde yaşanan sağlık sorunları ile baş etme yöntemleri de farklıdır. Bu farklılıkta, kadının kültürel özellikleri büyük bir öneme sahiptir⁷. Yapılan çalışmalar menopozun algılanması, menopozla ilgili bakış açıları ve menopozal tutum açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir^{1,3,7}. Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de ele alınması gerekmektedir^{8,9,10}.

Menopoz dönemindeki kadınların, bu döneme ait sorunlarını, baş etme yöntemlerini belirlemek, onların bakış açılarını anlamak, hemşirelik hizmetlerini doğru planlayabilmek için önemlidir. Böylece onların menopoz dönemini sağlıklı geçirebilmelerini ve sosyal hayata uyum sağlamalarını kolaylaştıracak hemşirelik hizmeti sunulmuş olur. Aynı zamanda hemşireye düşen görevlerin belirlenmesi, hatalı alışkanlıkların ve tutumların değişmesi sağlanmış olur. Bu doğrultuda kadının ve çevresinin dönemsel olarak kendisini algılayış biçiminin farklılaşması, yetişkin eğitimi plan ve uygulamalarına yön verilmesi ve böylece kadınlara sağlık bilincinin kazandırılması, kadınların bu dönemde yaşanabilecek sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamak açısından yararlı olacaktır.

Bu çalışma Şanlıurfa'da yaşayan kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yöntemlerinin ve bakış açılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, Şanlıurfa Merkez 04 No'lu Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa İli Bağlarbaşı Mahallesi'nde yaşayan 45-88 yaş arasında olan menopoza girmiş (en az son bir yıldır adet görmeyen) 1001 kadın oluşturmaktadır.

Örneklem seçiminde, 30 Küme Örneklem Tekniği kullanılmıştır¹³. 30 Küme örneklem tekniği, ilk olarak DSÖ tarafından çocuklara uygulanan bir aşının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu teknik aşılama düzeyini tespit için geliştirilmiş olsa da pek çok araştırmada bazı modifikasyonlar yapılarak kullanılmıştır. DSÖ'nün saha çalışmalarında önerdiği ve halen birçok ülkede kullanılan bir tekniktir. İki basamaklı bir örnekleme sistemidir. 1. basamakta örnekleme başlamadan önce daha küçük, birbiri içine girmeyen subpopülasyonlar oluşturulur. Bu subpopülasyonlara küme adı verilir, muhtemel örneklem büyüklüğü 30 tane küme içine yerleştirilir. Her kümede 7 kişi olmak üzere toplamda 210 kişinin araştırmaya dahil edilir. 2. basamakta ise önceden belirlenmiş büyüklüğe ulaşacak biçimde kümeler rasgele yöntemle seçilir.

Araştırmada popülasyon yüzdesinin tahmindeki hata düzeyini azaltmak için her kümedeki örnek büyüklüğü 7 den 10'a yükseltilmiş ve her kümede 10 kişi olmak üzere toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır. Başlangıç noktası olarak basit rasgele yöntemle 30 sokak belirlenmiş, seçilen her sokakta başlangıç noktası olarak sokak başındaki üçüncü haneden başlanılmış ve 10 kişi tamamlanıncaya kadar sağ taraftan devam edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verisi araştırmacılar tarafından literatür^{1,4-12} taranarak hazırlanmış olan yapılandırılmış "Şanlıurfa'da menopoza girmiş kadınların, menopoza ilişkin

sorunlarının, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi amacıyla hazırlanan soru kağıdı” kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadınların bireysel özelliklerini tanımlayan 15 adet soru, ikinci bölümde menopoza ilişkin bakış açılarını belirleyen dört soru ve üçüncü bölümde menopozda yaşanan sağlık sorunlarıyla baş etme yollarını belirleyen 44 soru yer almaktadır. Veri toplama araçlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla 01.02.2013 - 08.02.2013 tarihleri arasında Şanlıurfa İli Bağlarbaşı Mahallesi'nde yaşayan 30 kadın ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilmiştir. Araştırmanın uygulama aşaması Şubat-Temmuz 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırmacı haftada üç gün 09:00-17:00 saatleri arasında, Bağlarbaşı Mahallesi'nde bulunmuştur. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak kendi ev ortamlarında müsait bir odada gerçekleştirilmiştir ve görüşmeler ortalama 35-45 dakika sürmüştür. Evde birden fazla menopoza girmiş kadın varlığında kish yöntemi uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan (04.03.2013 tarih ve 03/05 sayılı), ayrıca Şanlıurfa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin (09.01.2013 tarih ve 67/48 sayılı) ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzde hesaplamaları kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 38.0'ının 55-64 yaş grubunda olduğu, %89.7'sinin okur-yazar olmadığı, % 99.0'ının gelir getirici bir işte çalışmadığı, % 43.3'ünün halen evli olduğu, evli olanların % 46.3'ünün eşinin okur-yazar olmadığı, % 97.7'sinin sağlık güvencesi kapsamında olduğu, % 97.0'ının çocuk sahibi olduğu ve % 87.3'ünün çocuk sayısının 5 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1'de kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; kadınların % 56.0'ının 10 yıl ve daha uzun süredir menopozda olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 99.3'ünün menopoza yönelik bilgi almadığı; bilgi alanların ise tamamının bilgi kaynağının komşu, arkadaş ve akraba olduğu belirlenmiştir. Yine kadınların % 96.0'ının menopoza yönelik herhangi bir tedavi almadığı, sadece % 4.0'ının tedavi aldığı; tedavi alanların ise % 58.3'ünün kalsiyum ve % 41.7'sinin hormon ilacı kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2'de kadınların menopoz dönemine özgü yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Kadınların yaşadığı vazomotor sorunlar arasında “el ve ayaklarda uyuşma-karıncaalanma” görülürken (% 76.3); emosyonel durumda “hüzünlenme” (% 83.3);

Tablo 1. Kadınların Menopoza İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı n= 300

| Özellikler | Sayı | % |
|---|------------|--------------|
| Menopoz Yılı | | |
| 1 yıldan az süre önce | 27 | 9.0 |
| 1-3 yıl önce | 33 | 11.0 |
| 4-6 yıl önce | 40 | 13.3 |
| 7-9 yıl önce | 32 | 10.7 |
| 10 ve daha fazla süre önce | 168 | 56.0 |
| Menopoza Yönelik Bilgi Alma | | |
| Alan | 2 | 0.7 |
| Almayan | 298 | 99.3 |
| Menopoza yönelik aldığı bilginin kaynağı n=2* | | |
| Komşu, arkadaş ve akraba | 2 | 100.0 |
| Menopoza yönelik tedavi | | |
| Alan | 12 | 4.0 |
| Almayan | 288 | 96.0 |
| Menopoza yönelik aldığı tedavi n= 12** | | |
| Hormon ilacı | 5 | 41.7 |
| Kalsiyum ilacı | 7 | 58.3 |
| Toplam | 300 | 100.0 |

* Sayı ve yüzdeler menopoza yönelik bilgi alan kadınlar üzerinden alınmıştır.

** Sayı ve yüzdeler menopoza yönelik tedavi alan kadınlar üzerinden alınmıştır.

merkezi sinir sisteminde “unutkanlık” (% 63.3); saç ve deri ile ilgili “saç ve tüylerde dökülme” (% 46.7); kas-iskelet sisteminde “eklem ve kemiklerde ağrı” (% 76.0); kardiyovasküler sistemde “kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi” (% 75.3); ürogenital sistemde “üriner inkontinans” (% 53.7); gastrointestinal sistemde “konstipasyon” (% 75.3); uyku düzeni ile ilgili “uykuya dalmada güçlük / uzun süre uyuyamama / erken uyanma” (% 72.0) sorunlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmada kadınların yaşadıkları sağlık sorunları ile baş etme yöntemlerine bakıldığında; “kol ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma” sorunu ile baş etmede en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi; doktora gitme iken (% 52.2) en az tercih ettikleri baş etme yöntemleri nemlendirici bir krem kullanma / gezinme / düzenli olarak egzersiz yapma / soğuk suyla vücudu yıkama / fizik tedaviye gitme (% 3.9) olduğu; baş ağrısı sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi; ağrı kesici ilaç kullanma iken (% 96.2) en az tercih ettikleri baş etme yöntemleri herhangi bir uygulama yapmama ve tesbih çekme (% 3.3) olduğu; dikkat dağınıklığı sorunu ile baş etmede çoğunun herhangi bir uygulama yapmadığı (% 66.5), % 17’sinin ise uzun uzun düşünmeye çalıştığı ve % 16’sinin dua okumayı tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 2. Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Dağılımı **n=300**

| Sağlık Sorunları | n | % |
|--|----------|----------|
| Vazomotor sorunlar * | | |
| El ve ayaklarda uyuşma - karıncalanma | 229 | 76.3 |
| Baş ağrısı | 211 | 70.3 |
| Dikkat dağınıklığı | 190 | 63.3 |
| Boğulma hissi | 156 | 52.0 |
| Sıcak basması | 134 | 44.7 |
| Gece terlemesi | 123 | 41.0 |
| Emosyonel durum * | | |
| Hüzünlenme | 250 | 83.3 |
| Huzursuzluk – sinirlilik | 219 | 73.0 |
| Korku-panik hissi | 206 | 68.7 |
| Ağlama nöbetleri | 71 | 23.7 |
| Merkezi sinir sistemi ile ilgili sorunlar * | | |
| Unutkanlık | 190 | 63.3 |
| Saç ve deri ile ilgili sorunlar * | | |
| Saç ve tüylerde dökülme | 140 | 46.7 |
| Deride kuruluk ve kasıntı | 99 | 33.0 |
| Deride lekelenme | 28 | 9.3 |
| Kıllanma | 14 | 4.7 |
| Kas-iskelet sistemi ile ilgili sorunlar * | | |
| Eklem ve kemiklerde ağrı | 228 | 76.0 |
| Kardiyovasküler sistem ile ilgili sorunlar * | | |
| Kalpde sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi | 226 | 75.3 |
| Heyecanlanma | 206 | 68.7 |
| Ürogenital sistem ile ilgili sorunlar * | | |
| Üriner enfeksiyon | 161 | 53.7 |
| Üriner inkontinans | 53 | 17.7 |
| Disparoniye bağlı cinsel isteksizlik | 31 | 10.3 |
| Gastrointestinal sistem ile ilgili sorunlar * | | |
| Konstipasyon | 226 | 75.3 |
| Uyku düzeni ile ilgili sorunlar * | | |
| Uykuya dalmada güçlük / Uzun süre uyuyamama / Erken uyanma | 216 | 72.0 |

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 3. Kadınların en sık yaşadıkları vazomotor sorunlar ile baş etme yöntemleri

| Başetme Yöntemleri | | |
|--|---------------|----------|
| Kol ve Bacaklarında Uyuşma ve Karıncalanma | n= 230 | % |
| Doktora gitme | 120 | 52.1 |
| Uyuşan bölgeye masaj yapma | 90 | 39.1 |
| Herhangi bir uygulama yapmama | 26 | 11.3 |
| Diğer (Nemlendirici bir krem kullanma / Gezinme / Düzenli olarak egzersiz yapma / Soğuk suyla vücudu yıkama / Fizik tedaviye gitme) | 9 | 3.9 |
| Baş Ağrısı | n= 211 | % |
| Ağrı kesici bir ilaç kullanma | 203 | 96.2 |
| Temiz havaya çıkıp dolaşma | 14 | 6.6 |
| Diğer (Herhangi bir uygulama yapmama / Tesbih çekme) | 7 | 3.3 |
| Dikkat Dağınıklığı | n= 194 | % |
| Herhangi bir uygulama yapmama | 129 | 66.4 |
| Uzun uzun düşünmeye çalışma | 34 | 17.0 |
| Dua okuma | 31 | 16.0 |
| Diğer (Bitkisel kökenli çaylar içme) | 5 | 2.6 |

Araştırmada kadınların menopoza ilişkin düşünceleri anlaşılmasına çalışılmıştır. Kadınların % 76.7'si menopozu "adet kesilmesi", % 31.3'ü menopozu "çocuk doğurmama", % 7'si menopozu "yaşlanma" olarak ifade etmiştir. Ayrıca kadınların % 60.3'ü menopozun hayatlarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilediğini ifade etmiştir. Kadınların % 28'i menopozun hayatlarında olumlu yönleri olduğunu düşünürken, % 53.3'ü olumsuz yönleri olduğunu düşünmektedir. Kadınlar tarafından menopozun olumlu görülen yönleri değerlendirildiğinde en çok çocuk doğurmaktan kurtulma (% 96.7); olumsuz yönleri ise en çok hastalıkların artması (% 51.2), kilo alma (%22.2), karın bölgesinde şişkinliğin olması(%20.4) olarak ifade edilmiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Araştırmada her üç kadından birinin 55-64 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de menopoz dönemine özgü yapılan çalışmalarda elde edilen yaş ortalamasına ilişkin sonuçlar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Özgür ve arkadaşları (2010) İzmir il merkezinde 45-55 yaş grubu 120 kadında yaptıkları çalışmada kadınların % 75'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmektedir². Benzer şekilde Ertem'in çalışmasında da(2006) kadınların menopoz yaş ortalamasının 55.23±6.94 olduğu belirtilmektedir¹².

Çalışmaya katılan kadınların eğitim ve gelir getiren bir işte çalışma düzeylerinin oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Nitekim, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nda Güneydoğu Anadolu Bölgesi için kadınlarda ilkököl ve üzeri öğrenim durumu %47.1 olduğu belirtilmektedir. TNSA 2008'den yıllar sonra yapılmasına rağmen bu çalışmanın sonuçları bu bölgedeki kadınların öğrenim düzeyinin hala çok düşük düzeylerde kaldığını göstermektedir¹². Araştırmaya katılan kadınlar arasında

Tablo 4. Kadınların Menopozla İlişkin Bakış Açılarının Dağılımı

| Bakış Açıları | | |
|--|---------------|----------|
| Menopozla yüklenen anlam* | n=300 | % |
| Adet kesilmesi | 230 | 76.7 |
| Çocuk doğuramama | 94 | 31.3 |
| Yaşlanma | 21 | 7.0 |
| Menopozun hayatı etkileyip etkilememesi | n= 300 | % |
| Etkiledi | 181 | 60.3 |
| Etkilemedi | 119 | 39.7 |
| Menopozun algılanan olumlu yönleri* | n=212 | % |
| Çocuk doğurmama | 205 | 96.7 |
| Adet kesilmesi | 7 | 3.3 |
| Menopozun algılanan olumsuz yönleri* | n=162 | % |
| Hastalıkların artması | 83 | 51.2 |
| Kilo alımında artış | 36 | 22.2 |
| Şişkinliğe neden olması | 33 | 20.4 |
| Ağrıların artması | 19 | 11.7 |
| Şikayetlerin artması | 18 | 11.1 |
| Agresif yapının artması | 6 | 3.7 |
| Terleme ve sıkıntı şikayetlerinin başlaması | 3 | 1.9 |
| İdrar kaçırma sorununun başlaması | 2 | 1.2 |

*Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

halen çalışıyor olanlar 2008 TNSA'da Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirlenen düzeyden (%21.0) oldukça düşüktür¹³.

Araştırmaya katılan kadınların menopozla yönelik bilgi aldıkları kaynaklar literatürle karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Çalışmada menopozla ilişkin bilgi alınan kaynağa bakıldığında komşu, arkadaş ve akraba olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bu durumun araştırmanın yapıldığı Şanlıurfa'da menopoz polikliniğinin olmamasına ve bölgede sunulan sağlık hizmetlerinde bu konuda yeterli eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yapılmamasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada kadınların menopozal dönemde en sık yaşadıkları ilk üç vazomotor sorun sırasıyla kol ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma, baş ağrısı ve dikkat dağınıklığı, en az yaşadıkları vazomotor sorun ise gece terlemesidir (Tablo 2). Yaşadıkları diğer vazomotor sorunlar ise sıcak basması, boğulma hissidir. Literatür incelendiğinde farklı ülkelerde ve bizim ülkemizde yapılan çalışmalarda menopozdaki kadınlar arasında en sık yaşanan vazomotor sorunun ateş basması ve gece terlemesi olduğu görülmektedir¹⁴⁻²³. Araştırmadaki bu farklılığın araştırmaların farklı bölgelerde yapılmış olmasından ve araştırma yapılan grubun etnik ve kültürel farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların saç ve tüylerde dökülme, deride kuruluk ve kaşıntı, kılınma sorununa ilişkin çoğunluğunun herhangi bir uygulama yapmadığı, deride lekelenme

sorunuyla baş etmede ise güneşe çıkmamayı tercih ettiği ve bir kısmının da herhangi bir uygulama yapmadığı tespit edilmiştir. Er tarafından yapılan çalışmada (2010) kadınların % 84.1'inin tüylerini aldığı belirtilmiştir²⁴. Erdem de (2006) benzer şekilde kadınların % 93.8'inin tüyleri alma baş etme yöntemini kullandığını saptamıştır²⁵. Araştırmamızda kadınların büyük çoğunluğunun kılınma sorununa yönelik herhangi bir uygulamada bulunmaması öz bakım konusunda yetersiz olduklarını gösterdiği gibi, aynı zamanda kadınların bu sorunların menopoza ilişkili olabileceğini düşünmeyip, yaşlılığın bir sembolü olarak kabul ettiklerini de düşündürmektedir.

Araştırmada kadınların kas-iskelet sistemi sorunuyla baş etme yolu olarak en çok doktora gitme, ağrı kesici ilaç alma ve ağrıyan yerlere masaj yapma yolunu tercih ettiği belirlenmiştir. Erdem ve Çelikkanat (2006 ve 2012) da yapmış oldukları çalışmalarda kadınların, kas-iskelet sistemi sorunuyla baş etmede en çok doktora gitme ve ağrı kesici ilaç alma yollarını tercih ettikleri saptamışlardır^{17,25}. Araştırmadan elde edilen bu bulgular, kadınların hareket sistemlerini etkileyen, eklem ve kemik sorunlarını önemseydiğini ve ağrıyı çözüme davranışlarını sergilediklerini göstermektedir. Ancak menopoza döneminde artan eklem ve kemik sorunları için beklenen diğer davranışları (uygun beslenme, kalsiyum ve D vitamini desteği, güneşlenme, zorlayıcı fiziksel hareketlerden kaçınma, egzersiz, sıcak uygulamalar...) sergilememeleri bu konularda bilgi sahibi olmadıklarını ve bu tür sorunlarda sağlık hizmeti arama davranışlarının yetersiz olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Araştırmada kadınların yaklaşık yarısının üriner inkontinans, beşte birinin üriner enfeksiyon ve dispareniye bağlı cinsel isteksizlik yaşadığı tespit edilmiştir. Altunbay ve Yurdakul'un çalışmasında (2009) kadınların % 62.3'ünün cinsel ilgide azalma, % 31.6'sının sık sık ve ağırlı idrar yapma sorunu yaşadığı²⁶, Er'in çalışmasında (2010) % 43.5'inin üriner inkontinans yaşadığı²⁴, Çelikkanat'ın çalışmasında (2012) ise % 95'inin sık idrara çıkma, % 98.9'unun sık üriner enfeksiyon ve % 62.3'ünün cinsel isteksizlik sorunu yaşadığı belirtilmektedir¹⁷. Bu araştırmada üriner enfeksiyon ve cinsel isteksizlik yaşama oranlarının literatür sonuçlarından daha düşük çıktığı saptanmıştır. Örnekleme giren kadınların % 56.7'sinin bekar olduğundan aktif cinsel yaşamı bulunmamaktadır. Bu nedenle sonuçların literatürden farklılık gösterdiği düşünülmüştür.

Menopozal dönemde vazomotor semptomlardan sonra gelen en önemli sorunlardan biri uyku bozukluklarıdır²⁷. Araştırmada kadınların % 72'sinin uykuya dalmada güçlük / uzun süre uyuyamama / erken uyanma sorunlarını yaşadığı bulunmuştur. Yapılan pek çok araştırmada benzer şekilde kadınların menopoza döneminde uykusuzluk sorunu yaşadığı belirtilmektedir^{17, 20, 28, 29}.

Kadınların menopoza bakış açıları, kültürel farklılık göstermektedir²⁹⁻³². Ceylan'ın çalışmasında (2010) kadınların % 61.0'inin bu dönemi kötü olarak algıladıkları ve bunun nedeninin bu dönemde yaşlanmaya dair meydana gelen olumsuz değişiklikler olduğunu belirtilirken³³; Sis'in yapmış olduğu başka bir çalışmada (2010) kadınların % 60.8'inin menopoza döneminde yaşlandığını hissetme olarak algıladıklarını, % 19.4'ünün de cinselliğin azalması/bitmesi olarak algıladıkları belirtilmektedir¹. Bu araştırmada ise kadınların çoğunun, çocuk doğurmaktan kurtuldukları için menopoza, olumlu gördükleri saptanmıştır. Bölgede doğurganlık oranı oldukça yüksektir. Ancak doğurganlık tercihleri her zaman kadının iradesinde değildir. Toplumsal baskı, eş ve aile büyüklerinin baskısı nedeniyle kadınlar istedikleri ve planladıkları sayıdan daha

fazla sayıda doğum yapabilmektedirler. Bu nedenle ki menopoz dönemi kadınlar için istemedikleri doğum olayından kurtuluş için bir yol olarak görülmektedir^{9,10}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre, kadınların menopoz döneminde pek çok sisteme yönelik sorun yaşadığı ve sorunlarla etkin baş edemedikleri belirlenmiştir. Bu nedenle; hemşireler başta olmak üzere, sağlık çalışanlarının menopozla yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve düzenli eğitim programlarının uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Çelik SA, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 16-29.
2. Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13: 1.
3. Ulrike Blume-Peytavi, Stephen Atkin, Uwe Gielers, Ramon Grimalt. Skin Academy: Hair, skin, hormones and menopause – current status/knowledge on the management of hair disorders in menopausal women. Eur J Dermatol 2012; 22 (3): 310-8.
4. Çelik SA, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013; 1(1):48-56.
5. Altınsoy N. Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2002, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik psikiyatri. İstanbul: Abay E (Çev. Ed.), Nobel Tıp Kitabevi; 2004. s. 330-331
7. Asadi M, Jouyandeh Z, Nayebyzadeh F. Prevalence of menopause symptoms among Iranian women. J Fam Plann Reprod Health Care 2012; 6 (1): 1-3.
8. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopozla ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi. Aile ve Toplum: Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi 2002; 2 (5): 5-12.
9. Bezircioğlu İ. ve ark. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yitimi, Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15 (3): 199-207.
10. Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T. Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6 (3): 64-74.
11. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7 (1): 471.
12. World Health Organization. Training for Mid-level Managers: The EPICoverage Survey. Geneva: WHO Expanded Programme on Immunization, 1991. WHO/EPI/MLM/91.10.
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK 2009.
14. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı . TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2): 112-122.
15. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of selfreported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society 2008;15 (5):958-62.

16. Çakıl A. Kırşehir il merkezindeki orta yaş dönemindeki kadınların menapozal yakınma ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2012.
17. Çelikkat Ş. 40 Yaş üstü kadınların menopoz ve osteoporozla ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2012, Gaziantep.
18. Demiroz M, Şahin N. Menopozal Sıcak basması ve alternatif tedavi seçenekleri. Göztepe Tıp Dergisi 2008; 143-148.
19. Ishizuka B, Kudo Y, Tango T. Cross-sectional community survey of menopause symptoms among Japanese women. Maturitas 2008; 61: 260-7.
20. Kal EH. Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2011, Konya.
21. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri 2008; 11: 159- 166.
22. Kuliyeva S. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Hormon Tedavisi ve Antimuskaririk İlaçların Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi 2007, Adana.
23. Ratka A. Menopausal Hot Flashes and Development of Cognitive Impairment. New York Academy of Sciences 2005; 1052: 11-26.
24. Er A. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopoz dönemine yönelik yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. Yakındoğu Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmış Tez) 2010, Kıbrıs.
25. Erdem Ö. Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2006, Ankara.
26. Altunbay D, Yurdakul M. Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve baş etme yöntemleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 25 (2): 43- 60.
27. Astbury EM. Menopause, sexuality and culture: is there a universal experience?, Sexual and Relationship Therapy 2003; 18(4): 437-445.
28. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Tyrrell KS, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society 2003;10 (1): 19-28.
29. Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palancı Y, Toksöz P. Diyarbakır İl merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. Dicle Tıp Dergisi 2005; 32 (2): 77-83.
30. Delavar M, Hajiahmadi M. Factors affecting the age in normal menopause and frequency of menopausal symptoms in Northern Iran. Iran Red Crescent Med J. 2011; 13: 192-198.
31. Aydemir Hİ, Dağdeviren HN. Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 2007, Edirne.
32. Messina MJ, Soy Foods and Soybean Isoflavones and Menopausal Health, Nutrition in Clinical Care 2002; 5(6), 272-282.
33. Ceylan B. Eskişehir tepebaşı ilçesinde yaşayan 40- 59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2010, Eskişehir.

Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi Level of Patients' Satisfaction With Nursing Care (Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 27-36

Birgül CERİT*

*Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Geliş Tarihi: 30 Nisan 2015

Kabul Tarihi: 06 Kasım 2015

*Bu araştırma 3. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve tedavi gördükleri klinikler açısından hemşirelik bakımından memnuniyetini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma verileri 85 hastadan elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Uzun (2003) tarafından geliştirilen ve 19 maddeden oluşan Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, standart sapma, t testi, Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U-testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyete ilişkin toplam puan ortalaması 76.61 ± 15.04 olarak hesaplanmıştır. Hastaların cinsiyet, yattığı klinik ve yaşa göre hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve eğitim düzeyine göre anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonucunda, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça memnuniyete ilişkin algılarını azaldığı saptanmıştır. Kadın ve erkek hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet algısının benzer olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta algısı, hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Aim: This study aimed to determine how satisfied patients were with nursing care in terms of patients' gender, age, educational status, and the inpatient clinics they were admitted.

Material and Methods: A total of 85 patients participated in the study. Data was collected through a personal information form and Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale, consisting of 19 items, developed by Uzun (2003). Data analysis was carried out using mean, standard deviation, t-test, Kruskal-Wallis test, and Mann-Whitney U Test.

Results: Mean score of patients' overall satisfaction with nursing care was 76.61 ± 15.04 . Whereas level of education and patient satisfaction were found to be significantly related, there was not a significant correlation between patient satisfaction and gender, age, or the clinic where treatment was administered.

İletişim : birgulcerit@yahoo.com.tr

Conclusion: Findings of the study revealed that the patients' level of satisfaction with nursing care provided was above average, and patients' level of satisfaction tended to decrease as the level of education increased. There was no significant difference between male and female patients' levels of satisfaction with nursing care.

Key Words: *Patient perception, patients' satisfaction, nursing care*

GİRİŞ

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin giderek artan rekabet ortamının oluşması, ücretlerde, hasta beklentisinde ve bunlara ek olarak yöneticilerin sağlık çalışanlarının ve hastaların farkındalığındaki artış sağlık bakımında hasta memnuniyeti kavramına dikkat çekmiştir¹.

Hastalar yoğun olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda iki temel sağlık çalışanı olan hekim ve hemşireler ile karşılaşmaktadırlar. Dolayısıyla hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet algıları çoğunlukla hekim ve hemşirelerin verdikleri hizmetten kaynaklanmaktadır. Hemşireler, hastaların tedavi ve bakımları sırasında en yoğun karşılaştıkları sağlık profesyonelidir². Bu nedenle hastalarda sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin algının oluşmasında, almış oldukları hemşirelik hizmetlerine yönelik değerlendirmeleri önemlidir. Bu açıdan alanyazında hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti araştırmacıların dikkatini çekmektedir. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti alanyazında çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Hemşirelik alanında yaygın olarak kullanılan tanıma göre hasta memnuniyeti, hastanın ideal hemşirelik bakımını beklentisi ile gerçekte almış olduğu hemşirelik bakım algısı arasındaki yakınlık derecesidir¹. Donabedian (1980)'a göre hasta memnuniyeti hastanın değer ve beklentilerinin karşılanmasında bakıma verenin başarısını ortaya koyan ve nihai otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren önemli bir göstergedir³. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA)'ne göre ise, hasta memnuniyeti hasta veya ailesinin hemşireden almış olduğu bakıma ilişkin algısının ölçülmesidir⁴. Tanımlarda da aktarıldığı gibi, hastanede kalınan süre boyunca verilen genel sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyet algısının oluşmasında hemşirelik hizmetleri temel belirleyicidir⁵.

Hemşireler sağlık bakımının yönetiminde etkin rol oynayan, bireyin sağlığını sürdürme, iyileştirme ve rehabilitasyonunda önemli işlevi olan, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca 24 saat kesintisiz hizmet sunan, diğer sağlık çalışanlarına göre daha ulaşılabilir olana sağlık ekibi üyesidir². Dolayısıyla hasta memnuniyetinin temelini, büyük oranda hemşirelik mesleği için vazgeçilmez olan hasta-hemşire birlikteliği oluşturur^{6,7}. Hasta-hemşire arasında olumlu iletişimin kurulması hemşirelik hizmetlerinin nitelikli sunumunu sağlar ve memnuniyeti artırır. Çünkü hastanın hizmet kalitesi algısıyla hemşirelik bakımından memnuniyeti pozitif ilişkilidir⁸.

Hasta-hemşire iletişiminin yanı sıra alanyazında hasta memnuniyetini etkileyen birçok faktör tanımlanmaktadır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi^{9,10}, sosyal durumu, kültürel geçmişi, etnik yapısı, hemşireden almış olduğu destek, gördüğü saygı, nezaket, sorularına açık-net yanıt alması ve hemşireye ulaşılabilirliği memnuniyeti etkileyen

önemli göstergelerdir^{10,11}. Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda memnuniyeti etkileyen bu faktörlerin dikkate alınması, hastaların beklenti ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında kendini değerli hissetmesini, tedaviye uyumunu, sağlığını yeniden kazanmasını, sağlığını geliştirici davranışlarda artışve yaşam kalitesini artırmasını sağlar¹².

Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin hastaların beklentilerini karşılama düzeyine ve hastalarınbu hizmeti algılamasına dayanır⁶. Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerinin ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin önemli bir gösterge olan hasta memnuniyetinin periyodik olarak ölçülmesi, memnuniyetsizliğe neden olan durumların belirlenmesi, uygun çözümlerin üretilmesi, hemşirelerin hasta bakımına ilişkin uygulamalarında gerekli düzenlemeleri yapabilmesive sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetini belirlemektir.

ARAŞTIRMA SORULARI

- Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyete ilişkin görüşleri nedir?
- Cinsiyet, yattığı klinik,yaş ve eğitim durumuna göre hastaların hemşirelik bakımından memnuniyete ilişkin görüşleri arasında fark var mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın modeli

Araştırmada betimsel model kullanılmıştır.

Çalışma grubu

Bu çalışma Bolu ilinde yer alan bir hastanenin dahili (Enfeksiyon Hastalıkları, Dahiliye, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Nöroloji Klinikleri) ve cerrahi (Nöroşirürji, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi, Plastik Cerrahi ve Üroloji Klinikleri) kliniklerinde yapılmıştır. Pediatri Klinikleri, Psikiyatri, Yoğun Bakımlar, Acil ve Göz Hastalıkları birimlerinde tedavi gören hastalar iletişim güçlüğü, yaş ve günü birlik işlemler sonrası taburculuk gibi nedenlerden dolayı araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Araştırma verileri 23 Mayıs-10 Haziran 2014 tarihleri arasındabu kliniklerde en az iki geceyatarak tedavi görmüş olan ve taburculuğu planlanan, 18 yaş ve üzerinde, iletişim kurulabilen gönüllü 85 hastadan elde edilmiştir.

Verilerin toplanması

Araştırma verileri anket formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından

oluşturulan ve hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgilerin elde edilmesine yönelik dört sorudan oluşan kişisel bilgi formu yer almaktadır. İkinci bölümde ise hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyeti belirlemeye yönelik olarak Thomas ve ark.¹³ (1996) tarafından geliştirilen, Uzun¹⁰ (2003) ve daha sonra Akın ve Erdoğan¹⁴ (2007) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılan Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek hemşirelik bakımından memnuniyeti belirlemeye yönelik 19 maddeden oluşan, 5'likert tipinde bir ölçektir (hiç memnun değildim= 1, nadiren memnundum= 2, memnundum= 3, çok memnundum= 4, tamamen memnundum= 5). Ölçekten alınan puan, tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 100'e dönüştürülerek hesaplanmaktadır. Toplam puanın 100 olması, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet duyduğunu gösterir¹⁰. Thomas ve ark. (1996)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .96, Uzun (2003)'un çalışmasında .94, Akın ve Erdoğan (2007)'in çalışmasında .96 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin analizi

Hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyeti belirlemek için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılacak olan istatistiklerin belirlenebilmesi için verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile tespit edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları verilerin normal dağılım gösterdiğini ortaya çıkarmıştır (K-S= 1.234; p= 0.095). Bu sonuca dayalı olarak hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyetin cinsiyete ve yattığı kliniğe göre farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesinde testi kullanılmıştır. Hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyetin yaş ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde, değişkenler normal dağılım göstermekte ancak gözeneklere düşen sayı parametrik test varsayımlarını sağlamadığından, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğu Mann Whitney U-Testi ile belirlenmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın uygulanması için araştırmanın yapıldığı hastaneden resmî yazılı izin, katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam, HBMÖ'nün kullanılabilmesi için Prof Dr. Özge Uzun'dan yazılı izin ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan resmî izin yazısı (Protokol no. 2014/57) alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmada yer alan hastaların yarısının (% 50.6) kadın olduğu, çoğunluğunun 54-71 yaş aralığında (% 35.3), ilköğretim mezunu (% 41.1) olduğu ve cerrahi kliniklerde (% 64.7) yattığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet toplam puan ortalamasının 76.61 ± 15.04 (Range: 39-100) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinin her bir maddesine ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur. Tablo 2'ye göre madde puan ortalamaları

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

| Özellikler | n | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 43 | 50.6 |
| Erkek | 42 | 49.4 |
| Yaş | | |
| 18-35 | 10 | 11.8 |
| 36-53 | 21 | 24.7 |
| 54-71 | 30 | 35.3 |
| 72-89 | 24 | 28.2 |
| Eğitim | | |
| Okuryazar | 13 | 15.3 |
| İlkokul | 35 | 41.1 |
| Ortaokul | 13 | 15.3 |
| Lise | 14 | 16.5 |
| Üniversite | 10 | 11.8 |
| Yattığı Klinik | | |
| Dahili Klinikler | 30 | 35.3 |
| Cerrahi Klinikler | 55 | 64.7 |
| Toplam | 85 | 100.0 |

incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının “hemşirelerin mahremiyetimize gösterdikleri saygıdan” (Ort: 4.19, ss: 1.03), en düşük puan ortalamasının “Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden” (Ort: 3.55, ss: 1.18) ifadelerine ait olduğu görülmektedir.

Hastaların cinsiyet ve yattığı kliniğe göre hemşirelik bakımından memnuniyetinde farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan t testi ve yaş ve eğitim durumuna göre hemşirelik bakımından memnuniyetinde farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçları Tablo 3’de verilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde, cinsiyet, yattığı klinik (t: -.406 p>.05; t: -.672 p>.05) ve yaşa (χ^2 :1.791 p>.05) göre hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülebilir.

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (χ^2 :14.87 p<.05) (Tablo 3). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U-Testi sonuçlarına göre, okuryazar olanlar ile lise mezunları arasında (U: 50.500; Z: -1.967; p: .049) okuryazar-üniversite mezunları arasında (U: 30.500; Z: -2.142; p: .032), ilkökul-lise mezunları arasında (U: 147.000; Z: -2.171; p: .030) ilkökul-üniversite mezunları arasında (U: 82.500; Z: -2.529; p: .011), ortaokul-lise mezunları arasında (U: 45.000; Z: -2.234; p: .025) ve ortaokul-üniversite mezunları arasında (U: 21.000; Z: -2.732; p: .006), anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Hasta memnuniyeti hastaların aldığı sağlık bakım hizmeti veya tıbbi tedaviyle ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını içeren ve daha çok hastaların algısına dayanan

Tablo 2. Hastaların HBMÖ Madde Puan Ortalamaları (n: 85)

| HBMÖ Maddeleri | Ort. | SS |
|--|--------------|--------------|
| Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından | 3.85 | 1.04 |
| Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden | 3.85 | 1.01 |
| Her an sizinle ilgilecek bir hemşirenin yakınızda bulunmasından | 3.98 | 1.00 |
| Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden | 3.71 | 1.07 |
| Çağırdığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden | 3.80 | 1.17 |
| Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişiniz gibi hissettirmelerinden | 3.65 | 1.14 |
| Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden | 3.55 | 1.18 |
| Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkta kontrol etme durumundan | 3.84 | 1.00 |
| Hemşirelerin size yardımcı olmalarından | 4.04 | 0.92 |
| Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden | 3.75 | 1.07 |
| Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden | 3.62 | 1.18 |
| Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından | 3.95 | 0.94 |
| Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden | 3.60 | 1.16 |
| Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından | 4.08 | 1.08 |
| Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden | 3.64 | 1.10 |
| Serviste size tanınan serbestliğin miktarından | 3.82 | 1.11 |
| Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden | 3.88 | 1.16 |
| Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan | 4.19 | 1.03 |
| Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından | 4.01 | 1.04 |
| Toplam Memnuniyet | 76.61 | 15.04 |

bir kavramdır¹². Hastaların hemşirelik bakımına ilişkin görüş ve algısını yansıtan ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesini gösteren hasta memnuniyetini belirlemek için yapılan bu çalışmada, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi ortalamanın üzerinde belirlenmiştir. Benzer şekilde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bu sonucu destekleyen bulgular elde edilmiştir^{2,12,13,15-25}. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti sunulan hemşirelik hizmetlerinin niteliği açısından önemli bir göstergedir^{5,8,10,18,26,27}. Aynı zamanda hasta memnuniyeti hastanın hastanede

Tablo 3. Hastaların Cinsiyet, Yattığı Klinik, Yaş ve Eğitim Durumuna Göre Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyinin Karşılaştırılması (n= 85)

| Değişken | n | Min | Max. | Ort. | SS | İstatistiksel Anlamlılık |
|-----------------------|----|-----|------|-------|-------|----------------------------------|
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 43 | 39 | 100 | 75.95 | 16.22 | t= -.406 p= .686 |
| Erkek | 42 | 43 | 98 | 77.29 | 13.88 | |
| Yattığı Klinik | | | | | | |
| Dahili Klinikler | 30 | 40 | 95 | 78.10 | 13.46 | t= -.672 p= .504 |
| Cerrahi Klinikler | 55 | 39 | 100 | 75.80 | 15.89 | |
| Yaş | | | | | | |
| 18-35 | 10 | 40 | 100 | 72.30 | 18.37 | χ ² =1.791 p= .617 |
| 36-53 | 21 | 39 | 93 | 73.38 | 18.04 | |
| 54-71 | 30 | 43 | 98 | 77.77 | 13.72 | |
| 72-89 | 24 | 45 | 96 | 79.79 | 12.00 | |
| Eğitim Durumu | | | | | | |
| Okuryazar | 13 | 58 | 95 | 80.31 | 12.60 | χ ² =14.87 p= .005 |
| İlkokul | 35 | 39 | 100 | 79.40 | 10.90 | |
| Ortaokul | 13 | 45 | 97 | 84.15 | 14.28 | |
| Lise | 14 | 45 | 98 | 68.64 | 16.61 | |
| Üniversite | 10 | 40 | 89 | 63.40 | 18.86 | |

*p<.05

yattığı süre boyunca hemşirelik bakımından beklentisi ve verilen bakıma ilişkin algısı arasındaki dengeyi gösterir²⁸. Son yıllarda alanyazında sağlık bakımının kalitesini değerlendirmede hastanın algısının önemli olduğu vurgulanmaktadır²⁹. Çalışmamızda hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyet ortalamasının üzerinde olmakla birlikte istendik düzeyde değildir. Hasta beklentisi yönünde hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesi ve bunun bakıma yansıtılarak hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin artırılması gerektiği görülmektedir.

Hasta memnuniyeti hasta ve sağlık bakım değişkenlerinden etkilenen çok boyutlu bir kavramdır²⁴. Alanyazında hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, bakımdan beklentileri^{9,10,24,30,31} ve yatarak tedavi aldığı kliniğin, memnuniyet çalışması sonuçlarını etkilediği yer almaktadır^{13,14,19,24,32}. Bu çalışmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamasının cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Alanyazında konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları tutarsızlık göstermektedir. Bazı çalışmalarda bu çalışmanın bulgusuyla paralellik arz eden sonuçlar elde edilirken^{2,15,16,20,22} bazı çalışmalarda bu bulgunun aksi sonuçlar^{14,19,32} ortaya çıkmıştır. Hastaların bireysel özellikleri, beklentileri ve yanlarında destek alabilecekleri kişilerin olması memnuniyeti etkileyebilir. Yapılan bazı çalışmalarda kadın hastaların erkek hastalara göre memnuniyet düzeyi daha yüksek belirlenmiştir^{14,32}. Geçmişte anneliğin beslenme, giydirme, temizleme, koruma gibi aktiviteleri ile birlikte bakım gereksinimlerinin karşılanmasında kadınların aktif rol oynadığı bilinmektedir^{33,34}. Dolayısıyla bu anlayışla günümüzde de kadının evde bakım verici rolü ile kendi gereksinimlerini maksimum düzeyde karşılama çabasının, erkeğin ise daha çok bakım alan rolünde olmasının hemşirelik hizmetlerine ilişkin beklenti ve memnuniyet düzeyini etkilediği ifade edilebilir.

Bu çalışmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamasının yattığı kliniğe göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Alanyazında hasta memnuniyeti ile hastanın yattığı klinik arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar yer almaktadır. Bazı çalışmalarda bulgumuzla aynı sonuçlar ortaya çıkmışken^{15,17} bazı çalışmalarda bu bulgudan farklı sonuçlar^{13,14,19,20,32} elde edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda cerrahi kliniklerinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi dahili kliniklerde yatan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur^{19,20,32}. Cerrahi kliniklerinde hastanın belirli bir problem nedeniyle yatışının yapıldığı ve çoğunlukla ameliyat sonrası spesifik bir iyileşme sürecini takiben taburcu edildiği gözlenebilir. Ancak dahili kliniklerde yatan hastaların daha çok kronik ve birden fazla sağlık sorununun olması ve buna bağlı olarak tekrarlayan şekilde kliniğe yatışlarının yapılması memnuniyet düzeyini düşürebilir. Çünkü ekonomik yük, maruz kalınan çevresel faktörler, yetersizlikler, handikaplar, yaşam kalitesinin etkilenme durumu, önceki deneyimler, hastalık ve iyileşme süreci, hastane ve sağlık personelinin tutumu^{14,35,36} gibi faktörler dahili bilimlerde kronik hastalıklara bağlı tekrarlayan yatışlarda hasta beklentisini ve memnuniyetini etkileyebilmektedir. Daha spesifik bir iyileşme bekleyen hastaların beklenti düzeyi yükseldikçe de memnuniyeti azalmaktadır⁹.

Araştırmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamasının yaşa göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Alanyazında konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları değişiklik göstermektedir. Bazı çalışmalarda bu çalışmanın bulgusuyla paralellik gösteren sonuçlar elde edilmiştir^{11,13,16,20,22,32,35}. Yapılan bazı çalışmalarda ise bu çalışma bulgularının aksine yaşın artmasıyla birlikte memnuniyet düzeyinde artış belirlenmiştir^{14,15,19,25}. Yaşlıların hoşgörülü, hayat deneyimlerinin fazla, beklentilerinin daha sınırlı ve genellikle kültürel olarak “başkasına yük olmama” anlayışını benimsemiş olmaları nedeniyle memnuniyetlerinin yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamasının eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği ve eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelik bakımından memnuniyetin azaldığı ortaya çıkmıştır. Alanyazında konuya ilişkin yapılan çalışmaların sonuçları tutarsızlık göstermektedir. Bazı araştırmalar bu çalışmanın bulgusuyla benzerlik gösterirken^{13,20,22,25} bazı araştırmalarda bulgumuzu desteklemeyen sonuçlar bulunmuştur^{2,12,14-16,19,32}. İnsanların eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıkla ilgili bilişim teknolojilerini kullanma oranı ve değişen sağlık bakım hizmetlerine yönelik farkındalıkları artmaktadır³⁶. Dolayısıyla hasta bireylerin sağlık alanında hizmet sunumuna ilişkin beklenti düzeyleri artmakta ve bu da memnuniyet algısına yansımaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti sunulan hemşirelik hizmetlerinin niteliği açısından önemli bir göstergedir. Bu araştırmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu ve cinsiyet, yattığı klinik ve yaşa göre hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelik bakımından memnuniyetin azaldığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuca göre, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetini artırabilmek için hemşirelik bakımına ilişkin yapılan ve yapılacak olan işlemler hakkında detaylı bilgilendirmeler yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patientsatisfaction: a keyconceptforevaluatingandimprovingnursingservices. Journal of Nursing Management 1999;7: 19-28.
2. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Deneyim ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. İ. Ü. F. N. Hem. Derg 2012; 20(1): 35-42.
3. Donabedian A. Thequality of care: How can it be assessed? JAMA 1988; 260(12):1743-1748.
4. AmericanNursesAssociation, "10 ANA QualityIndicatorsforAcuteCareSettings". HealthCareBenchmarks 1999; 138-139.
5. Yellen E, Davis GC, Ricard R. Themeasurement of patientsatisfaction. JournNursCareQual 2002;16(4):23-29.
6. Köşkeröglü N, Acat MB, Karatepe Ö. Kemoterapi hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:75-83.
7. Negarandeh R, Bahabadi HA, Mamaghani JA. Impact of regularnursinggrounds on patientsatisfactionwithnursingcare. AsianNursingResearch 2014; 8(4): 282-285.
8. Niedz BA. Correlates of hospitalizedpatients' perceptions of service quality. research in Nursing&Health 1998; 21(4): 339-349.
9. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi 2007; 5(3): 140-143.
10. Uzun Ö. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin saptanması. Türk Hemşireler Dergisi 2003; 2(54):16-24.
11. Büyükyörük N, Dilmen B, Bayram M. Burdur Devlet Hastanesinde yatan hastaların intörn hemşirelerden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2010;17(3):1-6.
12. Tuğut N, Gölbaşı Z. Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. Hemşirelikte eğitim ve Araştırma Dergisi 2013; 10(2): 38-44.
13. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. Newcastlesatisfactionwithnursingscales: an instrumentforqualityassessments of nursingcare. Quality in HealthCare 1996; 5: 67-72.
14. Akın S, Erdoğan S. TheTurkishversion of theNewcastleSatisfactionwithNursingCareScaleused on medicalandsurgicalpatients. Journal of ClinicalNursing 2007; 16(4):646-653.
15. Fındık UY, Unsar S, Süt N. Patientsatis faction with nursing careandits relation ship with patient characteristics. Nursingand Health Science 2010; 12: 162-169.
16. Öztürk R, Güleç D, Güneri SE, Sevil Ü, Gürmen N. Hemşirelerin iş yaşamı kaliteleri ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2(3): 167-174.
17. Alasad JA, Ahmad MM. Patients' satisfactionwithnursingcare in Jordan. International Journal of HealthCareQualityAssurance 2003; 16(6): 279-285.
18. Walsh M, Walsh A. Measuringpatientsatisfactionwithnursingcare: experience of usingtheNewcastleSatisfactionwithNursingScale. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(2): 307-315.
19. Wojnicka AG, Dyk D, Cudak E, Ozga D. MeasuringpatientsatisfactionwiththePolishversion of theNewcastleSatisfactionwithNursingScale. ScandinavianJournal of CaringSciences 2013; 27: 311-318.
20. Geçkil E, Dündar Ö, Şahin T. Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 15(2): 41-51.
21. Eker A, Yurdakul M. Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2008; 1(1): 26-35.

22. Kuzu C, Ulus B. Cerrahi kliniklerinde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5(2): 129-134.
23. Koç S, Büker N, Şavkın R, Kiter E. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi üzerine etkisi. *J Kartal TR* 2012; 23(3):130-136.
24. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. TheNewcatleSatisfactionwithNursingScales: a validmeasure of maternalsatisfactionwithinpatientpostpartumnursingcare. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(6): 672-681.
25. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg* 2014; 22(2): 105-113.
26. Ryden MB, Gross CR, Savik K, Snyder M, Lee Oh H, Jang YP, Wang JJ, Krichbaum KE. Development of a measure of residentsatisfactionwiththenursinghome. *Research in Nursing&Health* 2000; 23 (3): 237-245.
27. Roszell S, Jones CB. Call bellrequests, callbellresponse time, andpatientsatisfaction. *J NursCareQual* 2009; 24(1): 69-75.
28. Akhtari ZM, Yunus AM, Hassan STS, Said SB, Kamali M. Patientsatisfaction: evaluatingnursingcareforpatientshospitalizedwithcancer in TehranTeachingHospitals, Iran. *Global Journal of HealthScience* 2010; 2(1): 117-126.
29. Andaleeb S. Service qualityperceptionsandpatientsatisfaction: a study of hospitals in a developingcountry. *SocialScience&Medicine* 2001; 52: 1359-1370.
30. Kırılmaz H. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sağlık hizmetlerinde performans yönetimi çerçevesinde incelenmesi:poliklinik hastaları üzerine bir alan araştırması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 4(1): 11-21.
31. Bond S, Thomas LH. Measuringpatients' satisfactionwithnursingcare. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17:52-63.
32. Alhusban MA, Abualrub RF. Patientsatisfactionwithnursingcare in Jordan. *Journal of Nursing Management* 2009; 17: 749-758.
33. Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler (4 bs.). Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti.; 2000.
34. İnanç N. Hemşireliğin gelişmesi, rol ve sorumlulukları Temel Kavramlar ve Kuramlar. Hemşirelik Esasları. Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti.; 2000.
35. Han CH, Connoll PM, Canham D. Measuringpatientsatisfaction as an outcome of nursingcare at a TeachingHospital of SouthernTaiwan. *J NursCareQual* 2003; 18(2):143-150.
36. Taşlıyan M, Gök S. Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2012; 2(1):69-94.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde Yayınlanan Yazıların Özelliklerinin Geriye Dönük Olarak İncelenmesi*

Retrospective Review of Manuscripts
Published In Journal of Hacettepe
University Faculty of Nursing

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 37-53

**Duygu HİÇDURMAZ*, Çiğdem CANBOLAT SEYMAN*, Seher BAŞARAN*, Nilay ERCAN
ŞAHİN*, Sevilay ŞENOL ÇELİK***

* Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 20 Ağustos 2015

Kabul Tarihi: 14 Aralık 2015

*Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından Destek Projesi olarak desteklenmiştir (Proje No: 014D06403001)

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde ilk yayına başladığı 1994 tarihinden, 2013 tarihine kadar yayınlanmış olan makalelerin makale ve yazar özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve retrospektif olarak planlanan çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın birinci aşamasında, derginin yayınlanmış tüm sayılarından bir arşiv oluşturulmuştur. İkinci aşamada; her bir dergi sayısının ve her bir sayıda yer alan makalelerin özellikleri literatür doğrultusunda oluşturulan Veri Toplama Aracı ile toplanmıştır. Veriler sayı ve yüzde kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Dergi sayılarının incelendiği 20 yıl içerisinde 281 makale yayınlanmış olup, makalelerin %51.2'si araştırma makalesi, %90'ı Türkçe, %81.3'ü tanımlayıcı tiptedir. Makalelerin %44.5'i iki yazarlı, %96.4'ünün yazarı kadın, %83.7'sinin yazarı akademisyen hemşirelerden oluşturmaktadır. Makalelerin konu alanlarının çoğunluğunun hemşirelik esasları (%16.7) ve iç hastalıkları hemşireliği (%16.7) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Olgu sunumu, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği alanlarındaki makalelerin ve İngilizce makalelerin arttırılması, klinik hemşirelerinin yazarlık konusunda desteklenmesi ve derginin indekslenmesi için gerekliliklerin karşılanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bilimsel dergi, hemşirelik, süreli yayıncılık.

ABSTRACT

Aim: In this study, aim was to investigate author and article features of manuscripts published in the journal from 1994, the first year of publication, to 2013.

Material and Methods: Study was planned as retrospective and descriptive; and conducted at two phases. In first phase of the study, an archival files from published issues created. In second step, articles and article features reviewed with Data Collection Tool, which was developed based literature. Data was analyzed by using number and percent.

Results: Between 1994 and 2013, 281 articles was published, and 51.2% of the articles were research article, 90% were written in Turkish, 81.3% had descriptive type. 44.5% of articles had two authors, 96.4% of the articles' authors were female, and 83.7% of their authors were nurse academicians. Subject areas of the most of the articles were fundamentals of nursing (16.7%) and internal medicine nursing (16.7%).

Conclusion: Increasing the number of case reports, pediatric nursing and public health nursing articles and articles in English, supporting clinical nurses about authorship and meeting indexing requirements for the journal mentioned as needs.

Key Words: Scientific journal, nursing, periodical publishing.

GİRİŞ

Bilim, özünde sorgulama ve sınımanın yattığı bir alandır. Bu sorgulama ve sınıama, gerçekleştirilen bilimsel araştırmalar yoluyla hayata geçirilebilmekte, bilim insanları yaptıkları araştırmaların sonuçlarını diğer bilim insanları ile paylaşarak bilimin gelişmesine katkı sağlamaktadırlar. Sağlık bilimleri alanında bilimin bireylerin yaşamına olumlu katkılar yapabilmesi ve toplumun bunlardan faydalanması için sağlık profesyonellerinin sürekli gelişim içinde olması, bilimsel araştırmalar yapması ve bu araştırma sonuçlarını toplum yararına kullanmasına, bir başka ifade ile profesyonellerin sürekli eğitimine gereksinim vardır. Sağlık bilimleri açısından bakıldığında, temel eğitim ile başlayan öğrenme sürecinin profesyonel meslek yaşamının sonuna kadar devam etmesi beklenmektedir^{1,2}. Bu bağlamda kullanılan başlıca sürekli eğitim araçlarından biri, süreli yayınlardır. Süreli yayınlarda bir ülkede bilim düşüncesinin gelişmesine ve bilim kurumlarının oluşmasına önemli katkıda bulunmaktadır³.

Sistematik olarak üretilen bilgiler süreli yayınlarda iletilmektedir. Süreli yayınlarda belirli aralıklarla (haftalık, aylık, üç aylık, vs.) çıkan ve her sayısı birden çok yazarın yazılarından oluşan yayın türleridir. Süreli yayınlarda dergi, magazin gibi şekillerde yayınlanabilmektedir. Süreli yayınlarda arasında bilimsel dergiler, bilginin meslek üyelerine aktarılmasında önde gelen ürünlerdir⁴.

Dünyada ilk yayınlanma tarihi 1665 olan bilimsel dergilerin sayısı günümüzde 60.000'i bilimsel ve akademik olmak üzere yaklaşık 200.000 kadardır⁴. Ülkemizde ise, bilimsel derneklerin bünyesinde 17. yüzyılda yayınlanmaya başlayan bilimsel dergi sayısının günümüzde 2500'e ulaştığı belirtilmektedir^{3,5,6}.

Bilimsel dergiler bilginin hakemlik sürecinden geçmesini, düzenli olarak yayınlanmasını, araştırmaların ve çalışmaların bir araya gelmesini sağlayarak iletişimin sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda bilimsel dergilerin temel işlevleri dört ana başlık

altında incelenmektedir. Araştırmanın kimin tarafından ve ne zaman yapıldığının kaydedilmesi; araştırmanın doğruluğunun hakemlik mekanizması ile onaylanması, araştırmadan ilgililerin yayın yoluyla haberdar edilmesi/duyurulması ve bilgilerin gelecekte kullanılmak üzere saklanması/arşivlenmesidir. Dergilerin yerine getirdikleri bu işlevler yayın sürecinin esasını oluşturmaktadır^{3,4}.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 1994 yılında yayın hayatına başlamış olan hakemli bilimsel bir dergidir. Dergide; bilgilerini, araştırmalarını, çeşitli çalışmalarını meslektaşları ile paylaşmak isteyenlere olanak yaratmak, mesleki etkinliklere yer vererek haberleşme ortamı oluşturmak, hemşire, öğrenci hemşire ve diğer sağlık profesyonellerini yazmaya özendirmek amaçlanmaktadır⁷.

20 yıldır yayınlanmakta olan dergi, 1994-2009 yılları arasında sadece basılı olarak, 2009'dan bu yana ise elektronik ve basılı olarak yayın hayatını sürdürmektedir. Dergi 1994-2008 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi'ni adıyla yayımlanmıştır. 2008-2014 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi olarak yayınlanan dergi 22 Ocak 2014'ten itibaren Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (HÜHFD) olarak yayımlanmaya başlamıştır. Teknik aksaklıklar nedeni ile 2013 yılında dergi basımı gerçekleşmemiştir. 2014 Ocak-Nisan döneminden itibaren dergi yeni ismi ve sayı bir olarak yayın hayatına devam etmiştir. Dergi dört ayda bir kez olmak üzere, yılda üç kez yayımlanmaktadır. Her bir sayıda editör yazısı, olgu sunumları, derleme, nicel ve nitel araştırma makaleleri yer almaktadır. Makaleler Türkçe ya da İngilizce olabilmektedir. Her düzeyden araştırmacı, hemşire ve öğrenci hemşirelik bakım konusunda yapmış oldukları çalışmaları dergi aracılığı ile sunma fırsatı bulmaktadır. Dergide yayınlanan makaleler sıklıkla cerrahi hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı hemşireliği, doğum kadın hastalıkları hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, hemşirelik esasları, hemşirelikte yönetim, iç hastalıkları hemşireliği ve psikiyatri hemşireliği konu alanlarında olmaktadır⁷.

HÜHFD'nin yayımlanma sürecini editör, editör yardımcıları, hakemler, sekreteryaya ve diğer yayın kurulu üyeleri gönüllülük esasına dayalı olarak amatör bir ruhla, etik ilkeler ve akademik sorumluluk çerçevesinde gerçekleştirmektedir. Dergide yayınlanan makaleler için yazar/yazarlara herhangi bir telif ücreti ödenmemektedir. Ancak yasal açıdan bir sıkıntı yaşanmaması için yazar ya da yazarlardan "Yayın Hakkı Sözleşmesi" alınmaktadır.

HÜHFD'nde makale değerlendirme süreci elektronik olarak çift kör olarak gerçekleştirilmektedir. Yazarın dergi elektronik sistemine kullanıcı adı ve şifresi ile makalesini kaydedip göndermesinden sonra, gelen makalede teknik açıdan sorun yoksa bu yazı dergi editörüne gönderilmekte, dergi editörü ise yazıyı konu editörüne yönlendirmektedir. Konu editörü konu alanını dikkate alarak çalışma, araştırma makalesi ise çalışmayı üç hakeme (iki alan hakemi ve bir istatistik hakemi), olgu sunumu ya da derleme ise iki hakeme (iki alan hakemi) yönlendirmektedir. Hakemler makaleleri kendilerine ait kullanıcı adı ve şifreleri aracılığıyla sisteme girerek elektronik ortamda değerlendirmektedirler. Hakemler bir makale için "yayınlanabilir", "düzeltirse yayınlanabilir", "bu yazı yoğun biçimde düzeltme gerektirmektedir" ve "yayınlanamaz" biçimindeki dört şekilde karar verebilirler. Ayrıca bir hakem düzeltme sonrası yazıyı tekrar görmek isterse, bunu sistem üzerinde belirtebilmektedir. Hakem

değerlendirmelerinin tamamlanmasının ardından, makale konu editörü tarafından yayına uygunluk açısından tekrar değerlendirilmekte ve önerilen düzeltmeler yazar tarafından gerçekleştirildikten sonra dergi editörünün onayıyla yayına kabul edilmektedir.

HÜHF'D'nin elektronik akademik yayıncılık alanında tanınmaya başlaması, dergiye teknik olarak kolay erişilebilirliğin ve ziyaretçi sayısının artması gibi gelişmelerden sonra, derginin Türk Tıp Dizini gibi yerel ve SCI-Expanded gibi uluslararası indekslere girme çabalarında artış olmuş ve dergi EBSCO tarafından taranmaya başlamıştır.

Bilimsel dergilerin yayın kalitelerini geliştirmeye yönelik olarak yaptıkları aktivitelerden biri de bünyelerinde yayınlanan makalelerin geçmişe yönelik çeşitli yönlerden (makale sayısı, yayın türü, konu alanı, yazar ünvanı vb.) incelenmesidir. Ülkemizde bilimsel olarak çeşitli disiplinlere yönelik yayınlar yapan dergilerin kendi bünyelerinde yayınlanan makaleleri çeşitli yönlerden incelenmesine yönelik çalışmalar yaptıkları görülmektedir. Tonta (2002) Türk Kütüphaneciliği Dergisi'nin 1987-2001 yılları arasında yayınlanan sayıları incelediği çalışmasında; dergide hakemli olmadan önce ve hakemli olduktan sonra yayınlanan toplam 238 makale bibliyometrik açıdan birbirleriyle karşılaştırmıştır⁸.

İnceelli ve arkadaşları (2005) The Turkish Online Journal of Distance Education (TOJDE) Dergisi'nin okur ve yayın profilini içerik analizi yöntemine dayalı olarak ortaya koymuşlardır⁹. Bu çalışmada derginin bölümleri, *editör yazılarında* ele alınan konular, çıkan sayılar, konu ve amaçları, yazarları, yazar sayıları ve yazarların ülkeleri; *tanıtım yazılarında* sayıları, türleri, tanıtımları yapan yazarların ülkeleri, tanıtımları yapılan yayınların yazarlarının ülkeleri, tanıtılan kitapların yayın, konferans ve seminerlerin yapılış yıllarına göre dağılımı, tanıtılan kitapların yazar sayılarına göre dağılımı ve konuları; *haber yazılarında* amaçları ve kapsamı açısından incelenmiştir.

Berkman'ın (2009) yapmış olduğu çalışmada ise; Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) tarafından 20 yıldır sürekli olarak yayınlanan ve Türk yönetim bilimine önemli katkılarda bulunan Amme İdaresi Dergisi'nde yayınlanan makalelerin konuları, türleri ve yazarların özellikleri gibi yönler incelenmiştir¹⁰.

Taşkın ve Çakmak (2010) Üniversite ve Araştırma Kütüphanecileri Derneği'nin (ÜNAK) resmi yayın organı olan Bilgi Dünyası dergisini, 2000 yılından itibaren yayımlanmış 21 sayı içinde yer alan 104 hakemli makaleyi ve 60 görüşü; makalelerin yıllara göre dağılımı, yazar profili, yayın yapan kurum, yayın yapan kurum türleri, makalelerin konu dağılımı, atıf durumu gibi yönlerden incelemişlerdir¹¹.

Ülkemizde Karatay ve Emiroğlu (2006) 2001-2006 yılları arasında Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi'nde basılmış olan 55 makalenin, makale ve yazar özelliklerini değerlendirmiş; dergide çoğunlukla tanımlayıcı nitelikteki tez çalışmalarının (%72.7) yayınlandığını, makalelerin %63.7'sinin niceliksel araştırma olduğunu, %60'ının iki yazarlı olduğunu, ilk yazarların çoğunlukla araştırma görevlilerinden (%36.6) oluştuğunu, çalışmaların çoğunluğunun akademisyenler (%83.6) tarafından yürütüldüğünü ve klinik işbirliğine dayalı çalışmaların yetersiz olduğunu (%1.8) belirtmişlerdir¹².

Ünsal ve Sökmen (2011) Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi'nin makale ve yazar özelliklerini inceledikleri çalışmalarında; dergide daha çok tanımlayıcı araştırmaların yer aldığı (%84.5), araştırmaların çoğunluğunun akademisyenler

tarafından yürütüldüğü (%97.1), yazarların çoğunlukla yardımcı doçent doktor olduğu (%30.5) ve farklı disiplinlerle yapılan çalışmaların çok az sayıda olduğu (%4.5) bulunmuştur¹³.

Khorshid ve ark. (2012) Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ni inceledikleri çalışmalarında; dergideki yayınların yaklaşık yarısının (%46.4'ünün) araştırma, %40.6'sının derleme makale olduğu, dergi hakemli olduktan sonra daha az sayıda derleme makale yayımlandığı ve derginin başlangıç döneminden araştırmanın yapıldığı döneme kadar 896 makale yayımlandığı bulunmuştur¹⁴.

Bilimsel dergilerin sunulan bilimsel bilgiyi okuyucularına ulaştırarak alan literatürünün gelişimine katkı sağlamasının yanı sıra, düzenli aralarla bünyesinde yazılan makaleleri ve bu makalelerin özelliklerini geriye dönük olarak incelemesine ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılacak bu tür incelemeler bilimsel dergiler için bir öz-değerlendirme niteliği taşımakta ve derginin profili konusunda önemli bilgiler sağlamaktadır. Elde edilen profil çalışması ise derginin koruması, sürdürmesi ve geliştirmesi gereken alanları konusunda yol gösterici olacak ve derginin yayın politikasının ve kalitesinin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Dergimiz yayın hayatına başladığından beri yayın kalitesini arttırmaya çalışmasına karşın, dergimizde yayımlanan eserlerin özelliklerini geriye dönük olarak inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Amaç

Bu çalışma HÜHFD'nde ilk yayına başladığı 1994 tarihinden, 2013 tarihine kadar yayımlanmış olan makalelerin özelliklerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma HÜHFD'nde yayımlanmış olan makalelerin özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve retrospektif olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini HÜHFD'nde ilk yayına başladığı 1994 tarihinden, 2013 tarihine kadar yayımlanmış olan 281 makale oluşturmuştur. Çalışma, evrenin tamamı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri yazarlar tarafından geliştirilen "Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde Yayımlanan Makalelerin Özellikleri" başlıklı veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Bu form; makalenin yayın yılı, türü, dili, konu alanı, yazar sayısı, yazar cinsiyeti, yazar mesleği, yazar ünvanı, yazarın çalışmakta olduğu kurum gibi bilgiler içermektedir.

Araştırmanın Uygulanması

Çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın birinci aşamasında, derginin ilk yayına başladığı 1994 tarihinden, 2013 tarihine kadar yayınlanmış tüm sayılarından bir arşiv oluşturulmuştur. Bu aşama Nisan 2014- Temmuz 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada; her bir dergi sayısının ve her bir sayıda yer alan makalelerin özellikleri, “Hemşirelik Fakültesi Dergisi’nde Yayınlanan Makalelerin Özellikleri” adlı veri toplama formu doğrultusunda belirlenmiş ve elde edilen veriler kodlanarak SPSS programına girilmiştir. Verilerin analizi ve raporlanması Ağustos 2014- Kasım 2014 tarih aralığında gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows istatistik paket programına girilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde) kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için dergi sahibinden ve dergi baş editöründen izin alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1’de HÜHFD’nde 1994-2013 yılları arasında yayınlanan makalelerin yıllara ve türlerine göre dağılımı yer almaktadır. Derginin 2013 yılı basımı olmadığı ve 2014 yılı ilk sayısı da basım aşamasında olduğu için değerlendirmeye alınamamıştır. Dergide 1994-2013 yılları arasında 144 araştırma, 124 derleme, üç olgu sunumu ve 10 tane diğer grubundan makale yayınlandığı belirlenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, 2004 yılından sonra dergide yayınlanan araştırma makalesi sayısının belirgin olarak arttığı (10 ve üzerine çıktığı) ve derleme makale sayısının azaldığı görülmektedir. Derginin ilk üç yılı olan 1994-1996 yılları arasında editöre mektup, anı paylaşımı gibi “diğer” grubundaki makalelerin sayısı 2-4 arasında değişmekte iken, 1996 yılından sonra bu makalelerin azalarak 0-1 arasında değiştiği görülmektedir. Olgu sunumları ise sadece 2009 ve 2010 yılında birer tane yayınlanmıştır.

Tablo 2’de HÜHFD’nde yayınlanan makalelerin bazı değişkenlere göre dağılımı yer almaktadır. Dergide yayınlanan 281 makalenin 253 (%90)’ü Türkçe ve 28’i İngilizcedir. Makalelerin tümü Türkiye’den gönderilmiştir. Konu alanlarına göre en fazla makalenin yer aldığı alanlar hemşirelik esasları (%16.7) ve iç hastalıkları hemşireliği (%16.7)’dir. Bu alanları sırasıyla hemşirelikte yönetim ve öğretim (%15.7), doğum ve kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği (%13.2), psikiyatri hemşireliği (%10.3), cerrahi hastalıkları hemşireliği (%10.3), çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği (%8.5), halk sağlığı hemşireliği (%6.8) ve diğer alanlar (%1.8) izlemektedir. Dergide yayınlanan makalelerin %51.2’si araştırma, %44.1’i derleme, %1.1’i olgu sunumu ve %3.6’sı ise diğer türden makalelerdir. Yayınlanan araştırma makalelerinin çoğunluğu (%81.3) tanımlayıcı tiptedir. Bunu sırasıyla yarı deneysel (%7.6), deneysel (%6.9), retrospektif (%0.7) ve nitel (%0.7) çalışmalar izlemektedir.

Tablo 1. HÜHF'D'nde Yayımlanan Makalelerin Türlerine ve Yıllara Göre Dağılımı (N=281)

| YILLAR | MAKALE TÜRLERİ | | | | | | | | | |
|---------------|----------------|-------------|------------|-------------|----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Araştırma | | Derleme | | Olgu | | Diğer | | Toplam | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | %* |
| 1994 | 3 | 16.7 | 11 | 61.1 | 0 | 0 | 4 | 22.2 | 18 | 100 |
| 1995 | 3 | 18.8 | 11 | 68.8 | 0 | 0 | 2 | 12.5 | 16 | 100 |
| 1996 | 5 | 27.8 | 11 | 61.1 | 0 | 0 | 2 | 11.1 | 18 | 100 |
| 1997 | 8 | 53.3 | 6 | 40.0 | 1 | 6.7 | 0 | 0 | 15 | 100 |
| 1998 | 4 | 57.1 | 3 | 42.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 100 |
| 1999 | 5 | 62.5 | 3 | 37.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| 2000 | 4 | 57.1 | 3 | 42.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 100 |
| 2001 | 8 | 47.1 | 9 | 52.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 100 |
| 2002 | 5 | 38.5 | 7 | 53.8 | 0 | 0 | 1 | 7.7 | 13 | 100 |
| 2003 | 7 | 50.0 | 6 | 42.9 | 0 | 0 | 1 | 7.1 | 14 | 100 |
| 2004 | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 100 |
| 2005 | 9 | 69.2 | 4 | 30.8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 100 |
| 2006 | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 100 |
| 2007 | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 100 |
| 2008 | 10 | 71.4 | 4 | 28.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 100 |
| 2009 | 12 | 60.0 | 7 | 35.0 | 1 | 5.0 | 0 | 0 | 20 | 100 |
| 2010 | 10 | 58.8 | 6 | 35.3 | 1 | 5.9 | 0 | 0 | 17 | 100 |
| 2011 | 11 | 55.0 | 9 | 45.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 100 |
| 2012 | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 100 |
| Toplam | 144 | 51.2 | 124 | 44.1 | 3 | 1.1 | 10 | 3.6 | 281 | 100 |

*Satur yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 3’de dergide yayımlanan makalelerin yazar bilgilerine göre dağılımı görülmektedir. Makalelerin %38.7’si tek yazarlı, %44.5’i iki yazarlı, %7.5’i üç yazarlı ve %9.3’ü dört ve daha fazla yazarlıdır. Dergide yayımlanan makalelerin büyük çoğunluğunun (%96.4) yazarı kadındır. Makale yazarlarının çoğunluğunu akademisyen hemşireler (%83.7) oluşturmaktadır. Sonrasında gelen en büyük grup ise %7.4’lük oranı ile hemşirelerdir.

Tablo 2. HÜHF'De Yayımlanan Makalelerin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı (N=281)

| DEĞİŞKENLER | Sayı | % |
|--|------|------|
| Makale Dili | | |
| Türkçe | 253 | 90.0 |
| İngilizce | 28 | 10.0 |
| Konu Alanı | | |
| Hemşirelik Esasları | 47 | 16.7 |
| İç Hastalıkları Hemşireliği | 47 | 16.7 |
| Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim | 44 | 15.7 |
| Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | 37 | 13.2 |
| Psikiyatri Hemşireliği | 29 | 10.3 |
| Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği | 29 | 10.3 |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | 24 | 8.5 |
| Halk Sağlığı Hemşireliği | 19 | 6.8 |
| Diğer* | 5 | 1.8 |
| Makale Türü | | |
| Araştırma | 144 | 51.2 |
| Derleme | 124 | 44.1 |
| Olgu Sunumu | 3 | 1.1 |
| Diğer** | 10 | 3.6 |
| Araştırma Makalelerinin Tipi (n=144) | | |
| Tanımlayıcı | 117 | 81.3 |
| Yarı Deneysel | 11 | 7.6 |
| Deneysel | 10 | 6.9 |
| Retrospektif | 1 | 0.7 |
| Nitel (Derinlemesine Görüşme) | 1 | 0.7 |
| Diğer | 4 | 2.8 |

*Eğitim modeli örneği, deneyim paylaşımı vb.

**Geçerlik- güvenilirlik çalışması, deneyim paylaşımı vb.

Tablo 3. HÜHFD'nde Yayımlanan Makalelerin Yazar Bilgilerine Göre Dağılımı (N*=526)

| YAZAR BİLGİLERİ | Sayı | % |
|-----------------------------|-------------|----------|
| Yazar Sayısı (N:281) | | |
| 1 | 109 | 38.7 |
| 2 | 125 | 44.5 |
| 3 | 21 | 7.5 |
| 4 ve üzeri | 26 | 9.3 |
| Yazar Cinsiyeti | | |
| Kadın | 507 | 96.4 |
| Erkek | 19 | 3.6 |
| Yazarın İşi | | |
| Hemşire | 39 | 7.4 |
| Akademisyen Hemşire | 440 | 83.7 |
| İstatistikçi | 4 | 0.8 |
| Öğrenci Hemşire | 14 | 2.7 |
| Hekim | 9 | 1.7 |
| Diğer Akademisyen | 20 | 3.8 |
| Yazarın Ünvanı | | |
| Araştırma Görevlisi | 112 | 21.3 |
| Yardımcı Doçent | 100 | 19.0 |
| Profesör | 82 | 15.6 |
| Doçent | 79 | 15.0 |
| Öğretim Görevlisi | 58 | 11.0 |
| Hemşire | 39 | 7.4 |
| Doktor | 28 | 5.3 |
| Öğrenci Hemşire | 14 | 2.7 |
| Diğer ** | 14 | 2.7 |

Tablo 3. Devamı...

| Yazarın Kurumu | | |
|----------------------|-----|------|
| Kamu Üniversitesi | 474 | 90.1 |
| Üniversite Hastanesi | 20 | 3.8 |
| Kamu Hastanesi | 12 | 2.3 |
| Özel Üniversite | 9 | 1.7 |
| Özel Hastane | 6 | 1.1 |
| Diğer*** | 5 | 1.0 |

*Sayı katlanmıştır.

**Hemşirelik dışı üniversite öğrencileri vb.

***Bazı Bakanlıklar ve Müdürlükler vb.

Yazarların ünvanlarına göre ilk üç sırada; araştırma görevlileri (%21.3), yardımcı doçentler (%19) ve profesörler (%15.6) yer almaktadır. Ünvanlara göre en küçük grubu öğrenci hemşireler (%2.7) ve “diğer” grubu (%2.7) oluşturmaktadır. Yazarların büyük çoğunluğu (%90.1) kamu üniversitesinde çalışmakta olup, en küçük grubu ise özel hastanede çalışanlar (%1.1) oluşturmaktadır.

Tablo 4’de dergide yayınlanan araştırma makalelerin örneklem içeriklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 4’de görüldüğü gibi dergide yayınlanan araştırma makalelerinin %43.1’inde evren üzerinden çalışma yapılırken %11.8’inde basit rastgele ve %6.3’ünde tabakalı örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Makalelerin %23.6’sı 51-100, %20.2’si 0-50 ve %20.1’i 251 ve üzeri örneklem hacmine sahiptir. Makalelerin örneklem içeriklerine göre ilk üç sırayı hasta grubu (%36.1), öğrenci grubu (%22.9) ve hemşire grubu (%16.7) oluşturmaktadır.

Tablo 5’te görüldüğü gibi, HÜHFD’nde yayınlanan araştırma makalelerinde veri toplama aracı olarak çoğunlukla anket (%71.5) kullanılmaktadır. Bunu sırasıyla; anket ve ölçek (%21.5), ölçek (%3.5), görüşme (%1.4) ve diğer araçlar (%2.1) izlemektedir.

TARTIŞMA

HÜHFD’nde 1994-2013 yılları arasında 144 (%51.2) araştırma, 124 (%44.1) derleme, üç olgu sunumu ve 10 tane diğer türden makale yayınlandığı belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız ile benzer olarak Khorshid ve ark. (2012)’in çalışmasında makalelerin %46.4’ü araştırma ve %40.6’sı derleme; Ünsal ve Sökmen’in (2011) çalışmasında makalenin %66.3’ü (265) araştırma makalesi ve %33.7’si (135) derleme; Karatay ve Emiroğlu’nun (2006) çalışmasında ise makalelerin %65.5’i araştırma ve %34.5’i derleme türündedir. Kore Akademik Hemşirelik Dergisi’nin 2008-2009 yılları arasındaki yayınlarının incelendiği bir çalışmada bulgularımızdan farklı biçimde toplamdaki 209 makalenin 207’sinin araştırma, sadece ikisinin ise derleme makale olduğu belirtilmiştir¹⁵.

Tablo 4. HÜHFD'nde Yayınlanan Araştırma Makalelerinin Örneklem İçeriklerine Göre Dağılımı (N=144)

| ÖRNEKLEM İÇERİKLERİ | Sayı | % |
|----------------------------|-------------|----------|
| Örnekleme Yöntemi | | |
| Evrenin Tamamı | 62 | 43.1 |
| Basit Rastgele | 17 | 11.8 |
| Tabakalı | 9 | 6.3 |
| Gelişigüzel | 3 | 2.1 |
| Küme | 1 | 0.7 |
| Kota | 1 | 0.7 |
| Diğer* | 34 | 23.6 |
| Belirsiz | 17 | 11.7 |
| Örneklem Hacmi | | |
| 0-50 | 29 | 20.2 |
| 51-100 | 34 | 23.6 |
| 101-150 | 21 | 14.6 |
| 151-200 | 15 | 10.4 |
| 201-250 | 16 | 11.1 |
| 251 ve üzeri | 29 | 20.1 |
| Örneklem İçeriği | | |
| Hasta | 52 | 36.1 |
| Öğrenci | 33 | 22.9 |
| Hemşire | 24 | 16.7 |
| Sağlıklı Birey | 13 | 9.0 |
| Hemşire Yönetici | 5 | 3.5 |
| Hemşire ve Hekim | 2 | 1.4 |
| Hasta ve Sağlıklı Birey | 1 | 0.7 |
| Diğer** | 14 | 9.7 |

*Miks örnekleme vb.

**Hemşire ve hekim dışı sağlık personeli vb.

Tablo 5. HÜHFD’nde Yayınlanan Araştırma Makalelerinin Veri Toplama Aracı Türlerine Göre Dağılımı (N=144)

| Veri Toplama Aracı Türü | Sayı | % |
|-------------------------|------|------|
| Anket | 103 | 71.5 |
| Anket ve ölçek | 31 | 21.5 |
| Ölçek | 5 | 3.5 |
| Görüşme | 2 | 1.4 |
| Diğer* | 3 | 2.1 |

*: Ev izlem formu, gözlem formu vb.

Tablo 1’de görüldüğü gibi, 2004 yılından sonra HÜHFD’nde yayınlanan araştırma makalesi sayısının belirgin olarak arttığı (10 ve üzerine çıktığı) ve beraberinde derleme makale sayısının azaldığı görülmektedir. Türkiye Atıf Dizini (2015)’nin dergi değerlendirme kriterleri arasında bir derginin yılda en az iki kez yayınlanması ve her bir sayısında bilimsel kaynakları olan en az üç bilimsel makalenin yer alması gerektiği belirtilmektedir¹⁶. HÜHFD yılda üç kez yayınlanan bir dergidir ve ilk yayınlandığı yıldan beri dergi başına düşen bilimsel makale sayısı için altına düşmemiş olup, sayı başına düşen makale sayısı her geçen yıl artarak 7-10 makale düzeyine erişmiştir. Bu bağlamda derginin ilk yayınlandığı yıldan beri bu kriteri karşılamakta olduğu görülmektedir. Derginin ilk üç yılı olan 1994-1996 yılları arasında editöre mektup, anı paylaşımı, gibi “diğer” türden makalelerin sayısı 2-4 arasında değişmekte iken, 1996 yılından sonra bu makalelerin azalarak 0-1 arasında değiştiği görülmektedir. Dergide anı paylaşımı gibi makalelerin zaman içinde azalmasının dergiye daha bilimsel bir yapı kazandırma gayreti ile ilişkisi bulunmaktadır. HÜHFD’nde olgu sunumları ise sadece 2009 ve 2010 yılında birer tane yayınlanmıştır. Olgu sunumlarının sayısı, diğer tıp dergilerinin her sayısında en az bir tane olguya yer verdiği düşünüldüğünde oldukça az sayıdadır. Dolayısıyla, bu alandaki makalelerin arttırılması gereğine dikkat çeken bir bulgudur.

HÜHFD’de yayınlanan 281 makalenin 253’ü Türkçe, 28’i ise İngilizcedir. Makalelerin tümü Türkiye’den gönderilmiştir. HÜHFD (2015)’nin amaçlarından biri bilimsel bilgilerin ülke içinde ve dışında meslektaşlarla paylaşımını arttırabilmektir. Bu bağlamda dergi 2009 yılından beri EBSCO tarafından taranmaktadır, ancak elde edilen bulgular derginin erişim alanının, henüz ülke içindeki meslektaşlarla sınırlı olduğunu ve ülke dışı erişim için uluslararası indekslere girmeye ve İngilizce makale sayısının artmasına gerek olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızın bu bulgusuna benzer biçimde, KBB Forum adlı dergideki makalelerin geriye dönük olarak incelenmesinde de 159 makalenin sadece 17’si İngilizce olarak basılmıştır¹. Uluslararası indekslerde taranan ve İngilizce yayınlanan bir dergi olan Journal of Clinical Nursing dergisinin 2001-2002’deki yayınlarının ülkelere göre dağılımı incelendiğinde büyük oranlara sahip olanların sırasıyla İngiltere, İsveç, Avustralya, Hong Kong, Finlandiya olduğu

görülmektedir¹⁷. Bu sonuç, uluslararası indekslerde yer almanın derginin uluslararası erişilebilirliğini büyük ölçüde arttırdığını göstermesi açısından önemlidir.

HÜHFD'nde yayınlanan makalelerin konu alanları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi'nin konu alanlarıyla aynı olmakla birlikte; Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi'nde hemşirelikte yönetim ve öğretim alanının yer almadığı görülmektedir¹³.

HÜHFD'nde yayınlanan makalelerin çoğunluğunun (%44.5) iki yazarlı olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuza benzer olarak Ünsal ve Sökmen'in (2011) Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ile ilgili çalışmasında makalelerin %46.5'i, Karatay ve Emiroğlu'nun (2006) Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi üzerinde yaptıkları çalışmada makalelerin %60'ı ve Dornik ve arkadaşlarının hemşirelik dergileri üzerinde yaptıkları çalışmada da (2005) makalelerin %47.4'ü iki yazarlıdır. Farklı olarak Ergül ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) makalelerin %52,1'inin tek yazarlı, %32'sinin iki yazarlı olduğu belirlenmiştir. Yine, çalışma sonucumuza benzer biçimde, elektronik dergilerde yayınlanan fen eğitimi makalelerinin incelendiği bir başka çalışmada da ele alınan dört derginin tümünde makalelerin çoğunluğunun iki yazarlı olduğu belirlenmiştir²⁰.

Dergide yayınlanan makale yazarlarının büyük çoğunluğu (%96,4) kadındır. Ülkemizde 2007 yılında Resmi Gazete'de yayınlanan "Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile erkeklerin de hemşire olmasına izin verildiği²¹ düşünüldüğünde meslektaşlar ve dolayısıyla yazarlar arasında kadınların büyük çoğunluğu oluşturması bu gerçeğe uyumlu görünmektedir.

HÜHFD'nin yazarlarının çoğunluğunu akademisyen hemşireler (%83.7) oluşturmakta olup, sonrasında gelen grup ise %7.4'lik oranı ile hemşirelerdir. Çalışma sonuçlarımızla benzer olarak Şen ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında yazarların %75.6 ve Karatay ve Emiroğlu'nun (2006) çalışmasında da yazarların %83.6'sı akademisyen hemşirelerden oluştuğu bildirilmiştir. Ünsal ve Sökmen (2011) yaptıkları çalışmada yayınların %95.5'inin yazarının hemşire olduğunu belirtmişlerdir. Ancak hemşireler için herhangi bir akademisyen ya da klinisyen ayrımı yapmamışlardır. Akademik alanda meslektaşlara en büyük katkının yapılan araştırma sonuçlarının yayınlanması ya da önemli yeni bir bakış açısının duyurulması yoluyla olacağı için, akademisyen hemşirelerin çoğunluğu oluşturması bu bilgi ile tutarlı görünmektedir. Ancak dergimizin amaçlarından birinin "hemşire, öğrenci hemşire ve diğer sağlık profesyonellerini yazmaya özendirmek" olduğu⁷ düşünüldüğünde hemşirelerin %7.4'lük oranı düşük görünmektedir.

HÜHFD'nde yayınlanan makalelerin yazarlarının unvanlarının dağılımı incelendiğinde ilk üç sırada; araştırma görevlileri (%21.3), yardımcı doçentler (%19) ve profesörlerin (%15.6) yer aldığı görülmektedir. Araştırma sonucumuza benzer olarak Ünsal ve Sökmen'in (2011) çalışmasında da yazar unvanları sıralamasında ilk iki sırada yardımcı doçent (%30.5) ve araştırma görevlileri (%20) yer almaktadır. Karatay ve Emiroğlu'nun (2006) çalışmasında ilk yazarlarda ilk iki sırada araştırma görevlileri ve doçentler yer aldığı belirtilmektedir. Araştırma görevlisi ve yardımcı doçentlerin akademik alanda ilerlemeleri için ve bir öğrenme yaşantısı olarak daha çok çalışma yapmaya ve yazmaya gayretleri ve ihtiyaçları bulunmaktadır. Elde edilen bulgu, bu durumla ilişkili olabilir.

HÜHFD'de makale yazarlarının büyük çoğunluğu (%90.1) kamu üniversitesinde çalışmaktadırlar. Yukarıda daha önce değinildiği gibi, makale yazarlarının %83.7'sinin

de akademisyen hemşireler olduğu dikkate alındığında, yayınların çoğunlukla kamu üniversitesinde çalışmakta olan akademisyen hemşireler tarafından yapıldığı düşünülebilir.

HÜHFD’de yayınlanan makalelerin çoğunluğunun araştırma (%51.2) ve derleme (%44.1) makale olduğu belirlenmiştir. Makalelerin sadece %1.1’i olgu sunumudur. Görüldüğü gibi dergide derleme makaleler, araştırma makalelerine yakın bir oranda bulunurken olgu sunumlarının sayısı ise oldukça düşüktür. Oysa diğer tıp dergilerinde durum genellikle olguların daha fazla, derlemelerin daha az olması yönünde dergimizdeki durumdan farklıdır^{1,23,24}. Bu açıdan elde ettiğimiz bulgu dergideki makale profilini yeniden ele alma konusunda dikkat çekicidir.

HÜHFD’nde yayınlanan araştırma makalelerinin büyük çoğunluğu (%81.3) tanımlayıcı tiptedir. Bunu sırasıyla yarı deneysel (%7.6), deneysel (%6.9), retrospektif (%0.7) ve nitel (%0.7) çalışmalar izlemektedir. Sonuçlar dergimizde tanımlayıcı makalelerin büyük bir yeri olduğu ve oranlar karşılaştırıldığında diğer tipteki makalelerin oldukça az olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, dergide yer alacak makalelerde bu açıdan çeşitliliği sorgulama konusunda dikkat çekicidir. Ünsal ve Sökmen’in (2011) Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi hakkında yaptıkları çalışmada da araştırma sonuçlarımız ile benzer olup araştırmaların %84.5’inin tanımlayıcı türde olduğu görülürken bu oran Karatay ve Emiroğlu’nun (2006) çalışmasında %69.4’tür. Wallin (2009) de hemşirelik araştırmalarında tanımlayıcı çalışmaların çoğunlukta olduğunu ifade etmektedir²⁵. Dergimizdeki oran kadar yüksek olmamakla birlikte, Shin ve arkadaşlarının (2010) Kore Akademik Hemşirelik Dergisi’nin yayınlarını inceledikleri çalışmada; tanımlayıcı çalışmaların tüm çalışmaların %52.2’sini oluşturduğu ve deneysel çalışmaların ise %32.2’sini oluşturduğu belirlenmiştir¹⁵. Mantzoukas (2009) 2000-2006 yılları arasında etki değeri yüksek hemşirelik dergilerinde yayınlanan araştırmaları incelediği çalışmada; deneysel ve yarı deneysel çalışmaların tüm çalışmaların %13’ünü, deneysel olmayan nicel çalışmaların %39’unu, nitel çalışmaların %13’ünü ve diğer çalışmaların ise %35’ini oluşturduğu belirlenmiştir²⁶.

HÜHFD’nde yayınlanan araştırma makalelerinin %43.1’inde evren üzerinden çalışma yapılmış olup, örnekleme yöntemi olarak en çok basit rastgele (%11.8) ve tabakalı (%6.3) örneklemlerin kullanıldığı belirlenmiştir. Örnekleme yöntemi açısından evrenin tamamını çalışmaya alabilmek verilerin kalitesini ve çalışmanın güvenilirliğini arttıran bir durumdur. Dolayısıyla bu açıdan elde ettiğimiz sonuç olumlu biçimde yorumlanabilir.

HÜHFD’de yayınlanan araştırma makalelerinin örneklem içeriklerine göre ilk üç sırayı hasta grubu (%36.1), öğrenci grubu (%22.9) ve hemşire grubu (%16.7) oluşturmaktadır. Bu bulgular yazarların en çok çalışmayı tercih ettiği gruplara dikkat çekmesi açısından önemlidir. Hemşirelik bakımının hasta ya da sağlıklı bireyi odağa alması gerektiği dikkate alındığında, hastalarla yapılan çalışmaların sadece üçte birlik oranı kapsamaması, buna karşın öğrencilerle yapılan çalışmaların %22.9 olması düşündürücüdür. Bu bulgu çalışmamızın yazarlarının çoğunun kamu üniversitelerinde çalışan akademisyen hemşireler olduğu dikkate alındığında, bu akademisyenlerin hasta grubuna ulaşmada zorluk yaşaması ve daha erişilebilir olması nedeniyle öğrenci hemşirelere yöneliyor olması olasılığını düşündürmektedir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Ünsal ve Sökmen’in (2011) çalışmasında araştırmaların örneklem grubunun %18.8’ini hemşire

öğrenciler, %17.3'ünü kadınlar, %16.9'unu hastalar ve %13.5'ini hemşireler oluşturmuştur. Mantzoukas (2009)'ın etki değeri yüksek dergilerde 2000-2006 arasındaki makaleleri incelediği çalışmasının bulguları dergimize ilişkin bulgulardan oldukça farklılık göstermekte olup, ancak araştırmacılar için yön göstericidir. Bu çalışmada, yayımlanan makalelerin %45'inin klinik/uygulama alanında hastalarla, %26'sının sağlığı yükseltme konularında toplumla, %11'inin mesleki konularda hemşirelerle, %8'inin eğitimle ilgili konularda öğrencilerle, %10'unun ise diğer konularla ilgili farklı gruplarla olduğu belirlenmiştir²⁶.

HÜHFD'de yayımlanan araştırma makalelerinde veri toplama aracı olarak çoğunlukla anket (%71.5) kullanılmaktadır. Bunu sırasıyla; anket ve ölçek (%21.5), ölçek (%3.5), görüşme (%1.4) ve diğer araçlar (%2.1) izlemektedir. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Ünsal ve Ergül'ün (2010) çalışmasında araştırmalarının %91.2'sinde soru formu, %36.1'inde ölçek; Ünsal ve Sökmen'in (2011) çalışmasında, araştırmalarının %70.5'inde soru formu, %50.5'inde ölçek; Karatay ve Emiroğlu'nun (2006) yaptığı araştırmada ise çalışmaların %69.4'ünde en çok anket yöntemi (%44) ve ölçek uygulama yöntemi (%28) kullanılmıştır. Çalışmalarda soru formu kelimesi ile eş değer anket, tanıtıcı özellikler formu, kişisel tanıtım formu, görüşme formu, demografik form ve veri toplama formu kelimeleri de kullanılmaktadır²⁷. Bu bulgu, dergilerde yayımlanan çalışmaların çoğunluğunun tanımlayıcı çalışmalar olduğu bulgusu ile tutarlılık göstermektedir. Çünkü tanımlayıcı çalışmalarda genellikle anket ve ölçek gibi veri toplama araçları kullanılmaktadır. Yurt dışında alan yazınında yer alan hemşirelik dergileri ile ilgili çalışmalarda en sık kullanılan ölçüm araçlarını ise ölçekler oluşturmaktadır^{15,17}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

1. Dergideki araştırma makaleleri sayısındaki artış olumlu olup, bu durumun desteklenmesi ve sürdürülmesi; derleme makalelerin sayısı yeterli olup, var olan haliyle korunması veya geliştirilmesi; derginin 18 yıllık yayın hayatı boyunca sadece iki olgu sunumunun yayımlanmış olması nedeniyle, bu tür makalelerin sayısının arttırılması,
2. Dergide şimdiye kadar yayımlanmış İngilizce makalelerin sayısının 28 olması nedeniyle, derginin uluslararası alanda okunurluğunu arttırmak için İngilizce makale sayısının arttırılması ve yurt dışı indekslere girme çalışmalarına ağırlık verilmesi,
3. Dergide yayımlanan makalelerin çoğunluğunun akademisyen hemşirelerden oluşması ve klinik hemşirelerinin oranının oldukça düşük olması nedeniyle, klinikte çalışan hemşireleri de yazmaya özendirilecek faaliyetler yapılması,
4. Konu alanı bakımından yayınları görece daha az olan çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği alanlarındaki yazarların dergi için yazmaya teşvik edilmesi,
5. Dergide yayımlanan makalelerin tiplerinin çoğunlukla tanımlayıcı olması nedeniyle, diğer tipteki çalışmaların arttırılması konusunda yazarları teşvik edici çalışmaların yürütülmesi,
6. Dergide yayımlanan araştırma makalelerinde örnekleme hasta grubunun

sadece üçte birlik oranda tercih edilmesi ve öğrenci hemşirelerin hastalara yakın oranda tercih edilmesinin nedenlerini araştıran nicel ve nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz O. KBB-Forum'un Beş Yılı. In: Yılmaz O, editör. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 2007. Ankara: Tübitak Matbaası; 2007. s. 194-197.
2. Kara İ. Tıp dergilerinde finansman sorunları. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık Sempozyumu. Ankara: Tübitak- Ulakbim Yayınları; 2008.
3. Tonta Y, Al U. Türkiye'de bilimsel yayın haritası: Türkiye'de dergi yayıncılığı üzerine bibliyometrik bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü, Ankara, 2007.
4. Yağmurlu A. Elektronik yayıncılık ve çevrimiçi makale değerlendirme sistemleri. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık Sempozyumu. Ankara: Tübitak- Ulakbim Yayınları; 2006.
5. Besimoğlu C. Akademisyenlerin elektronik dergi kullanımında disiplinler arasındaki fark. Hacettepe Üniversitesi Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
6. Gürses E. ULAKBİM Türkçe Veri Tabanları. URL: <http://www.genbilim.com/content/view/4942/27/>. 24 Ocak 2009.
7. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. URL:
8. <http://hacettepehemsirelikdersisi.org/about.php3?id=19>. 07 Ocak 2015.
9. Tonta Y. Türk Kütüphaneciliği Dergisi 1987-2001. Türk Kütüphaneciliği 2002; 16(3): 282-320.
10. İnceelli A, Candemir Ö, Demiray U. Elektronik Akademik Uzaktan Eğitim Dergisi: Tojde içerik analizine dayalı bir değerlendirme. The Turkish Online Journal of Educational Technology – TOJET 2005; 4(4): 99-124.
11. Berkman AÜ. Amme İdaresi Dergisi'nde yayınlanan makaleler ve Türk yönetim bilimi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi 2009; 4(1): 25-49.
12. Taşkın Z, Çakmak T. Başlangıcından bugüne Bilgi Dünyası Dergisi'nin bibliyometrik profili. Bilgi Dünyası 2010; 11 (2): 332-348.
13. Karatay G., Emiroğlu ON. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisinin makale ve yazar özellikleri açısından değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2006; 8(1,2): 59-68.
14. Ünsal, A., Sökmen, S. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisinin makale ve yazar özellikleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14(4): 10-16.
15. Khorshid, L., Akın-Korhan, E., Hakverdioğlu, G., Demiray, A. Bir hemşirelik dergisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2012; 28(1): 47-55.
16. Shin H-S, Hyun M-S, Ku M-O, Cho M-O, Kim S-Y, Jeong J-S, Jeong G-H, Seomoon G-A, Son Y-J. Analysis of research papers published in the Journal of the Korean Academy of Nursing- Focused on research trends, intervention studies, and level of evidence in the research. J Korean Acad Nurs 2010; 40(1): 139-149.
17. Türkiye Atıf Dizini. URL: <http://www.atifdizini.com/apply/tr-index.html>. 07 Ocak 2015.
18. Webb C. An analysis of recent publications in JCN: sources, methods and topics. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 931-934.
19. Dornik E, Vidmar G, Zumer M. Nursing Education in Slovenia and its Impact on Nurses Publishing in Their Professional. Journal Nurse Education Today 2005; 25(3):197-203.
20. Ergül S, Ardahan M, Temel AB, Yıldırım BÖ. Bibliometric Review of Refences of Nursing Research Papers During the Decade 1994-2003. International Nursing Review 2010; 57(1):49-55.

21. Bacanak A, Değirmenci S, Karamustafaoğlu S, Karamustafaoğlu O. E-dergilerde yayınlanan fen eğitimi makaleleri: yöntem analizi. Türk Fen Eğitimi Dergisi 2011; 8(1): 119-132.
22. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 2007. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>. 07 Ocak 2015.
23. Şen E, Karaçam Z, Çalışır H, Budak SS. Türkiye'deki hakemli hemşirelik dergilerinde 2007-2012 yılları arasında yayınlanan araştırmaların bazı özellikleri: bir durum saptama. F.N. Hem. Derg 2014; 22(3): 129-136.
24. Ulusal Cerrahi Dergisi. URL: <http://www.ulusalcerahidergisi.org/son-sayi>. 07 Ocak 2015.
25. Türk Geriatri Dergisi. URL: <http://geriatri.dergisi.org/content.php3?id=71>. 07 Ocak 2015.
26. Wallin L. Knowledge translation and implementation research in nursing. International Journal of Nursing Studies 2009; 46: 576-587.
27. Mantzoukas S. The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: A quantitative content analysis. International Journal of Nursing Studies 2009; 46: 479-489.
28. Ünsal, A., Ergül, N. Türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanılan veri toplama araçları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7(1): 432-438.

Lenfödemde Cilt Bakımı ve Koruyucu Yaklaşımlar

Skin Care and Protective Approaches in Lymphedema

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 54–64

Ayşe ARIKAN DÖNMEZ*, Leyla ÖZDEMİR*

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

Geliş Tarihi: 18 Şubat 2015

Kabul Tarihi: 28 Mart 2015

ÖZ

Lenfödem, yaşamı tehdit eden, bireylerin yaşam biçimlerini ve fonksiyonlarını etkileyen, fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olan ve yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkileyen önemli bir komplikasyondur. Geçmişte tedavisi imkansız olarak düşünülürken, günümüzde lenfödem gelişimini önlemek, semptomlarını kontrol etmek, komplikasyonları azaltmak ve lenfödem geliştiğinde tedavi etmek amacıyla çeşitli yöntemler önerilmektedir. Bu yöntemler; hasta eğitimi, cilt bakımı, ekstremitte elevasyonu, masaj ve fizik tedavi, fiziksel aktivite ve egzersiz, manuel lenfatik drenaj, self (basit) lenfatik drenaj, pnömatik pompalar, düşük düzeyde lazer tedavisi, kompresyon bandajları ve giysileri, medikal tedavi, cerrahi tedavi olarak sıralanabilir. Sağlıklı cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi, cildin hidrasyonunun sağlanması, lenfödem gelişiminin önlenmesi, lenfödem komplikasyonlarının tedavi edilmesi, hastanın konforunun/rahatlığının sağlanması ve enfeksiyon riskinin azaltılması açısından cilt bakımı oldukça önemli bir basamaktır. Lenfödemde cilt bakımının rolünü destekleyen bir kanıt bulunmamakla birlikte, lenfödem riskini veya var olan lenfödem şiddetini azaltmak için cildi korumanın, öz bakımın önemli bir bileşeni olduğu yönünde uzmanlar tarafından belirtilen ortak görüşler bulunmaktadır. Bu nedenle lenfödemli olan veya risk altında olan hastalara, mutlaka uygun cilt bakımı ilkeleri ile ilgili eğitim verilerek, günlük yaşamlarında bu ilkelere uymaları gerektiği hatırlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Cilt bakımı, konservatif tedavi, lenfödem, lenfödem yönetimi*

ABSTRACT

Lymphedema is an important life-threatening complication that effects the lifestyle and functions of individuals, causing physical and psychosocial problems and also effects their quality of life negatively. Although its treatment was considered as impossible in the past, today various methods have been suggested in order to prevent lymphedema, controlling the symptoms, reducing complications and treat when it develops. These methods can be aligned as; patient education, skin care, limb elevation, massage and physical therapy, physical activity and exercise, manual lymphatic drainage, self (simple) lymphatic drainage, pneumatic pumps, low level laser therapy, compression bandages and clothing, medical treatment, surgical treatment. Skin care is quite important step in terms of protecting and maintaining integrity of healthy skin, providing hydration of the skin, preventing lymphedema, treating

complications of lymphedema, providing patient comfort and reducing the risk of infection. Although there is no evidence that supports the role of skin care for lymphedema; there are common opinions that are being suggested by experts regarding protection of the skin that considered to be a critical component of self-care to reduce the risk of lymphedema or exacerbation of established lymphedema. Therefore, patients with lymphedema or at risk of developing lymphedema must be educated about proper skin care principles and must be reminded that their cooperation about these principles is needed.

Key Words: Skin care, conservative treatment, lymphedema, lymphedema management

GİRİŞ

Lenfödem; lenfatik dolaşımın konjenital veya edinsel nedenlerle bozulması sonucu, proteinden zengin interstisiyel sıvının, jeneralize veya lokal olarak birikimiyle karakterize bir tablodur¹⁻⁴. Temel olarak lenf volümünün transport kapasitesini aşması sonucu lenfatik sistemde fonksiyonel bir yetersizlik oluşumuyla ilgilidir⁵. Net olarak bilinmemekle birlikte, yapılan çalışmalarda lenfödem insidansının %6-70 gibi geniş bir aralıkta olduğu belirtilmektedir⁶⁻⁹.

Lenfödemde koruyuculuk uygulamaları, risk altında olan hasta grubunu öncelikli ele alacak şekilde yürütülmelidir. Lenfödem gelişimi için riski belirleyen; hastaya, tanı ve tedaviye ait faktörler ile sağlık çalışanlarının hastaya sunduğu eğitimidir. Lenfödem gelişiminde hastaya ait faktörler obezite ve ileri yaştır (55 yaş ve üzeri). Tanı ve tedaviye ait faktörler ise; ileri evre kanser tanısı, aksiller bölgede metastazın bulunması, aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılması, fazla sayıda lenf nodu çıkarılması, geniş insizyon alanı, enfeksiyon öyküsü, radyoterapi (göğüs, aksilla, internal mammariyan ya da subklaviyen lenf nodlarına) ve kemoterapi uygulamalarıdır. Sağlık çalışanlarının hastalara yönelik, lenfödem ve lenfödem gelişmesini önleyici kişisel bakım aktivitelerine ilişkin bilgi vermemesi de önemli bir risk faktörüdür⁷⁻¹⁴. Risk altında bulunan grup belirlendikten sonra, koruyucu uygulamalara yönelik eğitim etkinlikleri kapsamında, lenfödem erken belirtilerinin yer alması son derece önemlidir. Çünkü lenfödem erken dönemde saptandığında durdurulabilen ve tedavi edilebilen bir tablodur. Lenfödem erken belirtileri arasında; elbise ya da yüzük gibi takıların dar gelmesi, ağrı, gerginlik, dolgunluk ya da katılık hissi, ağrı ve gözle görülen şişkinlik yer almaktadır¹⁴. Hastada bulunan belirtilere göre lenfödem sınıflandırılması, tedavi ve bakım uygulamalarına yön vermesi açısından önemlidir (Tablo 1).

Lenfödemli hasta değerlendirilirken geçmiş tıbbi öyküsü, hastalık durumu; ödemin nedeni, süresi, lokasyonu, ilerlemesi; cilt ve dokuların durumu, enfeksiyon, yara ya da lenfore varlığı; kullanılan tıbbi tedavi, lenfödem yaşam kalitesine etkisi ve hasta/ailesinin tedaviden beklentileri ele alınmalıdır¹³. Hasta ve ailesinden alınan bu bilgiler, lenfödem sorununun en etkili şekilde tedavi edilebilmesinde önemli bir rehber olacaktır¹³.

Lenfödem Cilt Üzerine Etkisi

Lenfödem pek çok yönden sorun oluşturabilen kronik ve ciddi bir sorun olup, yaşamı tehdit eden selülit, lenfanjit ve lenfosarkoma gibi sorunlara neden olabilmektedir^{15,16}.

Tablo 1. Lenfödem Sınıflandırılması (International Society of Lymphology)

| Evre | Tanımlayıcı özellikler |
|------------|--|
| Evre 0 | Lenf akımında bozukluğa rağmen şişkinliğin belirgin olmadığı subklinik tablo. Bu durum ödem belirgin olmadan aylar ya da yıllar önce başlayabilir. |
| Evre 1 | Ekstremitte elevasyonu ile azalan doku sıvısı birikimin olduğu erken evredir. Bu evrede ödem deride benek/oyuk şeklinde gözlenebilir. |
| Evre 2 | Ekstremitte elevasyonu nadiren şişkinliği azaltır. Deride benek oluşumu gözlenir. |
| Geç Evre 2 | Doku fibrozisinin belirgin olduğu evredir. |
| Evre 3 | Doku fibrotik ve serttir. Beneklenme belirgindir. Deride kalınlaşma, hiperpigmentasyon, deri katlarında artma, yağ depoları ve şişjiller mevcuttur ¹⁴ . |

Lenfödem gelişen kolda duyuusal bozukluklar, şişlik, ağrı, güç kaybı, elde ve bilekte esnekliğin azalması, hareket kısıtlılığı, dolgunluk hissi, enfeksiyona yatkınlık ve ciltte hassasiyet gelişmektedir¹⁷.

Lenfödem hastalarının etkilenen ekstremitesindeki cilt dokusu genellikle sağlığını kaybetmiştir. Deri ve subkutanöz doku içinde interstisyel ve lenf sıvısının birikmesi fibroblastları, keratinositleri ve adipositleri stimüle ederek kollajen ve glikozaminoglikanların oluşmasına sebep olur. Elastik fibrillerin yıkımı ve deri hipertrofisi gerçekleşir. Mikro ve makro dolaşım problemleri, cilt metabolizmasının bozulmasına yol açarak lenfödemli cildin hassas ve duyarlı bir hal almasına sebep olur. Cilt kurumuş ve kaşıntılıdır, inflamasyon ve enfeksiyonlara yatkındır. İyileşme sürecinin bozulması ve yetersiz olması sonucunda da ciltte oluşabilecek herhangi bir yaralanma; ağır inflamasyon ve enfeksiyon tablosunun ortaya çıkmasına ve lenfödemin kötüleşmesine neden olabilmektedir¹³.

Deri normalde bakteri ya da diğer patojenlere karşı bir bariyerdir. Ancak deride sıcak, travma ya da diğer nedenlerle oluşan bir sorun, patojenlerin girişi için bir yol oluşturabilir. Ödemli dokuda bol miktarda proteinden zengin sıvı bulunduğu için, patojenlerin üremesi için elverişli bir ortam oluşmaktadır^{18,19}. Ödem nedeniyle diffüzyon alanı da arttığı için lokal savunma hücreleri etkilenen alana zamanında gönderilememektedir. Kronik inflamasyon durumunda, fibrin ve kollajen oluşumu ile dokuda kalınlaşma görülmektedir. Kalınlaşan ve pullu bir özelliğe sahip olan deri, çatlak ve fissürler açısından risk altındadır¹⁹. Ödem, cilt kıvrımlarının derinleşmesine neden olarak, mantara ve bakteriyel enfeksiyonlara da yol açabilmektedir. Dokuda kalınlaşma ile azalan doku kompliyansı, lenfatik akımı bozup; enfeksiyona yatkınlığı artırabilmektedir. Bu nedenle lenfödemli hastada cilt bütünlüğünün sağlanarak, cilt problemlerinin uygun yönetimi enfeksiyon riskini en aza indirmek için son derece önemlidir¹⁴.

Lenfödem Yönetimi

Lenfödem, risk altında olan grupta hemen oluşabileceği gibi, aylar ya da yıllar sonra da gelişebilmektedir. Risk altında olan bazı hastalarda ise lenfödem hiç gelişmemektedir.

Lenfödem, fonksiyonel kapasiteyi, psikososyal iyilik durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir²⁰. Lenfödemli hasta, yaşam boyu günlük yaşam aktivitelerinde ve faaliyetlerinde dikkatli olmalıdır. Lenfödem yönetiminin amaçları; tablonun ilerlemesinin önlenmesi, ekstremitenin boyutunun küçültülmesi ve sürdürülmesi, aşırı sıvı ve protein birikiminden kaynaklanan rahatsızlığın hafifletilmesi, sellülit ve diğer enfeksiyonların gelişiminin önlenmesi ve hastanın öz-yönetim konusunda eğitilmesidir²¹.

Geçmişte tedavisi imkansız olarak düşünülen lenfödem, günümüzde geliştirilen yöntemler ile etkin şekilde tedavi edilebilmektedir²². Lenfödem semptomlarını kontrol etmek, fonksiyonel kapasiteyi artırmak, komplikasyonları azaltmak ve lenfödem geliştiğinde tedavi etmek amacıyla önerilen tedavi yöntemleri konservatif (cerrahi olmayan) ve cerrahi tedavi başlığı altında ele alınabilir^{20,23}. Konservatif tedavi; fizik tedavi ve medikal tedavi basamaklarından oluşmaktadır. Fizik tedavi; komplet dekonjestif tedavi (KDT), pnömatik kompresyon pompaları, düşük düzeyde lazer tedavisi, kinezyolojik bantlama gibi uygulamaları içermektedir^{1,5,6,23-27}. KDT, Uluslararası Lenfoloji Derneği'nin (International Society of Lymphology) 2001'de yayınlanan bildirisini ile, lenfödem tedavisinde uluslararası güncel standart tedavi olarak kabul edilmiştir²⁸. KDT, özel bir manuel yaklaşım olup; lenfödem hastasında volümün azaltılmasını ve bunun devamını sağlar²⁹. KDT iki fazdan oluşan bir tedavi programıdır. I. faz; 4 hafta veya daha fazla süren lenfödemi azaltma fazıdır ve 4 bileşenden oluşmaktadır. Bunlar cilt ve tırnak bakımı, manuel lenfatik drenaj, kompresyon bandajları, bandajla birlikte terapötik egzersizleri içerir. Bu fazla birlikte lenfödemde bir miktar hacim azalması sağlanınca, koruma fazı olan II. faza geçilir. Bu fazda ise cilt bakımı, kompresyon giysileri, kompresyon bandajı ve giysiyle birlikte yapılan egzersiz programları bulunmaktadır^{1,25,30}.

Cilt Bakımı

Cilt ve tırnak bakımı KDT'nin önemli bir parçasıdır. Cildi iyileştirici ve koruyucu uygulamalar KDT'nin her iki fazında da önemlidir. Faz-I de hasarlanmış cildin iyileşmesi ve bakımı üzerine odaklanılırken; Faz-II'de cilt bakımının sürdürülmesi önem kazanmaktadır³¹. Lenfödemli hastalarda cilt bakımının amaçları; bakteriyel ve fungal kolonizasyonu kontrol etmek, cilt kıvrımlarında mikrobiyal kolonizasyonu azaltmak, kuruluk ve fissür oluşumunu önlemek için cildin hidrasyonunu sağlamak, hastanın konforunu/rahatlığını sağlamak ve enfeksiyon riskini azaltmaktır^{13,32}.

Lenfödem riski taşıyan hastalar, mutlaka derinin uygun temizleme ve nemlendirme yöntemleri ile ilgili bilgilendirilmedirler^{13,33}. Hasta eğitiminde, enfeksiyon ve inflamasyon belirtileri açısından derinin değerlendirilme yöntemi anlatılmalıdır. Tedavinin başlangıcında hastaya bir kontrol listesi verilerek, kaçınılması gereken, lenfödeme neden olabilecek aktiviteler belirtilmelidir³³.

Derinin normal pH'sı 5 civarındadır. Bu nedenle lenfödem riski olan hastada doğal ve pH'sı nötral ya da 5 civarı olan (hafif asidik) sabunlar tercih edilmelidir. Ayrıca sabunlar cildi nemlendirmeli ve hipoallerjenik olmalıdır¹⁹. Deterjan içerikli, gliserin içermeyen sıradan sabunlar cildi kuruttuğu için kullanılmamalıdır. Parfümlerdeki koruyucular ve kokular alerji yapıp iritasyona neden olabilir. Bu nedenle parfüm ya da parfüm içerikli sabun kullanılmamalıdır. Mineral ve petrolatumu yüksek oranda

içeren ürünler, ciltteki porları tıkayarak, derinin doğal yağlarının yüzeye çıkmasını engellemekte; kuru cilt sorununu kötüleştirebilmektedir¹⁴.

Nemlendiriciler ise derinin koruyucu yağ tabakasını desteklemekte, sıvı kaybını önlemekte; cildi bakteri ve iritanlardan korumaktadır. Nemlendirici olarak banyo yağları, losyonlar, kremler ve merhemler kullanılabilir. Az su içeren ya da hiç su içermeyen merhemler, en iyi cilt nemlendiricileridirler¹⁴. Deri için kullanılacak her türlü sabun, losyon ya da merhem öncelikle sağlam ekstremitede denenmeli; herhangi bir alerjik reaksiyon ya da iritasyon gelişmezse, etkilenen ekstremiteye uygulanmalıdır. Tedavinin dekonjestif aşamasında ise bandajlar uygulanmadan önce nemlendirici sürülmelidir. Dekonjestif aşamadan sonra hasta kompresyon giysisini giyerken, nemlendiriciler günde iki kere uygulanmalıdır. Kompresyon bandajı materyalinin ya da sıkı kolluk-konç malzemelerinin de, deride iritasyona neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu durumda kullanılan kompresyon materyali değiştirilmelidir¹⁹. Nemlendiricilerin kullanım şekline ilişkin yöntemde bir netlik bulunmamaktadır. Bazı uzmanlar, kıl foliküllerinin tıkanmasını önlemek için kılların büyüme yönünde uygulamayı önermektedir. Diğerleri ise lenf drenajını desteklemek için gövdeye doğru kullanımı tavsiye etmektedirler¹⁴.

Lenfödem Riskini Azaltmaya Yönelik Uygulamalar 6, 27, 33-39

I. Cilt Bakımı – Travma/Yaralanmadan Kaçınılması ve Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

- Ekstremitelerin temiz ve kuru tutulması
- Cildin günlük çizik, enfeksiyon, döküntü ve kızarıklık açısından değerlendirilmesi
- Ciltteki çatlakları ve kepeklenmeyi önlemek için günlük nemlendirici uygulanması
- Etkilenen alanın elevasyona alınması
- Tırnak bakımına dikkat edilmesi; tırnakların kısa olması, kütüküllerin kesilmemesi
- Etkilenen alanın güneş kremi ve böceksavar ile korunması
- Mümkün olduğunca, enjeksiyon ve kan aldırma gibi uygulamalardan kaçınılması
- Cilt yaralanmasına neden olabilecek aktiviteleri (bahçe işleri, kesici aletlerle çalışma, deterjan gibi kimyasalların kullanılması, hayvanlarla temas) yaparken eldiven giyilmesi
- Aksiller bölge temizliği için jilet yerine elektrikli makinelerin kullanılması
- Ciltte çizikler olursa, su ve sabunla yıkanması, antibiyotik uygulanması ve enfeksiyon açısından (örneğin, kızarıklık) cildin gözlenmesi
- Yıkanan bölgenin iyice kurulanması (ovalanmamalı, havlu ile sürtmemeli)
- Döküntü, kaşıntı, kızarıklık, ağrı, cilt ısısında artma, ateş veya grip benzeri semptomlar olursa, derhal hekimle iletişime geçilmesi
- Dövme ve piercing yaptırmaktan kaçınılması
- Dikiş dikerken yüksük kullanılması

- Vücudun üst kısmına masaj yaptırılmaması (Manuel lenfatik drenaj masaj olarak değerlendirilmemelidir)

II. Aktivite/Yaşam Tarzı

- Aşırı zorlayıcı aktivitelerden kaçınılması
- Herhangi bir aktivite veya egzersizin süresi ve şiddetinin kademeli olarak artırılması
- Ekstremitelerin dinlenmesine izin vermek için aktivite sırasında sık sık dinlenme periyotlarının verilmesi
- Aktivite sırasında ve sonrasında ekstremitenin boyut, şekil, doku, yapı, ağrı, ağırlık veya sertlik gibi herhangi bir değişiklik açısından izlenmesi
- Uzun süreli hareketsizlikten kaçınılması

Yararlı aktiviteler: Yüzme, lenfödem egzersiz programı, kendi kendine manuel lenfatik drenaj, yoga, yürüme

Orta riskli aktiviteler: Jogging, koşma, yürüme bandı, binicilik, dağcılık

Yüksek riskli aktiviteler: Bahçe işleri, tenis/raket sporları, golf, kar küreme, eşya taşıma, valiz taşıma, ağır alış veriş torbası taşıma (4-6 kilodan fazla), ileri binicilik

III. Beslenme

Beslenme İle İlgili Önlemler

- İdeal vücut ağırlığının korunması
- Dengeli, az tuzlu, az yağlı, lifli besinler tüketilmesi
- Protein alımının azaltılmaması (*Protein kısıtlaması lenfödemedeki protein içeriğini azaltmamaktadır*)

IV. Ekstremitenin Sıkıştırılmasından Kaçınılması

- Mümkün olduğunca, risk altındaki koldan kan basıncı ölçülmemesi (*Ölçüm zorunlu ise tansiyon manometresi en fazla sistolik basıncın 10 mmHg yukarisına kadar çıkarılmalı*)
- Sıkmayan takı ve giysilerin kullanılması

V. Kompresyon Giysileri

- Vücuda uygun giysilerin seçilmesi
- Yorucu aktivitelerde (ağırlık kaldırma, uzun süreli ayakta durma, koşma) risk altındaki ekstremitenin kompresyon giysisi ile desteklenmesi
- Uçak yolculuğunda uygun kompresyon giysisinin kullanılması

VI. Sıcaklık

- Aşırı soğuğa maruz kalmaktan kaçınılması
- Uzun süreli (15 dakikadan fazla) sığağa maruz kalmaktan kaçınılması, *özellikle sıcak küvetler ve saunalar*
- Sıcak banyo ya da duş yapılmaması
- Etkilenen bölgeye sıcak veya soğuk uygulama yapılmaması

VII. Seyahat

- Sivrisineğin çok olduğu bölgelere gitmekten kaçınılması
- Araba, uçak ya da tren ile yolculuk sırasında kompresyon giysisi giyilmesi
- Sık mola verilmesi, uzun süreli hareketsizlikten kaçınılması

Lenfödemde Farklı Deri Özelliklerine Göre Cilt Bakımı

Lenf akışında meydana gelen kronik bozukluk kronik enflamasyonla sonuçlanır ve ortaya çıkan bu tablo deri ve deri altı tüm dokularda (yağ doku, bağ doku ve fasya) kalınlaşma, hiperkeratoz, papillomatozis, hiperpigmentasyon ve elastikiyet kaybı ile birlikte fibrozis şeklinde kendini gösterir.²

Sağlam Deri: Sağlam derinin sağlığı nemlendirici uygulayarak en üst seviyede tutulmalıdır¹⁴.

Kuru Cilt: Su, lipidler veya epidermisin doğal nemlendirici faktörünün (NMF) kaybına neden olan stratum korneum tabakasındaki değişiklikler, kuru cilt gelişimine yol açmaktadır. Bandajların sıkıştırıcı etkisi bu durumu daha da kötüleştirebilir, cildin esnekliğini azaltabilir, çatlak ve fissürlere yatkın hale getirebilir. Hastalar bu durumda kaşıntıdan şikayet edebilir.

Kserotik cilt kuru, mat, pullarla kaplı ve serttir. Cildin bariyer yapısının bozulması, mekanik faktörler (cildi kaşımak) ve iritan maddelerin uygulanması, iyileşmeyi daha da geciktirir. Rehidrasyona yardım etmek için nemlendiriciler, günde iki kere (her yıkama sonrasında da kapsayacak şekilde) uygulanmalıdır^{2,14}.

Papillomatozis: Lenfatik damarların dilatasyonu ve fibrozisi nedeniyle ciltte sert çıkıntılarının oluşması olup; tabloya hiperkeratoz eşlik edebilir. Uygun kompresyon tedavisi ile tablo gerileyebilir. Ancak papillomatozis bir ay içerisinde iyileşmiyorsa, hasta lenfödem uzmanına yönlendirilmelidir^{2,14}.

Hiperkeratoz: Keratin tabakasının aşırı çoğalması sonucu oluşur. Kahverengi pullar veya gri lekeler oluşmaktadır. Düşük dereceli sürtünme ve kompresyon bandajıyla sarı bölgelelerin basınç altında olması gibi mekanik travmalar ile ilgilidir. Bu tabloda düşük su içerikli nemlendiriciler önerilmektedir. Çok katmanlı lenfödem bandajı, lenfödemi azaltır ve cildin durumunu iyileştirir^{2,14}.

Folikülit: Kıl foliküllerinin inflamasyonu sonucu gelişir. Tablo, sellülit ya da erisipele ilerleyebilir. Açık bir yara ya da eksuda varsa, kültür için örnek alınmalıdır. Bölge yıkandıktan sonra klorheksidin ya da benzalkonium içeren antiseptik losyonlar kullanılmalıdır. Bölgeye hasar vermeden nemlendirici uygulanmalıdır. Bir ay içerisinde yapılan uygulamalara yanıt alınamazsa, hasta dermatoloji merkezlerine yönlendirilmelidir^{2,14}.

Lenfanjiektazi (Lenfanjioma): Lenfatik damarların genişlemesi sonucu yumuşak, içi sıvı dolu çıkıntılarının olmasıdır. Tedavide çok katmanlı lenfödem bandajı ile kompresyon önerilmektedir. Kompresyon tedavisine yanıt yoksa, lenfanjiektazi geniş bir alanda bulunuyorsa ya da lenforeye neden oluyorsa, hasta acil olarak lenfödem uzmanına yönlendirilmelidir^{2,14}.

Lenfore: Cilt yüzeyinden lenf sızıntısı olmasıdır. Hasta altta yatan nedeninin ya da tabloyu ağırlaştıran kalp yetmezliği gibi hastalıkların değerlendirilmesi için iç hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir. Bölgenin çevresi nemlendirici kullanılarak

korunmalıdır. Bölgeye ise yapışmayan, emici bir pansuman (parafin emdirilmiş gazlı bez gibi) uygulanmalıdır. Çok katlı lenfödeme bandajı lenfödemi azaltabilir, ancak bandaj ciltte maserasyonu (soyulma) önlemek için sık değiştirilmelidir. Değiştirme sıklığı şişlikteki azalma oranına göre belirlenmelidir. Palyatif durumlarda, hafif bandajlama daha uygundur. Tablo iki hafta içerisinde iyileşmiyorsa, hasta lenfödeme uzmanına yönlendirilmelidir^{2,13,14,18,40}.

Fungal Enfeksiyonlar: Deride açılma, drenaj yollarının blokajı veya fonksiyon bozukluğu ve lenf nodu değişiklikleri gibi nedenlerle, cildin savunma mekanizması bozulduğu için fungal ve bakteriyel enfeksiyonlar gelişebilir. Bu tür enfeksiyonlar genellikle, deri kıvrımlarında ve dışarı ile temas eden yüzeylerde gelişmektedir^{2,14}. Nemli, kaşıntılı, beyaz lezyonlar daha çok parmak aralarında görülmektedir. Belirtiler arasında yer alan kötü koku, ağrı, eksüda ve kanama hastada sıkıntıya ve rahatsızlığa yol açabilir¹³. Kötü koku hasta açısından en çok sıkıntı oluşturan; utanma ve sosyal izolasyon yaşamasına neden olan durum olarak belirtilmektedir¹³.

Deri ve tırnak örnekleri mikolojik inceleme için laboratuara gönderilmelidir. Tedavide %1'lik terbinafin krem, dikkatli cilt bakımı ile birlikte 6 haftaya kadar uygulanmalıdır. Bazı ülkelerde lanolin ya da vazelin bazlı % 3 salisilik, %6 benzoik asit içeren merhemler (whitfield ointment) alternatif olarak kullanılmaktadır. İlave bakteriyel enfeksiyon belirtisi varsa, uygun şekilde tedavi edilmelidir. Tırnak enfeksiyonları ve fungal folikülitlerin tedavisinde oral antifungaller kullanılmalıdır. Altı hafta içerisinde yapılan uygulamalara yanıt alınmazsa, dermatoloji merkezlerine yönlendirilmelidir^{2,14}.

Kontakt Dermatit: Allerjik ya da iritan bir reaksiyon olarak görülmektedir. Genellikle bir materyalle temas eden bölgede başlayıp, yayılmaktadır. Cilt kırmızı, kaşıntılı ve pullu bir özelliğe sahiptir. Bölgeden sıvı sızabilir ya da bölgede yara oluşabilir. Kaşıntılı veya ağrılı çatlaklar, kuruma, eritem ve vezikül gibi belirtiler olabilir. Akut durumlarda güçlü bir kortikosteroid (%0.1 betamethason valerate) günde bir ya da iki kere kullanılabilir. Tedaviye yanıt alınmazsa daha güçlü bir kortikosteroid (%0.05'lik klobetazol propionate veya %0.05'lik betamethasone dipropionate) günde bir ya da iki kez uygulanmalıdır. 1 hafta sonra tedavi değerlendirilmelidir. Tedavi üç ya da dört hafta sürdürülmeli, bu sürede uygulanan steroid miktarı dereceli olarak azaltılmalıdır^{2,14}.

Lenfanjiosarkom: Ciddi lenfödeme vakalarında görülen, lenfatik kanserlerin çok nadir çeşididir. Genellikle mastektomi ve/veya radyoterapi ile tedavi edilen meme kanseri hastalarında meydana gelmektedir. Sarkoma ilk olarak kızarıklık, mor renk değişikliği ya da rengi değişmeyen morarmalar ile kendisini göstermektedir. Daha sonra kabuklu bir ülser, en sonunda da deri ve subkutan dokuyu tutan geniş bir lezyona dönüşmektedir. Sarkom, geniş bir alana metastaz yapabilir. Bu nedenle hasta derhal onkoloji uzmanına yönlendirilmelidir^{2,14}.

Sellülit/Erisipel: Lenfödeme hastaları, derinin ve subkutan dokunun enfeksiyonu olarak bilinen, sellülit ve erisipel açısından risk altındadır. Etken çoğunlukla A grubu β hemolitik streptokoklardır, ancak stafilokoklar ve diğer bakterilerde tabloya neden olabilir. Semptomlar dakikalar içerisinde oluşabilir, haftalar içerisinde ağırlaşabilir ve sistemik hale gelebilir. Semptomlar arasında ağrı, ödem sıcaklık, kızarıklık, lenfanjit, lenfadenit ve bazen etkilenen bölgede şişlik yer alır. Daha ciddi vakalarda üşüme, titreme, yüksek ateş, baş ağrısı ve kusma görülür. Enfeksiyonun kaynağı; böcek ısırması, hayvan ve bitki sıyrıkları (bahçe işleri yaparken), tırnak batması, ülserasyon olabilir. Antibiyotik tedavisine başlamadan önce lezyonun boyutu ve şiddeti ile bölgesel lenf

nodlarında ağrı ya da şişkinlik, sistemik belirtiler değerlendirilmeli; sedimentasyon, CRP (C reaktif protein) ve lökosit değerleri ölçülmelidir. Septisemi belirtileri (hipotansiyon, taşikardi, ateş, konfüzyon ve kusma) ile antibiyotik kullanımından 48 saat sonra sistemik enfeksiyon belirtileri ya da lokal semptomlarda kötüleşme varsa hasta, derhal hastaneye yatırılmalıdır^{2,14}.

Lenfödemli Hastada Cilt Bakımına Yönelik Hemşirenin Rolü

Lenfödem, bireylerin yaşam biçimlerini ve fonksiyonlarını etkileyip, fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olarak, yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkileyebilen ve uygun hemşirelik girişimleri ile önlenilecek ya da azaltılabilecek bir sorundur⁴¹. Bireyin lenfödem konusunda kendi sorumluluğunu almasında, lenfödemin önlenmesi, yönetimi ve takibinde sağlık ekibinin önemli üyesi olan hemşireler anahtar bir role sahiptir. Hemşireler, lenfödem gelişimi açısından yüksek risk altında olan hasta grubunu belirlemeli, lenfödemden korunmaya yönelik gerekli eğitimi sunmalı, lenfödem değerlendirmesi yaparak erken dönemde müdahalede bulunmalıdır. Lenfödem gelişmeden önce bu tablodan korunma; geliştikten sonra ise tedavi aşamasında, cilt bakımı uygulamaları konusunda hastanın eğitimi hemşirenin sorumluluğundadır. Lenfödemli hastada cilt bakımına yönelik hemşireler; bireylerin günlük yaşamlarını devam ettirirken dikkat etmeleri gereken noktalar, seyahat ve hobi gibi özel durumlarda cildi koruma, özellikle etkilenen bölgenin herhangi bir travma, yara vb. durumlardan korunması, sağlıklı cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi, uygun cilt bakımının yapılması, cildin uygun solüsyonlarla nemlendirilmesi, cildin günlük olarak değerlendirmesinin yapılması gibi konularda birey ve ailesini bilgilendirmelidir. Ayrıca hemşirelerin ciltte oluşan sorunun erken dönemde fark edilmesi ve uygun şekilde tedavi edilmesinde de önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ciltte oluşan soruna özel tedavinin uygun şekilde yönetilmesi ve tamamlanması hemşirenin sorumluluğundadır.

19 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazete’de 27910 sayı numarası ile yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te de belirtildiği üzere; hemşirelerin, birey ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmek için semptom yönetimi ve destek bakımı sağlama, bireyi bütüncül olarak ele alma, günlük yaşam sürecinde gerekli olan iletişim ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılmasını sağlama, bireyin kendine bakımını geliştirerek yaşam kalitesini artırmayı öğretme, destekleme ve gözleme gibi görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Sonuç olarak; hemşirelerin yönetmelikte de bahsedildiği üzere eğitici, destekleyici, rehabilite edici rolleri kapsamında lenfödem, risk faktörleri, belirtileri, koruyucu yaklaşımlar ve yönetimi hakkında bilgi sahibi olmaları, birey ve ailesini bilgilendirmeleri, uygun hemşirelik girişimleri ile bu sorunun önlenmesi ve azaltılmasında etkin rol almaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Slavin SA, Schook CC, Greene AK. Lymphedema Management. In: Davis M, Feyer P, Ortner P, Zimmermann C, editors. Supportive Oncology. Philadelphia; 2011. p.211-20.
2. International Lymphoedema Framework Position Document. Best practice for the management of lymphoedema-2nd edition. Compression Therapy: A position document on compression bandaging. Dermatological issues in lymphoedema and chronic oedema 2012: 49-56.

3. Badger C, Preston N, Seers K, Mortimer P. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;18:CD003141.
4. Szuba A, Achalu R, Rockson SG. Decongestive lymphatic therapy for patients with breast carcinoma associated lymphedema. *Cancer* 2002;95:2260-7.
5. Vignes S, Blanchard, M, Arrault, M, Porcher, R. Intensive complete decongestive physiotherapy for cancer-related upper-limb lymphedema: 11days achieved greater volume reduction than 4. *Gynecologic oncology* 2013;131(1):127-30.
6. Harris SR, Hugi RM, Olivotto IA, Levine M. Clinical practise guidelines for the care and treatment of breast cancer. 11. Lymphedema, *Canadian Medical Association* 2001;164 (2):191-99.
7. Bani HA, Fasching PA, Lux MM, Rauh C, Willner M, Eder I, et al. Lymphedema in breast cancer survivors: assessment and information provision in a specialized breast unit. *Patient Education and Counseling* 2007;66: 311-18.
8. Clark B, Sitzia J, Harlow W. Incidence and risk of arm oedema following treatment for breast cancer: a three-year follow-up study. *QJM: An International Journal of Medicine: Oxford Journals* 2005;98:343-48.
9. Park HJ, Lee HW, Chung SH. Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17: 1450-59.
10. Golshan M, Smith B. Prevention and management of arm lymphedema in the patient with breast cancer. *J Support Oncol* 2006;4(8), 381-6.
11. Kebudi A, Uludağ M, Yetkin Ü, Çitgez B, İşgör A. Meme kanseri tedavisinde modifiye radikal mastektomi sonrası lenf ödem: İnsidans ve risk faktörleri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2005;1:1-5.
12. Morrell RM, Halyard MY, Schild SE, Ali MS, Gunderson LL, Pockaj BA. Breast cancer- related lymphedema. *Mayo Clinic Proceedings* 2005;80:1480-84.
13. Wanchai A, Beck M, Stewart BR, Armer JM. Management of lymphedema for cancer patients with complex needs. *Semin Oncol Nurs* 2013 Feb;29(1):61-5.
14. International Lymphoedema Framework: An International Perspective. *International Consensus Best practice for the management of lymphoedema. Skin Care and Cellulitis/Erysipelas* 2006: 24-29.
15. Lee YM, Mak SS, Tse SM, Chan SJ. Lymphoedema care of breast cancer patients in a breast care clinic: a survey of knowledge and health practice. *Supportive Care in Cancer* 2001;9: 634-41.
16. Gary DE. Lymphedema diagnosis and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2007;19: 72-8.
17. Thomas-MacLean R, Miedema B, Tatemichi SR. Breast cancer-related lymphedema: women's experiences with an underestimated condition. *Can Fam Physician* 2005; 51:246-74.
18. Todd M. Understanding lymphoedema in advanced disease in a palliative care setting. *International Journal of Palliative Nursing* 2009; 15(10): 474-80.
19. Zuther JE, Norton S. *Lymphedema Management. The comprehensive guide for practitioners.* 3rd Edition. Stuttgart New York: Thieme; 2013. p.149.
20. Rodrick JR, Poage E, Wanchai A, Stewart BR, Cormier JN, Armer JM. Complementary, alternative, and other noncomplete decongestive therapy treatment methods in the management of lymphedema: a systematic search and review. *PM&R* 2014;6(3):250-74.
21. Sayko O, Pezzin LE, Yen TW, Nattinger AB. Diagnosis and treatment of lymphedema after breast cancer: a population-based study. *PM&R* 2013;5(11):915-23.
22. Cheville AL, McGarvey CL, Pertek JA, Russo SA, Taylor ME, Thiadens SR. Lymphedema management. *Seminar of Radiation Oncology* 2003;13:290-301.

23. Cancer Australia. Clinical Best Practice/Lymphoedema Specialised treatment 2012. <http://canceraustralia.gov.au/clinical-best-practice/lymphoedema/gp-guides-and-resources/specialised-treatment>. February 2015.
24. Moseley AL, Carati CJ, Piller NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Annals of Oncology* 2007;18(4):639-46.
25. Lasinski BB, Thrift KM, Squire D, Austin MK, Smith KM, Wanchai A, et al. A systematic review of the evidence for complete decongestive therapy in the treatment of lymphedema from 2004 to 2011. *PM&R* 2012;4(8):580-601.
26. Oremus M, Dayes I, Walker K, Raina P. Systematic review: conservative treatments for secondary lymphedema. *BMC Cancer* 2012;12(1):6.
27. Poage E, Singer M, Armer J, Poundall M, Shellabarger MJ. Demystifying Lymphedema: Development of the Lymphedema Putting Evidence Into Practice® Card. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2008;12(6):951-64.
28. Bernas MJ, Witte CL, Witte MH. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: draft revision of the 1995 Consensus Document of the International Society of Lymphology Executive Committee for discussion at the September 3-7, 2001, XVIII International Congress of Lymphology in Genoa, Italy. *Lymphology* 2001;34(2):84-91
29. Szuba A, Rockson SG. Lymphedema: classification, diagnosis and therapy. *Vasc Med* 1998; 3(2):145-56
30. Maclellan RA, Greene AK. Lymphedema. In *Seminars In Pediatric Surgery* 2014 August;23(4):191-97.
31. Asmussen PD, Strössenreuther RHK. Compression Therapy. In: Földi, M. Földi, E. (Ed.) *Földi's Textbook of Lymphology for Physicians and Lymphedema Therapists* 2 nd edition. Munich, Mosby-Elsevier 2006; 563-627.
32. Olszewski WL. Contractility patterns of normal and pathologically changed human lymphatics. *Ann N Y Acad Sci* 2002;979:52-63
33. Zuther JE, Norton S. Lymphedema Management. The comprehensive guide for practitioners. 3rd Edition. Stuttgart New York: Thieme; 2013. p.326-327.
34. Symptom management: evidence summary. Cancer Australia National Cancer Nursing Education Project (EdCaN) 2013. URL: <http://www.cancerlearning.gov.au/docs/EdCaN-Symptom-management-evidence-summary.pdf> February, 2015.
35. Uzkeser H. Assessment of postmastectomy lymphedema and current treatment approaches. *Eur J Gen Med* 2012; 9(2):130-34.
36. Lymphoedema Improving symptom management in cancer care through evidence based practice. European Oncology Nursing Society 2012. URL: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSPEPLymphoedemaEnglish.pdf> February, 2015.
37. Horning KM, Guhde J. Lymphedema: An under-treated problem. *Medsurg Nursing* 2007;16(4):221-27.
38. Cemal Y, Pusic A, Mehrara BJ. Preventative measures for lymphedema: Separating fact from fiction. *J Am Coll Surg* 2011;213(4):543-50.
39. Skin care for people with lymphoedema. The Lymphoedema Support Network URL: <http://www.nhs.uk/ipgmedia/national/Lymphoedema%20Support%20Network/Assets/Skincare%28LSN%29.pdf> February, 2015.
40. Towers A, Hodgson P, Shay C, Keeley V. Care of palliative patients with cancer-related lymphoedema. *J Lymphoedema* 2010; 5:72-80.
41. Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH, Folsom AR. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa women's health study. *Journal of Clinical Oncology*. 2008;26(35):5689-96.

Hemşirelik Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Akran Koçluğu

A New Approach In Nursing Education: Peer Coaching

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 65-71

Ayla YAVA*, Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK**

*Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Hemşirelik, Gaziantep, Türkiye

**GATA, Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 26 Aralık 2014

Kabul Tarihi: 07 Nisan 2015

ÖZ

Hemşirelik eğitimi sırasında öğrenilen teorik bilgilerin ve uygulama becerilerinin klinik uygulamaya aktarılmasında genel bir problem olduğu düşünülmektedir. Akran koçluğunun bu probleme bir çözüm sunabileceği belirtilmektedir. Eğitim ortamlarında karşılıklı koçluk araştırılmış ve yeni elde edilen bilgi ve yeteneklerin sınıf içi eğitim stratejilerine aktarılmasında bu sistemin etkili olduğu saptanmıştır. Bu makalede, akran koçluğu ile öğrenmenin alt yapısı, unsurları, süreçleri, karakteristikleri ve faydaları tanımlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akran koçluğu, hemşirelik, hemşirelik eğitimi

ABSTRACT

In nursing education, it is well-known that there is a general problem in transferring knowledge and skills to clinical practice. Peer coaching may serve a solution to that problem. In nursing education, peer coaching proved to be effective in utilizing new knowledge and skills in building education strategies for class activities. In this article, peer coaching learning components, processes, characteristics and benefits were discussed.

Key Words: Peer coaching, nursing, nursing education

GİRİŞ

Klasik hemşirelik eğitimi, genellikle tıbbi ve hemşirelik uygulamalarını içeren bir dizi teorik dersler ile laboratuvar ve klinik ortamında sürdürülen uygulamalı eğitimlere dayanmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin, mezuniyet öncesi ve sonrasında aldıkları teorik ve uygulamalı derslerin hemşirelik uygulamasını istendik düzeyde geliştirip geliştirmediği bilinmemektedir¹. Hemşirelik eğitimi alan ve mezuniyet sonrası sürekli personel gelişimi programlarına katılanlar, teori ve uygulama arasında boşluk olduğu ve bu boşluğun nasıl kapatılacağı konusuna dikkat çekmektedirler². Benner (1984) bu boşluğun “bilmek” ve “uygulamaya koymak/nasıl yapılacağını bilmek” kavramları arasında köprü kurmada yaşanan güçlüklerden kaynaklandığına işaret etmektedir³. Bu boşluğun “akran koçluğu/karşılıklı öğrenme” adı verilen bir öğrenme stratejisiyle kapatılabileceği yönünde son yıllarda çeşitli araştırmalar yapılmıştır^{1,4,5}.

Eğitici eğitiminde, Joyce & Showers (2002) tarafından geliştirilen akran koçluğu yöntemi ile öğrenme sistemi “kitap bilgisi” ve “uygulama bilgisi” arasındaki boşluğu kapatmak için önemli bir fırsat olabileceği düşünülmektedir. Joyce & Showers bu bağlamda “transfer”i önermekte ve bu kelimeyi “yeni bir yeteneğin eski yetenekler kadar rahatça uygulanabilir hale getirilmesi için yapılan uygulama süreci” olarak tanımlamaktadırlar⁶.

Akran Koçluğu

Akran koçluğu öğretmen gelişimi eğitiminde yaklaşık olarak 20 senedir kullanılmaktadır⁷. Çalışmalarda bu yöntemin, eğitimcilerin öğretme yeteneklerine yeni yeteneklerin eklenmesi konusunda başarılı olduğu gösterilmiştir^{2,8-10}. Akran koçluğunun yeni bilgi ve yeteneklerin pratiğe aktarılmasının yanı sıra güçlendirilmesinde, geri beslemenin geliştirilmesinde ve işe yönelik davranışın teşvik edilmesinde faydalı olduğu belirtilmiştir¹¹. Akran koçluğu tıp eğitiminde ve sağlık eğitimcilerinde etkili olarak kullanılmıştır^{8,11-13}. İyi yapılandırıldığında ve ölçülmesinde standartlar geliştirildiğinde hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitiminde kullanılabilecek etkin bir yöntem olduğu da belirtilmiştir¹³.

Akran eğitimi ya da akran koçluğu; “*profesyonel eğitici olmayan, aynı sosyal gruptan bireylerin birbirlerine öğretmek (ders vererek) ve/veya beceri eğitimi vererek karşısındakinin ve kendisinin öğrenmesine yardım etmesi*” olarak tanımlanmaktadır¹⁴. Bu tanım, aynı zamanda grup projeleri ve öğrenme aktivitelerini, karşılıklı bilinçlenme ve destek ile yapılan karşılıklı öğrenme strateji ve aktivitelerini de içermektedir. Diğer bir anlatımla akran koçluğu; gönüllü olarak yapılan, değerlendirmeye tabi olmayan, aynı tecrübeye sahip iki uygulamacının yeni bilgi ve yetenekleri bir gelişim programında uygulamaya koyabilmek amacıyla işbirliği yapmasıdır. Akran koçluğu önceden var olan bilgi ve yeteneklerin üzerine inşa edilmektedir. Karşılıklı güvene dayalı bir ilişki; yeni öğrenilen bilgi ve yeteneklere yönelik pratik yapma konusunda ortak isteğin paylaşılması ve işbirliği yapılması, performans için hedeflerin ortaya konulması, gözlem, yansıtma, geri besleme unsurlarını içermekte ve pratiğe yönelik davranış değişikliğinin gerçek hayattaki hemşirelik durumlarına yansıtılmasını sağlamaktadır¹⁵.

Akran Koçluğunun Faydaları

Akran koçluğunda hem öğrenen hem öğreten olmanın faydaları literatürde açıkça ifade edilmektedir. Joyce ve Showers (1982) arkadaşlık kavramına değinmişlerdir.

Öğretmenler ile karşılıklı izole olarak eğitim sürdürülmekteyken akran koçluğunda bu izolasyon ortadan kalkmakta ve öğrenme süreci kolaylaşıp kalitesi artmaktadır. Karşılıklı desteğin faydalı olduğu, özgüveni arttırdığı ve kişisel uzmanlığı pekiştirdiği de bildirilmiştir^{1-3,6,8,16,17,18}.

Akran koçluğu öğrenci hemşire için kendini yansıtmaya ortamı oluşturmakta, bilgi ve becerileri konusunda farkındalık yaratarak özgüvenini arttırmaktadır. Akran koçluğunda öğretim elemanlarının hazırladığı bir plan yerine, öğrenen ve öğretenlere fırsat verilmekte, eğitim planını kendilerinin yapması sağlanmaktadır. Bütün bu uygulama kendini gerçekleştirme, mesleki bilgi ve becerilerde güçlenme ile sonuçlanmaktadır. Aynı hedeflere sahip olan meslektaşların yaptığı gözlem ve eleştiri, kötü performans nedeniyle yapılan uyarıların etkisini yapmamaktadır. Kişinin halen var olduğunu bildiği yeteneklerini daha ileri seviyeye taşıması için gerekli donanıma sahip olduğunu bilmesi onu güçlendirmekte, profesyonel uygulamalara hazırlamaktadır. Akran koçluğunun doğasında var olan karşılıklı ilişki değişim ve öğrenmeyi kolaylaştırmaktadır^{9,11,16,17,18,19}.

Akran Koçluğunda Uygulama Basamakları

Öğrenecek ve öğretecek bireylerin önceden bilgilendirilmesi ve yapılandırılan eğitim programı hakkında onaylarının alınması gerekmektedir. Katılımcıların gönüllü olması ve eşlerini kendilerinin seçmesi yararlı olabilir. Öğreten grubundaki bireyler öncelikle profesyonel eğitimciler ya da öğretim elemanlarınca aşağıdaki basamakları da kullanarak belirlenen konular hakkında tam olarak eğitilmiş olmalıdır. Öğreten akranların konuyu öğretmede yeterli oldukları konusunda öğretim elemanları hemfikir olmalıdır. Uygulama on basamaktan oluşmaktadır.

1. Öğrenilecek bilginin önceden tespit edilmesi, çerçevesinin çizilmesi
2. Öğrenilecek konunun olmazsa olmazlarının belirlenmesi
3. Yapılacak yeni beceri eğitiminin uygulama basamaklarının belirlenmesi (kontrol listelerinin oluşturulması)
4. Yeni beceri/bilginin teorik olarak uygun sürede anlatılması
5. Yeni becerinin gösterimli (uygulamalı) eğitimi
6. Öğrenen her bireye uygulama fırsatı verilmesi
7. Öğreten ve öğrenen akranların birlikte beceri eğitimi yapması (bu basamakta öğreten akran öğrenene hem beceriyi gösterir hem de uygulamasına eşlik eder)
8. Değerlendirmeye tabi olmayan geri bildirimler verilmesi
9. Öğretim elemanı tarafından sorgulama-anket- beceri sorgulaması yapılması
10. Öğrenen ve öğretenlerin kendi kendini değerlendirmesi¹⁴⁻¹⁶.

Joyce ve Showers (2002), eğitimin planlanmasında ilk olarak öğretilecek konulara olan ihtiyacın önceden belirlenmesinin önemli olduğunu bildirmiştir. En etkili eğitimin sonunda bile yeni bir yeteneğin klinikte uygulanmasında bir çekingenlik söz konusu olabilir. Bu nedenle öğrenenlere, bu çekingenliği azaltmak için hazır olmaları ve akran koçluğundan azami faydalanmaları söylenmelidir^{2,4,5}. Eğitim uygulamalı olmalı veya bilginin uygulanmasına yönelik düzenlenmelidir. Bu şekilde sağlanan fırsatlarla

hemşirelik uygulamalarının gerçekte nasıl olacağı, yeni öğrenilenlerin değişik durumlara uyumu uygulamalı olarak gösterilmelidir. Yeterlilik ancak defalarca uygulama yaparak sağlanabilir⁶. Her şeye rağmen klinik ortamda ya da laboratuvar ortamında öğretim elemanı gözetiminde uygulamanın tekrarı gerekli olabilir. Aynı eğitime katılmış öğrenen ve öğretmenler “yeni” öğrenilmiş olan bilgi ve beceriler “tam olarak öğrenilinceye” yani “bilindik” hale gelinceye kadar birbirlerine eşlik edebilirler^{6,11,13}.

Akran koçluğunda, dikkatli bir gözlem sonrasında olumlu olarak ifade edilen geri bildirimler doğru uygulamaların pekiştirilmesi yanlış uygulamaların düzeltilmesine katkı sağlar. Pozitif geri bildirim tavırlarda değişiklik öngörse de özgüveni arttırmaktadır. Öğrencilere, uygulamalar sırasında birbirlerini gözlemleyerek oluşturdukları geri bildirimlerin değerlendirmeye katılmayacağı ve faydaları söylenmelidir. Geri bildirimde örneğin “Biraz heyecanlı olmana rağmen uygulama basamaklarını doğru bir şekilde tamamladın. Zamanla mükemmel olacaktır” denilebilir. Her eş değerlendirmesini yapmadan önce hedeflerini açıklamalıdır. Ayrıca kendileri hakkındaki değerlendirmeleri de eşleri ile paylaşmaları faydalıdır. Uygulama sırasında koç rolündeki öğrenci geri bildirimleri hedefleri ile ilişkilendirebilir. Örneğin “Hasta ailesi ile iletişimi geliştirme konusunda koyduğun hedef, ailenin neden dışarıda beklemesi gerektiği ve tedavi süreci konularında yaptığın dikkatli açıklamalardan da anlaşılabilir” diyerek öğrenme hedefini de pekiştirebilir^{6,7,10,12,20}.

Geri bildirim daima istendik davranışları destekler ve yeterliliği ödüllendirir şekilde olmalıdır. İstendik davranışları tanımlamak için koç rolündeki kişi pozitif bir yaklaşım içinde olmalıdır. Örneğin “İntravenöz sıvıyı hazırlarken istemi kontrol etmen çok doğru bir yaklaşımdı. Hastanın kaydını yaparken kimliğini iki kere kontrol etmekte de aynı titizliği gösterirsen bu beceri tam olarak yerleşebilir.” şeklinde öneride bulunabilir. Bazen de geri besleme etkin olmayan davranışlar için doğrudan kullanılabilir. Bu geri beslemelerde pozitif cümleler kurulmalıdır. “Kendi kendine yeteabilen bir hastada hastanın elbisesini giymesine yardım etmeye devam edersen, hastada güçsüzlük hissi yerleşebilir. Hastaya bunu nasıl yapacağı konusunda yardım etmek daha iyi bir yaklaşım olacaktır” diyerek öğrenen konumundaki koç, öğrenen hemşirenin gelişmesine de yardımcı olabilir^{14,15,19}.

Öğrenme sürecinde kendi kendini değerlendirmek, bu sürecin başarısı için oldukça önemlidir. Kendi kendini değerlendirme uygulamanın sınanması için de kullanılabilir. Öğrenenler yeni edindikleri bilgi ve beceriyi ne kadar başarılı olarak yaptıkları konusunda dürüstçe kendilerini değerlendirerek, eksik ya da yanlış yaptıkları becerileri yeniden deneme fırsatı bulabilirler. Aynı şekilde öğretmenler de öğrenenleri izleyerek kendilerini öğrendikleri ve öğrendiklerini uygulamaya aktarma konularında değerlendirme olanağı bulabilirler. Bu durum her iki eşin de aslında kendi kendilerini eleştirmelerini ve doğruyu öğrenene kadar bunu sürdürmelerini sağlayabilir. Kendini değerlendirmede dikkat edilmesi gereken, başlangıçta oluşturulan öğrenme hedefleri ve öğrenme kontrol listelerinin dikkatle gözden geçirilmesidir. Öğretim elemanı her iki grubu değerlendirmeye aldığı anda öğretilen becerinin hedeflerine/standartlarına ulaşma konusunda daha objektif davranabilir^{9,13,15}.

Koçluk İlişkisinde Güven

Karşılıklı koçluğun ortak güven, karşılıklı anlayış, saygı ve destekleme gibi unsurları vardır. Savunmacı davranışlara engel olacak şekilde geri bildirim sağlanması için

eşlerin birbirlerine güvenmeleri zorunludur. Bu güven dürüst iletişim, karşılıklı anlayış ve karşılıklı saygının davranış ile gösterilmesiyle kurulabilir. Karşılıklı güvenin kurulması için beş yol sayılmıştır: öğrenciyi tanımak, öğrencinin yaptıklarına ve ihtiyaçlarına yoğunlaşmak, kurulan ilişkiye inanmak, gelişmenin yoğun ve yorucu bir süreç olduğunu kabul etmek, doğru zamanda doğru şeyi yapacak cesarete sahip olmak^{5,15}. Öğrenen ve öğretenler arasında karşılıklı iyi ilişkiler geliştirmenin öğrencinin tedirginliğini azalttığı belirlenmiştir^{15,16,17}.

Akran koçluğu sisteminde öğrenenler öğretenlerden danışman koç olmalarını isteyebilir. Koç öğrenen tarafından yönlendirilmekte ve soru sorma veya geri bildirim talep edilmesi şeklinde süreç oluşmaktadır. Diğer bir koçluk şekli de yüzleştirici koçluktur. Bu öğrenme sisteminde öğretim elemanları öğreten akranların eğitiminin tamamlanmasından sonra gözlemci koç olarak rol alırlar. Gözlemci koç iyi yapılan becerilere vurgu yaparken, üzerinde daha fazla çalışılması gereken sahaları da belirtir. Her iki durumda da performansın artmasını hedef alan bir ortaklık vardır^{14,19}.

Akran Koçluğunun Klasik Eğitimden Farklı Yönleri

Akran koçluğunun klasik eğitimden farklı olduğu konusunda ortak bir görüş vardır. Klasik eğitim hiyerarşik bir ilişkiyi içermekte ve bilginin akışı eğitimciden (öğretim elemanından) öğrenciye doğru tek yönlü olma eğilimindedir^{6,14}. Klasik eğitimde öğretmen ile öğrenci arasındaki ilişkinin doğası gereği, öğrencinin eğitilmesi için her zaman uygun ortam sağlanamamaktadır. Özellikle beceri eğitimine ağırlıklı yer verilmesi gereken mesleklerin eğitiminde, teorik bilgilerin uygulama ortamlarına aktarılması ve becerilerin klinik ortamda en az hata ile yapılması önem taşımaktadır. Hemşirelik eğitiminde, oldukça yoğun bir programda tasarlanmış bilgi ve beceriler öğrencilere hiyerarşik bir öğrenme ortamında, kısıtlı zamanda verilmeye çalışılmaktadır. Bu durum, öğretilmek istenen bilgi ve becerilerin klinik ortamda her zaman etkin bir şekilde uygulanamamasına neden olabilmektedir. Akran koçluğu modeli, hem öğretim elemanlarının kısıtlı zamanlarını daha etkin kullanmalarında, hem de öğrencilerin daha rahat bir ortamda beceri eğitimlerini almalarında yardımcı olabilir^{2,10,19,21}. Eşlerin birbirlerine ödül ya da ceza vermeye yönelik pozisyonlarının olmaması uygulama, öğrenme ve gelişme açısından uygun bir ortam oluşturmaktadır. Bu şekilde öğrenenler ve öğretenler arasındaki anksiyete de giderilmektedir. Araştırmaların akran koçluğunun (klasik eğitime göre) beklenenin üstünde performans gösterilmesine neden olduğunu ortaya koyması, sağlık eğitiminde eğitimciler tarafından kabul görmesinde de etkili olmuştur^{2,10,13,19,21}.

SONUÇ

Akran koçluğu, hemşirelik eğitiminde teorik bilgilerin uygulamaya aktarılmasında öğrencilerin hem öğrenen hem de öğreten pozisyonuna geçtiği, karşılıklı öğrenmeyi sağlayan bir sistemdir. Klasik eğitime karşın öğrenen ve öğreten arasında izole bir ilişki olmayıp karşılıklı güvene dayanan bir öğrenme ve öğretme sürecidir. Pozitif eleştirileri içeren geri bildirimler ile uygulamalardaki eksiklikler tamamlanıp, yanlışlar düzeltilebilir. Öğretim elemanı teorik eğitimi verdikten sonra eğitime gözlemci, danışman ve süreci yönetip denetleyen kişi olarak katılır. Akran koçluğu uygulaması

ile eğitim süreci kolaylaşır ve kalitesi artar, klinik uygulama öncesinde öğrencilerin yeterlilikleri, özgüvenleri artıp anksiyete ve çekingenlikleri azalabilir.

KAYNAKLAR

1. Cave I. Nurse teachers in higher education–Without clinical competence, do they have a future? Nurse Education Today 2005; 25: 646–651.
2. Field DE. Moving from novice to expert – the value of learning in clinical practice: a literature review. Nurse Education Today 2004;24:560–565.
3. Benner P. From Novice to Expert. 1984, Addison-Wesley, California.
4. Morris D, & Turnbull P. Using student nurses as teachers in inquiry-based learning. Journal of Advanced Nursing 2004;45(2):136–144.
5. Wandell DL, Dunn N. Peer coaching: The next step in staff development. The Journal of Continuing Education in Nursing 2005;36(2): 84-89.
6. Joyce B & Showers B. Designing learning and peer coaching: Our needs for learning (In Student Achievement through staff development eds. Joyce B& Showers B) ASCD, USA, 2002:69-76.
7. Topping KJ & Ehly SW. Peer Assisted Learning: A Framework for Consultation. Journal of Educational and Psychological Consultation 2001;12(2): 113–132.
8. Glynn GL, Macfarlane A, Kelly M, Cantillon, Helping each other to learn-a process evaluation of peer assisted learning. BMC Medical Education, 2006;6(18): 1-21.
9. Tuna A. Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesini öğrenmelerinde akran eğitimi modelinin etkinliğinin incelenmesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2002.
10. Blowers S, Ramsey P, Merriman C, Grooms J. Patterns of peer tutoring in nursing. Journal of Nursing Education 2003;42(5):204-211.
11. Santee J, Garavalia L, Peer tutoring programs in health professions schools. American Journal of Pharmaceutical Education 2006;70(3):1-10.
12. Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. Journal of Clinical Nursing 2008;17: 703–716.
13. Avriam M, Ophir R, Raviv D, Shiloah, M. Experimental learning of clinical skills by beginning nursing students: “coaching” project by fourth-year student intern. Journal of Nursing Education 1998;37(5): 228- 231.
14. Topping KJ. The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. Higher Education 1996;(32)3:321-345.
15. Topping KJ, Ehly SW. Peer Assisted Learning: A Framework for consultation. Journal of Educational and Psychological Consultation 2001;12(2): 113–132.
16. Ross MT & Cameron HS. Peer assisted learning: a planning and implementation framework: AMEE Guide no. 30. Medical Teacher 2007;29: 527–545.
17. Christiansen A, Bell AJ. Peer learning partnerships: exploring the experience of pre-registration nursing students. Journal of Clinical Nursing 2010; 19(5-6):803-10.
18. Zentz SE, Kurtz CP, Alverson EM. Undergraduate peer-assisted learning in the clinical setting. Journal of Nursing Education 2014;53(3):4-10
19. Weyrich P, Schrauth M, Kraus B, Habermehl D, Netzhammer N, Zipfel S, Jünger J, Reissen R, Nikendei C. Undergraduate technical skills training guided by student tutors –Analysis of tutors’ attitudes, tutees’ acceptance and learning progress in an innovative teaching model. BMC Medical Education 2008;818: 1–9.

20. Corlett J. The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory–practice gap in nurse education. *Nurse Education Today* 2000; 20: 499–505.
21. Benner P, Wrubel J. Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness, part 1. *Journal of Nursing Administration* 1981;12 (5): 11–15.

Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi

The Peristomal Skin Complications: Diagnosis, Prevention, Treatment

(Davetli Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 72–83

Ayişe KARADAĞ*

*Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Stomalı bireylerin en yaygın karşılaştıkları istenmeyen durumlardan biri peristomal cilt komplikasyonlarıdır (PCK). PCK'nın fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik olmak üzere çeşitli nedenleri vardır. Önemli ölçüde önlenabilir olan PCK, kaşıntı ve kızarıklık gibi hafif bir rahatsızlıktan ciddi doku kaybına kadar genişleyen bir yelpazede gözlenir. Stomalı bireylerin ameliyat öncesi dönemden itibaren Stoma ve Yara Bakım (SYB) hemşiresi tarafından değerlendirilmesi, eğitilmesi ve düzenli izlenmesi ile bu problemlerin daha az geliştiği, erken tanıldığı ve tedavi edildiği bilimsel olarak gösterilmiştir. Bu makalede en çok görülen peristomal cilt komplikasyonları, güncel yaklaşımlar doğrultusunda incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Peristomal cilt komplikasyonları, stoma, hemşirelik bakımı.*

ABSTRACT

One of the most common undesirable situations faced by the person with a stoma is peristomal skin complication (PSC). PSC is caused by various reasons including physical, chemical and microbiological ones. PSC, which is preventable to a large extent, is observed in a spectrum extending from a mild disorder as itching and redness to severe tissue losses. It has been scientifically demonstrated that these problems develop to a lesser extent and early diagnosis and treatment is possible when individuals with a stoma are evaluated by a Stoma and Wound Care (SWC) nurse from the preoperative period and trained and followed-up regularly. In this article, the most frequently observed peristomal skin complications are evaluated in line with the current approaches.

Key Words: *Peristomal skin complications, stoma, nursing care.*

GİRİŞ

Cerrahi tekniklerdeki gelişmelere ve ileri teknoloji ile üretilmiş stoma bakım malzemelerinin kullanılmasına rağmen, stomal ve peristomal komplikasyonları hala önemli ölçüde gözlenmektedir. Laparoskopik ve robotik cerrahinin yaygınlaşması ve maliyetleri düşürme politikaları, stoma açılan hastaların kendi bakımlarını üstlenecek yeterliliğe gelmeden taburcu olmaları sonucunu doğurmuştur. Bu durum SYB hemşirelerini, stomalı hastaları istendik düzeyde taburculuğa hazırlayamamaları problemiyle karşı karşıya bırakmıştır.

“Doku bütünlüğünde bozulma” ve “Doku bütünlüğünde bozulma riski,” Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) tarafından kabul edilmiş hemşirelik tanıdır. Bu bağlamda, nedenine bakılmaksızın doku bütünlüğünün sürdürülmesi veya yeniden sağlanması, hemşirenin özerk sorumluluklarındandır. Hemşirelerin bu sorumluluk alanı ile ilgili karşılaştıkları en yaygın durumlardan biri peristomal cilt komplikasyonlarıdır. PCK, stoma açılmasını takiben gözlenen en yaygın komplikasyon olup¹ deri bütünlüğünün bozulmasına yol açan çeşitli faktörlerin etkisiyle gelişmektedir. PCK, aynı zamanda hemşirelik girişimleri ile önemli ölçüde çözülebilen sorunlardır. Peristomal cildin sağlıklı olması SYB hemşireliğinde bakımın amaçlarından biridir. “Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile SYB hemşiresinin; peristomal cildi değerlendirme, cilt bakımı yapma ve komplikasyonlara yönelik girişimlerde bulunma sorumluluğu yasal zemine oturtulmuştur².

Literatürde PCK genel olarak %10-70 arasında bildirilmiştir³. Persson et al..⁴ tarafından planlı cerrahi geçiren hastalar (n=180) üzerinde yapılan iki yıllık izlem çalışmasında; kolostomili hastaların %53’ünde, loop ileostomili hastaların ise %79’unda komplikasyon geliştiği ve en yaygın komplikasyonun cilt problemleri (%60-%73) olduğu belirlenmiştir. Karadağ’ın⁵ stomaterapi ünitesi tarafından düzenli olarak takip edilen bir grup hasta (n=128) üzerinde yaptığı çalışmada, PCK oranı %17.9 olarak belirlenmiştir. Ratliff et al..⁶ stomalı bireylerde (n=122) komplikasyon oranını %16 olarak saptamışlardır. Ancak gelişen komplikasyonların %68.6’sını dermatit oluşturmuştur. Özaydın ve ark.⁷ peristomal cilt irritasyonunu %63, peristomal enfeksiyonu ise %25 olarak saptamışlardır.

Uzun süre stoması olan bireylerde, kullanılan torbaya/adaptöre, dışkının ve idrarın cilde temas etmesine bağlı olarak peristomal cilt daha hassas olur, doku bütünlüğü kolayca bozulabilir ve doku enfeksiyona yatkın hale gelir. PCK, bireyin yaşamını tehdit etmemekle birlikte, torbanın yerleştirilmesini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, torbanın herhangi bir ortamda ciltten ayrılarak düşeceği korkusuna, kişinin istediği kıyafetleri giyememesine, iş ve aile ilişkilerinde bozulmaya ve sonuçta anksiyeteye, depresyona ve sosyal izolasyona neden olabilir. Ayrıca, PCK ve eşlik eden semptomlar tedavinin uzamasına, bakımın maliyetinin artmasına ve iş günü kaybına yol açar. Bütün bu sonuçlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesi ve yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlanabilir. Komplikasyonların erken dönemde fark edilmesi ve tedavisinin başlatılması hastanın yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlar^{1,6,8-11}.

Bireyin sosyodemografik ve sağlık durumuna ilişkin özellikleri, ameliyat tipi, cerrahi teknik, stoma tipi, stoma sayısı, ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlenmesi, ameliyat öncesi ve sonrası yakın izlem, stoma bakım ürünlerinin uygunluğu, doğru

bakım tekniği ve hasta eğitimi PCK gelişmesini etkileyen faktörler arasında yer alır.^{4,6} Bu faktörler arasında, ameliyattan önce stoma bölgesinin SYB hemşiresi veya bir uzman tarafından işaretlenmesi, hastanın ve hasta yakınlarının eğitilmesi B düzeyinde kanıt niteliği taşımaktadır¹²⁻¹⁴.

Uluslararası Ostomi Birliği (International Ostomy Assosiation-IOA), stoma açılacak yerin bireylerin hakları arasında sıralamıştır¹⁵. Bu öneri aynı zamanda B düzeyinde kanıt niteliği de taşımaktadır^{14,16}. Birçok vakada sızıntıya bağlı cilt problemleri, stoma bölgesinin ameliyattan önce işaretlenmemesinden kaynaklanmaktadır. Abdominal hatlar hastanın pozisyonuna bağlı olarak değişmektedir.¹¹ Bu nedenle stoma bölgesini belirlerken, hastaya sırtüstü yatma, oturma ve ayakta durma pozisyonları verilerek her bir pozisyonda, stomanın uygun lokasyonda ve hastanın görme alanı içinde olup olmadığı değerlendirilmelidir. Stoma bölgesi belirlenirken; göbek deliğinden, eski stoma bölgesinden, skar dokusundan, cilt kıvrımlarından, insizyon hatlarından, kemik çıkıntılarında ve dren alanlarından kaçınılmalıdır¹⁷. Ameliyat öncesi dönemde, SYB hemşiresi tarafından stoma bölgesinin işaretlendiği durumlarda, komplikasyon oranının daha düşük, hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bilimsel olarak gösterilmiştir. Bu konuda ülkemizde yapılmış iki çok merkezli çalışmanın sonuçları şöyledir; Baykara et al.¹³ tarafından yapılan retrospektif çalışmada (n=748) hastaların sadece %38.4'ünde ameliyat öncesi stoma bölgesinin işaretlendiği, %35.2'sinde stomal/peristomal komplikasyon geliştiği ve en yaygın komplikasyonun PCK (%48.7) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ameliyattan önce stoma bölgesi işaretlenmeyen hastalarda gelişen komplikasyon oranı (%46), işaretlenen hastalardaki komplikasyon oranının iki katı (%22.9) olarak belirlenmiştir ($\chi^2 = 46.408, P < 0.001$).

Karadağ ve ark.¹⁸ tarafından beş stomaterapi ünitesi tarafından izlenen hastalarla (n=291) yapılan prospektif çalışmada; hastaların %34.4'ünde stomal/parastomal komplikasyon geliştiği, en çok görülen komplikasyonun PCK (%41.9) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, stoma bölgesi işaretlenmeyen hastalarda komplikasyon oranı %74, işaretlenen hastalarda ise %21 olarak saptanmıştır ($X^2=15.936, p=0.003$).

Ayrıca günümüzde hastalar, hastane maliyetlerinin düşürülmesi, ameliyat tekniklerindeki değişimler gibi nedenlerle erken taburcu edilmektedir. Bu yaklaşım, bireylerin stoma bakımını doğru teknikle yapma, torbayı/adaptörü takma, çıkarma, boşaltma gibi en temel becerileri bile yeterince öğrenme fırsatı bulmadan taburcu olmaları ile sonuçlanmakta ve bu durum komplikasyon gelişmesine ivme kazandırmaktadır^{6,19,20}. Yeterli bilimsel kanıtlar olmamasına rağmen PCK'nın etkili yönetiminde yeterli bilgi, deneyim ve hastanın tercihleri önemlidir. PCK'nın yönetiminde birçok öneri genel olsa da, her olgu; cildin durumu, etken, yaşam tarzı ve kişisel tercihler dikkate alınarak değerlendirilmeli ve bakımı planlanmalıdır⁹. Peristomal cilt komplikasyonları; dermatitler, pseudovarikoz lezyonlar, mekanik yaralanma, folikülit, mantar enfeksiyonu, ürik asit kristalleri ve caput medusaya bağlı kanamayı kapsamaktadır.

Akut İrritan Kontakt Dermatit:

Akut irritan kontakt dermatit (AİKD) en yaygın peristomal cilt komplikasyonudur. AİKD'in başlıca nedeni, stomadan gelen çıktının (idrara ya da dışkı) peristomal cilde temas etmesidir^{19,21}. Meisner et al.¹ 3017 stomalı bireyi kapsayan çalışmalarında, sızıntı

miktarının stoma bakım maliyeti üzerine en güçlü faktör olduğunu, Herlufsen et al.¹² 220 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, peristomal cilt problemlerinin %77'sinin çıktığı ile temasa bağlı olduğunu saptamışlardır.

Stomal çıktı; adaptörün açıklığının stomanın çapından daha geniş kesilmesi, uygun olmayan torba/adaptör kullanılması, torbanın zamanında boşaltılmaması/değiştirilmemesi, stoma retraksiyonu veya stomanın cilt kıvrımları arasında açılması gibi nedenlerle peristomal cilde sızdır^{11,16,20-23}. İdrar ya da gaitanın peristomal cilde temas etmesi, hem asidik olan (pH=4-6) cilt pH'ını alkali hale getirerek geçirgenliği artırır hem de içeriğindeki enzimler ve diğer iritanların etkisiyle kimyasal yanık oluşturarak inflamasyon sürecini başlatır^{12,14,16,22,24}. Bu nedenle başlangıçta peristomal ciltte kızarıklık gözlenir. Çıktı teması devam ederse büller ve epidermal soyulma gelişir^{14,16} (Şekil 1). Epidermis kaybına bağlı olarak bölge ıslaktır. İritasyon devam ederse, adaptörü cilde yapıştırmak zorlaşır. Özellikle ileostomi içeriğindeki enzimler peristomal cildi daha fazla etkiler²⁰. Ayrıca peristomal alanın sık temizlenmesi, sabun gibi kimyasal içerikli cilt temizleyicilerin kullanılması ve torbanın/adaptörün sık değiştirilmesi AİKD gelişmesine zemin hazırlar^{8,22}.

Hemşirelik girişimleri olarak, tüm peristomal cilt komplikasyonlarının önlenmesinde ve tedavisinde; peristomal cildin standart bir değerlendirme aracı ile değerlendirilmesi (B Düzeyinde Kanıt) ve hasta, hasta yakını ve sağlık profesyonellerinin komplikasyonların etiyojisini anlamaları (B Düzeyinde Kanıt) önerilmektedir^{14,16,25-27}. AİKD özelinde ise stomanın çapına uygun torbanın/adaptörün seçilmesi öncelikli girişimdir. Ameliyattan sonra erken dönemde stoma ödemli, abdomen gergin olduğu için daha yumuşak ve daha geniş çaplı bir torba/adaptör seçilir. Ancak ameliyattan sonra geç dönemde stomanın çapı ve peristomal cildin yumuşaklık/sertlik durumu yeniden değerlendirilerek uygun torba/adaptör seçilmeli ve adaptör çapı ayarlanmalıdır. Adaptörün açıklığı



Şekil 1. Akut İritan Kontakt Dermatit (Karadağ'ın arşivinden)

stomanın çapından en fazla 2-3 mm geniş olacak şekilde kesilmelidir²¹. Hasta, sırt üstü düz yatarken ve oturma pozisyonundayken peristomal cilt muayene edilir. Hasta, oturduğunda oluşan cilt kıvrımları macun ile doldurularak adaptörün yapışabileceği düz bir yüzey oluşturulur. Peristomal bölge yumuşaksa ve/veya stoma retraksiyonu varsa konveks adaptör kullanılır. Ancak konveks adaptör, cilde baskı uygulayarak altta yatan bazı sorunların daha da kötüleşmesine ve bası yaralarına (Şekil 2) yol açabileceği için dikkatli kullanılmalıdır. Pyoderma gangrenosum, kaput medusa, mukokütanöz ayrılma, parastomal herni, stomal prolapsus ve erken postoperatif dönem konveks adaptör kullanımının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektiren özel durumlardır^{28,29}.

Eğer stomadan çok fazla miktarda sıvı dışkı çıkışı varsa hastaya dışkıyı katılaştırıcı besinler ve hekim istemi ile ilaçlar önerilir. Fazla miktarda dışkı çıkışının olduğu durumlarda standart torba/adaptör yerine uzun süre ciltte kalabilen torba/adaptör sistemleri tercih edilir^{11,14,22}. Eğer cilt problemi sık torba değişimine bağlı olarak gelişmişse, iki parçalı torba/adaptör sistemi ve cilt bariyeri kullanmak faydalı olabilir. Ayrıca peristomal cilt nemliyse ostomi pudrası uygulanabilir³⁰ veya saç kurutma makinesi ile cilt iyice kurutulduktan sonra adaptör yerleştirilir.²¹ Rutin bakımda ise peristomal alan sadece musluk suyu ve yumuşak bir malzeme kullanılarak nazikçe temizlenmeli, aşırı ovma hareketinden kaçınılmalıdır²².

Kronik İrritan Dermatit:

Kronik irritan dermatit (KİD), peristomal cildin uzun süre tekrarlayan çıktıya maruz kalmasına bağlı olarak gelişir. Sürekli veya tekrarlı bir şekilde oluşan epidermal



Şekil 2. Konveks adaptöre bağlı peristomal bası yarası (Karadağ'ın arşivinden)

soyulmalar ve iyileşmeler, peristomal ciltte skar alanları oluşturur, bu skarlar zamanla sert tümseklere dönüşür. Bu değişimler, torbanın/adaptörün cilde yerleştirilmesini zorlaştırır. Bu nedenle AİKD, kronik cilt hasarına dönüşmeden tedavi edilmelidir^{11,14,16}. Tedavisinde, AİKD'nin önlenmesi ve erken müdahale edilmesi en önemli girişimi oluşturur. Dolayısıyla girişimler AİKD'e yapılan girişimler ile benzerdir. Lokal bakım uygulamaları ve ostomi pudrası kullanımına ek olarak torba/adaptör sistemi değiştirilir.

Pseudovarikoz Lezyonlar:

Pseudovarikoz lezyonlar (PL), akademik yazında; hiperplazi, overgranülasyon, granüloma gibi isimlerle de bilinir. PL, peristomal alanın uzun süre çıktıya maruz kalmasına ve/veya adaptörün oluşturduğu sürtünmeye bağlı olarak gelişen hipertrofik, siğil benzeri lezyonlardır. Gelişme mekanizması, vücudun inflamasyon alanlarını re-epitelizasyon ile iyileştirmesine dayanır. Zamanla peristomal ciltte sert, ağrılı lezyonlar gelişir. Lezyonlar, genellikle gri-beyaz veya kırmızımsı kahverengi, ağrılı, cilt yüzeyinden kabarık, siğil veya karnabahar görünümündedir ve mukokütanöz birleşme hattında başlayarak dışa doğru genişler. Lezyonlar, peristomal alanda belli bir bölgede ya da tüm stoma çevresinde görülebilir ve kolayca kanayabilir^{11,14} (Şekil 3). Lezyonlar, torbanın/adaptörün cilde yapıştırılmasını zorlaştırarak tablonun daha da kötüleşmesine yol açar.

Tedavisinde KİD'nin önlenmesi ve erken müdahale edilmesi en önemli girişimi oluşturur. Lokal bakım uygulamalarına ek olarak gerekli durumlarda torba/adaptör sistemi değiştirilir. Adaptör, stomanın çapına uygun ölçüde kesilir. Ağrılı lezyonların torbanın/adaptörün yerleştirilmesini ve bakımı etkilediği durumlarda, gümüş nitrat ile koterizasyon ve cerrahi tıraşlama önerilir^{11,14}. Gümüş nitrat, birkaç hafta ve haftada 2-3 kez uygulanır. Kanama olduğunda bölgeye doğrudan basınç uygulanır. Lezyonlar tekrarlayabilir, inatçı vakalarda, steroid kremler²² ve nadiren cerrahi eksizyon gerekebilir^{22,31}.

Alerjik Dermatit:

Alerjik dermatit (AD), peristomal cildin, torbanın/adaptörün yapıştırıcısına veya topikal bakım ürünlerine verdiği immünolojik yanıttır. Günümüzde kullanılan ostomi ürünleri genellikle hipoalerjik olduğu için nadir görülen bir cilt komplikasyonudur²⁰. AD'de inflamatuvar reaksiyon, ürünün kapladığı alanla sınırlıdır, cilt, eritemli, ödemli, aşınmış görünümündedir ve kanama olabilir. Hasta kaşıntı ve yanma hisseder (Şekil 4).

AD'nin tedavisinde; alerjen belirlenir ve ciltten uzaklaştırılır. Alerjeni tespit etmek için yama (Patch) testi yapılır. Bunun için test edilecek materyalden küçük bir miktar alt bel bölgesine uygulanır ve 48-72 saat sonra reaksiyon değerlendirilir⁹. Test sonucuna göre torba/adaptör değiştirilir veya mümkünse yapışkan olmayan torba/adaptör kullanılır. Diğer kimyasal iritanlardan kaçınılır. Şiddetli vakalarda semptomları azaltmak için, lokal antihistaminik, steroid içerikli pomatlar kullanılabilir ve hasta dermatoloji uzmanına yönlendirilir^{14,20-22,32}. Lokal uygulanan bu pomatların adaptörün cilde yapışmasını engelleyebileceği dikkate alınmalıdır²⁰.



Şekil 3. Pseudovarikoz Lezyonlar (Karadağ'ın arşivinden)



Şekil 4. Alerjik Dermatit (Karadağ'ın arşivinden)

Mekanik Yaralanma:

Mekanik yaralanma, torbanın/adaptörün epidermise yapışan bölümünün çıkartılması sırasında epidermiste meydana gelen zedelenmedir. Mekanik yaralanmanın önemli bir nedeni, ostomi adaptörünün sık değiştirilmesi veya uygun teknikle çıkartılmamasıdır. Torbanın/adaptörün çıkartılması sırasında, peristomal cildin desteklenmemesi,



Şekil 5. Mekanik Yaralanma ve İrritan dermatit (Karadağ'ın arşivinden)

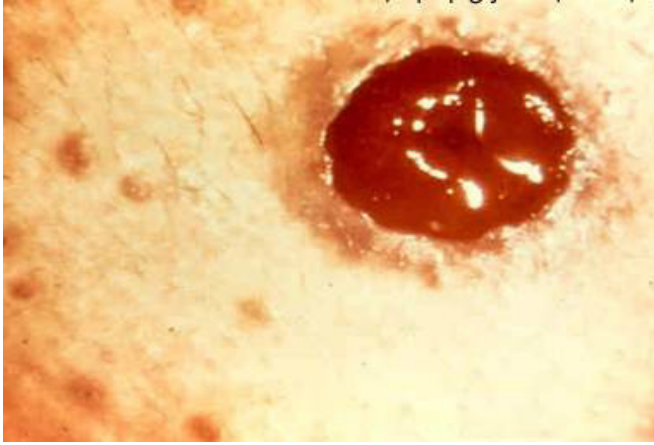
epidermisin dermisden ayrılmasına ve sıyrılmasına yol açar (Şekil 5).

Bu nedenle adaptör ciltten nazikçe çıkartılmalı, peristomal cilt film ya da mendil şeklindeki cilt bariyerleri ile korunmalı, torbanın/adaptörün çıkartılması sırasında ihtiyaç duyulursa yapışkan çıkarıcı ürünler kullanılmalıdır. Güçlü yapıştırıcısı olan ürünler cilde zarar verdikleri için tercih edilmemelidir. Epidermal zedelenmenin olduğu bölgeye, iyileşinceye kadar, ostomi pudrası uygulanmalıdır^{9,11,14,29,32,33}. Ayrıca hastanın torbayı/adaptörü cilde yerleştirmesi ve çıkartması gözlenerek varsa uygulamaya ilişkin eğitim gereksinimi karşılanmalıdır^{9,29}.

Folikülit:

Folikülit, yüzeysel kıl foliküllerinin kimyasal tahriş ya da fiziksel zedelenmeye bağlı inflamasyonunu, sıklıkla da enfeksiyonunu ifade eder⁹. Başlıca nedenleri; stoma etrafındaki kılların çok sık ve kuru tıraş edilmesi, torbanın/adaptörün ciltten sert ve dikkatsiz çıkartılması ve *Staphylococcus aureus* gibi çeşitli mikroorganizmalardır^{9,10,20}. Belirti ve bulgular, enfeksiyonun tipine göre değişiklik gösterir. Kıl foliküllerinin dibinde; kızarıklık, toplu iğne başı büyüklüğünde papül veya püstül şeklinde lezyonlar gözlenir. Lezyonlar, tek tek veya küme halindedir ve kaşıntılıdır (Şekil 6).

Folikülitin önlenmesinde, stoma çevresindeki kılların, elektrikli tıraş makinesi ile temizlenmesi veya makasla kesilmesi en önemli girişimdir. Torba/adaptör sisteminin ciltten dikkatli bir şekilde ve uygun teknikle çıkartılması gerekir. Adaptörün çıkartılması sırasında yapışkan çözücü mendiller kullanılır veya adaptör su ile ıslatılarak ciltten yavaşça çıkartılır. Stoma çevresindeki cildin antibakteriyel sabun ile temizlenmesi yararlı olabilir. Eğer aşırı eksüda varsa bu durum adaptörün çok sık değiştirilmesine yol açacağı için emici kapasitesi yüksek olan kalsiyum aljinat kullanılabilir⁹. Çok fazla lezyonun varlığında, dermatoloji konsültasyonu ile iyonik gümüş içeren antibakteriyel pudra ve losyonların kullanılması değerlendirilir^{9,11,14,20,22,34}. Folikülit ve diğer enfeksiyon belirtilerinin olduğu durumlarda sürüntü kültürü alınarak tedaviye devam edilmelidir¹⁰. Folikülit tedavi edilmezse derin apseler kadar ilerleyebilir. Topikal tedaviden fayda



Şekil 6. Folikülit (Karadağ'ın arşivinden)

alınmayan vakalarda gram (+) mikroorganizmalara etkili oral antibiyotik kullanımı değerlendirilir⁹.

Mantar Enfeksiyonu:

Mantar enfeksiyonuna yol açan etkenler *Candida* ve türleridir. Peristomal cilt; nemli, ılık ve karanlık bir ortam olduğu için mantar enfeksiyonu gelişmesine uygundur.^{9,20} Mantar enfeksiyonu, ürostomilerde daha fazla gelişir²². Stomadan meydana gelen sızıntı, peristomal alanı ıslak kılarak, sabunla temizleme pH değişimine yol açarak, antibakteriyel sabunlar cilt florasını bozarak mantar oluşumunu kolaylaştırır. Ayrıca; geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, diyabet, immunosupresyon, anemi ve obezite mantar oluşumunu hızlandırıcı faktörlerdir. Mantar enfeksiyonunda sadece stratum corneum etkilenmiştir. Başlangıçta papül şeklinde gözlenen lezyonlar sıklıkla plaklara dönüşür. Lezyonlar kıl foliküllerinin dışında olup merkezleri parlak kırmızı renklidir. Lezyonlar satellite (uydu) görünümündedir^{9,20,32}. Ciltte kaşıntı ve yanma görülür. Cilt kuru, pul pul veya nemli, ağrılı ve kaşıntılıdır (Şekil 7). Mantar enfeksiyonu tanısını doğrulamak için kültür alınır⁹.

Tedavisinde; peristomal cilt kuru tutulur. Torbanın/adaptörün cilde iyice yerleştirilmesi sağlanarak sızıntı önlenir. Gerekli ise cilt bariyerleri kullanılır. Tercihen nystatin gibi bir antifungal pudra ya da krem mantar iyileşene kadar her torba değişiminde uygulanır^{9,14,20,22,32,34}. Eğer doğru uygulanırsa pudra ya da krem adaptörün yapışmasını engellemez. İnatçı vakalarda sistemik antifungal ilaç kullanımı düşünülmelidir⁹.

Ürik Asit Kristalleri:

Ürik asit kristalleri (ÜAK) ürostomili hastaların yaklaşık %20'sini etkilemektedir³⁵. Genellikle ileal konduitte, idrarın peristomal cilde teması sonucu ürik asit ve fosfat kristallerinin ciltte birikmesi ile oluşur¹⁴. Kristallerden oluşan sert kabuk, peristomal ciltte inflamatuvar cevaba yol açarak siğil benzeri yapılar oluşturduğu için bunlara



Şekil 7. Mantar Enfeksiyonu (Karadağ'ın arşivinden)

yalancı sigiller (Psödevarikoz lezyonlar) ya da Psöde-epiteliomatöz hiperplazi ismi de verilmektedir.⁹ Diğer belirti ve bulgular ise ağrı, kızarıklık ve erozyondur. Kristallerden oluşan stomaya bitişik bu grimsi, kahverengi kırmızı tabaka, torbanın/adaptörün yerleştirilmesini güçleştirir.

Tedavide, peristomal cilt sulandırılmış asetik asit solüsyonu ile temizlenerek kristal tabakası uzaklaştırılır. Asetik asit uygulamasından sonra cilt mutlaka durulanır^{14,36}. Ürik asit kristallerini temizlemede beyaz sirke (%5 asetik asite eş değerdir) ile ıslatılmış kompresler birkaç dakika alana uygulanır^{9,22}. Ürik asit kristalleri temizlendikten sonra stomanın çapı yeniden ölçülerek adaptörün açıklığı ayarlanır. Ürostomili hastalarda ÜAK'yı önlemede, içinde tek yönlü valvi olan ürostomi torbaları kullanılarak idrarın geri dönüşü ve cilde teması engellenmeli, sakıncası yoksa hastaya bol sıvı alması, idrarın asit özellikte olmasına yönelik beslenmesi (Kızılçık suyu, C vitamininden zengin beslenme vb.) ve konveks adaptör kullanması önerilir^{9,32}.

Caput Medusaya Bağlı Kanama:

Karaciğer ile ilgili patolojisi olan stomalı hastalarda stoma çevresinde kan damarlarından oluşan bir halka gözlenebilir. Eğer hastanın cildi frajil veya damarlar çok yüzeysel torbanın/adaptörün çıkartılması ve peristomal alanın temizlenmesi sırasında önemli miktarlarda kanama oluşabilir.

Bu hastalarda torba/adaptör uygulama sıklığı azaltılmalı, torba/adaptör uygun tekniklerle yerleştirilip çıkartılmalı ve peristomal cilt nazıkçe temizlenmelidir¹⁴. Kanamayı durdurmak için; acilen müdahale edilmeli, kanayan bölge üzerine doğrudan basınç uygulanmalıdır. Nadiren kan transfüzyonu gerekebilir²¹.

SONUÇ

Sonuç olarak, peristomal cilt komplikasyonları yaygın görülen tıbbi sorunlardır. Bu komplikasyonları önlemede, erken tanılama ve tedavide, Stoma ve Yara Bakım

Hemşiresi kilit konumundadır. Komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde; ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlenmesi, peristomal cildin değerlendirilmesi, stomaya uygun torba/adaptör sisteminin doğru teknikle yerleştirilmesi-çıkartılması, stomalı bireyin yakın izlemi, hasta eğitimi ve komplikasyonlara özgü tıbbi/cerrahi girişimlerin uygulanması önerilmektedir. Bu bağlamda stoma açılan bireylere, taburcu olmadan önce, kullanacakları malzemeler ve peristomal cilt bakımı konusunda yeterli bilginin verilmesi, becerinin kazandırılması ve hiçbir sorunu olmayan kalıcı ostomili bireylerin bile yılda en az bir kez SYB hemşiresine kontrole gelmesi komplikasyonların azaltılmasında olumlu katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Mesisner S, Lehur PA, Moran B, Martins L, Jemec GB. Peristomal skin complications are common, expensive, difficult to manage: a population-based cost modeling study. *Plo One* 2012;7(5):e37813. doi: 10.1371
2. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. [12.12.2015]. Elektronik adresi :
3. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72062/h/hemşirelik-yonetmeligi.doc.
4. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC Nurses. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 2010 Oct;37(5):505-510.
5. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallén AM, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis.* 2010 Oct;12(10):971-976.
6. Karadağ A. Frequency of stomal complications. *World Council Enterostomal Ther J.* 2004;24(2):41-43.
7. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32(1):33-37
8. Özaydın İ, Taşkın A, İskender A. A Retrospective analysis of stoma-related complications. *JCEI* 2013;4(1):63-66.
9. Black P. Peristomal skin care: An overview of available products. *British Journal of Nursing* 2007;16(17):1048-1056.
10. Woo KY, Sibbald RG, Ayello AE, Coutt PM, Garde DE. Peristomal Skin Complications and Management *Advances In Skin & Wound Care* 2009;22(11):522-532.
11. Keely F, Williams J. Peristomal MRSA: A case study. *British Journal of Nursing (Stoma Care Supplement)* 2009;18(4):4-8.
12. Karadağ A, Harputlu D. Stoma Bakımı: Sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. In: Akçal T, Yamener S, Hamzaoglu İ. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. Epimat Ofset, İstanbul:* 2012.301-313.
13. Herlufsen P et al.. Study of peristomal skin changes in patient with permanent stomas. *British Journal of Nursing* 2006; 15(16):854-862.
14. Baykara ZG et al.. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 2014; 60(5):16-26.
15. Stelton S, Zulkowski, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Advances in Skin & Wound Care* 2015 June 28(6):274-285.
16. International Ostomy Association. [20.12.2015]. Elektronik adresi: <http://www.ostomyinternational.org/>
17. WCET. WCET International Ostomy Guideline. Zulkowski K, Ayello EA, Stelton S, (Eds). Perth, Australia;; 2014.

18. Karadağ, A., Goçmen Baykara Z. Ostomili Bireyin Bakımı. In: Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul: 2012. S. 1014-1055.
19. Karadağ ve ark. Stoma bölgesinin işaretlenmesinin stomal ve parastomal komplikasyonlar gelişmesi üzerine etkisi: Çok merkezli prospektif bir araştırma. 8. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi; 19-23 Mayıs 2015; Antalya.
20. Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I, et al.. Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorect Dis.* 2005;7(3):279-285
21. Alvey B, Beck DE. Peristomal Dermatology. *Clinics In Colon And Rectal Surgery* 2008; 21(1):41-44.
22. Burch J. Care of patients with peristomal skin complications. *Nursing Standard* 2014;28 (37):51-57.
23. Burch J, Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. *British Journal of Nursing* 2008;17(17):4-11.
24. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy care and management: a systematic review. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing.* 2013;40(5):489-500.
25. Beeckman et al.. Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. *Wounds International*, London, 2015.
26. Buckle N. The dilemma of choice: introduction to a stoma assessment tool. *Gastrointestinal Nursing* 2013;11(4):26-32.
27. Haugen V, Ratliff CR. Tools for assessing peristomal skin complications. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 2013;40(2):131-134.
28. Burch J. Management of peristomal skin complications. *British Journal of Healthcare Management* 2014b;20(6):264-269.
29. Boyd K, Thompson MJ, Boyd-Carson W, Trainor B. Use of convex appliances. *Nurs. Stand* 2004;18(20): 37-38.
30. Burch J. Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. *British Journal of Healthcare Management* 2011;20(7):4-11
31. Boyles A. Stoma and peristomal complications: predisposing factors and management. *Gastrointestinal Nursing* 2010;8(7):26-36.
32. Wondergem F. Stoma care – a guide to daily living. *Journal of Community Nursing* 2007;(21);4:18-22.
33. Karadağ A, Korkut H. Peristomal cilt komplikasyonları: Önleme, tedavi ve bakım. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2010;26(3):175-179.
34. Black P. The correct use of stoma skin protectors and appliances. *Nursing and Residential Care* 2014;16(3):130-134.
35. Bulut H ve ark. Peristomal cilt komplikasyonları yönetimi: Algoritma geliştirme çalışması. 8. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi; 19-23 Mayıs 2015; Antalya.
36. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008;35:596-607.
37. Borglund E, Nordström G, Nyman CR. Classification of peristomal skin changes in patients with urostomy. *J Am Acad Dermatol* 1988;19:623-628.

Yazarlara Bilgi

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

Makale Gönderimi

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

Genel Bilgiler

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

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

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

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Yazım Kuralları

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

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

Başlık Sayfası

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

Özet Sayfası ve Anahtar Kelimeler

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

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

Metin Sayfası

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

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

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

Kaynaklar

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

Metin İçinde

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

Örneğin;

Bu konuda yapılan bir çalışmada¹

..... ilgili çalışma².....

Reeves³ makalesinde

.....şeklinde tanımlamaktadır^{4,5}.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

Örneğin;

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

Metin Sonunda

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

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

Kaynak Kitap Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

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

Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar

Örneğin;

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

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

Kitap Bölümü

Örneğin;

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

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

Kongre Özet Bildirileri

Örneğin;

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

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

Kongre Tam Metin Yayınları

Örneğin;

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

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

Kaynak Makale Gösterimi

Yazarın Kişi Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarın Kurum Olduğu Makaleler

Örneğin;

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

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

Yazarı Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler

Örneğin;

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

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

Elektronik Kaynaklar

Örneğin;

Elektronik dergi

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

İnternet Sitesi

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

CD-ROM

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

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

** Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

INFORMATION FOR AUTHORS

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

Submitting An Article

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

General Information

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

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

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

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

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

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

All manuscripts submitted must be accompanied by "Copyright Transfer Form".

Publication Types

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

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

- o Discussion
- o Conclusion
- o References

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

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

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

Manuscript Preparation

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

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

Title Page

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

Abstract and Keyword Page

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

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

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

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

Times New Roman.

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

References

Vancouver style is used in referencing.

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

References in Text

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

Example:

A study¹ about this issue is.....

.....study²

In his article Reeves³

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

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

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

Reference List

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

Books

Personal Author/s

Example

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

Organization as author and publisher

Example

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

Chapter in a book*Example*

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

Conference Proceedings*Example*

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

Conference Paper*Example*

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

Articles in journals***Standard Journal Article****Example*

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

Organization as author*Example*

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

No Author Given*Example*

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

Issue With No Volume

Example

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

No Issue and Volume

Example

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

Electronic Material

Journal article in electronic format

Example

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

Web/ Internet

Example

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

CD-ROM

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

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

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

Communication

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100
Ankara

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

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

YAYIN İZNI (Taahhütname)

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

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

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

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Bölümü
06100 Ankara

