



**ORDU UNIVERSITY  
JOURNAL OF  
NURSING  
STUDIES**

**ORDU ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK  
ÇALIŞMALARI  
DERGİSİ**

Cilt/Volume : 2  
Sayı/Number : 3  
Yıl/Year: 2019

**2019**

**ORDU UNIVERSITY  
J NURS STUD**

**ORDU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI DERGİSİ**  
**ORDU UNIVERSITY JOURNAL OF NURSING STUDIES**

**(Ordu University J Nurs Stud)**

**Sahibi /Owner**

**Ordu Üniversitesi Adına**

**Nülüfer ERBİL**

**EDİTÖRLER KURULU/EDITORIAL BOARD MEMBERS**

**Baş Editör/Chief Editor**

**Nülüfer ERBİL**

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

**Editörler Kurulu/ Editorial Board Members**

Duygu ARIKAN

Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE

Wegdan BANI-ISSA

University of Sharjah, UAE

Sergül DUYGULU

Hacettepe Üniversitesi, Ankara, TÜRKİYE

Ayla GÜRİSOY

Cyprus International University, KKTC

Gørill HAUGAN

Norwegian University of Science and Technology, NORWAY

Sevilay HİNDİSTAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, TÜRKİYE

Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Rezeena MALASKA

USA

Ayşe OKANLI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

Merdiye ŞENDİR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

Gülbu TANRIVERDİ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, TÜRKİYE

Sevim ULUPINAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul, TÜRKİYE

**DERGİ YAZI KURULU /EDITORIAL MANAGEMENT**

**Baş Editör/Chief Editor**

Nülüfer ERBİL

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

**Mizanpaj/Layout Editor**

Nülüfer ERBİL

Ülkü KARAMAN

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

**Redaktör/Copy Editor**

Nülüfer ERBİL

Nurgül BÖLÜKBAŞ

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

**Son okuyucu/Proofreader**

Nülüfer ERBİL

Nurgül BÖLÜKBAŞ

Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Hacer GÖK UĞUR

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

**Dil Uzmanı/Language Consultant**

Halise YAVUZ

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

**İstatistik Danışmanı/Statistics Consultant**

Yeliz KAŞKO ARICI

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi - Ordu University Journal of Nursing Studies Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünün yayınıdır.

**Amaç ve Kapsam**

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi - Ordu University Journal of Nursing Studies hemşireliğin tüm alanları ile ilgili nitelikli çalışmaların paylaşılmasını sağlamayı amaçlayan, uluslararası, açık erişimli ve hakemli bilimsel e-dergidir. Dergi orijinal araştırma, inceleme, derleme, vaka sunumu ve editöre mektup yazılarına yer verir. Gönderilen çalışmalar Türkçe ya da İngilizce olmalıdır. Dergi yılda üç kez Nisan, Eylül ve Aralık aylarında yayınlanır. Dergiye gönderilen bilimsel çalışmaların yayınlanması için ücret alınmaz. Derginin tüm sayılarına <http://dergipark.gov.tr/ouhcd> web sitesinden ulaşılabilir.

ISSN: 2667-6052

**Yayın Türü/Sort of Publication:** Bilimsel süreli yayın, periyodik olarak yılda üç kez yayınlanır.

**Yayın Tarihi ve Yeri/ Date of Publication and Place:** 31/12/2019, Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

**Yayınlanma Türü/Publishing Kind:** Online

**İndeklendiği Dizinler/Indexing:** *Index Copernicus International, Rootindexing, Google Scholar, Türk Medline*

**Adres/Address:**

Ordu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü  
Cumhuriyet Yerleşkesi  
52200, Ordu, TÜRKİYE  
Tel/Phone: +90 452 226 52 48  
Faks/Fax: +90 452 226 52 41  
E-posta/E-mail: [orduhemsirelikdergisi@odu.edu.tr](mailto:orduhemsirelikdergisi@odu.edu.tr)

**İletişim Adresi/Corresponding Address:**

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL  
Ordu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü  
Cumhuriyet Yerleşkesi  
52200, Ordu, TÜRKİYE  
Telefon/Phone: +90 452 2265248  
Faks/Fax: +90 452 2265241  
E-posta/E-mail: [nerbil@odu.edu.tr](mailto:nerbil@odu.edu.tr)  
Web site: <http://dergipark.gov.tr/ouhcd>

## ORDU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI DERGİSİ YAZAR KILAVUZU

### Genel Kurallar

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisine yayımlanmak için gönderilen çalışmalar, daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış olmalı, yayın süreci içinde başka bir dergiye gönderilmemelidir.

Çalışma, dergide yayımlanmadan önce, herhangi bir kongrede sunularak bildiri özet kitabında basılmış ise, bu durum dergiye yazı gönderilirken başlık sayfasında mutlaka belirtilmelidir.

Çalışmanın bilimsel ve etik kurallara uygunluğu, düşünce ve görüşler yazar/yazarların sorumluluğudur.

Çalışma dergiye gönderildikten sonra yazar adı ya da yazar sıralaması değişikliği yapılamaz.

Dergide yayımlanan yazılar için yazarlara ücret ödenmez.

Ulusal ve uluslararası etik kurallara uyulmalıdır. Etik kurul izni alınması gereken klinik ve deneysel çalışmalar için etik kurul onayı alınmış olmalı ve belgelendirilmelidir. Etik kurul onayı, çalışmanın dergiye gönderilmesi sırasında sistemine yüklenmelidir.

Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe Sözlüğü temel alınmalıdır.

Derginin çift kör hakemlik politikası olduğu için, ana makalede yazar isimleri olmamalıdır.

Telif Hakkı Devir Formu, yazının başlık sayfasındaki sıralama ile aynı sıralanan yazarlar tarafından imzalanmalıdır.

Araştırmanın yöntem bölümünde araştırmanın yürütüldüğü tarihin mutlaka belirtilmesi gerekir.

### Açık Erişim İlkesi

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi-Ordu University Journal of Nursing Studies açık erişimli bir yayındır ve içeriği okurlara ücretsiz olarak sunulur. Okurlar, ticari amaç dışında, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergide yayınlanan makalelerinin tam metnini okuyabilir, kaydedebilir, kopyalayabilir ve link sağlayabilir.

### Makalenin Hazırlanması

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi'ne makale göndermek için <http://dergipark.gov.tr/ouhcd> adresinden, giriş sekmesinden <http://dergipark.gov.tr/login> bölümünden dergiye kayıt olmak gerekir. Dergiye kayıt olduktan sonra, makale elektronik ortamda sisteme yüklenir. Gönderilen tüm yazılar, Microsoft Word programında, A4 kağıdı boyutunda, iki satır aralığında, kağıdın tüm kenarlarından 2,5 cm boşluk verilerek, iki yana yaslı şekilde biçimlendirilmelidir. Times New Roman yazı tipinde ve 12 punto yazı karakterinde yazılmalıdır. Tüm sayfalara sayfa numarası eklenmeli ve sayfa numarası sayfanın altında ortada yer almalıdır.

### Başlık Sayfası

Makalenin başlığı ve kısa başlığı Türkçe ve İngilizce olarak yazılmalıdır.

Yazarların ad ve soyadları, unvanları, çalıştıkları kurum bilgileri, ORCID numaraları, iletişim kurulacak yazarın adı, soyadı, çalıştığı kurum bilgisi, GSM, faks, posta, e-posta adresi yazılmalıdır.

Araştırmanın türü yazılmalıdır.

Teşekkür bilgileri yazılmalıdır.

Birden fazla yazarlı olan çalışmalarda, yazarların çalışmaya katkıları bu sayfada belirtilmelidir. İlgili yerlere yazarın/yazarların adı ve soyadının baş harfleri yazılmalıdır. Yazar Katkısı:....; Fikir/kavram:.....; Tasarım:.....; Danışmanlık:.....; Veri toplama ve/veya Veri İşleme...; Analiz ve/veya Yorum:...; Kaynak tarama;...Makalenin Yazımı:....; Eleştirel inceleme:.

Ayrıca çalışmanın bir kongrede sunulup sunulmadığına dair bilgiler de bu sayfada yer almalıdır.

Etik kurul onayı, çıkar çatışması ve finansal destek alınıp alınmadığı başlık sayfasında yazılmalıdır.

Makale intihal programında taranarak, benzerlik raporu sisteme yüklenmelidir. Benzerlik oranı tek bir çalışma ya da makaleden olmamak üzere % 15'i geçmemelidir.

### Özet

Özet, Türkçe ve İngilizce olarak 250 kelimeyi geçmeyecek şekilde hazırlanmalı, Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeleri de içermelidir. Türkçe özetle amaç, yöntem, bulgular ve sonuç; İngilizce özetle objective, methods, results ve conclusion bölümleri yer almalıdır.

### **Anahtar Kelimeler**

Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler en az 3, en fazla 5 olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri'ne (<http://www.bilimterimleri.com>), İngilizce anahtar kelimeler Index Medicus: Medical Subject Heading (MeSH)'e uygun olarak yazılmalıdır. Anahtar kelimeler, aralarına "virgül" konularak sıralanmalıdır.

### **Orijinal Araştırma**

Daha önceki araştırmalarda ele alınmayan, hemşirelikle ilgili yeni çalışmaları sunan araştırmalardır. Giriş, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler, teşekkür, çalışma literatüre ne kattı? araştırmanın etik yönü, yazar katkıları, çıkar çatışması, finansal destek, kaynaklar, tablo ve resimler bölümlerinden oluşmalıdır. *Araştırmanın etik yönü, yazar katkıları, çıkar çatışması, finansal destek bölümleri başlık sayfasında yer almalıdır.* Özgün araştırmalar özet, tablo, şekil ve referans listesi hariç 4000-7000 kelime arasında olmalı, en fazla 40 kaynak kullanılmalı, tablo ve şekillerin toplamı 5'i geçmemelidir.

### **Derleme**

Hemşirelikle ilgili her alana özgü derleme, sistematik veya davetli olarak hazırlanabilir. Özellikle konuyla ilgili yayınları olan yazarlar tercih sebebi olmalıdır. Metinde giriş, sonuç ve kaynaklar gibi başlıklar eklenmelidir. Tablolar, şekiller ve kaynaklar haricinde 7000 kelimeyi geçmemeli ve en fazla 50 kaynak kullanılmalıdır. Tablo ve şekillerin toplamı 5'i geçmemelidir.

### **Vaka Sunumu**

Başlık, özet, abstract, giriş, vaka, tartışma, sonuç, kaynaklar, tablolar ve/veya resimlerden oluşmalıdır. Satır numaraları verilmelidir.

### **Editöre Mektup**

Editörün takdirine bağlı olarak yayınlanır. Metin gerekirse düzenlemeye tabi tutulabilir. Kaynak sayısı en fazla 15 olabilir. Yazar, editöre mektupla birlikte yayın hakları devir formunu da doldurulup gönderilmelidir. Editöre mektubun özeti, ortalama 100-250 kelime olmalıdır. Metinde alt başlıklara gerek yoktur. Ana metin ve sonuçları içerecek şekilde yazılmalıdır. Editöre mektup kaynaklar ve İngilizce özet haricinde 1000 kelimeyi aşmamalıdır. Bu mektubu yazan yazar atıf yaptığı yazının kaynağını, kendi adı, soyadı ve adresini vermelidir.

### **Tablolar ve Şekiller**

Tablolar ve şekiller Microsoft Word programında hazırlanmalıdır.

Tablo numarası ve başlığı tablonun üstünde, ilk harf büyük olacak şekilde bold ve 11 punto olacak şekilde hazırlanmalıdır.

Tablo numarasından sonra nokta işareti konmalıdır.

Tablolar dikey çizgi içermemeli, yatay çizgi de olabildiğince az olmalıdır.

Tabloların çizgileri silinmeden görünmez hale getirilmelidir.

Tablo içinde satırlar bir satır aralığında olmalıdır.

Metin içerisinde her tabloya mutlaka atıf yapılmış olmalıdır.

Tablolar ve şekiller kaynaklardan sonra yerleştirilmelidir.

Tablolarda ve metin içinde sayılar arasına nokta konulmalıdır.

Şekiller/grafikler ve resimler 250 dpi ve 500-800 dpi olmak üzere mümkün olduğunca yüksek çözünürlükte hazırlanmalıdır.

### **Kaynaklar**

Kaynakların yazımı yeni bir sayfadan başlamalıdır.

Metin içinde belirtilen tüm kaynaklar "Kaynaklar" listesi içinde yer almalıdır.

Orijinal çalışmalar için en fazla 40, derleme, sistematik derleme ve meta analiz çalışmaları için en fazla 50 kaynak kullanılmalıdır.

Kullanılan bütün kaynaklar ana metnin sonundaki “Kaynaklar” bölümünde ilk yazarın soyadına göre alfabetik olarak sıralanmalıdır.

Kaynakların doğruluğu yazarın/yazarların sorumluluğudur.

Basılı yayın öncesinde olan kaynağa atıf yapılmışsa, DOI numarası mutlaka yazılmalıdır.

Metinde sadece yayınlanmış ya da baskıda olan kaynaklar kullanılmalıdır.

Metin içinde kaynaklara atıfta bulunurken yazarların soyadları ve yayın tarihi kullanılır.

**Örnekler aşağıda belirtilmiştir:**

Erbil (2011) ...

Bölükbaş’a (2003) göre ...

Erbil ve Yılmaz (2005) ...

Erbil ve Bölükbaş’a (2015) göre

Tuzcu ve arkadaşları (2016)

Yazar sayısı 3 ve daha fazla ise ise, metin içinde ilk geçtiği yerden itibaren "Hintistan ve arkadaşları (2016) ya da Hintistan ve ark., 2016" şeklinde belirtilmelidir.

Cümle sonunda birden fazla esere atıfta bulunuluyor ise kaynaklar parantez içinde **alfabetik sıra** ile aşağıdaki şekilde verilmeli, her bir kaynaktan sonra noktalı virgül konulmalıdır.

... (Erbil 2005; Hintistan ve ark., 2016; Tuzcu ve ark., 2016).

Aynı yazarın aynı yıldaki yayını (Erbil 2015a), (Erbil 2015b) şeklinde belirtilmelidir.

**Kaynak listesindeki yayınlarla ilgili bazı örnekler aşağıda sunulmuştur:**

**Dergi makalesinden alıntı:**

*Kaynak bir makale ise tarihin ardından makalenin tam adı, yayınlandığı derginin adı, cilt no (sayı no) ve sayfa numaraları yazılmalıdır. Makale yazarları altı yazardan fazla ise, kaynaklar bölümünde yazılırken altı yazar soyadı ve adının baş harfi yazıldıktan sonra ve ark. şeklinde yazılmalıdır.*

Erbil, N. (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sexuality and Disability*, 29, 377-386.

Erbil N, Bölükbaş N. (2012). Beliefs, attitudes, and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, 13, 5823-5828.

Pınar G, Taşkın L, Eroğlu K. (2008). Başkent üniversite öğrenci yurdunda kalan gençlerin toplumsal cinsiyet rol kalıplarına ilişkin tutumları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15, 47-57.

Erbil N, Taş N, Uysal M, Kesgin A, Kılıçarslan N. Gökçaya, U. (2011). Urinary incontinence among pregnant Turkish women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 27, 586-590.

**Dergi ek sayısından alıntı:**

İncesu C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7 (Ek- 3), 3-13.

**Kitaptan alıntı:**

*Kaynak bir kitap ise, yazarların adı, basım tarihi, kitabın adı, kaçınca baskı olduğu, basımevi, sayfa sayısı yazılmalıdır. Kaynak kitap bir çeviri ise, çevirenleri adı verilmelidir.*

Taşkın, L. (2009) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, s. 11.

**Kitap bölümünden alıntı:**

*Yazarın adı, yılı, bölüm adı, editörlerin adı, kitabın adı, basımevi, sayfa sayısı yazılmalıdır.*

Hornbeck, P. (1991). Assay for antibody production. Colign JE. Kruisbeek AM, Marguiles DH, editors. *Current Protocols in Immunology*. New York: Greene Publishing Associates, p. 105-32.

**İnternet kaynağından alıntı:**

*Tam yayın tarihi kullanılmalıdır. Makaleye doğrudan ulaşım adresi ve indirilen tarih verilmelidir.*

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 Ana Raporu. Erişim tarihi:25.09.2016,

[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa\\_2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa_2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)

**Çalışma Literatüre Ne Kattı?**

Gönderilen çalışmanın var olan literatüre ne gibi katkı sağladığı 2-3 madde halinde açıklanmalı, tablo şeklinde oluşturulmalı ve kaynaklar bölümünden önce eklenmelidir.

### **Yazarın Katkıları**

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi'ne yazı gönderecek yazarlar, Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Kurulu (International Committee of Medical Journal Editors [ICMJE])'nun, bilimsel bir makalede yazar olarak tanımlanabilmek için gereken aşağıdaki dört kriteri de karşılaması gerekir:

- Çalışmanın tasarımına veya tasarlanma aşamalarına ya da verilerin toplanması, işlenmesi, analizi veya yorumlanmasına önemli katkıları olmalıdır.
- Çalışma taslağının hazırlanmasına veya içeriğine ilişkin önemli fikirsel/kavramsal kritik düzenlemelerde bulunmalıdır.
- Çalışmanın yayınlanacak son şekline onay vermelidir.
- Çalışmanın herhangi bir bölümünün doğruluğu ve bütünlüğü ile ilgili soruların uygun şekilde araştırıldığını ve çözüldüğünü garanti ederek çalışmanın her şeyinden sorumlu olduğunu kabul etmelidir.

Kaynaklardan önce yazarların yazının hangi bölümüne katkılarının olduğu isim ve soy isimlerinin baş harfleri yazıldıktan sonra belirtilmelidir. Yazar katkısı başlık sayfasında belirtilmelidir.

**Yazar Katkısı:** Fikir/kavram:.....; Tasarım:.....; Danışmanlık:.....; Veri toplama ve/veya Veri İşleme...; Analiz ve/veya Yorum:...; Kaynak tarama;...Makalenin Yazımı:.; Eleştirel inceleme:..

### **Teşekkür**

Teşekkür bölümü kısa olmalıdır. Bu bölüm başlık sayfasında yazılmalıdır.

### **Çıkar Çatışması**

Yazarlar çıkar çatışmasına neden olabilecek olası tüm durumları çalışmada belirtmelidir. Herhangi bir çıkar çatışması yoksa bu durum da belirtilmelidir.

### **Financial Disclosure**

Çalışma ile ilgili finansal destek alındıysa bu bölümde belirtilmelidir. Bu bölüm başlık sayfasında yazılmalıdır.

### **Yazı Değerlendirme Süreci**

Gönderilen çalışma iki farklı hakem tarafından değerlendirilecektir. Değişiklik istenilen çalışmalar 10 gün içinde düzeltilerek dergiye gönderilmelidir. Hakemlerin değerlendirmesi tamamlanmasından sonra, yazar herhangi bir değişiklik yapamaz.

### **Telif Hakkı Devir Formu**

Makale gönderilirken, tüm yazarlar Telif Hakkı Devir Formunu imzalamalı ve imzalanmış form taranarak sisteme yüklenmelidir.

### **Son Düzeltme**

Makale, yayımlanma öncesinde son düzeltme için e-posta ile veya sistem üzerinden iletişim yazarına gönderilecektir. Bu aşamada herhangi bir değişiklik veya ilave yapılamaz. Sadece yazım ile ilgili hata olup olmadığı incelenmesi istenir. Son düzeltmeden, sadece yazarların sorumlu olduğu bilinmelidir. Düzeltme belgelerinde sorular içeren bir form eşlik edebilir. Yazar tarafından tüm sorular cevaplanmalı, gerekli düzeltme ve eklemeler yapılmalıdır. Son düzeltme, iki günde yapılmalı ve iade edilmelidir. Yayıncı, yazarlardan iki gün içinde cevap almazsa, düzeltilecek herhangi bir hata olmadığı ve makalenin yayınlanacağı varsayılır.



ORDU UNIVERSITY JOURNAL OF NURSING STUDIES  
AUTHOR GUIDELINES

**General Principles**

The manuscripts submitted for publication in Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi - Ordu University Journal of Nursing Studies should not be published before and should not be sent to another journal within the publication process.

If the manuscript is published in the abstract paper before it is published in the journal, it should be stated on the title page.

Scientific and ethical rules of the study, thoughts and opinions are the responsibility of the authors / authors.

After the manuscript is submitted to the journal, the names of the author's cannot be changed.

Authors are not paid for the articles published in the journal.

Ethics committee approval must be obtained and documented for clinical and experimental studies that require ethics committee approval. National and international ethical rules must be observed. Ethics committee approval should be uploaded to the system during the submission of the study to the journal.

Turkish articles should be based on Turkish Dictionary of Turkish Language Association.

Since the journal has a double-blind peer-review policy, there should be no author names in the main article.

The Copyright Transfer Form must be signed by the authors listed in the same order as the title page of the manuscript.

In the method section of the study, the date of the study must be stated.

**Open Access Policy**

Ordu University Journal of Nursing Studies is an open access publication and its content is offered to readers free of charge.

Readers can read, save, copy and link the full text of their articles published in the journal without permission from the publisher or the author, except for commercial purposes.

**Article Preparation**

To submit a manuscript to the Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi - Ordu University Journal of Nursing Studies, you need to register at <http://dergipark.gov.tr/ouhcd> and register at <http://dergipark.gov.tr/login>

The manuscript is entered from its address by entering the entry tab and registered in the tab and sent electronically. All submitted manuscripts must be formatted in the Microsoft Word program, in A4 paper size, in two lines, with a margin of 2.5 cm from all edges of the paper. It should be written in Times New Roman font with 12 font size. The page number should be added to all pages and the page number should be in the middle of the page.

**Title Page**

The title of the article and running title should be written in English for English manuscript.

The names and surnames of the authors, their academic and professional affiliations, ORCID number, complete address, phone, GSM, fax number(s), mail, e-mail address (es) of corresponding author must be specified on title page.

Acknowledgements information should be written.

In studies with more than one author, the contributions of the authors to the study must be indicated on this page. Author Contribution: Idea / Concept: .....; Design: ....; Supervision:.....; Materials:.....; Data Collection and/or Processing; Analysis and / or Interpretation:.....; Literature review:.....; Writing:.....;Critical review:.....

Information on whether the study was presented at a congress should also be included on this page.

Ethics Committee Approval, conflict of interest and financial support should be written on the title page.

The article should be scanned in plagiarism program and similarity report should be uploaded to the system. The similarity rate should not exceed 15% in total, not from a single study or article.

### **Abstract**

The abstract should be prepared in English for manuscripts written in English language and should not exceed 250 words and should include English keywords. The objective, method, results and conclusion should be included in the abstract.

### **Keywords**

Key words in English must be at least 3 and maximum 5. English keywords should be written in accordance with Index Medicus: Medical Subject Heading (MeSH).

### **Original Article**

The studies offer new nursing studies that are not covered in the previous studies.

The section should consist of abstract, introduction, method, results, discussion, conclusions and recommendations for applications, what did the study add to the literature? acknowledgements, ethics committee approval, author contributions, conflict of interest, financial disclosure, references, tables/figures. Ethical committee approval, author contributions, conflict of interest and financial support should be included in the title page.

Original research should be between 4000-7000 words excluding abstract, table, figure and reference list, maximum 40 sources should be used, and the total number of tables and figures should not exceed 5.

### **Review**

It can be prepared systematically or inviting for each area related to nursing.

Especially the authors who have publications on the subject should be preferred.

Entries such as introduction, results and references should be added to the text.

The tables should not exceed 7000 words except the figures and references and a maximum of 50 references should be used. The sum of the tables/figures should not exceed 5. Line numbers must be given.

### **Case Report**

It should be composed of introduction, case, discussion, conclusion, references, tables, figures.

### **Letter to the Editor**

It is published at the discretion of the editor. The text can be edited if necessary. The maximum number of references can be 15. The copyright transfer form must be filled in and sent to the editor by letter. The abstract of the letter to the editor should be 100-250 words. Subtitles are not required in the text. It should include the main text and results. The letter to the editor should not exceed 1000 words other than sources and English abstract. The author of this letter should give the source of paper, her/his name, surname and address.

### **Tables and Figures**

Tables and figures should be prepared in the Microsoft Word program.

Tables and figures should be placed after references in the text. The table number and title should be prepared at the top of the table with bold and 11 pt.

A dot must be placed after the table number.

Tables should not contain a vertical line and the horizontal line should be as little as possible.

The lines of the tables should be rendered invisible without being deleted.

The rows in a table must be in a line spacing.

Each table must be cited in the text.

Figures / graphics and pictures should be prepared in as high a resolution as 250 dpi and 500-800 dpi. Line numbers must be given.

## References

Writing references should start from a new page.

All references specified in the text should be included in the "References" list. Up to 40 sources for original studies, and up to 50 references for meta-analysis studies should be used.

All references should be listed alphabetically in the 'References' section at the end of the main text of the manuscript.

The accuracy of the references is the responsibility of the author(s).

If reference is made to the source before the publication, the DOI number must be written.

Only published or printed references should be used in the text.

When referring to resources within the text, the authors' surnames and publication date are used.

### Examples are as follows:

Erbil (2011) ...

According to Bölükbaş (2003) ...

Erbil and Yılmaz (2005) ...

According to Erbil and Bölükbaş (2015) ...

Tuzcu and colleagues (2016) ...

If the number of authors is 3 and more, it should be mentioned as " Hintistan and colleagues (2016) or (Hintistan et al., 2016)" from the first place in the text.

If more than one work is referred to at the end of the sentence, references should be given in brackets in alphabetical order as follows, followed by a semicolon.

... (Erbil 2005; Hintistan et al., 2016; Tuzcu et al., 2016).

The publication of the same author in the same year (Erbil 2015a) should be indicated as (Erbil 2015b).

### Here are some examples of publications in the references list:

#### Quote from the journal article:

If the source is an article, the full name of the article, the name of the journal to which it is published, volume, issue and page numbers should be written after the date.

If the authors are more than six authors, first the six authors' surnames are written and then the first letter of his / her name is written in the references section.

Erbil, N. (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sexuality and Disability*, 29, 377-386.

Erbil N, Bölükbaş N. (2012). Beliefs, attitudes, and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, 13, 5823-5828.

Pınar G, Taşkın L, Eroğlu K. (2008). Başkent üniversite öğrenci yurdunda kalan gençlerin toplumsal cinsiyet rol kalıplarına ilişkin tutumları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15, 47-57.

Erbil N, Taş N, Uysal M, Kesgin A, Kılıçarslan N. Gökaya, U. (2011). Urinary incontinence among pregnant Turkish women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 27, 586-590.

#### Citations from the journal additional issue:

Incesu C. (2004). Sexual functions and sexual dysfunctions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 7 (Suppl-3), 3-13.

#### Quote from the book:

*If the source is a book, the name of the authors, the date of publication, the name of the book, the number of publications, the printing house, the number of pages should be written. If the source book is a translation, the translators should be named.*

Taşkın, L. (2009) Obstetric and Women's Health Nursing. 9th Edition, Ankara, Sistem Ofset Printing, p. 11th.

**Quote from the book section:**

*Author's name, year, name of the department, name of the editor, name of the book, printing house, page number should be written.*

Hornbeck, P. (1991) Assay for antibody production. Colign JE. Kruisbeek AM, Marguiles DH, editors. Current Protocols in Immunology. New York: Greene Publishing Associates, p. 105-32.

**Quote from the Internet source:**

*The full publication date must be used. The article should include the direct access address and the downloaded date.*

Turkey Demographic Health Survey (TDHS) 2013 Main Report. Accessed on: 25.09.2016,  
[http // www.hips.hacettepe.edu.tr / tnsa 2013 / report / TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa_2013/report/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)

**What did the study add to the literature?**

The contribution of the submitted study to the existing literature should be explained as 2-3 items, formed as a table and should be added before the references section.

**Author's Contributions**

In order to be able to describe the author as a writer in a scientific paper according to International Committee of Medical Journal Editors [ICMJE]), the authors who will write articles to the Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi - Ordu University Journal of Nursing Studies, must meet the following four criteria:

- Make significant contributions to the design or design phases of the study or to the collection, processing, analysis or interpretation of the data.
- It should make important intellectual/conceptual arrangements regarding the preparation or content of the work draft.
- Approve the final form of the study to be published.
- Acknowledge that the questions about the accuracy and completeness of any part of the study are properly investigated and resolved, and are responsible for everything.

Before the references, the names of the authors should be indicated after the initials of the names and surnames in the author's contribution should be indicated on the title page.

**Author Contribution:** Idea / Concept: .....; Design: ....; Supervision:.....; Materials:.....; Data Collection and/or Processing; Analysis and / or Interpretation:.....; Literature review:.....; Writing:.....;Critical review:.....

**Acknowledgements**

This section should be short and it should be on the title page.

**Conflict of Interest**

The authors should state all possible situations in which a conflict of interest may occur. If there is no conflict of interest, this should also be stated.

**Financial Disclosure**

If financial support for the study is received, this should be stated in this section.

**Writing Process**

The submitted work will be evaluated by two different judges. The studies needed to be changed should be corrected within 10 days and sent to the journal. After the evaluation of the referees, the author cannot make any changes.

**Copyright Transfer Form**

Upon submission of the manuscript, all authors must sign the Copyright Transfer Form.

**Last Correction**

The article will be sent to the communication author by e-mail or over the system to correct spelling errors before publication. No changes or additions can be made at this stage. It is only necessary to examine whether there are errors in the spelling. It should be noted that only the authors are responsible for the final revision. Correction documents may be accompanied by a form that contains questions. All questions should be answered by the author and necessary corrections and additions should be made. Corrections must be made and returned within two days. If the publisher does not receive a response from the authors within two days, it is assumed that there are no errors to correct and the article will be published.

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

	Sayfa/Page
<b>Yazarlar İçin Kılavuz/ Guidelines for Author</b> .....	IV
<b>Editörden/From the Editor</b>	
Nülüfer Erbil.....	XIV
<b>Araştırma Makaleleri / Research Articles</b>	
<b>Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Kapsamında Yapılan Ev Ziyaretleri İle İlişkili Öğrenci Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi</b> <i>Determination of Opinions of Student Nurses About Home Visits in The Scope of Public Health Nursing Course</i>	
Hacer Gök Uğur, Ashhan Çatiker.....	139-149
<b>Öğrenci Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler</b> <i>Student Nurses' Professional Values and Affecting Factors</i>	
Nülüfer Erbil, Nisa Aslan Kaya.....	150-158
<b>Türkiye'de 1991-2019 Yılları Arasında Yapılan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Tezleri</b> <i>Analysing of the Surgical Nursing Postgraduate Theses Between the Years 1991-2019 in Turkey</i>	
Mahmut Dağcı, Gülşah Baydur, Kübra Kaynak, Leyla Minigü, Şeymanur Polat.....	159-169
<b>Derlemeler/Reviews</b>	
<b>Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli: Nöroprotektif Aile Merkezli Gelişimsel Bakım için Yedi Temel Ölçüm</b> <i>The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care</i>	
Fatma Taş Arslan, Sevinç Akkoyun.....	170-180
<b>Gestasyonel Diyabetin Tanısında Güncel Yaklaşım, Gebelere Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirenin Rolü</b> <i>Current Approach in Diagnosis of Gestational Diabetes, Healthy Lifestyle Behaviors for Pregnant Women and Role of Nurse</i>	
Neslihan İlgen, Derya Yüksel Koçak.....	181-193
<b>ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri</b> <i>Enhanced Recovery After Surgery</i>	
Seda Birlikbaş, Nurgül Bölükbaş.....	194-205
<b>GERİ ÇEKME NOTU: Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Ağ Sitelerini Kullanma Amaçları ve İletişim Becerileri Arasındaki İlişki</b> <i>RETRACTION NOTE: The Relationship Between The Purpose of Using Social Network Sites and Communication Skills of Nursing Students</i>	
Nurgül Bölükbaş, Hatice Nur Nefes.....	206
<b>2019 Hakemleri/ 2019 Referees Index</b> .....	207-209

**Editörden/From the Editor**

*Ordu'dan Merhaba...*

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi'nin 2019 yılı Aralık sayısında sizlerle birlikteyiz. Bu sayımızda, “*Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Kapsamında Yapılan Ev Ziyaretleri İle İlişkili Öğrenci Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi*”, “*Öğrenci Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler*” ve “*Türkiye’de 1991-2019 Yılları Arasında Yapılan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Tezleri*” isimli araştırma makaleleri ile “*Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli: Nöroprotektif Aile Merkezli Gelişimsel Bakım için Yedi Temel Ölçüm*”, “*Gestasyonel Diyabetin Tanısında Güncel Yaklaşım, Gebelere Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirenin Rolü*” ve “*ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri*” isimli derleme türündeki makaleler olmak üzere altı makaleyi siz değerli okuyucularımıza sunuyoruz.

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi'ne yayın gönderen bilim insanlarına, derginin yayına hazırlanmasına katkı veren Ordu Üniversitesi akademik ve idari personeline ve dergimizin okurlarına teşekkür ediyoruz.

Yeni yılınızı kutluyor, yaşamınıza mutluluk, sağlık, huzur getirmesini diliyoruz.

Yeni sayımızda görüşmek dileğiyle...

**Prof. Dr. Nülüfer ERBİL**

**Baş Editor**

## Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Kapsamında Yapılan Ev Ziyaretleri İle İlişkili Öğrenci Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi

### Determination of Opinions of Student Nurses About Home Visits in The Scope of Public Health Nursing Course

Hacer Gök Uğur<sup>1</sup>  Aslıhan Çatiker<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 20/11/2019

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 30/12/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, Published online 31/12/2019

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında yapılan ev ziyaretleri ile ilişkili hemşirelik öğrencilerinin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı olarak 30 Mayıs-15 Haziran 2017 tarihleri arasında Bir Üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri (N=109), örneklemi ise araştırmaya katılmayı kabul eden 109 öğrenci oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile ev ziyaretine ilişkin görüşlerini belirleyen "Anket Formu" ile toplanmıştır. Etik açıdan Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve araştırmaya katılan öğrencilerden sözel onam alınmıştır. Veriler SPSS 20.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırma kapsamındaki hemşirelik öğrencilerinin çoğu (%92.7) ev ziyareti yapmanın mesleki gelişimine katkı sağladığını belirtmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin yarıdan fazlası (%64.2) ev ziyaretinin aileye katkı sağladığını ifade etmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin %63.3'ü ev ziyaretine çıkarken, %37.6'sı ev ziyareti aşamalarının herhangi birisinde, %45.9'u ev ziyaretinde bakım verirken ve %34.9'u ev ziyaretinde sağlık eğitimi yaparken sorun yaşadığını belirtmiştir. Bununla birlikte hemşirelik öğrencilerinin %70.6'sı ise ev ziyareti yaparken işe yaradığını hissetmiştir.

**Sonuç:** Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin çoğu ev ziyaretinin mesleki gelişimlerine ve ailelere katkı sağladığını düşünmektedir. Bununla birlikte öğrenci hemşireler ev ziyareti yaparken, ev ziyareti aşamalarını uygularken, ev ziyaretinde bakım ve sağlık eğitimi yaparken bazı sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelik öğrencilerinin mesleki gelişimi için halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında ev ziyareti yapılması gerektiği ve hemşirelik öğrencilerinin ev ziyaretinde yaşadığı sorunlara yönelik öğretim elemanları tarafından desteklenmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik Öğrencisi, Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi, Ev Ziyareti

#### ABSTRACT

**Objective:** This study was carried out in order to determine the opinions of nursing students related to home visits made within the context of public health nursing course.

**Methods:** This descriptive study was carried out on the senior students of one University Health Sciences Faculty Nursing Department between 30 May-15 June 2017. The universe of the research was composed of senior students (N = 109) of Health Sciences Faculty Nursing Department. Totally 109 students who accepted to participate were included in the study. The data were collected by the researchers in the direction of the literature with the "Questionnaire Form" which determined the opinions of the students about their socio-demographic characteristics and home visit. In terms of ethics, oral approval was obtained from students who participated in written permission and research and who were from the Faculty of Health Sciences. The data were evaluated using the descriptive statistics in the SPSS 20.0 package program.

**Results:** Almost all of the nursing students in the study (92.7%) stated that visiting home contributes to their professional development. More than half of the nursing students (64.2%) stated that home visit contributed to the family. While 63.3% of the nursing students had a home visit, 37.6% had problems in any of the home visit stages, 45.9% had care during the home visit and 34.9% had problems in health education during the home visit. However, 70.6% of nursing students felt it was useful when visiting home.

**Conclusion:** In the research, most of the nursing students think that home visit contributes to their professional development and families. However, nursing students stated that they had some problems while making home visits, applying home visit stages and doing care and health education during home visits. In line with these results; For the professional development of nursing students, it is recommended that home visits should be made within the scope of public health nursing course and supported by the instructors regarding the problems experienced by nursing students during the home visit.

**Key Words:** Nursing Student, Public Health Nursing Course, Home Visit

**ORCID IDs of the authors:** HGU: 0000-0002-0371-0556, AÇ: 0000-0001-8102-6795

**Sorumlu yazar/Corresponding author:** Öğr. Gör. Dr.Hacer Gök Uğur

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, TÜRKİYE

**e-posta/e-mail:** [hacer32@gmail.com](mailto:hacer32@gmail.com)

\*Bu çalışma 12-13 Ekim 2017'de Samsun Sheraton Grand Otel'de düzenlenen International Congress of Black Sea Nursing ducation-ICOBNE'de poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Atf/Citation:** Gök Uğur H, Çatiker A. Halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında yapılan ev ziyaretleri ile ilişkili öğrenci hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi. Ordu University Journal of Nursing Studies 2(3), 139-149.



## Giriş

Ev ziyaretleri toplum sağlığı hizmetlerinin temel bileşeni olup, toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlık bakım ihtiyacının karşılanmasında oldukça önemlidir (Öztek ve Kubilay, 2005; Rani ve Kaur, 2019). Ev ziyaretleri, birey, aile ve toplumu yaşadığı gerçek ortamda tanımak, var olan sorunları saptamak, öncelikleri belirlemek ve aile ile birlikte bu sorunları çözmek amacıyla gerçekleştirilmektedir (Erci, 2009; Öztek ve Kubilay, 2005; Rani ve Kaur, 2019). Ev ziyaretleri ile birey ve aileler, kendi yaşadıkları ortamda izlenerek tüm yönleri ile değerlendirilmektedir. Böylece birey ve ailelerin yeterli ve amacına uygun sağlık hizmetine ulaşması sağlanmakta ve sağlığı geliştirmeye destek veya engel olabilecek tüm faktörler tanımlanmaktadır (Öztek ve Kubilay, 2005; Rani ve Kaur, 2019). Ev ziyareti ile ana çocuk sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi ve evde bakım hizmetleri sunulmaktadır (Rani ve Kaur, 2019). Ulusal ve uluslararası düzeyde farklı yaşam dönemlerinde ve farklı tip sorunlara sahip bireyler üzerinde ev ziyaretleri ile yapılan pek çok çalışmada; ev ziyaretlerinin birey ve aile üzerinde etkili olduğu, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme açısından önemli katkılar sağladığı ve gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin sunulan hizmetleri olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Akkuş 2008; Büyükkayacı Duman ve Yılmazel 2014; Kitiş ve Emiroğlu 2006; Kolutek ve Aydın Avcı 2015; Kuzu 2018; Phongtankuel ve ark., 2017; Wells ve ark., 2017).

Halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretlerinin uygulanmasında önemli bir role sahip olup, birey, aile ve toplumu yakından tanımak ve etkin sağlık bakımı sunmak için ev ziyareti yapmaktadırlar (Seden 1968). Halk sağlığı hemşireleri ev ziyareti tecrübelerini lisans eğitimleri sırasında kazanarak mesleğe hazırlanmaktadırlar. Nitekim; literatürde belirtildiği gibi hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel gelişimleri, anlamlı öğrenme süreçleri için öğretim elemanları danışmanlığında lisans eğitimlerinde ev ziyareti yapmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Backes ve ark., 2017). Hemşirelik öğrencilerinin lisans

eğitimlerinde ev ziyareti yapmaları ev ziyareti becerilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Ev ziyareti hemşirelik öğrencilerinin bireyleri kendi yaşadıkları ortamda tanımaları; sağlık sorunları, sağlık ihtiyaçları, yaşam tarzları ve sağlık-hastalık sürecini etkileyen sosyo-kültürel faktörleri daha iyi anlamalarını sağlamaktadır (Borges ve ark., 2017). Ev ziyaretleri ile öğrenci hemşireler birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirmekte ve mesleki becerilerini artırmaktadır (Kalanlar 2018; Pohl ve ark., 2014). Bununla birlikte ev ziyaretlerinde hemşirelik öğrencileri birey, aile ve toplumun sağlık hastalık süreçlerinde hem eğitim hem de bakıma yönelik bir dizi faaliyetler yürütmektedirler (Borges ve ark., 2017).

Hemşirelik eğitimi sırasında ev ziyaretlerine yer verilmesi öğrencilerin mesleki gelişimine katkı sağlamakla birlikte bazı zorluklar da taşımakta ve öğrenciler ev ziyareti uygulamaları sırasında bazı sorunlarla karşılaşabilmektedir (Altay ve Öz 2016; Kahraman 2013). Hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi etkin ev ziyaretlerinin yapılması açısından önemlidir. Literatürü incelediğimizde, halk sağlığı hemşireliği uygulamaları sırasında gerçekleştirilen ev ziyaretlerine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin durumunu derinlemesine inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu ve ev ziyaretlerinin hemşirelik öğrencilerinin gözünden farklı boyutlarla değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Altay ve Öz 2016; Borges ve ark., 2017; Kalanlar 2018; Pohl ve ark., 2014). Benzer çalışmaların yapılması bilimsel literatüre katkı sağlamakla birlikte yürütülen halk sağlığı hemşireliği eğitimini değerlendirmeye de olanak sağlamaktadır. Bu çalışma halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında yapılan ev ziyaretleri ile ilişkili hemşirelik öğrencilerinin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## Araştırma Soruları

1. Hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti yapması mesleki gelişimlerine katkı sağlar mı?
2. Hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti yapması aileye katkı sağlar mı?

3. Hemşirelik öğrencileri ev ziyareti yaparken ne tür duygular yaşarlar?

### Yöntem

#### Araştırmanın Türü ve Yeri

Araştırma tanımlayıcı olarak 30 Mayıs-15 Haziran 2017 tarihleri arasında Bir Üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü üniversitede öğrenciler halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastalara ev ziyareti yapmaktadırlar.

#### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri (N=109), örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden 109 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir.

#### Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan "Anket Formu" ile toplanmıştır.

**Anket Formu:** Bu form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Altay ve Öz 2017; Backes ve ark., 2017; Borges ve ark., 2017; Kahraman 2013; Kalanlar 2018; Pohl ve ark., 2014). Form 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen (yaş, cinsiyet, mezun olduğu lise, yaşanılan yer, sağlık kurumunda çalışma, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ve hemşirelik mesleğinden memnun olma) 7 soru yer almıştır. İkinci bölümde; ev ziyaretinin öğrencilerin mesleki gelişimine katkıları belirleyen (ev ziyareti yapmanın mesleki gelişime katkı sağladığını düşünme ve ev ziyaretinin mesleki gelişime katkıları) 2 soru, üçüncü bölümde; ev ziyaretinin aileye katkıları belirleyen (ev ziyaretinin aileye katkı sağladığını düşünme ve ev ziyaretinin aileye katkı sağladığı konular) 2 soru, dördüncü bölümde; öğrencilerin ev ziyareti ile ilgili yaşadığı sorunları belirleyen (ev ziyarete çıkarken sorun yaşama, yaşanılan sorunlar, ev

ziyareti aşamalarında sorun yaşama, yaşanılan sorunlar, ev ziyaretinde bakım verirken sorun yaşama, yaşanılan sorunlar, ev ziyaretinde sağlık eğitimi yaparken sorun yaşama ve yaşanılan sorunlar) 8 soru ve beşinci bölümde; öğrencilerin ev ziyareti ile ilgili yaşadıkları duyguları belirleyen (ev ziyareti yaparken işe yaradığını hissetme ve ev ziyareti ile ilgili yaşanılan duygular) 2 soru olmak üzere, form toplam 21 sorudan oluşmuştur.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS 20.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır.

#### Bulgular

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalaması  $22.51 \pm 1.37$  (Min:21.00; Max:28) olup, %68.8'inin kız, %40.4'ünün Anadolu Lisesi mezunu, %51.4'ünün il merkezinde yaşadığı, %11.9'unun bir sağlık kurumunda çalıştığı, %59.6'sının hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği ve %70.6'sının hemşirelik mesleğinden memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hemşirelik öğrencilerinin %92.7'sinin ev ziyareti yapmanın mesleki gelişimine katkı sağladığını düşündüğü, %67.0'mın farklı aile yapılarını tanıma fırsatı bulduğu, %63.9'unun empati yapma becerisinin arttığı, %60.6'sının iletişim becerisinin arttığı, %53.2'sinin farklı kültürleri tanıma fırsatı bulduğu, %51.4'ünün bilgi düzeyinin ve aile odaklı bakım konusunda tecrübesinin arttığı ve hasta bireyle birlikte bakım vericilerinde değerlendirilmesi gerektiğini fark ettiği bulunmuştur. Bununla birlikte hemşirelik öğrencilerinin %45.9'unun mesleki beceri düzeyinin ve sağlık eğitimi becerisinin arttığı, %45.0'mın bütüncül (holistik) bakış açısı kazandığı, %43.1'inin evde bakım hastalarının sosyal hak ve sorumlulukları konusunda bilgisinin arttığı ve %40.4'ünün hastaların/ailelerin ev ortamında değerlendirilmesi konusunda bilgi ve becerisinin arttığı belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 1.** Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
<b>Yaş ortalaması</b>	22.51±1.37(Min:21.00; Max:28)	
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	34 31.2
	Kız	75 68.8
<b>Mezun olduğu lise</b>	Sağlık meslek lisesi	22 20.2
	Lise	26 23.9
	Anadolu Lisesi	44 40.4
	Anadolu öğretmen Lisesi	11 10.0
	Diğer	6 5.5
	<b>Yaşanılan yer</b>	Köy
	Kasaba	7 6.4
	İlçe	31 28.4
	İl merkezi	56 51.4
<b>Sağlık kurumunda çalışma</b>	Evet	13 11.9
	Hayır	96 88.1
<b>Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme</b>	Evet	65 59.6
	Hayır	44 40.4
<b>Hemşirelik mesleğinden memnun olma</b>	Evet	77 70.6
	Hayır	32 29.4

Hemşirelik öğrencilerinin %64.2'si ev ziyaretinin aileye katkı sağladığını düşündüğünü, %64.2'si ailenin sağlık gereksinimlerini fark ettiğini, %43.1'i ailenin kendi sağlık sorununu anlayıp kabullenmesini sağladığını ve ailenin sağlık bakımı konusunda bilgi düzeyini arttırdığını, %39.4'ü aileye psiko-sosyal destek verdiğini ve %38.5'i ailenin hasta bakımı ile ilgili farkındalığını arttırdığını belirtmiştir (Tablo 3). Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin %63.3'ünün ev ziyaretine çıkarken sorun yaşadığı, %37.6'sının ulaşım konusunda ve %30.3'ünün aile bulmada güçlük yaşadığı bulunmuştur. Öğrencilerin %37.6'sı ev ziyareti aşamalarının herhangi birinde sorun yaşadığını, %15.6'sı ziyaret planının uygulanmasında ve %14.7'si ziyaret planının yapılmasında sorun yaşadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %45.9'u ev ziyaretinde bakım verirken sorun yaşadığını ve %16.5'i araç gereç yetersizliği, %10.1'i teorik bilgi yetersizliği ve ailenin önerilerini dikkate almaması nedeniyle

sorun yaşadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %34.9'u ev ziyaretinde sağlık eğitimi yaparken sorun yaşadığını ve %13.8'i dikkat dağıtacak faktörler (TV, çocuk, gürültü vb.) nedeniyle sorun yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4). Hemşirelik öğrencilerinin %70.6'sı ev ziyareti yaparken işe yaradığını hissettiğini belirtmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin %57.8'i özgüveninin arttığını, %49.5'i mutlu olduğunu, %45.9 toplum için yararlı şeyler yaptığını, %42.2'si mesleğinin önemli olduğunu ve heyecanlandığını, %41.3'ü kendinin değerli olduğunu ve %40.4'ü başarılı olduğunu hissetmiştir (Tablo 5).

**Tablo 2.** Ev Ziyaretinin Mesleki Gelişime Katkılarıyla İlgili Hemşirelik Öğrencilerinin Görüşleri

Görüşler	n	%
<b>Ev ziyareti yapmanın mesleki gelişime katkı sağladığını düşünme</b>	Evet	101 92.7
	Hayır	8 7.3
<b>Ev ziyaretinin mesleki gelişime katkıları*</b>	Bilgi düzeyim arttı	56 51.4
	Mesleki beceri düzeyim arttı	50 45.9
	Teorik bilgiyi uygulamaya aktardım	43 39.4
	Bütüncül (holistik) bakış açısı kazandım	48 44.0
	Farklı kültürleri tanıma fırsatı buldum	58 53.2
	Farklı aile yapılarını tanıma fırsatı buldum	73 67.0
	Aile odaklı bakım konusunda tecrübem arttı	56 51.4
	Mesleki bilgi-becerimi uygulama fırsatı buldum	37 33.9
	Ev ziyaretlerinde öğrendiklerim daha önceki uygulamalarda öğrendiklerimle bütünleşti	36 33.0
	Ailenin tüm bireylerini bir bütün olarak değerlendirdim	42 38.5
	Sadece hasta bireyin değil bakım vericilerinin de değerlendirilmesi gerektiğini fark ettim	56 51.4
	Çevrenin sağlık üzerindeki etkilerini fark ettim	38 34.9
	Riskli durumları kolaylıkla saptadım	22 20.2
	Daha gerçekçi planlamalar yapabildim	38 34.9
	Sosyal etmenlerin sağlık üzerindeki etkilerini fark ettim	29 26.6
	Aileyi derinlemesine değerlendirme fırsatı buldum	36 33.0
	Empati yapma becerim arttı	69 63.9
	İletişim becerim arttı	66 60.6
	Fizik muayene becerim arttı	35 32.1
	Sağlık eğitimi becerim arttı	50 45.9
	Evde bakım hastalarının sosyal hak ve sorumlulukları konusunda bilgim arttı (bakım parası, bez parası, havalı yatak, tekerlekli sandalye, aşevleri, sosyal yardımlaşma hizmetleri vb.)	47 43.1
	Hastaların/ailelerin ev ortamında değerlendirilmesi konusunda bilgi ve becerim arttı	44 40.4
	Hastaya temas ettim	42 38.5
Ev ziyareti yaratıcılığımı geliştirdi	42 38.5	
Diğer	2 1.8	

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

**Tablo 3.** Ev Ziyaretinin Aileye Katkılarıyla İlgili Hemşirelik Öğrencilerinin Görüşleri

Aileye katkı görüşleri		n	%
Ev ziyaretinin aileye katkı sağladığını düşünme	Evet	70	64.2
	Hayır	10	9.2
	Kısmen	29	26.6
Ev ziyaretinin aileye katkı sağladığı konular*	Ailenin sağlık gereksinimlerini farkettim	70	64.2
	Ailenin kendi sağlık sorununu anlayıp kabullenmesini sağladım	47	43.1
	Ailenin gereksinimi olan ancak kendisinin karşılayamadığı hemşirelik hizmetini sundum	29	26.6
	Ailenin sağlık bakımına ihtiyaç duyduğu bir anda onların yanlarında oldum	26	23.9
	Aileye psiko-sosyal destek verdim	43	39.4
	Ailenin sosyal hak ve sorumlulukları konusunda danışmanlık yaptım	29	26.6
	Ailenin sağlık bakımı konusunda bilgi düzeyini arttırdım	47	43.1
	Ailenin hasta bakımı ile ilgili farkındalığını arttırdım	42	38.5
	Ailenin tıbbi bakım olanaklarından yararlanmasını sağladım (aile hekimi, evde bakım, hastane, ketem gibi sağlık kurumlarıyla işbirliği yapmalarını sağladım)	29	26.6
	Ev ortamını hasta/aile için güvenli hale getirdim	25	22.9
	Aileyi sağlık hizmetlerini kullanma konusunda cesaretlendirdim ve bilgi kazandırdım	21	19.3
	Ailenin gereksinim duyduğu sosyal kurum/kuruluşlarla işbirliğini sağladım (valilik, belediye, aile ve sosyal politikalar müdürlüğü vb.)	32	29.4
	Ailenin gereksinimi olan sağlık kurum/kuruluşları ile işbirliğini sağladım	23	21.1
	Diğer	3	2.8

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

**Tablo 4.** Hemşirelik Öğrencilerinin Ev Ziyareti İle İlgili Yaşadığı Sorunların Dağılımı

Ev ziyareti sorunları		n	%	
Ev ziyaretine çıkarken herhangi bir sorun yaşama	Evet	69	63.3	
	Hayır	40	36.7	
Ev ziyaretine çıkarken yaşanan sorunlar*	Aile bulmada güçlük yaşadım	33	30.3	
	Ulaşım konusunda sorun yaşadım	41	37.6	
	İklim koşulları nedeniyle ev ziyareti yapmakta zorluk yaşadım	12	11.0	
	Coğrafik yapı nedeniyle ev ziyareti yapmakta zorluk yaşadım	14	12.8	
	Aile beni reddetti	13	11.9	
	Aile beni kabullenmedi	10	9.2	
	Aile bana güvenmedi	8	7.3	
	Ailenin ziyaretten beklentileri ile benim beklentilerim farklı idi	17	15.6	
	Aileye bakım verirken sağlık çalışanları ile işbirliği yapmada güçlük yaşadım	4	3.7	
	Aileye bakım verirken sağlık kurum ve kuruluşları ile işbirliği yapmada zorluk yaşadım	12	11.0	
	Ailem uygulamam bitmeden köye gitti	18	16.5	
	Uygulama sürem yetersizdi	14	12.8	
	Diğer	3	2.8	
	Ev ziyareti aşamalarında sorun yaşama	Evet	41	37.6
		Hayır	68	62.4
	Ev ziyareti aşamalarında yaşanan sorunlar*	Problemlerin (sorunların) tanımlanması	12	11.0
Sorunların öncelik sırasına dizilmesi		8	7.3	
Amacın saptanması		4	3.7	
Ziyaret planının yapılması		16	14.7	
Ziyaret planının uygulanması		17	15.6	
Ziyaretin değerlendirilmesi		8	7.3	
Diğer		7	6.4	
Ev ziyaretinde bakım verirken sorun yaşama	Evet	50	45.9	
	Hayır	59	54.1	
Bakımda yaşanan sorunlar*	Teorik bilgim yetersiz kaldı	11	10.1	
	Uygulama becerim yetersiz kaldı	5	4.6	
	Sağlık alanında yenilikler konusunda bilgim yetersiz kaldı	6	5.5	
	Aile önerilerimi dikkate almadı	11	10.1	
	Aile beni otorite olarak görmedi	9	8.3	
	Aile beni önemsemedi	9	8.3	
	Uygulamam bittiğinde aileden ayrılırken zorlandım	8	7.3	
	Araç gereç yetersizdi, sıkıntı yaşadım	18	16.5	
	Ev ortamında bakım vermede zorlandım	12	11.0	
	Ev ortamı bakım vermek için uygun değildi	12	11.0	
	Diğer	1	0.9	
	Ev ziyaretinde sağlık eğitimi yaparken sorun yaşama	Evet	38	34.9
		Hayır	71	65.1
	Sağlık eğitiminde yaşanan sorunlar*	Ev ortamı eğitimi olumsuz etkiliyor	11	10.1
Dikkat dağıtacak çok fazla şey vardı (TV, çocuk, gürültü vb.)		15	13.8	
Eğitim içeriği ile ailenin beklentileri birbiri ile örtüşmüyordu		10	9.2	
Kendim eğitim için yetersizdim		3	2.8	
Uygun materyalim yoktu		3	2.8	
Diğer		15	13.8	

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

**Tablo 5.** Hemşirelik Öğrencilerinin Ev Ziyareti İle İlgili Yaşadıkları Duygularının Dağılımı

Değişkenler		n	%
Ev ziyareti yaparken işe yaradığını hissetme	Evet	77	70.6
	Hayır	5	4.6
	Kısmen	27	24.8
Ev ziyareti ile ilgili yaşanan duygular*	Korktum	19	17.4
	Heyecanlandım	46	42.2
	Anksiyete yaşadım	20	18.3
	Tedirgin oldum	41	37.6
	Endişelendim	22	20.2
	Kaygılandım	15	13.8
	Güvensiz hissettim	12	11.0
	Kendimi yetersiz hissettim	20	18.3
	Uygulamam sona erdiğinde üzüldüm	19	17.4
	Kendimi değerli hissettim	45	41.3
	Mutlu oldum	54	49
	Başarılı hissettim	44	40.4
	Özgüvenimin arttığını hissettim	63	57.8
	Mesleğimin önemli olduğunu hissettim	46	42.2
	Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olduğumu hissettim	40	36.7
	Toplum için yararlı şeyler yaptığımı hissettim	50	45.9
	Diğer	3	2.8

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

### Tartışma

Halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında yapılan ev ziyaretleri ile ilişkili hemşirelik öğrencilerinin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde ilgili literatürle tartışılmıştır. Araştırmada ev ziyaretinin hemşirelik öğrencilerinin mesleki gelişimine katkı sağladığı; ev ziyaretinin mesleki bilgi ve beceri düzeylerini artırdığı, teorik bilgiyi uygulamaya aktardıkları, bütüncül (holistik) bakış açısı kazandıkları, farklı kültürleri ve farklı aile yapılarını tanıma fırsatı buldukları, aile odaklı bakım konusunda tecrübelerinin arttığı, mesleki bilgi-beceriyi uygulama fırsatı buldukları, ev ziyaretlerinde öğrendiklerinin daha önceki uygulamalarda öğrendikleri ile bütünleştiği, ailenin tüm bireylerini bir bütün olarak değerlendirebilme, hastayla birlikte bakım vericileri de değerlendirme, çevrenin sağlık üzerindeki etkisini fark etme, riskli durumları saptayabilme, gerçekçi planlamalar yapabilme, sosyal etmenlerin sağlık üzerindeki etkisini fark etme, aileyi derinlemesine değerlendirebilme, empati, iletişim, fizik muayene ve sağlık eğitimi yapma becerilerini artırdığı, evde bakım hastalarının sosyal hak ve sorumlulukları konusunda bilgi düzeyini artırdığı, ev ortamında

hasta ve ailesinin değerlendirilmesi ve yaratıcılığın artması gibi konularda beceriler kazandırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde Altay ve Öz (2017) tarafından hemşirelik son sınıfı öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ev ziyareti ile öğrencilerin öykü alma, iletişim kurma, eğitim ve danışmanlık yapma, sorunlarla baş etme konusunda bilgi ve becerilerinin arttığı belirlenmiştir. Kalanlar (2018), hemşirelik öğrencilerinin ev ziyaretinde anne, çocuk, yaşlı, gebe ve engellilere sağlığı koruma ve geliştirme konularında olumlu sağlık davranışı kazandırdıklarını belirlemiştir. Ayrıca hemşirelik öğrencileri ev ziyareti ile, ailelerle nasıl iletişime geçileceğini öğrendiğini, farklı kültürler tanıdığını, ailelerde farkındalık oluşturduklarını, mesleki doyum sağladıklarını ve halk sağlığı hemşireliğinin felsefesini anladıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte aynı çalışmada hemşirelik öğrencileri ev ziyaretlerinde hemşirelik fonksiyonu olarak; bireye odaklanma, sağlığı korumaya teşvik, eğitim verme, araştırmaya yöneltme, iletişim ve danışmanlık konularını yerine getirdiklerini ifade etmişlerdir. Pohl ve arkadaşları (2014) kronik hastalıklı çocuğa sahip ailelere yapılan ev ziyaretinde öğrencilerin aileler ve çocuklarla etkileşime girdiğini ve öğrencilerin aileleri

değerlendirme, iletişim ve anemnez alma konularında becerilerinin arttığını bildirmiştir. Backes ve arkadaşları (2017) öğrencilerin ev ziyareti ile sağlığa bütüncül bakabilme becerisi kazandıklarını bulmuştur. Minematsu (2002) ev ziyaretinin hasta ve ailelerle ilişki ve iletişim kurmada bilgi ve beceri kazandırdığını belirtmiştir. Borges ve arkadaşları (2017) ise, ev ziyaretinin öğrencilerin iletişim, etkileşim ve bütüncül yaklaşım becerilerini artırdığını tespit etmiştir. Araştırma sonucumuz, literatürle benzer şekilde ev ziyareti ile hemşirelik öğrencilerinin mesleki gelişimlerine katkı sağlayan bilgi ve beceriler kazandığını göstermektedir. Araştırmada öğrenci hemşireler ev ziyareti ile; ailenin sağlık gereksinimlerini fark etme, ailenin kendi sağlık sorununu anlayıp kabullenmesini sağlama, ailenin gereksinimi olan ancak kendisinin karşılayamadığı hemşirelik hizmetini sunma, ailenin sağlık bakımına ihtiyaç duyduğu bir anda onların yanlarında olma, aileye psiko-sosyal destek verme, sosyal hak ve sorumlulukları konusunda danışmanlık yapma, ailenin sağlık bakımı konusunda bilgi düzeyini artırma, hasta bakımı ile ilgili farkındalığını artırma, ailenin tıbbi bakım olanaklarından yararlanmasını sağlama (aile hekimi, evde bakım, hastane, ketem gibi sağlık kurumlarıyla işbirliği yapmalarını sağlama), ev ortamını hasta/aile için güvenli hale getirme, aileyi sağlık hizmetlerini kullanma konusunda cesaretlendirme ve bilgi kazandırma ve ailenin gereksinim duyduğu sosyal kurum/kuruluşlarla işbirliğini sağlama (valilik, belediye, aile ve sosyal politikalar müdürlüğü vb.) gibi konularda aileye katkı sağladıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Kalanlar (2018) hemşire öğrencilerinin ev ziyaretleri ile ailelerin sağlığını koruma ve geliştirmelerine katkı sağladığını bulmuştur. Stanhope ve Lancaster (2012) ailenin ev ortamında ziyaret edilmesi ile hizmetin önündeki engellerin kalktığını, ailenin yapısı, işleyişi ve iletişim modelleri konusunda bilgi sahibi olunduğunu belirtmiştir. Pohl ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti ile kronik hastalığa sahip çocukları olan aileleri güçlendirdikleri belirlenmiştir. Backes ve arkadaşları (2017) öğrencilerin ev ziyareti ile

ailelerin yaşamlarında fark yarattıklarını bulmuştur. Rani ve Kaur (2019) ise, ev ziyareti ile hemşirelik öğrencilerinin aileye sağlık davranışları, yaşam tarzı ve hijyen gibi konularda katkı sağladıklarını belirlemiştir. Araştırma bulgumuz literatürle benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti ile ailelere farklı konularda katkılar sağladığını göstermektedir.

Araştırmada hemşirelik öğrencileri ev ziyareti yaparken; aile bulmada güçlük, ulaşımında güçlük, iklim koşulları ve coğrafi yapı nedeniyle ev ziyareti yapmada zorluk, ailenin reddetmesi, kabullenmemesi, güvenmemesi, ailenin beklentileri ile kendi beklentilerinin farklı olması, aileye bakım verirken sağlık çalışanları ve sağlık kurum ve kuruluşları ile işbirliği yapmada zorluk, ailenin uygulama süresi bitmeden köye gitmesi, uygulama süresinin yetersizliği ve ziyaret planının uygulanamaması gibi konularda sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte araştırmamızda hemşirelik öğrencileri ev ziyaretinde bakım uygularken; teorik bilgi yetersizliği, uygulama becerisi yetersizliği, sağlık alanında yenilikler konusunda bilgi yetersizliği, ailenin önerileri dikkate almaması, öğrenciyi otorite olarak görmemesi ve araç gereç yetersizliği nedeniyle sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda hemşirelik öğrencileri evde sağlık eğitimi yaparken; dikkat dağıtan faktörler, eğitim içeriği ile ailenin beklentilerinin uyuşmaması, eğitim konusunda kendini yetersiz hissetme ve uygun materyal eksikliği nedeniyle sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Altay ve Öz (2017) hemşirelik öğrencilerinin ev ziyaretinde ailenin zaman olarak uygun olmadığını belirtmesi, ailenin reddetmesi, ailenin tanımadığı birini eve almaktan korkması, kabul edilmeme, adresi bulmada zorluk, aile ile iletişim kurmada zorluk ve ailenin ziyaretten beklentileri ile öğrencilerin beklentilerinin aynı olmaması ve sağlık eğitimi verirken kendini yetersiz hissetme gibi nedenlerle sorun yaşadıklarını bildirmiştir. Kalanlar (2018) öğrencilerin ilk ev ziyaretine gittiği gün ailelerin tepkisini değerlendirdiği çalışmada; ailelerin olumsuz ve şüpheli yaklaştığını, ilk tepkilerinin güvensizlik ve



şaşkınlık olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada öğrenciler, aileler tarafından reddedilme, randevu saatlerine uyulmaması, yabancı kişilerin evinde olunmasının verdiği güvensizlik, ailenin isteksiz olması, güvenlik endişesi, aile bulamama, davranış değişikliği oluşturma ve kültürel farklılıklar nedeniyle sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Kahraman (2013) erkek hemşirelik öğrencilerinin halk sağlığı stajında aileler tarafından erkek oldukları için reddedildiklerini ve sağlık eğitimi yaparken erkek oldukları için halkın mahrem olarak gördüğü konularda eğitim yapmada zorlandıklarını belirtmişlerdir. Backes ve arkadaşları (2017) sağlık alanındaki öğrencilerin ev ziyaretinde ailelerin güvenini kazanma konusunda sorun yaşadığını ve öğrencilerin ev ziyaretinde yaptıkları sağlık eğitimlerinin işe yaramayacağını düşündüklerini tespit etmiştir. Borges ve arkadaşları (2017) öğrencilerin ev ziyareti planlarına uyulmamasıyla ilgili sorun yaşadığını belirtmiştir. Diğer taraftan Minematsu (2002) ev ziyaretinde hemşirelerin acil müdahaleler, yetersiz tıbbi müdahale ve kısıtlılıklar konusunda sorun yaşadığını bildirmiştir. Literatürle benzer şekilde araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti yaparken ailelerle ilgili, bakım ve sağlık eğitimiyle ilgili bazı konularda sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir.

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti ile ilgili yaşadıkları duygular incelendiğinde; işe yaradığını hissetme, korku, heyecan, anksiyete, tedirginlik, endişe, kaygı, güvensizlik, yetersizlik, üzüntü, değerlilik, mutlu, başarılı, özgüvenli, mesleğin önemli olduğunu hissetme, sağlık ekibinin önemli üyesi olduğunu hissetme ve toplum için yararlı işler yaptığını hissetme gibi duygular yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Altay ve Öz (2017) öğrencilerin ev ziyaretinde heyecan, korku, anksiyete ve yetersizlik duyguları yaşadığını belirtmiştir. Kalanlar (2018) öğrencilerin ev ziyaretinde olumsuzluk, tedirginlik, korku, önyargı, heyecan ve olumluluk gibi duygular hissettiğini bulmuştur. Kahraman (2013) öğrencilerin ev ziyaretlerinde kaygı, reddedilme duygusu, rencide olmuş

hissetme ve üzüntü yaşadıklarını belirtmiştir. Backes ve arkadaşları (2017) öğrencilerin ev ziyaretinin başında kaygı, belirsizlik ve hayal kırıklığı gibi duygular yaşadığını belirlemiştir. Özcan ve arkadaşları (2017) öğrenci hemşirelere ev ziyaretinin hem kendilerine hem de topluma faydalı olduklarını hissettirdiğini ve özgüvenlerini arttırdığını bulmuştur. Araştırmamızda literatürle benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin ev ziyaretiyle ilgili olumlu ve olumsuz duygular yaşadığı belirlenmiştir.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırma kapsamındaki hemşirelik öğrencilerinin çoğu ev ziyareti yapmanın mesleki gelişimlerine ve aileye katkı sağladığını düşünmektedir. Bununla birlikte öğrenci hemşireler ev ziyareti yaparken, ev ziyareti aşamalarını uygularken, ev ziyaretinde bakım ve sağlık eğitimi yaparken bazı sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca öğrenci hemşireler ev ziyareti yaparken olumlu ve olumsuz duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelik öğrencilerinin mesleki gelişimi için halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında ev ziyareti yapması ve hemşirelik öğrencilerinin ev ziyaretinde yaşadığı sorunlara ve olumsuz duygulara yönelik öğretim elemanları tarafından desteklenmesi önerilir.

### Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

**Approval:** Araştırma için Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin ve araştırmaya katılan öğrencilerden sözel onam alınmıştır.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir/ kavram: H.G.U, A.Ç; Tasarım: H.G.U, A.Ç; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: H.G.U, A.Ç; Analiz ve/veya Yorum: H.G.U; Kaynak tarama: H.G.U, A.Ç; Makalenin yazımı: H.G.U, A.Ç; Eleştirel İnceleme: H.G.U, A.Ç.

**Çıkar çatışması/Conflict of interest:** Araştırmanın yazarları arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek/Financial Disclosure:** Bu çalışma herhangi bir kurum ya da kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

**Çalışma Literatüre Ne Kattı?**

- Bu çalışma ile halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında yapılan ev ziyaretlerinin, hem hemşirelik öğrencilerinin mesleki gelişimine hem de ailelere katkı sağladığı belirlenmiştir.
- Lisans eğitiminde hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti yapmasının gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmıştır.
- Hemşirelik öğrencilerinin ev ziyareti yaparken bazı sorunlar yaşadığı ve yaşanan bu sorunlara yönelik öğretim elemanları tarafından desteklenmesi gerektiği belirlenmiştir.

**Kaynaklar**

- Akkuş Y. (2008). Multipl sklerozlu hastalarda ev ziyareti yoluyla verilen bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Altay B, Öz Ö. (2016). Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin halk sağlığı kapsamında yaptıkları ev ziyaretlerinde karşılaştıkları güçlükler ve profesyonel hemşirelik roller., Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 87-98.
- Backes DS, Haeffner L, Dorin L, Oetting-Rob C, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. (2017). Meaning of home visits to Brazilian health students. Nurse Care Open Acces Journal., 4(1), 358-363.
- Borges FR, Valcanti Avelino CC, Scalon da Costa LC, Lourenco DS, Durval de Sa M, Takamatsu Goyata SL. (2017). Teaching about home visits to university students. Rev Rene., 18(1), 129-38.
- Büyükkayacı Duman N, Yılmazel G. (2014). Doğum sonrası ev ziyaretleri yoluyla verilen aile planlaması danışmanlığının etkili aile planlaması yöntemi kullanımına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11(2), 52-58.
- Erci, B. (2009) Aile sağlığı hemşireliği. Erci B, editör, Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Fırat Matbaacılık, s.48-51.
- Kahraman S. (2013). Erkek öğrenci hemşirelerin halk sağlığı stajında yaşadıkları endişe ve deneyimler: Şanlıurfa örneği. Turkish Journal of Public Health, 11(3), 207-211.
- Kalanlar B. (2018). Sağlık eğitiminde staj uygulaması olarak ev ziyaretleri hakkında öğrencilerin düşünce ve görüşleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 156-162.
- Kitiş Y. Emiroğlu ON. (2006). The effects of home monitoring by public health nurse on individuals' diabetes control. Applied Nursing Research, 19, 134-143.
- Kolutek R, Aydın Avcı İ. (2015). Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. Journal of Breast Health, 11, 155-62.
- Kuzu F. (2018). Yaşlı bireylerin bakım vericilerine yapılan ev ziyaretlerinin depresyon, stresle baş etme, yaşam kalitesi ve bakım yüküne etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Minematsu, A. (2002). Opinion poll of home-visit rehabilitation among nursing students. Journal of Physical Therapy Science, 14(2), 63-67.
- Öztek, Z, Kubilay, G. (2005). Toplum Sağlığı Hemşireliği. Geliştirilmiş 3.Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık, s. 230-232.
- Özcan A. Şermet Kaya Ş. Öznil K. Sezer F. (2017). Öğrenci hemşirelerin ev ziyaretine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi, 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Kitabı: 145-146. 5-8 Kasım 2017, Ankara, Türkiye.
- Phongtankuel V, Adelman RD, Trevino K, Abramson E, Johnson P, Oromendia C, Henderson C, Reid MC. (2017). Association between nursing visits and hospital-related disenrollment in the home hospice population. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 35(2), 316-323.
- Pohl CJ, Malin S, Kennell L. (2014). Reinventing the home visit for undergraduate nursing students. Journal of Nursing Education, 53(12), 696-698.
- Rani S, Kaur P. (2018). Assess the attitude of the women towards home visiting by nursing students in selected rural community area. International Journal of Science and Research (IJSR), 8, 2, 31-34.
- Seden, F. (1986). Halk Sağlığı Niçin? Nasıl?, İstanbul, Yeni Gür Matbaası, s.61-64.
- Stanhope, M, Lancaster, J. (2012). Public Health Nursing: Population Centered Health Care in The Community. 8th edition, St. Louis, MO, Mosby. p.474-481.
- Wells S, O'Neill M, Rogers J, Blaine K, Hoffman A, McBride S, Tchudy M, Shumskiy I, Mauskar S, Berry J G. (2017). Nursing-led home visits post-hospitalization for children with medical complexity. Journal of Pediatric Nursing, 34, 10-16.

## Öğrenci Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler Student Nurses' Professional Values and Affecting Factors

Nülüfer Erbil<sup>1</sup>  Nisa Aslan Kaya<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, TÜRKİYE

<sup>2</sup> İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Servisi, İstanbul, TÜRKİYE

**Geliş tarihi/ Date of receipt:** 13/12/2019

**Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 22/12/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online** 31/12/2019

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerlerini ve etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın örneklemini Karadeniz bölgesinde bir üniversitenin Hemşirelik bölümünde öğrenim gören 279 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın verileri 16-19 Mart 2015 tarihleri arasında toplandı. Araştırmaya başlamadan önce kurumdan yazılı izin, öğrencilerden sözel onam alındı. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ile, t testi, One-Way ANOVA testi, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi ile yapıldı. İleri çözümler için post-hoc karşılaştırma testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Öğrencilerin %68.1'inin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %46.2'sinin mesleğin geleceği hakkında "iyimser" olduğu, %21.5'inin meslekten ayrılmayı düşündüğü saptandı. Öğrencilerin %41.6'sının hemşirelik mesleğini önerdiği, %59.9'unun eğitimleri süresince rol modelinin "öğretim elemanları" olduğu belirlendi. Öğrencilerin %46.6'sının öğretim elemanları tarafından hemşireliğin yeterince tanıtıldığını düşündüğü, %51.6'sının hemşirelik eğitiminin mesleğe bakışını "olumlu" yönde etkilediği bulundu. Öğrencilerin %32.3'ünün eğitimin öğrencileri çalışma yaşamına hazırladığını düşündüğü belirlendi. Öğrencilerin %41.6'sının lisansüstü eğitime devam etmeyi düşündüğü belirlendi. HPDÖ puan ortalaması 170.89±25.01 bulundu. Hemşirelik bölümünün 1.ve 4.sınıfında öğrenim gören öğrencilerde HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, baba eğitim seviyesi yükseldikçe HPDÖ puan ortalamalarının düştüğü ve farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu. Mesleği isteyerek seçen, meslekten ayrılmayı düşünmeyen, mesleğin geleceği hakkında iyimser olan, mesleği öneren, öğretim elemanları tarafından mesleğin tanıtıldığını belirten, hemşirelik eğitiminin mesleğe bakışını olumlu etkilediğini belirten, hemşirelik eğitiminin öğrencileri çalışma hayatına hazırladığını düşünen HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu (p<0.05). Öğrenci hemşirelerin yaş, yaşadığı yer, öğrencilerde medeni durum, aile tipi ve anne eğitimine göre HPDÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak önemli bulunmadı (p>0.05).

**Sonuç:** Öğrenci hemşirelerin profesyonel değerleri orta seviyenin üzerindedir. Bu değerlerin geliştirilebilmesi için öğrencilerin eğitimleri süresince hemşireliğin profesyonel değerleri ile ilgili konulara daha fazla yer verilmesi ve ileri çalışmaların yapılması önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, öğrenci hemşire, profesyonel değerler, etkileyen faktörler

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to determine the student nurses' professional values and the affecting factors.

**Method:** The sample of this descriptive study consisted of 279 students studying in the nursing department of a university in the Black Sea region. The data of the study was collected between 16-19 March 2015. Written consent was obtained from the institution and verbal consent was obtained from the students before starting the research. Data were collected with Personal Information Form and Nurses' Professional Values Scale (NPVS). Data were analyzed by descriptive statistical methods, t test, One-Way ANOVA test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test and Pearson correlation analysis. Post-hoc comparison tests were used for further analysis.

**Results:** 68.1% of the student nurses voluntarily chose the nursing profession and 46.2% were ser optimistic hakkında about the future of the nursing profession. It was found that 21.5% thought to leave the nursing. It was determined that 41.6% of the students suggested nursing profession and 59.9% of the students were role models during their education. It was found that 46.6% of the students thought that nursing was introduced sufficiently by the lecturers and 51.6% of them found that nursing education had a positive effect on their view to the profession. It was determined that 32.3% of the students think that education prepares students for working life. It was determined that 41.6% of the students thought to continue their graduate education. The mean NPVS score was 170.89 ± 25.01. It was found that the mean scores of NPVS were higher in the first and fourth year students of the nursing department, the mean scores of the NPVS decreased with increasing father education level and the differences were statistically significant. NPVS scale scores of students who willingly chose nursing profession, did not think about leaving the nursing profession, were optimistic about the future of nursing, who suggested the nursing profession, that the promotion of the profession was made by the teaching staff, that the nursing education positively affected the students' view of the profession was higher than others and the differences were statistically significant (p<0.05). The HPSS scores of student nurses were not found to be statistically significant according to the age, place of residence, marital status, family type and maternal education (p> 0.05).

**Conclusion:** The professional values of student nurses are above the intermediate level. In order to improve these values, it is recommended that the students should be involved more in the professional values of nursing during their education and further studies should be done.

**Key words:** Nursing, Student nurse, professional values, affecting factors

**ORCID ID of the authors:** N.E. 0000-0003-3586-6237; N.A.K. 0000-0003-3170-4206

**Sorumlu yazar/Corresponding author:**

Prof. Dr. Nülüfer Erbil

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 52200, Ordu, TÜRKİYE

**e-posta/e-mail:** [nerbil@odu.edu.tr](mailto:nerbil@odu.edu.tr)

\*Bu çalışma 14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde 22-26 Nisan 2015, Melikşah Üniversitesi, Kayseri'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Atıf/Citation:** Erbil N, Aslan Kaya N. (2019). Öğrenci hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(3),150-159.

## Giriş

Bireysel, profesyonel, ekonomik, sosyal, manevi ve estetik olmak üzere çok boyutlu olan değerler (Özsoy ve Ertürk Dönmez, 2015), davranışları ve karar alma sürecini yönlendiren temel inançlardır (Altun, 2008). Bireysel değerler, davranış kuralları ve standartları yansıtırken; mesleki değerler, bir topluluk veya grup tarafından desteklenen uygulamaları veya belirlenmiş davranışları tanımlayan, bireylerin mesleki görevlerini yerine getirirken sergilemesi gereken ideal davranışlar için gereken inanç ya da rehber ilkelerdir (Altun, 2008).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi, sağlıklı ve hasta bireye hizmet sunumunda temel değerlerin yararlılık olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelik mesleğinin temel değerleri, özgecilik, eşitlik, insan onuru, adalet ve doğruluk olarak belirlenmiştir (Atalay ve Tel, 1999; Shaw ve Degazon, 2008). Bir kavram analizi çalışmasında, insanlık onuru, dürüstlük, özgecilik ve adalet standartları, mesleki uygulamalar ve değerlendirme, profesyonel hemşirelik değerleri için bir çerçeve görevi gören önemli profesyonel hemşirelik ilkeleri olarak tanımlanmıştır (Schmidt ve McArthur, 2018).

Profesyonel değerler, hemşirelere hasta ve sağlıklı bireylere, ekip üyeleri ve topluma hizmet sunumunda, bakım uygulamalarında karar verirken ve etik konuları çözümlenmelerinde rehberlik eder (Schmidt ve McArthur, 2018). Aynı zamanda, profesyonel değerler; bakım kalitesi ve iş tatmini, motivasyon, örgütsel bağlılık ve iş taahhüdü için belirleyicilerdir (Erkuş ve Dinç, 2018). Hemşirelerin değerlerinin farkında olması, insanın yaşamına, onuruna, bireyselliğine, bütünlüğüne, değerlerine ve kararlarına saygı duyarak nitelikli bakım vermesini sağlar (Kaya ve ark., 2012).

Değerler, eğitim yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak öğretilir, değiştirilebilir ve geliştirilebilir (Leners ve ark., 2006). Hemşirelik öğrencilerinin bilişsel, duygusal ve pratik boyutlarda gerekli bilgi ve becerileri

edinmeleri ve içselleştirmeleri profesyonel sosyalleşme yoluyla gerçekleşir (Bang ve ark., 2011). Her öğrenci hemşirelik eğitimine sosyalleşme sürecinde değişebilecek bir dizi değerle girmektedir (Seada ve Fathi, 2012). Hemşirelik öğrencileri, başlangıçta okul eğitimcilerinin öğretileri ve sosyalleşme süreçleri yoluyla mesleki değerleri edinirler. Öğrencilere mesleki değerlerin öğretilmesi ve etik eğitimin önemli sonuçlarından biri, özerk etik karar verme kapasitelerini arttırmaktır (Borhani ve ark., 2010). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri süresince hemşireliğin profesyonel değerleri hakkında farkındalığının sağlanması ve hemşireliğin profesyonel değerlerinin gelişimini sağlayacak şekilde eğitimin yapılandırılması gerekir.

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın soruları:

- Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ne düzeydedir?
- Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerlerini etkileyen faktörler nelerdir?

## Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini, Karadeniz bölgesinde bir üniversitenin Hemşirelik bölümünde öğrenim gören 314 kız ve 126 erkek olmak üzere 440 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme 208 kız, 71 erkek olmak üzere araştırmaya katılmaya gönüllü olan 279 öğrenci alınmıştır. Öğrencilerin araştırmaya katılım oranı %63.4'tür.

## Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, 16-19 Mart 2015 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ) ile toplanmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacının gözetiminde öğrencilerin kendileri tarafından doldurulmuştur.

## Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formunda cinsiyet, sınıf, yaşadığı yer, medeni durum, aile tipi, anne eğitimi, baba eğitimi, mesleği isteyerek seçme

durumu, mesleği devam ettirme durumu, mesleğin geleceği ile ilgili düşünceler, mesleği söyleme durumu, mesleği önerme durumu, eğitimdeki rol modelleri, mesleğin öğretim elemanlarınca tanıtılması, eğitimin mesleğe bakışı etkileme durumu, eğitimin çalışma hayatına hazırlama durumu, mezuniyet sonrası meslekle ilgili plan yapma, hemşire tanıdığı olma durumu ile ilgili soruları içerir.

#### *Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği*

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ), Weis ve Schank (2000) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin Orak ve Ecevit Alpar (2012) tarafından yapılmıştır. ANA'nın etik kurallarını yansıtan, hemşirelerin sahip olduğu değerleri ortaya çıkarmak amacıyla geliştirilen HPDÖ, 44 maddeden oluşan, 11 alt boyutlu bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri, "son derece önemli" 5 puan, "çok önemli" 4 puan, "önemli" 3 puan, "biraz önemli" 2 puan, "önemli değil" 1 puan şeklinde puanlanır. Ölçekten toplam olarak en düşük 44 puan, en yüksek 220 puan alınabilir. Yükselen puanlar, hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konulara daha fazla önem verdiklerini gösterir. Şahin Orak ve Ecevit Alpar'ın öğrenciler üzerine yaptığı çalışmada HPDÖ Cronbach alfa değeri 0.95 bulunmuştur. Bu çalışmada ise HPDÖ Cronbach Alpha değeri 0.96 bulunmuştur.

#### **Verilerin Analizi**

Verilerin analizi, sıklık, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, t testi, One-Way ANOVA testi, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analiz testi ile yapılmıştır. İleri çözümlenmeler için post-hoc karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Ayrıca HPDÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı incelenmiştir.

#### **Bulgular**

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.81±1.91 (17-37 yaş) bulunmuştur. Bu çalışmada HPDÖ puan ortalaması 170.89±25.11 (101-220) bulunmuştur. Öğrencilerin %74,6'sının kız, %26,2'sinin 3.sınıf öğrencisi, %47,3'ünün ilde

yaşadığı, %95,3'ünün bekar ve %81,4'ünün çekirdek ailede yaşadığı, annelerinin %46,7'sinin ve babalarının %39,1'inin ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur. Birinci ve dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerde HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (p=.001), öğrencilerin babalarının eğitim seviyesi yükseldikçe HPDÖ puan ortalamalarının düştüğü (p=.021) ve farkların istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Öğrencilerin yaşı, yaşadığı yer, medeni durumu, aile tipi ve anne eğitimine göre HPDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur (p>0.05), (Tablo 1).

Öğrencilerin %68,1'inin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %21,5'inin gelecekte meslekten ayrılmayı düşündüğü, %46,2'sinin mesleğin geleceği hakkında "iyimser" olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %3,2'sinin hemşire olduğunu söylemediği, %41,6'sının mesleki seçim olarak hemşireliği önerdiği, %59,9'unun eğitimleri süresince rol modelinin "öğretim elemanları" olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %46,6'sının hemşireliğin öğretim elemanları tarafından yeterince tanıtıldığını düşündüğü, %51,6'sının okul eğitiminin mesleğe bakışını "olumlu" yönde etkilediği, öğrencilerin %32,3'ünün okuldaki eğitimin öğrencileri çalışma yaşamına hazırladığı, %41,6'sının lisans eğitiminden sonra lisansüstü eğitime devam etmeyi düşündüğü belirlenmiştir. Mesleği isteyerek seçen (p=.003), gelecekte meslekten ayrılmayı düşünmeyen (p=.001), mesleğin geleceği hakkında iyimser olanlarda (p=.000) ve meslek seçimi olarak hemşireliği öneren öğrencilerde (p=.000) HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Öğretim elemanları tarafından mesleğin tanıtıldığını ifade eden (p=.001) ve okul eğitiminin mesleğe bakışını olumlu yönde etkilediğini belirten (p=.000), okul eğitiminin öğrencileri çalışma hayatına hazırladığını düşünen öğrencilerde (p=.044) HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın

istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur  
(Tablo 2)

**Tablo 1.** Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre HPDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik özellikler	n	%	HPDÖ Ort.±SS	p değeri
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	208	76.4	172.13±24.51	t=1.424, p=.156
Erkek	71	25.4	167.25±26.25	
<b>Sınıf</b>				
1.sınıf <sup>a</sup>	72	28.8	176.76±24.68	F=5.920 <b>p=.001</b> <i>Fark a-d arasındadır</i>
2.sınıf <sup>b</sup>	68	24.4	167.89±24.59	
3.sınıf <sup>c</sup>	73	26.2	162.52±24.00	
4.sınıf <sup>d</sup>	66	23.7	176.84±24.21	
<b>Yaşadığı yer</b>				
İl	132	47.3	169.12±26.66	F=1.152 p=.318
İlçe	111	39.8	171.27±26.66	
Köy	36	12.9	176.19±22.18	
<b>Medeni Durumu</b>				
Evli	13	4.7	175.23±20.25	MW-U= 1585.000 p=.612
Bekar	266	95.3	170.68±25.23	
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek	227	81.4	171.03±25.64	KW=1.887 p=.389
Geniş	49	17.6	169.12±21.98	
Parçalanmış	3	1.1	189.00±21.93	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>				
Okur-yazar	35	12.5	174.08±23.25	KW=6.239 p=.182
İlkokul	130	46.6	173.69±24.35	
Ortaokul	50	17.9	169.18±24.49	
Lise	43	15.4	165.18±26.91	
Üniversite	21	7.5	163.24±27.56	
<b>Baba Eğitim Durumu</b>				
İlkokul <sup>a</sup>	109	39.1	176.16±22.29	F=3.286 <b>p= .021</b> <i>Fark a-c arasındadır</i>
Ortaokul <sup>b</sup>	46	16.5	171.47±23.96	
Lise <sup>c</sup>	67	24.0	165.38±25.49	
Üniversite <sup>d</sup>	57	20.4	166.82±28.43	

### Tartışma

Hemşireliğin profesyonel değerlerinin belirlenmesi, lisans eğitimi ve sonrasında hizmet içi eğitimlerle eksikliklerin giderilmesi hemşirelik mesleğinin gelişimi açısından oldukça önemlidir (Göriş ve ark., 2014). Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin HPDÖ puan ortalaması 170.89±25.11 bulunmuştur. Ölçekten en fazla 220 puan alınabildiği dikkate alındığında, öğrenci hemşirelerin profesyonel

değerlerinin “orta düzeyin üzerinde” olduğu söylenebilir. Poorchangizi ve arkadaşları (2019), İran’da hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğunu göstermiş ve öğrenciler tarafından belirlenen en önemli değerlerin “hastaların gizliliğini korumak” ve “hastaların mahremiyet haklarını korumak” olduğu bulunmuştur.

Tablo 2. Öğrencilerin hemşirelik mesleği ile ilgili özelliklerine göre puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	n	%	HPDÖ Ort.±SS	p değeri
<b>Mesleği isteyerek seçme durumu</b>				
İsteyerek seçtim	190	68.1	173.92±24.93	t=2.999
İstemeyerek seçtim	89	31.9	164.42±24.06	<b>p=.003</b>
<b>Mesleğe devam etmeyi isteme durumu</b>				
Evet <sup>a</sup>	60	21.5	162.58±27.46	F=7.400, <b>p=0.01</b> Fark a-c arasındadır
Kararsızım <sup>b</sup>	122	43.7	169.57±24.44	
Hayır <sup>c</sup>	97	34.8	177.27±23.35	
<b>Mesleğin geleceği ile ilgili düşünceler</b>				
İyimser <sup>a</sup>	129	46.2	177.27±23.35	F=8.270 <b>p=.000</b> Fark a-b arasındadır
Belirsiz <sup>b</sup>	114	40.9	165.00±24.72	
Kötümser <sup>c</sup>	36	12.9	166.72±26.83	
<b>Hemşirelik mesleğini söyleme durumu</b>				
Evet, söylüyorum	228	81.7	172.02±24.72	KW=5.017 p=.081
Bazen söylüyorum	42	15.1	168.59±25.57	
Hayır, söylemiyorum	9	3.2	153.11±25.06	
<b>Hemşireliği önerme durumu</b>				
Öneriyorum <sup>a</sup>	116	41.6	177.50±22.25	F=9.579, <b>p=.000</b> Fark a-b, a-c arasındadır
Kararsızım <sup>b</sup>	104	37.3	169.20±25.48	
Önermiyorum <sup>c</sup>	59	21.1	160.88±25.84	
<b>Eğitimdeki rol modelleri</b>				
Öğretim elemanları	167	59.9	172.10±25.32	F=.585 p=.558
Klinik hemşireleri	59	24.7	168.26±25.14	
Diğer	43	15.4	170.41±23.76	
<b>Mesleğin öğretim elemanlarınca tanıtılması</b>				
Yeterli <sup>a</sup>	130	46.6	176.83±22.97	F=7.576 <b>p=.001</b> Fark a-b arasındadır
Kararsızım <sup>b</sup>	84	30.1	164.14±26.71	
Yetersiz <sup>c</sup>	65	23.3	167.75±24.21	
<b>Hemşirelik eğitiminin mesleğe bakışı etkileme durumu</b>				
Olumlu etkiledi <sup>a</sup>	144	51.6	176.57±24.01	F=8.798, <b>p=.000</b> Fark a-b, a-c arasındadır
Kararsızım <sup>b</sup>	93	33.3	166.49±26.01	
Olumsuz etkiledi <sup>c</sup>	42	15.1	161.16±51.38	
<b>Hemşirelik eğitiminin çalışma hayatına hazırlama durumu</b>				
Evet	90	32.3	176.13±23.40	F=3.149 <b>p=.044</b>
Kısmen	154	55.2	168.93±25.55	
Hayır	35	12.5	166.05±25.09	
<b>Mezuniyet sonrası meslekle ilgili plan yapma</b>				
Meslekle ilgili bir alanda çalışmaya devam etmek	96	34.4	171.29±22.56	F=1.863 p=.157
Başka bir alanda eğitim almak ve çalışmak	67	24.0	166.02±26.97	
Lisansüstü eğitime devam etmek	116	41.6	173.37±25.57	
<b>Tanıdığı hemşire olma durumu</b>				
Evet	195	69.9	170.62±25.55	t=-.275
Hayır	84	30.1	171.52±23.83	p=.784

Endonezya’da konu ile ilgili yapılan bir çalışmada (Nelwati ve ark., 2019), hemşirelik öğrencilerinin en önemli profesyonel değeri “bakım verme”, en az önemli profesyonel değeri ise “aktivizm” olarak bulunmuş, genel olarak profesyonel değerlerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, öğrencilerin profesyonel değerleri, öğrencilerin mesleki klinik uygulamalarının uzunluğu ile anlamlı bir ilişki göstermiştir (Nelwati ve ark., 2019). Martin ve ark. (2003) çalışmasında, hemşirelik lisans öğrencilerinin profesyonel değerleri iyi düzeyde bulunmuştur. Çetinkaya-Uslusoy ve ark. (2017) hemşirelerle yaptığı çalışmada, profesyonel değerler ölçeği puan ortalamasının  $165.41 \pm 20.79$  olduğunu, “insanlık onuru”nun hemşireler için en önemli profesyonel değer olduğunu bulmuşlardır. Aynı ölçeğin kullanıldığı bir çalışmada, hemşirelerde HPDÖ’nün toplam puan ortalaması  $185.45 \pm 21.82$  bulunmuştur (Şahin Orak ve Ecevit Alpar, 2012). Başka bir araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerlerinin üst sınıra yakın olduğu belirlenmiştir (Kaya ve ark., 2012). Can ve Acaroğlu’nun (2015) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu literatüre benzerdir.

Bu çalışmada kız öğrencilerin profesyonel değerlerinin, erkek öğrencilerden daha iyi düzeyde olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Bazı çalışmalarda, öğrenci hemşirelerin profesyonel davranışları gerçekleştirme düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterdiğini, kız öğrencilerde erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Cerit ve Temelli 2018; Aydın et al., 2018). Çevik ve Khorshid (2012) cinsiyetin, profesyonel davranışları etkilemediğini bulmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu bulgulara benzer (Cerit ve Temelli, 2018) ya da farklı olan sonuçların olduğu görülmektedir (Çevik ve Khorshid, 2012). Bu çalışmada, birinci ve dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerde HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ( $p = .001$ ),

öğrencilerin babalarının eğitim seviyesi yükseldikçe HPDÖ puan ortalamalarının düştüğü ( $p = .012$ ) ve farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Yapılan bir çalışmada, öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıf seviyesine göre, profesyonel davranışları uygulamalarının farklı olduğu, farklılığın ikinci ve üçüncü sınıflar ile üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinden kaynaklandığı, dördüncü ve ikinci sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksek düzeyde profesyonel davranışları uyguladıkları belirlenmiştir (Cerit ve Temelli, 2018). Başka bir çalışmada dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin profesyonel davranışlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Çevik ve Khorshid, 2012). Kaya ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, dört yıllık hemşirelik eğitiminde sosyal değerlerin farklılık gösterdiği, ikinci sınıftaki hemşirelik öğrencilerinin sosyal değerler açısından üçüncü sınıftakilere göre daha yüksek puan aldığı, öğrencilerin çoğunluğunun hemşireliğin profesyonel değerleri ölçeği ve alt ölçeklerinden çok yüksek puan aldığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada, İran’da hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hastanın gizliliği, ahlaki ve yasal haklarını koruma, uygulama alanında yeterliliğini sürdürmek gibi profesyonel değerlerinin iyi seviyede olduğu belirlenmiştir (Parvan ve ark., 2012). Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerdir.

Bireyin yaşamında verdiği önemli kararlardan biri meslek seçimi kararıdır ve kişinin başarılı olabilmesi, mesleğini bilerek ve isteyerek seçmiş olmasıyla yakından ilişkilidir (Çevik ve Khorshid, 2012). Bu çalışmada mesleği isteyerek seçen ( $p = .003$ ), gelecekte meslektan ayrılmayı düşünmeyen ( $p = .001$ ), mesleğin geleceği hakkında iyimser olanlarda ( $p = .000$ ) ve hemşireliği meslek olarak öneren öğrencilerde ( $p = .000$ ), HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 2).



Çevik ve Khorshid'in çalışmasında (2012), mesleğini değiştirme konusunda kararsız olan öğrencilerin profesyonel değerler puan ortalamasını, mesleğini değiştirmede istekli olan öğrencilerden daha yüksek, mesleğini değiştirmede istekli olmayan öğrencilerden ise daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir. Başka bir çalışmada, hemşirelik eğitimi almaktan memnun olan, mesleki değerler eğitimi alan, hemşirelik öğrencileri derneğine üye olan öğrencilerin mesleki değerler puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Cerit ve Temelli, 2018).

Eğitim, tutum ve kültür gibi birçok faktör, mesleki değerlerin gelişimini ve etik kararları etkilemektedir. Bu nedenle, eğitim merkezleri, öğrencilerini özelliklerine göre mesleki değerlerle tanıştırmak için çeşitli eğitim yöntemleri kullanmalıdır (Bjani ve ark., 2019). Bu çalışmada öğretim elemanları tarafından mesleğin tanıtıldığını ifade eden ( $p=.001$ ) ve okul eğitiminin mesleğe bakışını olumlu yönde etkilediğini belirten ( $p=.000$ ), okul eğitiminin öğrencileri çalışma hayatına hazırladığını düşünen öğrencilerde ( $p=.044$ ) HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Arkan ve ark. (2017), hemşirelik eğitimi almaktan memnun olan, öğrenci derneğine üye olan, sosyal etkinliklere her zaman katıldığını belirten, mesleki değerler eğitimi alan öğrencilerin mesleki değerler puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerlerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, hemşireler ve hemşirelik öğrencileri arasındaki mesleki değerlerin ortalama puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu, hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri puanlarının hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Poorchangizi ve ark., 2019). Poorchangizi ve arkadaşlarının bulduğu sonuç, hemşirelik eğitimi programlarında öğrenilen değerlerin mezuniyet veya istihdam sonrasında değişebileceğini

göstermektedir. Mezuniyetten sonra profesyonel değerlerin değişme nedenleri; serbest seçimden ziyade dayatma, bazı değerlerin düşük önemde olması, klinik ortamda yeterli onay verilmemesi, motivasyon eksikliği, iş baskısı, hemşirelik mesleği için örgütsel destek eksikliği, örgütsel kültür, meslektaşların değerleri, hastalara bakarken deneyimlenen durumlar (Hendel ve Kagan, 2014; Fernández-Feito ve ark., 2019), mesleki değerler konusunda yetersiz eğitim ve meslek birliklerine katılmanın ve hemşirelik araştırma faaliyetlerinin yetersiz olmasıdır (Sibandze ve Scafide, 2018). Hemşirelerin profesyonel kimlik geliştirmek ve sürdürmek için profesyonel değerleri içselleştirmesi esastır (Schmidt ve McArthur, 2018).

### Sonuçlar ve Öneriler

- Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri orta düzeyin üzerinde olduğu,
- Birinci ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin HPDÖ puanlarının daha yüksek olduğu,
- Öğrencilerin babalarının eğitim seviyesi yükseldikçe HPDÖ puan ortalamalarının düştüğü,
- Mesleği isteyerek seçen, gelecekte meslekten ayrılmayı düşünmeyen, mesleğin geleceği hakkında iyimser olan ve meslek seçimi olarak hemşireliği öneren öğrencilerde HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.
- Öğretim elemanları tarafından mesleğin tanıtıldığını ifade eden, eğitimin mesleğe bakışını olumlu yönde etkilediğini ve çalışma hayatına hazırladığını düşünen öğrencilerde HPDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Öğrencilerin yaşı, yaşadığı yer, medeni durumu, aile tipi ve anne eğitimine göre HPDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur.

**Öneriler;**

- Öğrencilerin eğitimleri süresince profesyonel değerler ve etik konulara müfredatta daha fazla yer verilmesi, öğrencilerin de içinde olduğu araştırmalar planlanması,
- Öğrencilerin hemşirelik profesyonel değerler gelişim sürecinin, bölüme girişten mezun oluncaya kadar izlenmesi,
- Öğrencilerin hemşireliği sevmeleri, benimsemeleri ve meslek bilincinin geliştirilebilmesi için öğretim elemanları ve uygulama alanlarında hemşirelerin iyi rol model olmaları,
- Profesyonel değerlere etki eden faktörler hakkında ileri çalışmalar yapılması önerilir.

**Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı belli bir zaman aralığında verilerin toplanmasıdır. Öğrencilerin üniversiteye girmelerinden işe başlamalarına kadar geçen sürede, izlem çalışmaları ile mesleki değerlerin değişimleri hakkında daha ayrıntılı bilgi elde edilebilir. Diğer bir sınırlılık, öğrenci hemşirelerin profesyonel değerler konusunda önyargıları olabilir, bu nedenle verdiği yanıtlar etkilenebilir.

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan hemşirelik bölümü öğrencilerine ve ölçeği kullanmamıza izin veren yazarlara teşekkür ederiz.

**Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee**

**Approval:** Araştırmada kullanılan ölçeğin yazarından e-posta ile ölçeğin kullanımı için izin alındı. Araştırmanın yapılacağı Yüksekokul Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Katılımcılardan bilgilendirilmiş sözlü onamları alındı.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir/kavram: N.E, N.A.K.; Tasarım: N.E, N.A.K ; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: N.E, N.A.K ; Analiz ve/veya Yorum; N.E,

N.A.K; Kaynak tarama: N.E, N.A.K; Makalenin yazımı: N.E; Eleştirel İnceleme: N.E, N.A.K

**Çıkar çatışması/Conflict of interest:**

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek/Financial Disclosure:** Bu çalışma herhangi bir kurum ya da kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

**Çalışma Literatüre Ne Kattı?**

- Öğrenci hemşirelerin profesyonel değerleri orta seviyenin üzerindedir.
- Öğrenci hemşirelerin öğrenim gördüğü sınıf düzeyine göre profesyonel değerleri etkilenmektedir
- Mesleği isteyerek seçen, gelecekte meslekten ayrılmayı düşünmeyen mesleğin geleceği hakkında iyimser olan ve meslek seçimi olarak hemşireliği öneren ve hemşirelik eğitiminden memnun olan öğrencilerin profesyonel değerleri daha olumludur.

**Kaynaklar**

- Altun İ. (2008). Nursing Values. In: Callara L, Callara L (eds.), Nursing Education Challenges In The 21st Century. Nova Publishers, s. 243–269.
- Arkan G, Ordin YS, Haney MÖ (2017). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, <https://doi.org/10.31067/0.2018.82>.
- Atalay M, Tel H. (1999). Gelecek yüzyılda hemşirelikte lisans eğitiminin vizyonu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 47-54.
- Aydın Aİ, Özyazıcıoğlu N, Atak M, Sürenler S. (2018). Determination of Professional Values in Nursing Students. International Journal of Caring Sciences, 11(1), 254-261.
- Bang KS, Kang JH, Jun MH, Kim HS, Son HM, Yu SJ, et al. (2011). Professional values in Korean undergraduate nursing students. Nurse Education Today. 31(1), 72–5.
- Bjani M, Tehranineshat B, Torabizadeh C. (2019). Nurses', nursing students', and nursing instructors' perceptions of professional values: a comparative study. Nursing Ethics, 26(3), 870-83.

- Borhani F, Alhani F, Mohammadi E, Abbaszadeh A. (2010). Professional ethical competence in nursing: the role of nursing instructors. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 3(3), 1-8.
- Can Ş, Acaroğlu R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 32-40.
- Cerit B, Temelli G. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde profesyonel davranışların cinsiyet ve sınıf düzeyine göre incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 5(3):164-171.
- Çetinkaya-Uslusoy E, Paslı-Gürdoğan E, Aydın A. (2017). Professional values of Turkish nurses: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 24(4), 493-501.
- Çevik K, Khorshid L. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel davranışları uygulayabilme durumlarının belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 28 (2), 23-30.
- Erkuş G, Dinç L. (2018). Turkish nurses' perceptions of professional values. *Journal of Professional Nursing*, 34(3), 226-232.
- Fernández-Feito A, Basurto-Hoyuelos S, Palmeiro-Longo MR, García-Díaz V. (2019). Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective. *International Nursing Review*, 66 (4), 577-589.
- Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-142.
- Hendel T, Kagan I. (2014). Organisational values and organisational commitment: do nurses' ethno-cultural differences matter? *Journal of Nursing Management*, 22(4),499-505.
- Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. (2017). Personal ve professional values held baccalarete nursing students. *Nursing Ethics*, 24 (6),716-731.
- Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 1-9.
- Leners DW, Roehrs C, Piccone AV. (2006). Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 45(12), 504-11.
- Martin P, Yarbrough S, Alfred D. (2003). Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35,291-6.
- Nelwati, Abdullah KL, Chong MC. (2019). Factors influencing professional values among Indonesian undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 14, 102648.
- Özsoy S, Öztürk Dönmez R. (2015). Nurses professional values scale-revised: Psychometric properties of the Turkish version. *Nursing Practice Today*, 2(1), 16-24.
- Parvan K, Zamanzadeh V, Hosseini FA.(2012). Assessment of professional values among iranian nursing students graduating in universities with different norms of educational services. *Thrita*, 1, 37-43.
- Poorchangizi B, Borhani F, Abbaszadeh A, Mirzaee M, Farokhzadian J. (2019). The importance of professional values from nursing students' perspective. *BMC Nursing*, 5,18, 26.
- Schmidt BJ, McArthur EC. (2018). Professional nursing values: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(1),69-75.
- Seada A, Fathi Sleem W. (2012). Professional socialization process and acquisition of professional nursing values among undergraduate nursing students. *Journal of American Science*, 8(4), 678-83.
- Shaw HK, Degazon C. (2008). Integrating the core professional values of nursing: a profession, not just a career. *Journal of Cultural Diversity*, 15, 44-50.
- Sibandze BT, Scafide KN. (2018). Among nurses, how does education level impact professional values? A systematic review. *International Nursing Review*, 65(1), 65-77.
- Şahin Orak N, Ecevit Alpar Ş. (2012). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2, 22-31.
- Weis D, Schank MJ.(2000). An instrument to measure professional nursing values. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 201-204.

Araştırma Makalesi/ Research Article

## Türkiye’de 1991-2019 Yılları Arasında Yapılan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Tezleri

### Analysing of the Surgical Nursing Postgraduate Theses between the Years 1991-2019 in Turkey

Mahmut Dağcı<sup>1</sup>  Gülşah Baydur<sup>1</sup>  Kübra Kaynak<sup>1</sup>  Leyla Minigü<sup>1</sup>  Şeymanur Polat<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü İstanbul, TÜRKİYE

**Geliş tarihi/ Date of receipt:** 15/12/2019

**Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 30/12/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online** 31/12/2019

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Türkiye’de Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yapılan doktora ve yüksek lisans tezlerinin içeriklerinin incelenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Araştırmanın verilerine Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi veri tabanından ulaşıldı. Arama motorunun detaylı tarama sayfasında anabilim dalı: “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği” ve tarih aralıkları; 1991-2019 seçilerek araştırma evreni belirlendi (n=641). Erişime kapalı olan (n=117) ve dahil edilme kriterlerine uygun olmayan (n=24) tezler dışlanarak araştırma örnekleme (n=500) hesaplandı. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı ile sayı ve yüzdelik halinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan tezlerin %78.2’sinin yüksek lisans tezi olduğu, araştırmacıların %37.4’ünün 24-29 yaş aralığında ve danışmanların %36.8’inin profesör unvanlı olduğu, en fazla tezin 2015 yılında ve İstanbul’da yapıldığı belirlendi. %46.9’i tanımlayıcı araştırma olan tezlerin %49.1’inin bilgi toplamaya yönelik yapıldığı, %48.4’ünde ölçek kullanıldığı ve tezlerin %63.7’sinde hastaların örneklem olarak tercih edildiği belirlendi.

**Sonuç:** Yapılan lisansüstü tezlerin sayısında son yıllarda artış olduğu, doktora tezlerinde deneysel ve bakım kalitesini artırmaya yönelik araştırmalar yapılırken, yüksek lisans tezlerinde tanımlayıcı ve bilgi toplamaya yönelik araştırmaların daha fazla tercih edildiği belirlendi.

**Anahtar kelimeler:** Cerrahi hemşireliği, yüksek lisans tezi, doktora tezi, hemşirelik

#### ABSTRACT

**Objective:** This study is aimed to analyse doctorate and master theses made in surgical nursing department in Turkey.

**Method:** The data of the research was obtained from the Council of Higher Education Thesis Center (COHETC, by the researchers. In the COHETC web site detailed search criteria were used; department: “Surgical Disease Nursing Department” and date ranges: 1991-2019 were selected and the research universe was determined (n=641). After excluding theses that were not open access (n=117) and which did not meet the inclusion criteria (n=24) the research sample (n=500) was obtained. The IBM SPSS 22.0 package program was used for statistically analysis.

**Results:** It was determined that 78.2% of the theses included in the research were master's thesis, 37.4% of the researchers were in the 24-29 age range and 36.8% of the consultants were professors, and the highest number of theses was made in 2015 and in Istanbul. It was determined that 49.1% of the theses were aimed at collecting information, 46.9% of were descriptive research, 48.4% of them were using scales and 63.7% of the theses were chosen patients as the sample.

**Conclusion:** It has been determined that the number of the postgraduate theses has increased in recent years, experimental research methods are preferred more in doctoral and descriptive are preferred in master's theses.

**Keywords:** Surgical nursing, master thesis, doctorate thesis, nursing

**ORCID IDs of the authors:** M.D.000-0003-0883-9125; G.B. 0000-0002-8125-1536; K. K. 000-0003-3955-8653, L.M. 0000-0002-2149-6215; Ş.P. 0000-0003-2653-7474

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**

Öğr. Gör. Mahmut Dağcı

<sup>1</sup>Öğretim Görevlisi, Hemşirelik Bölümü, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, TÜRKİYE

**e-posta/e-mail:** [mahmutdagci@hotmail.com](mailto:mahmutdagci@hotmail.com), [mdagci@bezmialem.edu.tr](mailto:mdagci@bezmialem.edu.tr)

**Atf/Citation:** Dağcı M, Baydur G, Kaynak K, Minigü L, Polat Ş. (2019). Türkiye’de 1991-2019 yılları arasında yapılan cerrahi hastalıkları hemşireliği lisansüstü tezleri. Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(3), 160-169.

## Giriş

Türkiye’de 1955 yılında başlayan yükseköğretimde hemşirelik eğitimi, günümüze kadar önemli gelişmeler göstermiş, buna bağlı olarak meslekte hızlı bir değişim ve gelişim gerçekleşmiştir (Ergöl 2011). Yaşanan bu değişim ile hemşirelik mesleğinde de bilimsel araştırmalar artmış, meslek üyeleri olaylara sistematik yaklaşma becerisi kazanmış ve yeni bilgilerin ortaya çıkmasına katkı sağlamıştır. Hemşirelerin yeni bilgiler üretip gelecek nesillere aktarma, araştırma yapmayı öğrenme ve akademik kariyer yapma isteği lisansüstü eğitime ilgiyi artırmıştır (Aydoğdu ve ark., 2018; Dönmez 2018). Hemşirelik alanında yapılan yüksek lisans ve doktora eğitiminin mesleğin ihtiyaçları doğrultusunda artması ile bugün Türkiye’nin dört bir yanında lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi veren üniversitelerde lisansüstü eğitimleri de devam etmektedir (Çiftçi 2014; Ardahan ve Özsoy 2015; Mizrahitokatlı, 2016). Hemşirelikte verilen yüksek lisans eğitiminde etik kurallara uygun hemşirelik bilgi ve becerileri edinerek bunları uygulamak ve hemşirelik araştırmaları yapmayı öğrenmek amaçlanırken doktora eğitiminde hemşirelik mesleğine katkıda bulunan, hemşirelikte ileri uygulamaları geliştiren ve araştırmalar yapmak için gereken becerilere sahip, araştırma yapmaya gönül vermiş, tecrübeli bilim insanları yetiştirmek amaçlanmıştır (Dönmez, 2018).

Dünyada ilk hemşirelik araştırması Florence Nightingale’in “Hemşirelik Üzerine Notlar (1859)” kitabı olarak kabul edilirken 1900 yılında Amerikan Hemşirelik Dergisi ile hemşirelik yayınlarının artma süreci hızlanmıştır (Nieswiadomy ve Bailey, 2018). Türkiye’de ise ilk hemşirelik araştırması Dünya hemşirelik araştırma tarihine göre geç kalırsa da 1959 yılında yapılmıştır (Karabulut ve ark., 2019). Türkiye’de hemşirelik araştırmalarının artması ve lisansüstü programlarının başlatılmasıyla birçok araştırmacı hemşire, mesleki araştırmalar yaparak bunları ulusal ve uluslararası toplantılarda sunmuş ve yayınlamışlardır. Bu gelişmeler sonucunda hemşirelik araştırmalarında hızlı bir artış olmuştur (Çiftçi 2014). Hemşirelik araştırmaları hemşirelik

hizmetlerinin gelişmesi için önemlidir (Emiroğlu ve ark. 2018). Türkiye’deki hemşirelik araştırmalarının çoğunluğu üniversitelerin öğretim elemanlarının akademik gereklilik nedeniyle yaptığı çalışmalar veya öğrencilerin lisans, yüksek lisans ve doktora alanında yaptıkları tezleri kapsamaktadır (Karagözoğlu 2006). Bütün profesyonel meslek gruplarında olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de verilen eğitimin ve hemşirelik mesleğinin rol ve sorumluluklarının, bilimsel bir temele dayandırılması gerekir (Öztürk ve ark., 2010). Sağlık bilimlerindeki gelişmeler ve bilgi birikiminin artması, toplum ve çevre sağlığını koruyup geliştirmeyi amaç edinmiş bir meslek olan hemşirelikte uzmanlaşmayı zorunlu hale getirmiştir. Bu uzmanlık alanlarından birisi de cerrahi hastalıkları hemşireliğidir. Bu alandaki lisansüstü tezleri gözden geçirmek, geçmişten günümüze değişen yüksek lisans ve doktora tez çalışmalarındaki eğilimleri tanımlanmayı sağlayacaktır (Şabablı 2014).

Bu araştırma, Türkiye’de 1991-2019 yılları arasında Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında yapılan lisansüstü tezlerinin içeriklerinin incelenmesi amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Yüksek lisans ve doktora tezleri arasında gereç, yöntem ve biçimsel olarak farklılıklar mevcut mudur?
2. İncelenen tezlerin yazarlarına ait demografik ve çalışma özellikleri nelerdir?
3. İncelenen tezlerin yıllara göre dağılımı nasıldır?

## Yöntem

### Araştırmanın Tipi

Bu araştırma cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında yürütülmüş lisansüstü (yüksek lisans ve doktora) tezlerin özelliklerinin sistematik olarak incelendiği bir derlemedir.

### Araştırma evreni ve örnekleme

Araştırma evreninin belirlenmesi için Yüksek Öğrenim Kurulu’nun Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanı kullanılarak detaylı arama sayfasına girildi ([https://tez.yok.gov.tr/UlusalTez\\_Merkezi/giris.jsp](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTez_Merkezi/giris.jsp)). Arama kriterleri olarak; anabilim dalı: “Cerrahi

Hastalıkları Hemşireliği” ve yıl aralıkları: “1991-2019” seçildi ve elde edilen sonuç (n=641) araştırma evreni olarak kabul edildi. Tam metin erişimine açık olmayan (n=117) ve dahil edilme kriterlerine uygun olmayan (n=24) tezlerin dışlanması sonrasında n=500 tez araştırmanın örneklemini oluşturdu (Şekil 1). Araştırma verilerine 09.02.2019- 20.11.2019 tarihleri arasında çevrimiçi olarak ulaşıldı.

#### *Araştırmaya dâhil edilme kriterleri*

- Tezlerin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yapılmış olması
- Tezlerin 1991-2019 yılları arasında yapılmış olması
- Yazarların tezlerin tam metnine ulaşılabilmesine izin vermiş olmaları

#### *Araştırmadan dışlama kriterleri*

- Tezlerin yabancı dillerde yazılmış olması
- Tezlerin orijinal araştırma niteliği taşıması
- Tez içeriğinde eksik bölümler bulunması

#### **Veri Toplanması**

İncelenen lisansüstü tezlerine ait verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanıldı. Veri toplama formunda tez yazarının ve danışmanın özellikleri, tezin biçimsel ve bilimsel özelliklerine ait veriler, tez araştırmalarının örneklemini oluşturan grupların özellikleri ve ölçek kullanımını inceleyen toplam 17 soru hazırlandı.

Yazarlarının çalışma özellikleri incelenirken YÖK’e bağlı bir kurumda akademisyen olarak çalışma durumları da kontrol edildi (Tablo 1). Buna ilişkin verilere (<https://akademik.yok.gov.tr/AkademikArama/>) web sitesinden yazarlarının ismi girilerek ulaşıldı.

#### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 paket programı kullanılarak sayı ve yüzdelik olarak değerlendirildi.

#### **Bulgular**

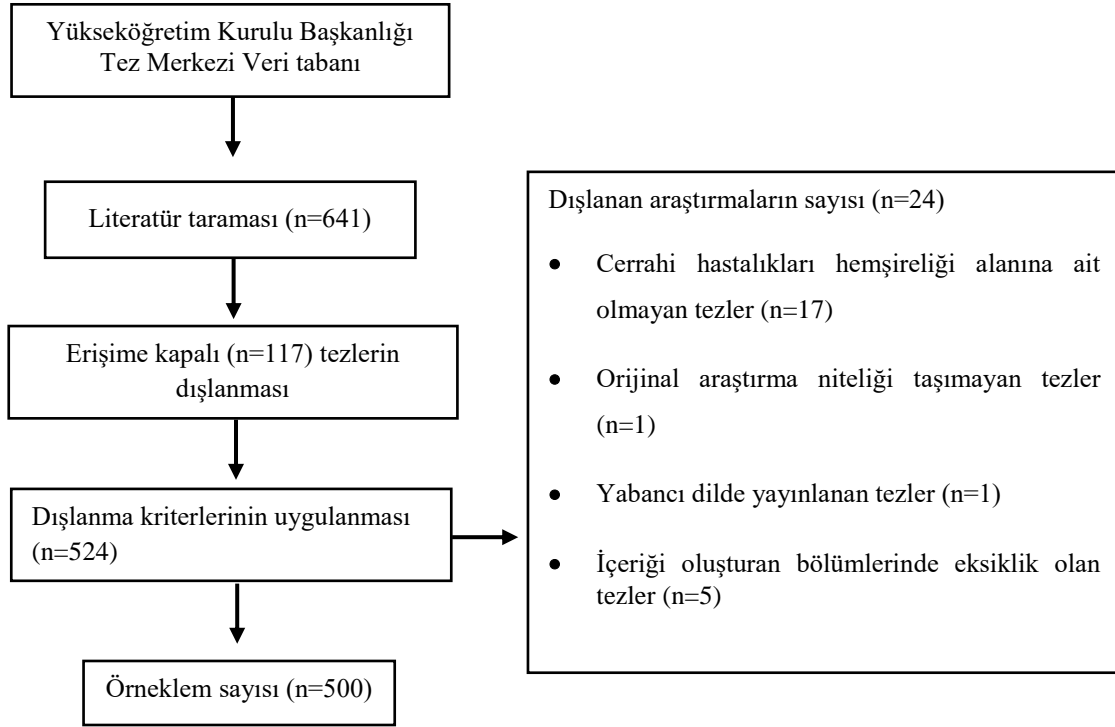
Bu bölümde, Türkiye’de Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yapılan yüksek lisans ve doktora tezlerinin incelenmesi sonucu ortaya çıkan bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan tezlere ait karakteristikler incelendiğinde, büyük bir çoğunluğu kadın olan genç bir yazar popülasyonu olduğu, yazarların %44.3’ünün üniversitelerde akademik kadrolarda çalıştıkları ve yalnızca %59.2’sinin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görev aldıkları belirlenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre, incelenen tezlerin %78.2’si yüksek lisans tezidir. Yazarların tez danışmanlarının unvanlarına bakıldığında ise unvan dağılımları birbirine yakın ve en çok profesör unvanlı danışmanlar olduğu belirlenmiştir. Danışmanların tamamı cerrahi hastalıkları hemşireliği programında akademisyen olarak görev almaktadır (Tablo 1).

Yüksek lisans ve doktora tezlerinin karakteristik özellikleri karşılaştırıldığında, tezlerin en fazla 2011-2015 yılları arasında ve İstanbul’da yayınlandığı, yüksek lisans tezlerinde en fazla bilgi toplama, doktora tezlerinde ise bakım kalitesini artırmaya yönelik amaçlar yer almıştır. Araştırmaların türlerine bakıldığında yüksek lisans tezlerinde en fazla tanımlayıcı, doktora tezlerinde ise deneysel ve yarı deneysel araştırma yöntemleri tercih edildiği görülmektedir. İncelenen tezlerin neredeyse yarısında hiçbir ölçek kullanılmadığı, yüksek lisans tezlerinde doktora göre daha fazla ölçek kullanıldığı ve her iki tür tezde de eşit oranda ölçek geliştirme çalışması yapıldığı belirlenmiştir. Lisansüstü tezlerin örneklem özelliklerine bakıldığında ise en fazla hastalar ve hemşirelerin örneklem grubu olarak seçildiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3’de doktora ve yüksek lisans tezlerinin biçimsel özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre yüksek lisans tezlerinin başlıklarında en fazla 6-10, doktora tezlerinde 11-15 kelime bulunduğu, özetteki kelime sayıları için yazarların 300’den az kelime kullanmayı tercih ettikleri ve sayfa sayısı 130’dan fazla olan doktora tezlerinin

yüksek lisans tezlerinden daha fazla olduğu belirlenmiştir.



Şekil 1. Araştırma akış şeması

### Tartışma

Hemşireliğin tarihi, kadının şifa verici rolü ile başlamaktadır. Bu şifa verici rolün, kadının hasta bakımına daha fazla özen göstermesiyle ilişkili olduğu düşünölmektedir (Turan ve ark. 2011). Sunulan araştırmada kadın araştırmacıların sayısının fazla olması literatürle benzerlik göstermektedir (Perala 2004; Turan ve ark. 2011; Gönç 2016; Özveren ve ark. 2017). Bu araştırmada kadın araştırmacıların sayısının fazla olmasının Türkiye’de erkeklerin hemşirelik yapabilmesine olanak veren kanun değişikliğinin 2007 yılında yasalaşması ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 2007).

Bu araştırmadaki tez yazarlarının yarıya yakınının bir üniversitede akademisyen olarak çalıştığı görölmektedir (Tablo 1). Lisansüstü

Eğitimlerini cerrahi hemşireliği alanında tamamlamış araştırmacıların akademisyen olarak farklı hemşirelik anabilim dallarında çalışmaları temel derslerde hemşirelik eğitim kalitesini etkileyebilecek önemli bir sorun olarak düşünölebilir.

Türkiye’deki hemşirelik araştırmalarının yüksek lisans ve doktora eğitimi ile başladığı bilinmektedir (Şabablı 2014). Çalışmaya dahil edilen tezlerin büyük bir bölümü yüksek lisans tezidir (Tablo 1). Hemşirelikte doktora eğitiminin yüksek lisans eğitimine göre daha geç başlamış olması, eğitim sürecinin uzun ve yorucu olması doktora eğitimine olan ilgiyi azaltmaktadır (Ergöl 2015). Ayrıca doktora eğitiminin her üniversitede olmaması da bir etken olarak düşünölebilir. Bu nedenle yüksek lisans eğitimlerini tamamlayan cerrahi hemşirelerinin doktora eğitimine başlamakta isteksiz davrandıkları düşünölmektedir.

**Tablo 1.** Tez yazarlarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

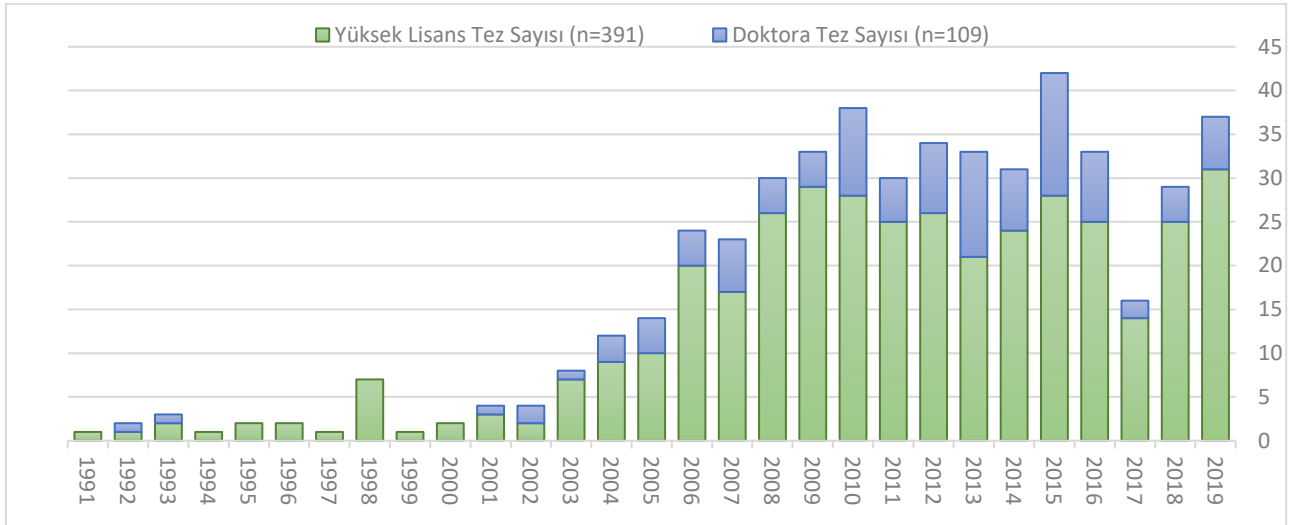
	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	483	96.6
Erkek	17	3.4
<b>Yaş</b>		
18-23	4	0.8
24-29	187	37.4
30-35	113	22.6
36-41	28	5.6
42 ve üzeri	24	4.8
Yaşı bilinmiyor	144	28.8
<b>Üniversitede akademisyen olarak çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	289	55.7
Çalışıyor	211	44.3
<b>Üniversitede akademisyen olarak çalıştığı bölüm (n=211)</b>		
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	125	59.2
Hemşirelik Anabilim Dalı	44	20.8
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	9	4.3
İç Hastalıkları Anabilim Dalı	3	1.4
Halk Sağlığı Anabilim Dalı	1	0.5
Psikiyatri Anabilim Dalı	1	0.5
Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı	1	0.5
Diğer bölümler	27	12.8
<b>Yaptıkları tezin türü</b>		
Doktora	109	21.8
Yüksek lisans	391	78.2
<b>Tez yazarı danışmanlarının unvanları</b>		
Profesör Dr.	184	36.8
Doçent Dr.	145	29.0
Dr. Öğretim Üyesi*	171	34.2
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

\* 06.03.2018 tarihinde yayınlanan Resmî Gazete 'de belirtilen kanun değişikliği ile "yardımcı doçent" unvanı "doktor öğretim üyesi" şeklinde değiştirilmiştir. Araştırma kapsamında eski unvanı "yardımcı doçent" olan araştırmacılar "doktor öğretim üyesi" kategorisinde değerlendirilmiştir (Resmî Gazete Sayı: 30352; 2018, 6 Mart).

Sunulan araştırmada tez danışmanlarının unvanlarına bakıldığında unvan dağılımları birbirine yakın ve en çok profesör unvanlı danışmanların olduğu belirlenmiştir. Tez danışmanı öğrenciyi yönlendirme, hemşirelik literatürünü geliştirme ve araştırma kalitesini artırma konusunda önemli role sahip kişidir (Şabablı 2014). Lisansüstü eğitim gören

öğrencinin tezini geliştirirken araştırma sürecinin öğrenilmesinde daha tecrübeli olması sebebiyle profesör unvanlı danışmanların atanmasının lisansüstü eğitimi ve tez kalitesini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Literatürde bu durumu destekleyen çalışmalara rastlanabilmektedir (Yaman 2011; Tel 2014).





Şekil 2. İncelenen tezlerin yıllara göre dağılımı

Bilim ve teknolojinin ilerlemesi ile son yıllarda cerrahi hemşireliğinde de büyük gelişmeler yaşanmakta, yeni cerrahi tedavi ve bakım yöntemleri ortaya çıkmaktadır. Buna bağlı olarak, gelişen bakım yöntemlerini kullanacak ve çeşitli bakım yöntemlerinde uzmanlaşacak eğitilmiş hemşire ihtiyacında artış görülmektedir (Dönmez 2018). Bu araştırmanın bulgularına göre Türkiye’de cerrahi hemşireliği lisansüstü eğitimi son 15 yıldır artarak devam eden bir ivmeye sahiptir (Tablo 2; Şekil 2). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda son yıllarda hemşirelik lisans ve lisansüstü öğrenci sayısında artış görüldüğü bildirilmektedir (Tel 2014; Kocaman 2015; Dönmez 2018). Sunulan çalışmada, tezlerin yapıldığı illere göre dağılımında sırasıyla İstanbul, İzmir, Afyon ve Ankara olduğu görülmektedir (Tablo 2). Bu sıralamanın oluşmasında üniversitelerin kuruluş yılları ve buldukları illerin nüfus yoğunluğunun etkili olduğu düşünülmektedir. İstanbul nüfus ve ekonomik alanda gelişmiş bir metropol şehir olarak tanımlanırken, Ankara Türkiye’nin başkent olması nedeniyle gelişmişlik düzeyi oldukça yüksek bir şehirdir (Sargın 2007). Afyon ve İzmir’de bulunan üniversitelerin kuruluş yılları ise çok eskiye dayanmaktadır (Çiftçi 2014). Özellikle İzmir’de bulunan Ege Üniversitesi Türkiye’nin ilk üniversite düzeyinde hemşirelik okuludur ve

1955 yılında kurulmuştur (Kocaman 2004; Ergöl 2011).

Hemşirelikte yapılan bilimsel araştırmaların amacı teorileri gözden geçirmek, bulmak ya da sorunları çözmektir. Hemşireler bu sayede bakım sürecinin gerektirdiği bilgi ve anlayışı kazanmaktadır (Karagözoğlu 2006). Sunulan çalışmada incelenen tezler genellikle bilgi toplama ve bakım kalitesini artırmaya yönelik amaçlarla yazılmışlardır (Tablo 4). Dönmez ve arkadaşlarının (2018) cerrahi hemşireliği doktora tezlerini incelediği çalışmada, bakım kalitesinin değerlendirilmesi en fazla seçilen amaç olarak bildirilmektedir (Dönmez ve ark. 2018). Sunulan çalışmadaki doktora tezlerinde de en fazla seçilen amaç bakım kalitesini artırmak olarak belirlenmiştir. Bakım kalitesini değerlendirmek aynı zamanda bakımın kalitesini artırmaya yönelik bir işlem olarak kabul edilebilir. Bu yüzden her iki çalışmanın da sonuçları birbirine benzerdir. Araştırmanın raporlama sırasında yöntem ve bulgular ile ilgili detaylı bilgilerin okuyucuya verilmesi önemlidir. Okuyucu araştırmanın yöntemini okuduğunda kafasında soru işareti kalmamalı, evren ve örneklem gibi araştırmanın temel öğelerini tekrarlı okumaya ihtiyaç duymadan kolayca anlayabilmelidir.

**Tablo 2.** Yüksek lisans ve doktora tezlerinin karakteristik özelliklerinin karşılaştırılması

Karakteristikler	Yüksek Lisans		Doktora		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Tezin yayın yılı	1991 – 1995	7	1.4	2	0.4	9	1.8
	1996 – 2000	13	2.6	0	0	13	2.6
	2001 – 2005	31	6.2	11	2.2	42	8.4
	2006 – 2010	120	24.0	28	5.6	148	29.6
	2011 – 2015	125	25.0	45	9.0	170	34.0
	2016 – 2019	95	19.0	23	4.6	118	23.6
	<b>Toplam</b>	<b>391</b>	<b>78.2</b>	<b>109</b>	<b>21.8</b>	<b>500</b>	<b>100</b>
Tezin yapıldığı il	İstanbul	134	26.8	37	7.4	171	34.1
	İzmir	62	12.4	33	6.6	95	18.5
	Afyon	72	14.4	0	0	72	15.2
	Ankara	29	5.8	24	4.8	53	10.9
	Erzurum	24	4.8	11	2.2	35	7.4
	Diğer şehirler	70	14.0	4	0.8	74	13.9
	<b>Toplam</b>	<b>391</b>	<b>78.2</b>	<b>109</b>	<b>21.8</b>	<b>500</b>	<b>100</b>
Tezin amacı*	Bilgi toplama	285	40.1	64	9.0	349	49.1
	Bakım kalitesini arttırmak	127	17.9	72	10.1	199	28.0
	Sorun saptama	90	12.7	20	2.8	110	15.6
	Mesleği geliştirme	25	3.5	5	0.7	30	4.2
	Toplum yararı	18	2.5	5	0.7	23	3.2
	<b>Toplam</b>	<b>545</b>	<b>76.7</b>	<b>166</b>	<b>23.3</b>	<b>711</b>	<b>100</b>
Tezin araştırma tasarımı*	Tanımlayıcı	267	43.9	18	3.0	285	46.9
	Deneysel	33	5.4	40	6.6	73	12.0
	Kesitsel	60	9.9	4	0.7	64	10.5
	Yarı deneysel	25	4.1	28	4.6	53	8.7
	Prospektif	22	3.6	18	3.0	40	6.6
	Metodolojik	12	2.0	13	2.1	25	4.1
	Retrospektif	9	1.5	2	0.3	11	1.8
	Diğer**	40	6.6	17	2.8	57	9.4
	<b>Toplam</b>	<b>468</b>	<b>77.0</b>	<b>140</b>	<b>23.0</b>	<b>608</b>	<b>100</b>
Tezde ölçek kullanımı	Ölçek yok	205	41.0	43	8.6	248	49.6
	Ölçek kullanma	181	36.2	61	12.2	242	48.4
	Ölçek geliştirme	5	1.0	5	1.0	10	2.0
	<b>Toplam</b>	<b>391</b>	<b>78.2</b>	<b>109</b>	<b>21.8</b>	<b>500</b>	<b>100</b>
Tez örneklem cinsiyeti	Her iki cins	340	68.0	100	20.0	440	88.0
	Kadın	38	7.6	11	2.2	49	9.8
	Erkek	7	1.4	4	0.8	11	2.2
	<b>Toplam</b>	<b>385</b>	<b>77.0</b>	<b>115</b>	<b>23.0</b>	<b>500</b>	<b>100</b>
Tez örneklem özelliği*	Hastalar	257	46.1	98	17.6	355	63.7
	Hemşireler	106	19.0	13	2.3	119	21.3
	Hasta yakınları	20	3.6	3	0.5	23	4.1
	Hekimler	16	2.9	1	0.2	17	3.1
	Sağlık çalışanları	16	2.9	1	0.2	17	3.1
	Yardımcı personeller	6	1.1	1	0.2	7	1.3
	Hemşirelik öğrencileri	3	0.5	3	0.5	6	1.0
	Diğer***	14	2.5	0	0	14	2.5
	<b>Toplam</b>	<b>438</b>	<b>78.6</b>	<b>120</b>	<b>21.5</b>	<b>558</b>	<b>100</b>

\* Birden fazla seçenek olduğu için örneklem büyüklüğünden fazladır.

\*\* Kalitatif çalışmalar (n=9), ilişki arayıcı çalışmaları (n=9), tarama modeli (n=8), fenomenolojik araştırmalar (n=8), olgu kontrol çalışmaları (n=8), müdahale çalışmaları (n=7), analitik çalışmalar (n=5), kohort çalışmaları (n=3).

\*\*\* Hemşirelik harici öğrenciler (n=4), akademisyenler (n=3), akademik tezler (n=2), polisler (n=1), sağlıklı bireyler (n=1), kadınlar (n=1), köpekler (n=1), yaşlı bireyler (n=1).

Bu araştırmada incelenen lisansüstü cerrahi tezlerde en çok tercih edilen örneklem grubu hastalar olarak belirlenmiştir. Ardahan ve Özsoy'un yaptıkları çalışmada da örneklem olarak yüksek lisans tezlerinde hasta bireyler, doktora tezlerinde sağlıklı bireyler örneklem olarak belirlenmiştir (Ardahan ve Özsoy 2015). Örneklem kadim bireylerin daha fazla seçilmesi, araştırmalarda hemşire bireylerin

örneklem olarak tercih edilmesi ile ilişkili olabilir çünkü Türkiye'de kadın hemşire nüfusunun erkeklere oranla fazla olduğu bilinen bir gerçektir. Ayrıca bu durum, meme kanseri gibi kadınlar arasında yaygın hastalıkların cerrahi hastalıkları hemşireliği araştırmalarında sıklıkla ele alınması ile de açıklanabilir

**Tablo 3.** Yüksek lisans ve doktora tezlerinin biçimsel özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Yüksek Lisans		Doktora		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tez başlığı kelime sayısı (Min:4 max:27)</b>						
1-5	12	2.4	0	0	12	2.4
6-10	176	35.2	32	6.4	208	41.6
11-15	156	31.2	50	10.0	206	41.2
16-20	41	8.2	22	4.4	63	12.6
21-27	6	1.2	5	1.0	11	2.2
<b>Tez özeti kelime sayısı (Min:95 max:951)</b>						
300'den az	332	66.4	82	16.4	414	82.8
301-350	28	5.6	8	1.6	36	7.2
351-400	12	2.4	11	2.2	23	4.6
401-450	7	1.4	5	1.0	12	2.4
451-500	7	1.4	1	0.2	8	1.6
500'den fazla	5	1.0	2	0.4	7	1.4
<b>Tez sayfa sayısı (Min:42 max:359)</b>						
50'den az	2	0.4	0	0	2	0.4
50-70	56	11.2	2	0.4	58	11.6
71-90	135	27.0	9	1.8	144	28.8
91-110	107	21.4	19	3.8	126	25.2
111-130	49	9.8	23	4.6	72	14.4
130'dan fazla	42	8.4	56	11.2	98	19.6
<b>Toplam</b>	<b>391</b>	<b>78.2</b>	<b>109</b>	<b>21.8</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Bir araştırmanın başlığı, okuyucunun ilgisini çekecek biçimde yazılmalıdır. Başlığın kelime sayısı genel olarak 15 ya da daha az kelime olmalı ve araştırmayı kısa ve doğru bir şekilde ifade etmelidir (Erdoğan ve ark. 2017). Bu araştırmada incelenen tez başlıklarının çoğunun kelime sayısı 15 ve daha az sayıdadır (Tablo 3). Kelime sayısının fazla olduğu başlıklar araştırma konusunun anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Hemşirelik tezleri üzerinde yapılan bir çalışmada

kısa tez adlarının daha anlaşılabilir ve açık olduğu, uzun olanların ise anlamayı zorlaştırdığı bildirilmiştir (Kapborg ve Berterö 2002).

Lisansüstü tezleri ele aldığı konuyu detaylı şekilde incelemeleri nedeniyle araştırma makalelerine göre daha uzun yazılabilmektedirler. Bu yüzden araştırma öncesinde özet okumanın yol gösterici iyi bir rehber olduğu düşünülmektedir. İncelenen tezlerin büyük bir bölümünün özetinde 300'den

az kelime bulunuyorken (%82,8), kelime sayısı 300'den fazla olanlar da mevcuttur (Tablo 3). Her üniversite veya enstitü bu konuda farklı kılavuzlar yayınlansalar da özetlerin kelime sayısının 250-300 kelimeyi geçmemesi ve makalede ne anlatıldığını açık bir şekilde ifade etmesi önerilir (Day 1996). Araştırmaya dahil edilen tezlerin sayfa sayıları incelendiğinde ise doktora tezlerinin yüksek lisans tezlerine oranla daha uzun oldukları dikkat çekmektedir. Bunun nedeni, doktora tezlerinin daha çok deneysel ve yarı deneysel tasarımda olmaları nedeniyle araştırmanın raporlandırma sürecinde daha detaylı anlatım gerektirmesi olabilir (Tablo 3).

### Sonuç ve Öneriler

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yapılan lisansüstü tezlerde 2003 yılından başlayıp devam eden sayısal bir artış olduğu, incelenen tezlerden bazılarının literatürde belirtilen biçimsel özelliklere uygunluk göstermediği, yüksek lisans tezlerinde tanımlayıcı, doktora tezlerinde deneysel ve yarı deneysel araştırma yöntemlerine eğilim olduğu görülmektedir. Özellikle Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde teoride üretilen bilgilerin pratikte kullanılabilmesini kolaylaştıracak yönde sistematik ve kanıt değeri yüksek çalışmaların yapılması önerilmektedir.

### Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca cerrahi hemşireliği alanında yapılan lisansüstü tezleri kapsamaktadır. Yazarların çalışma durumlarına ait veriler toplanırken adı ve soyadı bilgileri kullanıldığı için tezlerin yayın tarihinden sonra herhangi bir nedenle soyadı değişmiş olan yazarlara ait çalışma bilgilerine ulaşılamamış olabilir. Erişime kapalı olan tezlerin (n=117) araştırmaya dahil edilememiş olması elde edilen sonuçları etkilemiş olabilir.

### Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

**Approval:** Sunulan araştırmada incelenen tezler YÖK Tez veri tabanında yayınlanan erişime açık (izinli) tezler olduğundan, herhangi bir etik izin alınmaya gerek duyulmadı.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir/kavram: MD, GB, KK, ŞP; Tasarım: MD; Danışmanlık: MD; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: MD, GB, KK, ŞP; Analiz ve/veya Yorum: MD; Kaynak tarama: MD, GB, KK, ŞP; Makalenin Yazımı: MD, GB, KK, ŞP; Eleştirel inceleme: MD, GB, KK, ŞP.

**Çıkar çatışması/Conflict of interest:** Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

**Finansal Destek/Financial Disclosure:** Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

### Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Çalışma, Türkiye'de Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yapılan ilk lisansüstü hemşirelik tezinden itibaren 2019 yılına kadar olanların tamamını kapsamaması nedeniyle genelleyici bir yapıya sahiptir.
- Türkiye'deki cerrahi hemşireliğindeki yüksek lisans ve doktora öğrencilerinin yaptıkları tezlerde ele alınan konu eğilimleri hakkında fikir vermektedir.

### Kaynaklar

Ardahan M, Özsoy S. (2015). Türkiye'de hemşirelik araştırmalarındaki eğilimler: Yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine bir çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (4), 516-34.

Aydoğdu NG, Gürkan, KP, Cengiz B, Bahar Z, Çal A, Açıl D. (2018). Hemşirelik alanında deneysel türde yapılan doktora tezlerinin araştırma etiği açısından incelenmesi: Türkiye örneği. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. [doi:10.31067/0.2018.93](https://doi.org/10.31067/0.2018.93).

- Çiftçi İ. (2014). Türkiye’de Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yapılan Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin İçerik ve Yöntem Açısından Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Day RA. (1996). How to write and publish a scientific paper. (1. Baskı) Gülay Aşkar Altay (Çev.) Ankara: TÜBİTAK. S.31. Erişim <https://tr.scribd.com/doc/60895856/Bilimsel-Makale-Nasıl-Yazılır-Nasıl-Yayımlanır-Tubitak-Yayınları-Robert-a-Day>
- Dönmez YC, Soyer Ö, Van Giersbergen MY. (2018). Türkiye’de yapılan cerrahi hastalıkları hemşireliği doktora tezlerinin incelenmesi (1991-2015). Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15 (4), 248-55.
- Emiroğlu ON, Kuru N, Çopur E. (2018). Türkiye’de 2009-2016 yılları arasında iş sağlığı hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezlerin değerlendirmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5 (2), 116-27.
- Erdoğan S. (Ed.), Nahcivan, N. (Ed.), Esin MN. (Ed.) (2017). Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik (3. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S. 284.
- Ergöl Ş. (2011). Türkiye’de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 1 (3), 152-55.
- Gönç T. (2016). Hemşireliğin geleceği mesleğin cinsiyetsizleşmesini vadediyor mu? Erkek ve kadın hemşirelik öğrencilerinin meslek ve toplumsal cinsiyeti ilişkilendirme eğilimlerinin sosyolojik analizi. Fe Dergi: Feminist Eleştiri, 8 (1), 144-67.
- Kapborg I, Berterö C. (2002). Using an interpreter in qualitative interviews: Does it threaten validity?. Nursing inquiry, 9 (1), 52-56.
- Karabulut N, Gürçayır D, Aktaş Y. (2019). Hemşirelikte araştırma tarihi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10 (2), 121-28.
- Karagözoğlu Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 64-71.
- Kocaman G. (2004). Türkiye’de hemşirelik eğitim sorunları ve çözüm arayışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Özel Baskı (Genişletilmiş 2004 Baskısı), 119-50.
- Kocaman G, Yürümezoğlu H. (2015). Türkiye’de hemşirelik eğitiminin durum analizi: sayılarla hemşirelik eğitimi (1996-2015). Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 5 (3), 255-62.
- Mizrahitokatlı N. (2016). Lisans ve yüksek lisans öğrencilerinin ideal liderlik algılamaları ve buna yönelik bir uygulama. İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Nieswiadomy RM, Bailey C. (2018). Foundations of nursing research, 7th Edition, New York, Pearson Education.
- Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A. (2010). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 18 (3), 144-55.
- Özveren H, Gülnar E, Özden D. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 8(2), 57-64.
- Perala ML, Pelkonen M. (2004). Networking for the advancement of nursing research in europe for twenty-five years. International Journal Of Nursing Practice; 10 (1), 54-5.
- Resmî Gazete. Sayı: 30352. 06.03.2018 Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Erişim <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/03/20180306-11.htm> .
- Resmî Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> .
- Sargın S. (2007). Türkiye’de üniversitelerin gelişim süreci ve bölgesel dağılımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (5), 133-50.
- Şabablı Y. (2014). Türkiye’de Ameliyathane Hemşireliği Alanında Yapılan Yüksek Lisans Tezlerinin İçerik ve Yöntem Açısından Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Tel H, Sabancıoğulları S. (2014). Psikiyatri hemşireliği doktora tezlerinin özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7 (3), 178-95.

- Turan N, Öztürk A, Kaya H, Aştı TA. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4 (1), 167-73.
- Yaman H. (2011). Türkiye'de aile hekimliği alanında yapılan tezlerin kalitatif değerlendirmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 3 (3), 1-6.
- Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi, Erişim tarihi: 15.12.2019  
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/giris.jsp>
- Yükseköğretim Akademik Arama, Erişim Tarihi:  
15.12.2019 <https://akademik.yok.gov.tr/AkademikArama/>

## Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli: Nöroprotektif Aile Merkezli Gelişimsel Bakım için Yedi Temel Ölçüm

### The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care

Fatma Taş Arslan<sup>1</sup>  Sevinç Akkoyun<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, TÜRKİYE

<sup>2</sup>Bil. Uz., Konya Ereğli Devlet Hastanesi, Konya, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 12/10/2019 Kabul tarihi/ Date of acceptance: 31/12/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, Published online 31/12/2019

#### ÖZET

Prematüre bebeklerin gelişimsel sorunların daha iyi anlamak için yenidoğanın nörolojik sisteminin gelişimini izlemek önemlidir. Nöroproteksiyon, nöron hasarını geri döndüren ya da daha ileri hasar oluşmasını önleyen ajanların uygulanması demektir. Nöroprotektif stratejiler ise gelişmekte olan beynin desteklenmesi veya nöronal hücre ölümünü azaltan ve işlevselliği için yeni bağlantılar ve yollar geliştirilerek iyileşmesini sağlayan bir nöron hasarı sonrası beynin eski fonksiyonuna dönmelerini kolaylaştırmak için kullanılan müdahalelerdir. Yenidoğan Bütünleştirici Gelişim Bakım Modeli, nöroprotektif müdahaleleri optimal sinaptik sinir bağlantılarını, normal nörolojik, fiziksel ve duygusal gelişimi desteklemek ve engelleri önlemek için stratejiler kullanmaktadır. Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli prematüre bebeklerin nöroprotektif aile merkezli gelişimsel bakımı için yedi temel ölçümü tanımlayan bir modeldir. Yedi temel ölçüm: iyileşme ortamı, ailelerle ortaklık sağlamak, pozisyon ve bakım sağlamak, uykuyu korumak stres ve ağrıyı en aza indirmek, cildi korumak ve en iyi beslenmeyi sağlamaktır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki (YYBÜ) prematüre bebeklerin bakımı için kanguru bakımı temel olup, bütün temel ölçümler içinde yer almaktadır. Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli dünyadaki pek çok YYBÜ’nde klinik pratiğine danışmanlık eden bir sistemdir. Her temel ölçüm için standartlar geliştirilmiş ve tanımlanmıştır. Bu derlemenin amacı, Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modelinin prematüre bebeklerin nöroprotektif aile merkezli gelişimsel bakımı için yedi temel ölçümünün bileşenleri ve uygulamaları hakkında bilgi vermektir.

**Anahtar Kelimeler:** Gelişimsel bakım, hemşire, model, nöroprotektif, YYBÜ

#### ABSTRACT

It is important to monitor the development of the neonatal neurological system in order to better understand the developmental problems of premature infants. Neuroprotection, means agents implementation that reverse neuronal damage or prevent further damage. Neuroprotection or neuronal protection signifies the application of agents which revert a part of neuronal damage or prevent the formation of worse damages. Neuroprotective strategies are interventions used for facilitating the developing brain or reverting its functions after a neuron damage which decreases the neuronal cell death and provides recovery by developing new connections and ways for its functionality. The Neonatal Integrative Developmental Care Model utilizes neuroprotective interventions as strategies to support optimal synaptic neural connections, promote normal neurological, physical, and emotional development, and prevent disabilities. The Neonatal Integrative Developmental Care Model is a model that defines seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care of premature infants. The seven neuroprotective core measures: healing environment, partnering with families, ositioning & handling, safeguarding sleep, minimizing stress and pain, protecting skin, and optimizing nutrition. Skin to Skin Contact (SSC) is considered the foundation for care of premature infants in the NICU and all core measurements in located. The Neonatal Integrative Developmental Care Model is a system that consulting clinical practice in many NICUs around the world. Standards have been developed and defined for each core measures criterion. The purpose of this review is to provide information on the components and applications of the seven basic measures of the Neonatal Integrative Developmental Care Model for neuroprotective family-centered developmental care of premature infants.

**Key words:** Developmental care, model, neuroprotective, NICU, nurse

**ORCID ID of the author:** F.T.A. 0000-0001-5584-6933; S.A. 0000-0003-0557-9413

**Sorumlu yazar/Corresponding author:**

Bil. Uz. Hem Sevinç Akkoyun

**e-posta/e-mail:** [sevincakkoyun87@gmail.com](mailto:sevincakkoyun87@gmail.com)

*\*Bu çalışma 15-17 Kasım 2018 tarihleri arasında Sakarya’da yapılan 5.Ulusal 1.Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.*

**Atıf/Citation:** Taş Arslan F, Akkoyun S.(2019). Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli: Nöroprotektif Aile Merkezli Gelişimsel Bakım için Yedi Temel Ölçüm. Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(3),170-180.

## Giriş

Her yıl tahmini 15 milyon bebek 37. gebelik haftasından önce doğmaktadır (DSÖ 2018). DSÖ tarafından 2012 yılında yayınlanan “Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth (Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu)” dünyada prematüre doğum oranlarının %5-8 arasında değiştiği belirtilmektedir (DSÖ 2012). Ülkemizde prematüre doğum oranı Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine göre %15.6 olarak bildirilmiştir (SB 2019).

Gebeliğin erken dönemi olan 23. haftada doğan prematüre bebeklerin son otuz yılda birçok teknolojik gelişme nedeniyle hayatta kalma şansları oldukça ilerlemiştir. Bu ilerlemeler ile beraber prematüre bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) haftalar ve aylar boyunca kalması nedeniyle fiziksel, duygusal ve finansal maliyetlere sebep olmaktadır (Hack ve ark 2004). Prematüre veya düşük doğum ağırlıklı doğan bebeklerde fiziksel ve motor bozukluklar daha belirgin görünse de dikkat eksikliği, hiperaktivite, anksiyete, otizm spektrum bozukluğu, duygu durum bozuklukları, kötü akademik başarı, davranış bozuklukları gibi çeşitli duygusal bozukluklar, nörogelişimsel ve diğer gelişimsel problemler için daha yüksek risk altında oldukları görülmüştür. Bu bebeklerde zihinsel sağlık sorunlarına daha fazla odaklanılmaktadır (Vanderbilt ve Gleason 2012). Perinatal ve yenidoğan bakımının son 10 yıl içinde ilerlemesiyle 32 hafta altı doğan prematüre bebeklerin %85’i yaşatılabilmektedir. Bununla birlikte bu bebeklerin %50’sinde ileride motor inkoordinasyon, kognitif bozukluk, dikkat eksikliği veya gelişimsel problemleri içeren nörogelişimsel bozukluklar, %5-15 oranında serebral palsi, %20-25 oranında ise hafif gelişimsel bozukluklar görülebilmektedir (Yolande ve Roslyn 2012).

Prematüre bebeklerin sahip olduğu riskler nedeni ile preterm bebek ve bakım verilen çevre arasında ilişkiyi inceleyen araştırmalar önem kazanmıştır (Karakoç Tarı ve Çiğdem 2008). Çeşitli alanlarda yetersizliği olan bebeklerin ve çocukların sayılarının artması hem ailelerini

olumsuz etkilemekte hem de okulda, evde ve çalışma alanlarındaki destekler için ilave kaynaklar gerektirmektedir. Bu durumlar prematüre bebeklerin nörolojik gelişimlerinin önemini göstermektedir.

Bu derlemenin amacı, Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modelinin prematüre bebeklerin nöroprotektif aile merkezli gelişimsel bakımı için yedi temel ölçümünün bileşenleri ve uygulamaları hakkında bilgi vermektir.

## Nörogelişim

Preterm doğum ve diğer yüksek riskli durumlarla ilişkili gelişimsel sorunları daha iyi anlamak için yenidoğanın nörolojik sisteminin gelişimini anlamak önemlidir. Beyin gelişimi intrauterin dönemde başlar ve postnatal dönemde devam eder. Özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde aktif olan fetal nörolojik sistemin gelişim evresi ve YYBÜ’de yatan prematüre bebeklerin uterus içerisinden tamamen farklı bir ortamda beyinlerinin geliştiği süreçlere dikkat etmek gerekmektedir (Altimier ve Phillips, 2016).

Prematüre bebekler intrauterin gelişimlerini tamamlamadan doğdukları için tüm sistemleri immatürdür. Buna bağlı olarak da pek çok sorunları vardır. Bu bebekler, nörolojik komplikasyonlar açısından artmış risk altındadır (Potts ve Mandlco, 2012). Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde yoğun bakım deneyimi sonrasında bazı nörolojik gelişimsel sorunlar görüldüğü saptanmıştır. Yoğun bakım ortamları her bebeğin tıbbi ve nörogelişimsel ihtiyaçlarını karşılamak için uyarlanmalıdır (Als 2004). Prematüre doğan bebeklerde oluşan uzun süreli yetersizlik/özürlülük durumlarını araştıran birçok çalışma YYBÜ ve ekstrauterin ortamın fetal gelişime olumsuz etkisini azaltma ve prematüre bebeğin hassas nörolojik sisteminin daha iyi nasıl desteklenebileceğini göstermektedir (Altimier ve Phillips, 2016).

Nörolojik ve duygusal sistemler birbirlerine bağlı sistemlerdir. Bebeğin nörosensoryel davranışsal ve nörolojik sisteminin gelişimini içerir. Her duygusal deneyim beyinde kaydedilir



böylece davranışsal tepkiye yol açan duyuşal deneyim elde edilir.

Bu döngü birbirine bağımlı eylem ve reaksiyon, nöro davranışsal ve nörolojik sensör gelişiminin temelidir. Prematüre bebeklerin genellikle YYBÜ'de gelişme evreleri için uygun olmayan duyu tecrübeleri olduğunda nörogelişim uterus içerisindeki ortamdan farklı şekilde gerçekleşir (Altimier ve Phillips, 2016). Önce dokunsal duyuşlar, sonra vestibüler, ardından koku alma, tatma, duyma ve görsel duyuşları gelişir (Graven ve Browne, 2008).

### Duyuşal bütünleşme

Uterus, fetüsün normal beyin gelişimi için çok önemli olan pozitif duyuşal girdiye elverişli bir ortamdır. İntrauterin ortam gelişmekte olan fetüsü dış uyarılara karşı korurken dokunsal, vestibüler, kimyasal, hormonal, işitsel ve görsel gibi çeşitli duyuşal uyarılar sağlar (Lickliter 2011). Prematüre bebekler uterustan farklı olarak sıcaklık, dokunma, vestibüler, tat, koku alma, gürültü, ışık, oksijen ve besin değişikliğine maruz kalmaktadırlar. Bu negatif duyuşal girdiler normal beyin gelişimini kalıcı olarak değiştirebilir. Uyarılar ve çevresel faktörler, duyuşal gelişim süreçlerini destekleyebilir ya da önemli etki oluşturabilir (Rees ve ark 2011). Bebek erken doğsa da beyin ve duyuşal sistemleri gelişmeye devam etmektedir ve bu sistemler YYBÜ'ndeki uyarılardan etkilenir (Graven 2006). YYBÜ'nde prematüre bir bebeğe birçok hemşire/sağlık profesyoneli bakım vermektedir. Bu durum prematüre bebeğin adaptasyon paternlerini değiştirebilmekte ve negatif duyuşal girdilere maruz kalmalarına sebep olmaktadır (Altimier ve Phillips 2013).

### YYBÜ'de Nöroproteksiyon

Nöroproteksiyon, nöronal hücre ölümünü önleyebilen stratejilerdir (Graven ve Browne 2008; McGrath ve ark 2011). Nöroprotektif stratejiler gelişmekte olan beyin desteklenmesi veya nöronal hücre ölümünü azaltan ve işlevselliği için yeni bağlantılar ve yollar

geliştirerek iyileşmesini sağlayan bir nöron hasarı sonrası beyin eski fonksiyonuna dönmesini kolaylaştırmak için kullanılan müdahalelerdir. Nöroprotektif stratejilere örnek olarak; YYBÜ'lerinde kanguru bakımı, preterm bebek masajı ve tek aile odası tasarımı gibi gelişimsel destekleyici müdahaleler sayılabilir (McGrath ve ark 2011). Nöroprotektif müdahaleler arasında aile merkezli gelişimsel bakım yer almaktadır (Bonnier 2008). Bakım vermenin odak noktası nörofizyolojiyi destekleme, nörosinaptik ve nöropatik gelişimin en iyi nasıl destekleneceğidir (McGrath ve ark 2011).

Prematüre bebeklerin en hassas organlarından biri beyindir. Bu bebeklerin en uygun beyin gelişimini korumak ve desteklemek için etkin ve doğru nöroprotektif bakım sağlamak önemlidir. Morbidite ve mortalite oranlarını iyileştirmek için prematüre bebeklerde nöroprotektif stratejiler geliştirilmeli ve YYBÜ'de prematüre bebeğin ve ailesinin deneyimlerine odaklanan gelişimsel destekleyici bir ortam gereklidir (McGrath ve ark 2011; Altimier ve Phillips 2016). Aile ile bütünleşmiş nöroprotektif gelişimsel destekleyici bakım stres ve ağrıyı yöneten bir iyileştirme ortamı oluşturmayı ve tüm ailenin bebeğin bakım ve gelişiminde yerini almasını sağlayan yaklaşım içerir (Altimier 2011; Altimier ve Phillips 2013). Nöroprotektif gelişimsel bakım, hemşirelik, tıp, nörobilim ve psikoloji de dahil olmak üzere çeşitli disiplinlerle desteklenmektedir (Jacobs ve ark 2002; Altimier 2011; Altimier 2015).

### Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli

Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli (Philips Healthcare Andover, MA. USA), YYBÜ'de preterm bebeklere ve ailelerine nöroprotektif aile odaklı gelişimsel bakım sağlamak için YYBÜ personeli için klinik rehberlik sağlayan yedi farklı faktör ölçümü tanımlamaktadır (Altimier 2011; Altimier ve Phillips 2013). Altimier ve Phillips (2013) tarafından Yenidoğan Bütünleştirici

Gelişim Bakım Modelinde tanımlanan aile merkezli gelişimsel bakım için nöroprotektif yedi temel faktör ölçüsü şunları içerir: (1) iyileşme ortamı, (2) ailelerle ortaklık sağlamak, (3) pozisyon ve bakım sağlamak, (4) uykuyu korumak, (5) stres ve ağrıyı en aza indirmek, (6) cildi korumak ve (7) en iyi beslenmeyi sağlamaktır (Altimier and Philips, 2013).

Her temel ölçüm bebeğin ve ailenin o spesifik temel ölçümle ilgili bakımını yönlendiren bir politika veya protokol ile ilgili standartlar vardır. İstenen temel ölçümlerin sonuçlarının ölçülebilir cevaplarına karşılık gelen bebek özellikleri tanımlanır ve spesifik hedefler istenen sonuçları hedeflemektedir. Klinik uygulamalar hedefleri karşılamak için gerekli olan eylemleri tanımlayan ve belirleyen nöroprotektif müdahaleleri içerir (Altimier 2011). Bunlar kanıt temelli, güvenilir bir şekilde uygulanmalı ve bilimsel olarak geçerli olmalıdır (Altimier ve Phillips 2016).

### Kanguru Bakımı

Kanguru bakımı, Yenidoğan Bütünleştirici Gelişim Bakım Modelinde tanımlanan aile merkezli gelişimsel bakım için nöroprotektif yedi temel ölçümün hepsinin ortak uygulamasıdır (Altimier ve Phillips 2016). Kanguru bakımı her yenidoğan için önemlidir ancak özellikle YYBÜ'deki prematüre bebekler için daha önemlidir. Kanguru bakımı DNA, epizimler (epigenes, nörolojik dolaşım ve fizyolojik düzenlemenin en uygun şekilde çalışması için doğru ortamı sağlar. Kanguru bakımı bebeğin ekstra uterin ortamda dokunma ihtiyaçlarını karşılar ve bebeğin gelişmekte olan beynine gerekli proprioseptif duyuşal girdiyi sağlar. Kanguru bakımı hastanede yatan preterm bebeklerde nöroprotektif ve hasta odaklı bakımın vazgeçilmez bir bileşenidir (Ludington-Hoe 2010). Kanguru bakımının bebeği negatif etkilerinden koruduğu, optimal beyin gelişimini desteklediği ve bağlanmayı kolaylaştırdığı kanıtlanmıştır. Kanguru bakımı beyin plastisitesinin destekler ve doğrudan nöroprotektiftir (Phillips 2013).

Kanguru bakımı yedi nöroprotektif temel ölçümün her birini destekler.

- Kanguru bakımı yenidoğan bebekler için en iyi iyileşme ortamıdır (temel ölçüm 1) (Ludington-Hoe, 2010),
- Ebeveynlere bebeklerinin bakımı ve iyileştirilmesinde aktif bir rol vererek ailelerle ortaklık fırsatı sağlar (temel ölçüm 2),
- Destekleyici pozisyon ve bakımı kolaylaştırır (temel ölçüm 3)
- Uyku döngüsüne katkıda bulunan ana kokulara yakınlık sağlar ve böylece uykuyu korur (Cong ve ark 2015) (temel ölçüm 4)
- Kanguru bakımı ağrı endekslerini azaltmak için stres ve ağrıyı en aza indirmeye yardımcı olan optimal otonomik ve fizyolojik istikrar sağlar (temel ölçüm 5)
- Cildi nem ve destekleyici termoregülasyon sağlayarak korur (temel ölçüm 6)
- Anne sütünü artırır ve emzirmeyi kolaylaştırır, beslenmeyi optimize eder (temel ölçüm 7).

Bütün bu yollarla kanguru bakımı en uygun şekilde beyin gelişimini destekler, iyileşme ve gelişmeyi destekler, ebeveyn bebek bağına geliştirir, enfeksiyon oranlarını azaltır ve hastanede kalış süresini azaltır, beyin matürasyonunu hızlandırır, ebeveynlerin stres ve kaygı yanıtlarının azaltır ve oksitosin düzeylerini artırır. Bu sebeplerden ötürü kanguru bakımı, tüm nöroprotektif bakımın temelidir (Ludington-Hoe 2010).

### Temel Ölçüm 1: İyileşme Ortamı

İyileşme ortamı; yer, mahremiyet, güvenlik, sıcaklık, dokunma, proprioepsiyon, koku, tat, ses ve ışık gibi insanların yanı sıra duyuşal çevreyi ve etkileşimleri içeren YYBÜ'nin fiziksel özelliklerini ele almaktadır (Graven ve Browne 2008; Altımer ve Phillips 2013). Fiziksel çevre yalnızca mekanı değil, aynı

zamanda konumu, hareketi ve motor gelişimini etkileyen özellikleri de içerir. Tedavi edici ve/veya iyileştirici bir ortam sağlamak için YYBÜ'leri işlevsel ve estetik olarak planlanmış olmalı ve çekici bir şekilde tasarlanmalıdır (Altimier 2015). Bebek uterusunda içerisinde olmadığı için fizyolojik ve nöroprotektif ihtiyaçlar önemli ölçüde değişmiştir. YYBÜ prematüre bebekler için büyüme ve gelişme sürecinin gerçekleşeceği yerdir (10). Prematüre bebeklerde çevresel ve duyuşal aşırı uyarılma stresinin azaltılması ile iyileştirilmiş sonuçlar ortaya çıkmıştır. Prematüre bebeklerin bakımına nöroprotektif stratejiler eklemek YYBÜ tasarımının değiştirilmesi ile gerçekleştirilebilir. YYBÜ'leri ebeveynlerin bütünlüğünü sağlamak, psikososyal desteği kolaylaştırmak, sosyal bağlantı sunmak ve olumlu ebeveyn deneyimleri sağlamak üzere de tasarlanmalıdır (Altimier ve Phillips 2016).

Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin gelişimini arttırmak için bebeklerin olgunlaşmamış termoregülatör sistemini desteklemek gerekmektedir. Kanguru bakımı, kuvözlerde veya radyant ısıtıcılarda bakım yapmak, bebeği orta hatta yerleştirmek, terapötik pozisyon vermek gibi uygulamalar ile bebeğin hava ve çevre ile maruz kalan yüzey alanını azaltır böylece radyan ve konvektif ısı kayıplarını azaltır (Altimier 2011).

Koku sistemi 28 gestasyon haftasında işlevseldir (Liu ve ark 2007). YYBÜ'de anne ve bebeklerin erken bir araya gelmesi için destek sağlamak koku alma ve duyuşal gelişimin desteklenmesinde önemlidir (Rattaz ve ark 2005). Yenidoğanın koku duyusu öncelikle hoş olmayan kokularla uyarılır. Bebekler geçici apne veya taşikardi ile zararlı koku uyarılarına cevap verebilirler (Gardner ve Goldson 2002). Bartocci ve arkadaşları (2000) bir kez yenidoğan tarafından tespit edilen YYBÜ deterjan kokusunun beyin kan akımını beyin sağ yarıküresine azaltan bir yanıt oluşturduğunu bulmuşlardır (Bartocci ve ark 2000). Bebeğin koku alma duyusunu korumak; göğüs pedi, yumuşak bir bez veya Snoedel (Philips Children's Medical Ventures, Monroeville, PA)

ile anne/meme kokusu gibi pozitif koku deneyimlerinin sağlanmasını içeren nöroprotektif müdahalelerin kullanılmasıyla elde edilebilir (Altimier ve Phillips 2013).

Doğumda kulaklar 300.000'den fazla sesleri ayırt etme yeteneğine sahiptir. YYBÜ'deki aşırı gürültü seviyeleri gelişmekte olan yapılara zarar verebilir sonuç olarak işitme kaybına neden olabilir (Moon 2011). Yenidoğana birçok yönden zararlı olan gürültünün bir etkisi gelişmekte olan normal uyku döngülerinin uyarılması ve bozulmasıdır (Graven 2006). Yüksek geçici gürültünün taşikardi, yüksek kan basıncı ve solunum sayısı, apne, bradikardi, hipoksi, artmış intrakraniyal basınç gibi fizyolojik etkilere neden olduğu gösterilmiştir (Wachman ve Lahav 2011). Bebek bakım alanlarındaki gürültü seviyeleri 55 dB'yi geçmemelidir. İstenilen ses seviyelerinin elde edilmesi bebeğin uykusunu kolaylaştırmaya ve bebeğin normal konuşmalarda insan seslerini duymasına yardımcı olabilir. Şimdiye kadar YYBÜ'deki en değiştirilebilir gürültü kaynağı personel tarafından oluşturulmuştur. Sağlık personeli ebeveynlere ve ziyaretçilere uygun şekilde sessiz konuşma tonlarını modellemeli ve sessiz bir ortam yaratmanın nedenlerini YYBÜ'deki bebeklerin iyileşmesi büyümesi ve normal gelişimi için çok önemli olduğunu açıklamalıdır (Altimier ve Phillips 2013).

29 ila 30 haftalık gebeliğin uyku döngüleri 30 ile 34. haftalar arasında meydana gelen düzenli uykuya geçiş ile birlikte hızlı göz hareketi (REM) ve REM olmayan (NREM) uykudan oluşur (Graven 2006). Uyku döngülerinin korunması ve özellikle REM uyku periyotları sağlıklı görme gelişimi için kritik öneme sahiptir çünkü REM uykusunu bozan herhangi bir olay veya ilaç görsel gelişmeyi etkileyebilir (Altimier ve Phillips 2013). YYBÜ'deki aydınlatma her bebeğin en iyi uyku ve uyanık organizasyonunu gelişim evresine göre desteklemek için bireysel olarak ayarlanmalıdır (White 2012). Bebek hiçbir zaman doğrudan bir ışık kaynağına bakacak şekilde konumlandırılmamalıdır. Prematüre bebekler için sadece dolaylı ortam aydınlatması

kullanılmalıdır. Aydınlatma bebeğin gelişim evresine göre ayarlanmalıdır (Lickliter 2011).

Tek aile odası (Single Family Room-SFR) tasarımları, bebeğin yattığı fiziksel ortamı iyileştirmektedir ve ebeveynler için aile üyelerinin konaklamasını kolaylaştırmaktadır. Amaç sadece anne ve bebekleri bir arada tutmak değil aynı zamanda bu odada bütün aile üyelerini barındırmaktır (White ve ark 2013).

Tek aile odaları bebek ve aile için bireyselleştirilmiş ve özel bir ortam sağlamaktadır. Ayrıca tek aile odalarının bebek için olumlu sonuçların olduğunu görülmüştür (McGrath 2005). Tek aile odaları ışık ve gürültüyü kontrol altına alma kolaylığı, bebeğin uykusunda iyileşme, stres riskini ve enfeksiyon oranlarının azalmasını sağlamaktadır (White ve ark 2013). Tek aile odası tasarımlarının prematüre bebekler ve aileleri için faydaları olabileceğine yönelik kanıtlar vardır. Daha fazla gizlilik/mahremiyet sağlama ve rahatlık, memnuniyette artma gibi sonuçlar bulunmuştur (Shahheidari ve Homer 2012). Tek aile odasının YYBÜ çalışanlarına da fayda sağladığına dair kanıtlar da bulunmaktadır (Cone ve ark 2010). YYBÜ'lerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik olasılığını azaltma, bakım kalitesini yüksek tutma gibi sonuçları vardır (Altimier ve Phillips 2016). Ayrıca tek aile odalarında düşük sepsis oranlarına dair kanıtlar mevcuttur (Erickson ve ark 2011). Gelişimsel bakımda destekleyici uygulama bebeklerle iletişim kurmaktır ve ailenin bulunmadığı durumlarda bu uygulama primer bakım verenin (bedside nurse) sorumluluğundadır. Bu postnatal güne dayalı iletişim dil gelişimine yönelik nöroprotektif bir müdahaledir (Altimier ve Phillips 2016). YYBÜ tasarımında en son öneriler dünya çapında kullanılmaktadır ve [www.nd.edu/~nicudes](http://www.nd.edu/~nicudes) adresinde öneriler yer almaktadır (White 2012). Türkiye'de yenidoğan yoğun bakım üniteleri tasarımında tek aile odaları mevcut değildir (Resmi Gazete 2017).

## Temel Ölçüm 2: Ailelerle ortaklık sağlamak

Ailelerle ortaklık sağlamak, YYBÜ'de bebeklerin gelişimsel sonuçlarını optimize etmek için esastır (Altimier ve Phillips 2016). Prematüre bir bebeğin doğumu ve bebeğin YYBÜ'ne yatırılması ebeveynler için stresli bir deneyimdir (Tandberg ve ark 2013). Ebeveynler için, kuvözün bebeği izole etmesi, YYBÜ'nin görüntüsü ve sesleri, cihazlar, teknolojik aletlerin çokluğu, kullanılan tıbbi araç ve gereçleri karmaşık bulma, alarmların ani sesleri, parlak ışıklar, ailenin bebekten ayrı kalması, annelik rolünün kaybedilmesi, ebeveyn rolünde değişiklik olması stres yaratan faktörlerdir. (Uludağ ve Ünlüoğlu 2012). YYBÜ'nde bebekleri yatan ebeveynlerin sağlıklı bebeğe sahip ebeveynlerden daha fazla duygusal stres, depresyon, anksiyete, bebeğin geleceği hakkında belirsizlik yaşama, finansal zorluk, doğum sonrası stres bozukluğu gibi durumlar yaşadığı görülmektedir (Twhig ve ark 2016). Bir bebeğin anne ile etkileşimi, beyin yapısı ve işlevi dahil olmak üzere beyin gelişiminde önemli bir fark yaratır. Anne ve bebek arasındaki karşılıklı dokunma uyarımı anne ve bebek bağlanmasına katkıda bulunur (Altimier ve Phillips 2016).

Bireyselleştirilmiş aile merkezli gelişimsel bakım, hem bebek hem de aile birimini destekleyen müdahaleler yoluyla bebeğin nörogelişimini arttıran bir bakım sağlama çerçevesidir (Altimier ve Phillips 2016). YYBÜ'deki ailelerle iş birliği kavramı bebeğin sağlık ve refahı üzerinde zamanla en büyük etkiye sahip olduğunu kabul eden bir bakım felsefesini içermektedir. Standart kanguru bakımı ile sıfır ayımla birlikte aile tarafından sunulan bakım, normal gelişim, bağlanma ve bağlamayı özendirmek ve ebeveynleri bakım ekibi üzerinde eşit ortaklar olarak güçlendirmek için ideal bir bakım modelidir (Ludington-Hoe 2010; Altimier 2011; Altimier ve Phillips 2013). Aile gelişimsel bakımın bir parçasıdır ve aile olmadan normal gelişim gerçekleşemez. Aileler YYBÜ'deki bebek deneyimlerine önemli güçler katmaktadır. Ebeveynler YYBÜ'ne gelen

ziyaretçiler olarak değil bakım veren ekibin aktif, hayati ve önemli üyeleri olarak görülmeli ve bebeklerine 24 saat erişim sağlanmalıdır (Altimier ve Phillips 2013; Altimier ve Phillips 2016).

### **Temel Ölçüm 3: Pozisyon ve Bakım Sağlamak**

Prematüre bebeklerin uterus içerisindeki pozisyonuna en yakın pozisyonunun verilmesi ilk amaçtır.

YYBÜ'nde gelişimsel olarak destekleyici pozisyon sağlamak, sadece nöromotor ve kas-iskelet gelişimini değil aynı zamanda fizyolojik fonksiyon ve stabilite, termal regülasyon, kemik yoğunluğu, nörodavranışsal organizasyon, uykunun kolaylaşması, sakinlik ve rahatlık, cildin bütünlüğü, optimal kas iskelet sistemi gelişimi, büyüme ve beyin gelişimi için gereklidir (Fegram 2006).

Preterm bebeklere sık sık bakım verme ve dokunma kilo kaybına ve daha da önemlisi beyin gelişimi üzerinde zararlı etkilere yol açarak uyku durumunu bozabilmektedir (Picheansathian ve ark., 2009). Toplu bakımın uygulanması bebeğin davranışsal ipuçlarına dayanmalıdır çünkü bebekler her zaman toplu bakımı tolere edemezler. İpuçları bebeğin fizyolojik durumu ve ihtiyaçları hakkında bilgi vermektedir. İpuçlarına dayanan bakım; bebeğin davranışsal mesajlarını, müdahaleler için zamanlamayı, duyuşsal girdi ve etkileşime yönelik fırsatları içerir. Bu ipuçları aynı zamanda bebeğin uyarıyı tolere edip etmediğini ve ne zaman dinlenmeye ihtiyacı olduğu ve bireysel desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Ebeveynleri bebeklerin gelişimine uygun şekilde eğitmek, koçluk yapmak ve onlara rehberlik etmek yalnızca ebeveynler ve bebekler için yararlıdır (Altimier ve Phillips 2016).

### **Temel Ölçüm 4: Uykuyu korumak**

Uykuyu korumak YYBÜ'deki bebek için uykunun çok yönlü önemini vurgulamaktadır. Prematüre bebeklerin uyku paternleri gestasyonel ve postnatal yaşa bağlı

değişmektedir. Normal nöro-gelişme ve yeterli büyüme ve gelişme için uykuyu koruma şarttır (Graven 2006; Graven ve Browne 2008). Kaliteli uyku ve uyku düzensizliğinde bebeğin pozisyonuna dikkat edilmelidir. Prematüre bebeklerin yüzüstü pozisyondayken uyku durumunda kalma olasılığı daha yüksektir (Maquet ve ark 2003). Bebeğin uyku durumları ve ipuçlarının değerlendirilmesinde ölçek kullanılması ve ipuçlarını bakım programlarına dahil edilmesi gerekmektedir. Tek aile odası tasarımı bebek, ebeveynler ve personel için sirkadiyen ritimlerin korunmasında yardımcı olabilir. YYBÜ bebekleri ve ebeveynleri hastanede uzun süre kalabilirler ve gün ışığı, günlük ışık döngülerine bağlantı sağlayarak normal bir algıyı destekler (White ve ark 2013).

### **Temel Ölçüm 5: Stres ve ağrıyı en aza indirmek**

Prematüre bebekler için özellikle rutin bakımların bile stresli olabileceği ve çoğu zaman ağrılı olabileceği için stres ve ağrı önemlidir. Doğumdan sonraki ilk anlardan itibaren, prematüre bebekler zararlı seslere, parlak ışıklara, tekrarlayan çok sayıda stresli ve ağrılı işlemlere, yetersiz beslenmeye ve genellikle anneden ayrılmaya maruz kalır. Prematüre bebekler için banyo, tartma ve bebek bezi değişimi gibi bakımlar stres olarak algılanmaktadır (Jacobs ve ark 2002). Bu bakımlar, duyuşsal deneyimin doğası gereği streslidir ve bebeğin beyin gelişimi üzerinde olumsuz etkileri vardır (Altimier ve Phillips 2016).

YYBÜ'de ilk haftalarını veya aylarını geçiren bebekler gelişimsel olarak beklenmedik bir duyuşsal stres tepkisi gösterebilir (Comaru ve Miura 2009). Tekrarlayan ağrılı deneyimlere maruz kalan bebeklerde, hassas gelişim dönemlerinde beyin organizasyonu için kısa ve uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açabilir (Johnson ve ark 2013). Preterm bebeklerde stresi en aza indirmek, nöroplastik kapasitenin korunmasına yardımcı olacak anormal stres tepkisini oluşturma olasılığını azaltmak gibi birçok nörolojik faydaya sahiptir

(Zwicker ve ark 2013). Yenidoğanlarda stres ve ağrıyı sürekli olarak kontrol etmek, ağrıyı doğru bir şekilde izlemek için, “beşinci” yaşamsal belirtinin standart bir ağrı değerlendirme aracı kullanılarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ağrı yönetiminde farmakolojik ve non farmakolojik yöntemler kullanılır. Etkinliği kanıtlanan non farmakolojik müdahaleler şunlardır: annenin varlığı, emzirme, anne sütü, kanguru bakımı, sükröz, besleyici olmayan emme, kundaklama ve gelişimsel destekleyici pozisyonudur (Walker 2014).

### Temel Ölçüm 6: Cildi korumak

Cildi korumak çok yönlüdür. Cildin fonksiyonları arasında ısıyı düzenleme, yağ depolama, izolasyon, sıvı ve elektrolit dengesi, bariyer koruması, dokunma hissi, basınç ve ağrı hissi ve beyne duyuşsal bilginin iletilmesi yer alır. Bu işlevlerin her biri nörogelişmeyi etkileyebilir. Prematüre bebeklerin olgunlaşmamış deri yapıları term bebeklerin cildinden çok farklıdır (Goubet ve ark 2007). YYBÜ’ndeki bebekler olgunlaşmamış cilt, bant, yapıştırıcı ve çeşitli tıbbi cihazların kullanımına bağlı deride bozulma riski taşırlar. Banyo protokolleri oluşturulmalıdır. Yumuşatıcı kullanımı, nem uygulamaları ve yapıştırıcıların kullanımını protokollerde vurgulanmalıdır ve cilt bakım uygulamaları birim uygulamalarına ve politikalara dahil edilmelidir. Cilt durumu için onaylanmış cilt değerlendirme ölçüm araçları kullanılmalıdır (Visscher ve ark 2015).

### Temel Ölçüm 7: En iyi beslenmeyi sağlamak

En iyi beslenmeyi sağlamak bebeğin beyin gelişimi üzerinde iyi belgelenmiş etkilere sahiptir. Emzirmenin bebeklerde en ideal beslenme şekli olduğunu ve bunun mümkün olduğunca tüm bebeklerde uygulanması ve desteklenmesi gerektiğini bilimsel kanıtlar göz ardı edilmeyecek şekilde göstermektedir. Emzirme mortalite ve morbidite risklerini azaltmak için mevcut olan en güçlü koruyucu yöntemdir. Çünkü anne sütü prematüre

bebeklerde enteral beslenmede en iyi tolere edilebilen substrattır/besindir. Bu sayede tam enteral beslenmeye daha çabuk ulaşılır. Böylece TPN ye bağlı yan etkiler ve toplam TPN alma günü azalır (Visscher 2014).

Anne sütünün koruyucu özelliklerinin benzeri üretilemez. Enteral beslenmede anne sütü kullanımıyla nekrotizan enterokolit, sepsis, prematür renitopati risklerinde anlamlı şekilde azalma daha yüksek IQ ve akademik başarı, olumlu nörogelişimsel çıktılar bulunmuştur. YYBÜ’nün temel odak noktası anne sütünü verebilmek ve devamlılığını sağlamak için annelerin desteklenmesi olmalıdır, çünkü anne sütünün prematüre bebeklerde kanıtlanmış birçok yararı mevcuttur (Altimier ve Phillips 2016). Kendi anne sütü yetmediğinde ya da bebek için kontrendike olduğunda donör anne sütü tavsiye edilmektedir. Prematüre bebeklerde olgunlaşma ve gelişim sorunları oral beslenme başarısını etkiler. Çünkü 34. gestasyon haftasında beyin kortikal hacminin sadece %53’ü gelişmiştir. Oral besleme prematüre bebekler için karmaşık ve zordur. Güven verici, etkili ve zevkli bir beslenme deneyimi elde etmede bebeğe yardımcı olmak için yetenekli bir bakım verici gerektirir. Prematüre yenidoğanda oral beslenmeyi başlatırken beslenmeye hazırlık, beslenme kalitesi ve gelişime destekleyici bakım veren müdahaleleri ele alan bebek kontrollü beslenme ölçekleri kullanmak yararlıdır (Altimier ve Phillips 2016). Organizasyon ve beslenme davranışları aynı otonom sinir sistemi tarafından düzenlenir. Midenin otonomik kontrolü, mideyi yemek için hazırlayan bir sefalik fazı ve ardından bir gastrik fazı içerir. Bu aşamalar için ipuçları öncelikle koku almadır, aynı zamanda organizmanın bünyesine de bağlıdır; bu nedenle yenidoğanın beslenme programı saatten ziyade uyku döngüsüne uygun düzenlenmelidir (Belfort ve ark 2016).

Başarılı oral beslenme ve gelecekteki olabilecek oral isteksizliği önlemek için bebek ipuçlarına göre emzirme ve biberonla beslenme, özel beslenme teknikleri hakkında personel ve ebeveynleri eğitmek önemlidir (Bergman 2013).

Emzirme zorlukları hassas anne-bebek ilişkisini etkileyebilir; bu nedenle emziren annelerin prematüre bebeklerini emzirme dışında biberonla beslemeyi de öğrenmesi önemlidir ve bu öğrenme taburculuk gününe bırakılmamalıdır. Günlük kanguru bakımı anne ve bebek için emzirme seanslarını kolaylaştırabilir. Bebeklerin etkin emmeleri ve annelerin rahat emzirmelerini sağlamak taburculuktan önce öncelik haline gelmelidir (Altimier ve Phillips 2016).

### Sonuçlar ve Öneriler

“Yenidoğan Bütünleştirici Gelişimsel Bakım Modeli” nöroprotektif stratejileri içermektedir. Bu stratejiler yenidoğanın gelişmekte olan beynin desteklenmesinde veya nöronal hücre ölümünü azaltılmasında ve işlevselliği için yeni bağlantılar ve yollar geliştirerek iyileşmesinde etkilidir. Yenidoğan bakım ve uygulamalarının nöroprotektif yaklaşımlar içermesinde bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin farkındalıkları çok önemli olduğu düşünülmektedir.

**Araştırmanın Etik Yönu/ Ethics Committee Approval:** Literatür incelemesi yapılmış ve atıf yapılan literatür kaynaklar bölümünde gösterilmiştir.

**Hakem/Peer-review:** Eksternal hakem değerlendirmesi

**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir/kavram: F.T.A., S.A.; Tasarım: F.T.A., S.A.; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: F.T.A., S.A.; Analiz ve/veya Yorum; F.T.A., S.A.; Kaynak tarama: F.T.A., S.A.; Makalenin yazımı: F.T.A., S.A.; Eleştirel İnceleme: F.T.A., S.A.

**Çıkar çatışması/Conflict of interest:** Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek/Financial Disclosure:** Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

### Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Prematüre bebeklerin bakım ve uygulamalarında nöroprotektif yaklaşımlar önemlidir.
- Nöroprotektif yaklaşımların neler olduğu açıklanmıştır.
- Yenidoğan yoğun bakımda çalışan profesyoneller için farkındalık oluşturmaktadır.
- Türkçe literatüre katkı sağlamaktadır.

### Kaynaklar

- Als, H. (2004). Individualized developmental care for preterm infants. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 6, 1-7.
- Altimier, L. (2011). Mother and child integrative developmental care model: a simple approach to a complex population. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 11,105-8.
- Altimier L, Phillips R. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family centered care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Altimier, L. (2015). Compassionate family care framework: A new collaborative compassionate care model for NICU families and caregivers. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15, 33-41.
- Altimier L, Phillips R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16, 230-244.
- Bartocci M, Serra G, Papiendieck G, Winberg J, Mustica T, Lagercantz H. (2000). Cerebral cortex response in newborn infants after exposure to the smell of detergent used in NICU: a near infrared spectroscopy study. *Pediatric Research*, 47, 388.
- Belfort MB, Anderson P, Nowak VA, Lee KJ, Molesworth C, Thompson DK et al. (2016). Breast milk feeding, brain development, and neurocognitive outcomes: a 7-year longitudinal study in infants born at less than 30 weeks' gestation. *The Journal of Pediatrics*, 177,133-139.
- Bergman, N. (2013). Neonatal stomach volume and physiology suggest feeding at 1-h intervals. *Acta Paediatrica*, 102, 773-777.

- Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, 97, 853-858.
- Cone SK, Short S, Gutcher G. (2010). From “baby barn” to the “single family room designed NICU”: a report of staff perceptions one year post occupancy. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 10, 7-103.
- Comaru T, Miura E. (2009). Postural support improves distress and pain during diaper change in preterm infants. *Journal of Perinatology*, 29, 504-7.
- DSÖ (2018). Preterm birth. Erişim tarihi: 25.09.2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- DSÖ (2012). [Born too soon: the global action report on preterm birth](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/01204_borntoosoon-report.pdf). Erişim tarihi: 25.09.2018, [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/01204\\_borntoosoon-report.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/01204_borntoosoon-report.pdf).
- Erickson C, Kattelmann K, Remington J, Ren C, Helseth CC, Stevens DC. (2011). Traditional open-bay versus single-family room neonatal intensive care unit: a comparison of selected nutrition outcomes. *Research and Reports in Neonatology*, 1,15-20.
- Fegram L. (2006). Nurses as moral practitioners encountering parents in the neonatal intensive care unit. *Nursing Ethics*, 12,52-64.
- Gardner S, Goldson E. (2002). *The neonate and the environment*. 5th ed. Mosby.
- Goubet N, Strasbaugh K, Chesney J. (2007). Familiarity breeds content? Soothing effect of a familiar odor on full-term newborns. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 28,189-94.
- Graven, S. (2006). Sleep and brain development. *Clinics in Perinatology*, 33,693-706.
- Graven S, Browne JV. (2008). Sensory development in the fetus, neonate, and infant: introductions and overview. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 8, 169-72.
- Jacobs S, Sokol J, Ohlsson A. (2002). The newborn individualized developmental care and assessment program is not supported by meta-analyses of the data. *The Journal of Pediatrics*, 140,699-706.
- Johnson SB, Riley AW, Granger DA, Riis J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics*, 131, 319-327.
- Karakoç Tarı A, Çiğdem Z. (2008). Preterm bebeklerde biberonla beslenmeye geçiş sırasında uygulanan geleneksel ve gelişimsel bakım yönteminin karşılaştırılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1,3-12.
- Lickliter, R. (2011). The integrated development of sensory organization. *Clinics in Perinatology*, 38,591-603.
- Liu W, Laudert S, Perkins B, MacMillan-York E, Martin S, Graven S. (2007). The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27,48-74.
- Ludington-Hoe, S. (2010). Kangaroo Care Is Developmental Care. In: McGrath CKJ, ed. *Developmental Care of Newborns and Infants: A Guide for Health Professionals*. Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses, p. 349-8.
- Maquet P, Smith C, Stickgold R. (2003). *Sleep and Brain Plasticity*. New York: Oxford University Press.
- McGrath, J. (2005). Single-room design in the NICU: making it work for you. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19, 210-211.
- McGrath JM, Cone S, Samra HA. (2011). Neuroprotection in the preterm infant: further understanding of the short- and long-term.
- Moon C. (2011). The role of early auditory development in attachment and communication. *Clinics in Perinatology*, 38,657-669.
- Phillips, R. (2013). The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13,67-72.
- Picheansathian W, Woragidpoonpol P, Baosoung C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiologic development: a systematic review. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 7, 224-259.
- Potts NL, Mandlco B. (2012). *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*.
- Rattaz C, Goubet N, Bullinger A. (2005). The calming effect of a familiar odor on full-term newborns. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26,86-92.



- Rees S, Harding R, Walker D. (2011). The biological basis of injury and neuroprotection in the fetal and neonatal brain. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 29, 551-563.
- Resmî Gazete. (2017). Yenidoğan yoğun bakım servislerinin asgari donanım, personel ve hizmet standartları. 22/03/2017 tarih ve 30015 sayılı.
- SB 2019. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk\\_ergen\\_db/dokumanlar/istatistikler/premat ure.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/premat ure.pdf)
- Shahheidari M, Homer C. (2012). Impact of the design of neonatal intensive care units on neonates, staff, and families: a systematic literature review. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26, 260-266.
- Tandberg BS, Sandtro HP, Vardal M, Ronnestad A. (2013). Parents of preterm evaluation of stress and nursing support. *Journal of Neonatal Nursing*, 19, 6, 317-26.
- Twohig A, Reulbach U, Figuerdo R, McCarthy A, McNicholas F, Molloy EJ. (2016). Supporting preterm infant attachment and socioemotional development in the neonatal intensive care unit: staff perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 37, 2, 160-71.
- Uludağ A, Ünlüoğlu İ. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4, 3, 19-26.
- Vanderbilt D, Gleason M. (2012). Mental health concerns of the premature infant through the lifespan. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 19:211.
- Visscher MO, Adam R, Brink S, Odio M. (2015). Newborn infant skin: physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33,3,271-280.
- Visscher, M. (2014). A practical method for rapid measurement of skin condition. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 14,147-152.
- Wachman EM, Lahav A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 96,305-309.
- Walker SM. (2014). Neonatal pain. *Pediatr Anesth*, 24,39-48.
- White, R. (2012). Recommended standards for newborn ICU design. [www.nd.edu/nicudes](http://www.nd.edu/nicudes).
- White R, Smith J, Shepley M. (2013). Recommended standards for newborn ICU design, eighth edition. *Journal of Perinatology*, 33, 2-16.
- Yolande N, Roslyn B. (2012). Neonatal assessments for the preterm infant up to 4 months corrected age: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 129-139.
- Zwicker JG, Grunau RE, Adams E, Chau V, Brant R, Poskitt KJ et al. (2013). Score for neonatal acute physiology-II and neonatal pain predict corticospinal tract development in premature newborns. *Pediatric Neurology*, 123-9.

Derleme/ Review

## Gestasyonel Diyabetin Tanısında Güncel Yaklaşım, Gebelere Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirenin Rolü

### Current Approach in Diagnosis of Gestational Diabetes, Healthy Lifestyle Behaviors for Pregnant Women and Role of Nurse

Neslihan İlgen<sup>1</sup>  Derya Yüksel Koçak<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çorum, TÜRKİYE

**Geliş tarihi/ Date of receipt:** 28/11/2019 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 30/12/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online** 31/12/2019

#### ÖZET

Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) gebe kadında glukoz metabolizmasının bozulmasıdır. Dünyada ve ülkemizde GDM prevalansı artış göstermektedir. GDM'de meydana gelen kontrolsüz hiperglisemi anne ve yenidoğanda komplikasyonlara sebep olmaktadır. GDM tanısı Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) sonuçları temel alınarak koyulmaktadır. OGTT tek ve iki aşamalı olarak iki farklı yöntemle uygulanmaktadır. GDM komplikasyonlarının önlenmesinde gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemek önemlidir. Beslenme, diyet, egzersiz, stresle baş etme, kendi kendine kan glukoz takibi yaparak sağlık sorumluluğu alma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları GDM yönetiminde etkili olmaktadır. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi, postpartum dönemde oluşabilecek komplikasyonları, doğum sonrasında kadın hayatının ilerleyen dönemlerinde tip 2 diyabet veya sonraki gebeliklerde tekrarlayan GDM gelişme riskini önlemektedir. Bu derlemede GDM tanısına yönelik güncel sınıflandırma ve gebelere yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hemşirenin rolü ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Gestasyonel Diyabetes Mellitus, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hemşirelik

#### ABSTRACT

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is an disruption, of glucose metabolism in pregnant women. The prevalence of GDM is increasing in the world and in our country. Uncontrolled hyperglycemia in GDM causes complications in the mother and newborn. The diagnosis of GDM is made based on OGTT results. OGTT is applied in one and two stages with 2 different methods. Adopting healthy lifestyle behaviors during pregnancy is important in preventing GDM complications. Healthy lifestyle behaviors such as nutrition, diet, exercise, coping with stress, taking health responsibility by self-monitoring blood glucose are effective in GDM management. In addition, the adoption of healthy lifestyle behaviors prevents the complications that may occur in the postpartum period, the risk of developing type 2 diabetes in the later stages of female life after pregnancy or recurrent GDM in subsequent pregnancies. In this review, current classification for GDM diagnosis and healthy lifestyle behaviors towards pregnant women and the role of nurse are discussed.

**Keywords:** Pregnancy, gestational diabetes mellitus, healthy lifestyle behaviors, nursing

**ORCID IDs of the authors:** N.İ. 0000-0002-5405-6806 ; D.Y. 0000-0001-6890-6755

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**

Dr. Öğr. Üyesi Derya Yüksel Koçak

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çorum, TÜRKİYE

**e-posta/e-mail:** [deryayuksel.guvenc@gmail.com](mailto:deryayuksel.guvenc@gmail.com)

**Atıf/Citation:** İlgen N, Koçak DY. (2019). Gestasyonel Diyabetin Tanısında Güncel Yaklaşım, Gebelere Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirenin Rolü. Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(2), 181-193.

## Giriş

DM Gebelik döneminde başlayan veya ilk kez gebelik döneminde tanılan herhangi bir glikoz intolerans bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (ADA, 2012). GDM'nin anne ve bebek sağlığı üzerine olumsuz etkileri vardır. Anne sağlığı üzerinde sezaryen, preeklempi, obezite, tip 2 Diyabetes Mellitus riskinde artış gibi olumsuz etkiler gösterirken bebeklerde ise makrosomi, çocukluk çağı obezitesi, hipoglisemi, omuz distosisi, tip 2 Diyabetes Mellitus meydana gelebilmektedir (Abebe ve ark., 2017; Sugiyama ve ark., 2017). GDM tanılması ile maternal ve fetal sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sağlanabilir ve oluşabilecek komplikasyonlar önlenir. (Yakut ve Öztürk, 2018). Anne ve bebek sağlığının korunması yanı sıra sağlıklı bir toplum geliştirmek için GDM'nin dikkatle ele alınması, bu alanda kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesi ve bu alanda daha fazla bilimsel çalışmanın yapılması gereklidir.

Diyabetin çeşitlerinden birisi de GDM'dir. Diyabetes mellitus (DM), insülinin pankreasın beta hücrelerinden yetersiz salgılanması veya yetersiz kullanımıyla ilişkili endokrin bir hastalıktır. Pankreastan salgılanan insülin glukozun kandan hücre içine geçişini ve glukozun hücreler tarafından enerji için kullanılmasını sağlar. Böylece kandaki fazla glukoz değerini normale düşürür (Taşkın 2016). DM fizyopatolojisi temelde pankreastaki beta hücrelerinden insülinin yetersiz salgılanması ve glukozun hücre içine girişinin engellenmesi sonucu plazmadaki glukoz düzeyinde artış ile açıklanır. Glukozsuz kalan vücut hücreleri enerjisini karşılamak için önce yağları sonra da proteinleri kullanmaya başlar. Yağların yıkılması sonucu ortaya çıkan ürün ketosis iken proteinlerin yıkımı sonucu negatif nitrojen dengesi oluşur. Hücre içine giremeyen glukoz kanda osmotik güç oluşturarak suyun hücrelerden kana geçişine sebep olur. Böylece selüler dehidratasyon gelişir. Glukoz oranının kanda artması, glukozun idrara geçmesine neden olduğundan glukozüri gelişir. Bu siklus selüler dehidratasyon sonucu polidipsi (aşırı susuma), hücrenin yağ ve protein kullanımı sonucu kilo kaybı, suyun kana geçmesiyle

osmotik gücün böbreklerden suyu geri emememesi ile poliüri (aşırı idrar çıkışı), hücrelerin glukozu yetersiz kullanması sonucu polifaji (aşırı acıkma) şeklinde yaşanan 4 temel diyabet belirtisine neden olmaktadır (Taşkın, 2016; Çoban, 2015).

Diyabetin birçok farklı sınıflandırması olmasına rağmen Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association-ADA) diyabetin 4 kategoride Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet, GDM, diğer nedenlere bağlı spesifik tip şeklinde sınıflandırılmaktadır (Association Diabetes AD, 2014). Tip 1 diyabet; pankreasın beta hücrelerindeki hasar sonucu insüline bağımlı olarak ortaya çıkan diyabet türüdür. Genellikle çocukluk çağı ve erişkin dönemde ortaya çıkan Tip 1 diyabet otoimmün kaynaklı olarak gelişir. Tip 2 diyabet; insülin sekresyon bozukluğu ve dokuların insülini kullanmaması sonucu genellikle 40 yaş üzeri kişilerde ortaya çıkan ve komplikasyonlara sebep olan diyabet türüdür (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2018). Diğer nedenlere bağlı diyabetin spesifik türleri; Beta hücre fonksiyonunun genetik hasarı, insülin etkisinin genetik hasarı, enfeksiyonlar, ekzokrin pankreas hastalıkları, ilaç ve kimyasal maddelere bağlı oluşan diyabetir (Çoban 2015).

Gestasyonel Diyabet (GDM); gebe kalmadan önce veya gebelikte başlayan, ilk kez gebelikte fark edilen glukoz metabolizmasındaki bozukluktur. Gebeliğin birinci trimesterinde östrojen ve progesteron hormonlarının kandaki seviyesinin artması anne pankreasındaki beta hücrelerinde hiperplaziyi uyarır. Hiperplazi sonucu insülin salgısı artar ve hipoglisemiye yatkınlık gelişir. Bu dönemde gebede bulantı ve kusmaların fazla olması da besin alımını azaltarak hipoglisemiye yatkınlığı artırır. İkinci trimesterde özellikle 20-30. haftalar arası HPL (Humon Placental Lactogen) hormonunun salgılanmasının artması sonucu insülin duyarsızlığı gelişir. Maternal kanda artan aminoasit ve glukoz fetüse geçer. Büyüyen fetüsün etkisiyle insülin dengesi bozulur. Maternal pankreas insülin ihtiyacını karşılayamaz hale gelir ve GDM gelişir (Çoban 2015; Taşkın 2016). Mihvanlı (2015) çalışmasında GDM'de diyabetin gebelik

sırasında ve daha çok HPL hormonunun artışına bağlı ikinci ve üçüncü trimesterde görüldüğünü vurgulamıştır (Mihvanlı ve Mihvanlı, 2015). 2015 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation/IDF) diyabet Atlasında GDM prevalansının en fazla olduğu ülkeler Arap Emirlikleri (%37), İspanya (%32), en az olduğu ülkeler Japonya (%4,1) ve İsveç (%2) olarak sıralanmaktadır. Türkiye’de GDM prevalansı ise %10,9 olarak belirtilmektedir (IDF Diabetes Atlas, 2017). Ayrıca Türkiye’de her yıl gebelerin yaklaşık %3 -25’i GDM tanısı almaktadır (Şen ve ark., 2016).

### **GDM risk faktörleri ve etiolojisinde etkili olan faktörler**

Vücut kitle indeksinin artması ( $VKİ \geq 30$ ), makrozomi, GDM öyküsü, ailesel diyabet öyküsü, hipertansiyon ve sedanter yaşam, stres, obezite, çoğul gebelik, makrozomik bebek öyküsü, GDM öyküsü, adölesan gebelik ve ileri anne yaşı olarak sıralanmaktadır (Hod ve ark, 2015; Association Diabetes AD, 2018). Lee ve ark.’larının (2018) Asyalı gebelerle yaptığı çalışmada GDM risk faktörleri;  $VKİ \geq 25$  olması (%3.25), hipertansiyon (%3.20), diyabet öyküsü (%2.27), polikistik over sendromu (%2.33), makrozomi (%4.41), konjenital anomali (%4.25 olarak belirlenmiştir (Lee ve ark., 2018)

GDM tanısı Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) ile belirlenmektedir. GDM tanısında tek ve iki aşamalı OGTT uygulanmaktadır (ADA, 2002). Gestasyonel Diyabet, risk faktörleri ortadan kaldırıldığında veya düzenlendiğinde engellenebilir bir sağlık sorunudur (Dursun ve Kızıltan, 2019). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bakım, eğitim, danışmanlık rolleri bulunan hemşireler prekonsepsiyonel dönem, prenatal dönem ve postpartum dönemde GDM’nin önlenmesi, yönetimi ve maternal ve fetal komplikasyonları önlemede etkili olmaktadır. Hemşireler diyet düzenlemesi, kilo kontrolü ve kilo kaybı, egzersiz, GDM gelişmesi halinde ise kan glukoz takibi gibi konularda rollerini üstlenmektedir.

Bu derlemede Gestasyonel diyabetin tanısında güncel yaklaşım, gebelere yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hemşirenin rolü hakkında literatür bilgisi kapsamında bilgi vermek amaçlanmıştır.

### **GDM Tanılanması ve Tanı Kriterleri**

Gebelikte Diyabetes Mellitus prevalansının artması nedeniyle günümüzde GDM’nin tanılanması prenatal bakımın vazgeçilmez bir parçası olmuştur. GDM’nin tanılanması ile maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesi mümkündür. Gebelikte diyabetin taramasında tek aşamalı ve iki aşamalı olarak yapılan iki farklı Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) bulunmaktadır. ADA güncel kılavuzuna göre tek aşamalı testte gebelere 75 gr OGTT uygulanmaktadır. Uygulama sonrası açlık kan şekeri 92 mg/dl’nin altında ise sonuç normaldir. Kan şekeri 1.saat sonrası sınır değeri 180 mg/dl 2 saat sonra sınır değeri 153 mg/dl’dir. İki aşamalı testte 50 gr glukoz ile ön tarama testi uygulanır.1.saat sonunda kan şekeri miktarı 140 mg/dl altında ise sonuç normaldir. Kan şekeri 1. saatin sonunda 140-180 mg/dl arasında ise 100 gr OGTT testi yapılır. 100 gr OGTT testi sonucunda açlık kan şekeri 95-105 mg/dl üzerinde, 1. saat kan şekeri 180-190 mg/dl ve 2. saat 155-165 mg/dl, 3. Saat 140-145 mg/dl üzerinde ise gebeye GDM tanısı konulur (Association Diabetes AD, 2013). Test günün herhangi bir saatinde yapılabilir. Eğer gebede diğer risk faktörleri mevcut ise testin 3. trimesterde tekrarlanması önerilmektedir (Çoban, 2015).

National Institute for Healty and Care Excellence (NICE) risk grubundaki kadınlara GDM teşhisi koyabilmek için 75 gr OGTT testinin yapılmasını önermektedir. Önceki gebeliğinde diyabeti olan kadınlara OGTT testi hakkında bilgi verilmesi gerektiğini, kadının kendi kendine kan şekeri takibi yapması gerektiğini, OGTT sonuçları normal ise 24-28. gebelik haftalarında OGTT’yi tekrarlamasının yararlı olmadığını önermektedir (NICE, 2015)

Tablo 1. OGTT tanılamasında kullanılan değerler

ADA	ACOG	CDA	IDF	NICE
<b>TEK AŞAMALI</b> 8 saatlik açlık sonrası			8 saatlik açlık sonrası	75 gr tek aşamalı testi önermektedir
75 gr OGTT  İlk ölçümden bir ve iki saat sonra Açlık 92 mg/dl 1. saat: 180 mg/dl 2. saat: 153 mg/dl		75 gr OGTT  Açlık <95 mg/dl 1. saat <140 mg/dl 2. saat <120 mg/dl	75 gr OGTT  İlk ölçümden 1 ve 2 saat sonra Açlık 92 mg/dl-125 mg/dl 1. saat ≥ 180 mg/dl 2. saat ≥ 153 mg/dl	75 gr OGTT  Açlık < 95 mg/dl 1 saat sonra <140 mg/dl 2 saat sonra <115 mg/dl
<b>İKİ AŞAMALI</b> 50 gr OGTT  İlk ölçümden 1 saat sonra ≥140 mg/dl ise 100 gr OGTT yapılır. Açlık ölçümü 95-105 mg/dl 1 saat sonra 180-190 mg/dl 2 saat sonra 155-165 mg/dl 3 saat sonra 140-145 mg/dl üzerinde ise tanı konulur.	İki aşamalı testi önermektedir.  Açlık 95 mg/dl 1 saat <140 mg/dl 2 saat <120 mg/dl	İki aşamalı testi önermektedir.  50 gr OGTT İlk ölçümden 1 saat sonra ≥140 mg/dl ise 75 gr OGTT uygulanır. Açlık 95 mg/dl 1 saat sonra 191 mg/dl 2 saat sonra 160 mg/dl Saat sonra 160 mg/dl üzerinde ise tanı konulur.		

Amerikan Diyabet Derneği OGTT'nin gebeliğin 24-28. haftalarında yapılmasını önermektedir (Association Diabetes AD, 2015). Yapılan çalışma sayısının sınırlı olması nedeniyle tanılama yöntemlerine ilişkin farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Örneğin; GDM tanısı için 50 gr OGTT'nin gerekliliğinin incelendiği 24-28.nci gebelik haftalarında 143

gebe ile yapılan çalışmada gebeler iki gruba ayrılmış, bir gruba 50 gr OGTT diğer gruba 75 gr OGTT uygulanmış, 50 gr OGTT sonucu pozitif olanlara 100 gr OGTT uygulanmıştır. İki yöntemde de benzer oranlarda GDM tanısı tespit edildiğinden 50 gr OGTT ye gerek olmadığı ileri sürülmektedir (Uyanıkoğlu ve ark., 2016). Bu yaklaşım yüksek risk altında olan gebelerde

maliyet açısından etkindir ve tanılamada zaman açısından avantaj sağlar. 24-28. haftalarında 244 gebenin dâhil edildiği başka çalışmada ise gebeler iki gruba ayrılmış, ilk gruptaki 204 kadına 50 gr OGTT ikinci gruptaki 218 kadına 75 gr OGTT yapılmıştır. Uygulamanın basit olması, ikinci bir aşamaya gerek olmaması, postpartum dönemde uygulanacak testlerle aynı içeriğe sahip olması nedeniyle 75 gr OGTT'nin daha avantajlı olduğu belirtilmektedir (Çiçekli ve ark., 2001).

### **GDM ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Gebelik döneminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürme prekonsepsiyonel, prenatal ve postpartum dönemde maternal ve fetal sağlığı doğrudan etkilemektedir (Lindgren 2001). Hemşirelerin eğitim, danışmanlık ve bakım verici rolleri çerçevesinde toplum sağlığının korunması amacıyla yönelik olarak gebelere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemede aracı olmaları son derece önemlidir (Aksu ve Yurtsev, 2009).

Gestasyonel diyabetin gelişmesinde ailesel ve çevresel faktörler, yaş, obezite, sedanter yaşam etkilidir. GDM'nin önlenmesinde etkili olan faktörler ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları egzersiz, beslenme, uyku düzeni, stres yönetimidir. Sağlık Bakanlığı 2014 yılında yayınladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde gebe gestasyonel diyabet açısından risk taşıyor ise riskli gebelere ilk karşılaşılan gebelik haftasında, plazma glukoz düzeyi 100-126 mg/dl arasında ise glukoz tarama testinin yapılmasını, gebe risk grubunda değilse gebeliğin 24-28. haftaları arasında glukoz tarama testi yapılmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Rehberi, 2014).

Yaşam tarzı değişikliği GDM tedavisinin temel bileşeni olmakla birlikte birçok kadının tedavisinde yeterli olmaktadır (ADA, 2016). Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını etkileyebilecek bütün davranışları kontrol etmesi, günlük hayattaki aktivitelerini düzenlerken sağlık durumuna uygun olan davranış biçimlerini benimsemesi ve davranışa dönüştürmesidir (İlhan ve ark., 2010).

Pender geliştirdiği Sağlığı Geliştirme Modelinde bireyin sağlık davranışlarının yaşamlarını etkilediğini vurgulamıştır. Bu modeli geliştirme amacı kişilerin sağlık davranışını oluşturan faktörleri açıklamak, bu faktörleri değerlendirmek ve faktörlerin belirlenmesinde sağlık profesyonellerine yol göstermektir. Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim, öz yeterlilik olmak üzere 6 başlıkta ele alınmaktadır (Çalık ve Kapucu, 2017).

### **1. Kendi Kendine Kan Glukoz Düzeyi Takibi**

Kan glukoz takibi GDM'nin yönetiminde önemli yere sahiptir ve gebelerin hastalığı yönetebilmeleri ve komplikasyon gelişmesini önleyebilmeleri için kendi kendine kan glukoz düzeyi takibi yapmaları tedaviyi kolaylaştırmaktadır. Buradaki amaç; gebelerin kendi glisemik kontrolünü sağlayabilmeleridir (Çoban 2015). Gebelerin kendi kendine kan glukoz takibini yapması kontrolsüz hiperglisemi ataklarını ve gelişebilecek komplikasyonları önleyebilmektedir (Raman ve ark., 2017). Carolan-Olah'ın (2016) Gebelerde egzersiz, danışmanlık, beslenme, kan glukoz düzeyi takibi gibi sağlıklı yaşam müdahalelerini ele aldığı çalışmada kan glukoz düzeyi takibi ile kan glukoz seviyesinin kontrol altına alınmasının makrozomik bebek ve hipertansiyon gelişimini önlediği belirlenmiştir.

**Hiperglisemiyi ve GDM'ye bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için;** hemşireler gebenin prepartum ve postpartum dönem takiplerini yapmalıdır. Gebenin bakımını üstlenen hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli gebelerde kan glukoz takibinin doğru yapılması konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir. Glukometre cihazının kullanılışı, kan glukozunun hangi aralıklarının normal olduğu, ne sıklıkta ölçüm yapılması gerektiği, sonuçların nasıl kayıt altına alınacağı anlatılmalıdır (NICE 2015). Gebenin tedavisinde insülin kullanması gereken durumlarda ise insülin dozunun nasıl ayarlanacağı, uygulama yeri, şekli ve uygulama

saatlerinin de anlatılması gereklidir. Ayrıca hipoglisemi ve hiperglisemi belirtileri, hangi durumlarda hipoglisemi ve hiperglisemi gelişebileceği, belirtiler ortaya çıktığında gerekli müdahale anlatılmalıdır (Michael ve Cardwell, 2013). Hemşireler sadece bakım verdiği gebenin değil gebeye bakım veren kişilerin de bakım konusundaki eğitim ve danışmanlığından sorumludur. Casson ve ark. (2017) gebenin bakımını üstlenen kişinin kan glukoz düzeyi takibinde yardımcı olmasının, gebenin endişe ve duygularının paylaşılması azaltılmasının ve motivasyon sağlanmasının GDM yönetimini kolaylaştırdığını belirtmektedir (Cosson ve ark., 2017). GDM'li kadınların kendi kendine kan glukoz düzeyi takibinde zorlandıkları, daha fazla destek ve eğitime ihtiyaç duydukları da belirtilmektedir (Ural, 2016).

## 2. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)

Diyabetin yönetiminde önemli rol oynayan tıbbi beslenme tedavisi (TBT) bireylerin beslenme düzenlerini ve yaşam tarzı müdahalelerini ele alarak tedaviyi bireyselleştirmektir. Kişiye özgü sunulan beslenme planı ile GDM'li gebeler glisemik kontrolü sağlayarak gelişebilecek komplikasyonları önleyebilirler (Metin., 2017). GDM'li gebelerin diyetlerinin düzenlenmesine ihtiyaçları vardır ve besinlerin yağ, karbonhidrat, protein içeriğini bilmeleri gerekmektedir. Böylece gebeler kan glukoz düzeyini kontrol altına alabilir ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinebilirler. ADA tüm hamile kadınlar için minimum 175 gr karbonhidrat, 71 gr protein ve 28 gr lif alımını önermektedir (ADA 2018). TBT'ne göre GDM'li gebelerin diyetleri üç ana ve dört ara öğün şeklinde olmalıdır. Alınması gereken karbonhidrat miktarı %45-55, protein %20-25, yağ %25-35 (doymuş yağ %10, trans yağ minimum) olarak belirtilmektedir (Dülger ve ark., 2016). TBT GDM'li gebelerde obeziteyi önlemek için de kullanılmaktadır. Burada önemli olan gebelik öncesi VKİ (Vücut Kitle İndeksi (VKİ>25 kg/m<sup>2</sup>) dikkate alınarak hesaplanmasıdır.

Kilo alımı obez diyabetlilerde günlük 24 kcal/kg, obez olmayan diyabetlilerde günlük ilk trimester için 30 kcal/kg ve ikinci trimester için 35 kcal/kg olarak belirtilmektedir. Kilo alma hızları ise ilk trimesterde ayda 1-2 kg, ikinci trimesterden itibaren haftada 250-500 gr, gebelik boyunca toplam kilo artışının ise 10-12 kg'ı aşmaması gerektiği belirtilmektedir (Alphan, 2017). Aslında yapılan araştırmalarda gebelikte kilo alımı ve GDM gelişimi ile ilgili çalışma sonuçları çelişkilidir. Dülger ve ark. (2016) kadınların gebelik boyunca kilo alımı ile GDM arasındaki ilişkiyi incelemiş, kilo alımının GDM prevalansını artırmadığı aksine az kilo alan grupta daha yüksek oranda GDM görüldüğü belirlenmiştir (Dülger ve ark., 2016).

Hemşireler GDM'li kadınlara özgü beslenme planı oluşturulmasına yardımcı olmalıdır. Beslenme planı fetal, neonatal ve anne sağlığını geliştirmek, uygun gebelik kilo alımını sağlamak ve glisemik hedeflere ulaşmak için gereklidir (ADA 2016). Bu amaçla hemşireler diyet değişiklikleri hakkında kadına önerilerde bulunabilir. Gebelikte sağlıklı beslenme amacıyla yüksek glisemik indeksli besinler yerine düşük glisemik indeksli yiyeceklerin tercih edilmesi önerilmelidir. GDM olan kadınların beslenmeye yönelik profesyonel destek almaları gerektiğini belirtilmelidir (NICE 2015). Bu nedenle, GDM'li gebelerin diyetinin düzenlenmesinde hemşire, ebe, hekim ve bakımında yer alan tüm sağlık personeli işbirliği yapmalıdır.

GDM'li gebelerin diyetlerinde düşük glisemik indeksli (DGI) yiyecekler yer almalıdır. DGI besinlerin sindirimi yavaş olduğundan öğün sonrası glukoz yanıtını dengeler (Çoban, 2015). Yüksek karbonhidrat ve yüksek protein içerikli diyet tedavisinin GDM ile pozitif yönde, bitkisel besinlerden zengin, düşük karbonhidrat içeren diyet tedavisinin ise GDM ile negatif yönde ilişkili olduğu bu yüzden GDM li kadınların diyetlerinde sebze ve meyve tüketimine ağırlık vermelidir. Gebelikte meyve tüketimi ile GDM arasında ilişkinin incelendiği bir çalışmada meyve tüketimi ile GDM arasında ters ilişki olduğu belirtilmiştir (Zhou ve ark., 2019).

Tıbbi beslenme tedavisi içerisinde D vitamini yadsınamaz bir öneme sahiptir. Yapılan çalışmaların birçoğunda D vitamini düşüklüğünün GDM riskini artırdığı ve gebelik süresince D vitamini takviyesinin GDM 'yi kontrol altına almada yararlı olduğu belirtilmektedir (Zhang ve ark., 2018). GDM ile D vitamini ilişkisinin ele alındığı bir sistematik derlemede günlük 400 IU veya 500 IU Serum 25 (OH) D vitamini içeren multivitamini takviyesinin GDM kontrolünde yeterli olduğu belirtilmektedir (Al- Ajlan ve ark.,2018; Zhang ve ark., 2018).

Hemşire, ebe, hekim ve gebenin bakımında yer alan tüm sağlık personeli gebelerde D vitamini düzeyinin kontrolünün yapılması ek olarak gebenin D vitamini düzeyi düşük ise yerine konulmasını sağlamalıdır. Ayrıca gebelere eksternal D vitamini kaynakları ve güneş ışığından etkili yararlanmaya yönelik bilgiler vermelidir

### 3. Egzersiz

Fiziksel aktivite doğrudan ve dolaylı yollarla insülin duyarlılığı ve glukoz homeostazı üzerine etki eden sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biridir. Kas kitlesini artıran egzersizler doku düzeyinde insülin duyarlılığını artırarak glisemik kontrolünü sağlamada yararlı olabilmektedir. Böylece hem açlık hem de öğün sonrası glukoz konsantrasyonlarını azaltarak glukoz homeostazı sağlanır (Öztürk ve Altuntaş, 2015; Aune ve ark.,2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı gebe kadınların haftada en az 150 dakikadan oluşan orta yoğunlukta egzersiz yapmalarını önermektedir (WHO, 2010). GDM'li kadının haftada 3 kez en az 30-60 dakika orta dereceli egzersiz yapması diyabetin kontrolünde yararlıdır. Orta dereceli egzersiz GDM'li kadınların biraz daha keskin nefes almasını sağlayan ve kalp atışlarını orta düzeyde artıran aerobik, tempolu yürüyüş, germe egzersizleri, yoga ve pilates gibi egzersizlerdir (Leng ve ark.,2016). Egzersizlerin haftada en az 3 gün, 20 dakika süreli yapılması ve egzersizler arasında 2 günden uzun mesafe olmaması gerektiği belirtilmektedir. Dalış sporları, ağır pilates, düşme riski olan kayak, at binme, futbol,

basketbol, sörf gibi çok yoğun egzersiz türleri sakıncalı olabilmektedir. Yapılması uygun hafif egzersizler ise pilates, yoga, koşu, oturarak yapılan hareketler ve vücut geliştirme sporu olarak belirtilmektedir (Ural 2016).

Fiziksel aktivite GDM'nin maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesinde büyük role sahiptir. Simmond ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmaya göre; fiziksel aktivite yapan kadınlarda GDM riskinin azaldığı ancak GDM gelişimde tek başına fiziksel aktivitenin yeterli olmadığı belirtilmektedir. Egzersiz ile birlikte TBT almanın ve obezitenin önlenmesinin yarar sağladığı vurgulanmaktadır (Simmond ve ark., 2017).

Gebelikte egzersizin GDM'ye etkisi birçok çalışmada ele alınmıştır. Barakat (2009) 9-13. gebelik haftasında olan gebelerde yaptığı çalışmada haftada üç kez minimum 55-60 dakika yapılan yürüyüş, aerobik, denge hareketlerinin GDM riskini %85 azalttığını (Barakat ve ark., 2009) Junhong ve ark. (2016) ise, 20. gebelik haftasında olan 541 gebe kadına rekreasyonel fiziksel aktivite uygulamış ve GDM riskinde %48 oranında azalma olduğunu göstermiştir (Leng ve ark., 2016).

Carolan- Olah, (2016). GMD yi yönetmek için uygulanan müdahalelerle ilgili çalışmasında, beslenme, egzersize yönelik danışmanlığın GDM'li kadınlarda insülin gereksinimini azalttığı vurgulanmıştır. Hemşire gebelik diyabeti olan kadınlara egzersiz hakkında bilgi vermelidir. Kan glukoz kontrolünü sağlamak için kadınlara yemekten sonra 30 dakika yürüyüş gibi düzenli egzersiz yapmaları gerektiğini söylemelidir (Carolan- Olah, 2016). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından birisi olarak gebelikte egzersiz yapılması GDM önlenmesi ve kontrolü açısından önemlidir.

Bu nedenle hemşireler GDM riski olan gebelere sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin yararları uygun egzersizlerin uygulanması ve sıklığı konusunda bilgi vermeli, gebelikte diyet ve fiziksel aktiviteye yönelik motivasyon sağlamalıdır. Gebelerin gebelik sırasında yapmaması gereken egzersizler anlatılmalı ve oluşabilecek risklerin önüne geçilmelidir (Bain ve ark., 2015). Hemşire, ebe ve sağlık



profesyonellerine burada büyük rol düşmektedir. Gebeye yapması gereken egzersizler, süresi ve sıklığı konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca sadece fiziksel aktivitenin yararından değil, sedanter yaşamın olumsuz sonuçlarını da ele almak gereklidir (Carolan Mary, 2016).

#### 4. Stresle Baş etme Yöntemleri

Stres her türlü olaya karşı bireyin bedeninin uyum sağlamak için gösterdiği tepkiler bütünüdür (Morris, 2002). Stres çevre ve kişilerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı için stresten tamamen uzaklaşmak mümkün değildir. Diyabette olduğu gibi GDM'de kadın genetik, çevresel, fiziksel, ruhsal ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir. Kadının diyabet yönetiminde zorlanması, örneğin tedaviye uyumu ve işbirliğinde sorunlar yaşaması, kadında en çok stres yaratarak hormonal ve endokrin yollarla glukoz homeostazını bozmaktadır. Yaşanan anksiyete sonucu stres hormonları devreye girer. Stresle artmaya başlayan epinefrin ve kortizol hormonu insülinin etkisini azaltarak diyabete sebep olur. Emosyonel gerginlik yaşayan kadın, egzersiz, TBT, kan glukoz düzeyi takibi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uymada güçlük çeker. Bu yüzden GDM de stresle baş etmek önemli bir yere sahiptir (Küçük 2015).

Sürücü ve ark.'nın (2018) Avustralya'da yaptıkları çalışmalarında eğitim seviyesinin stresle baş etme yöntemlerini kullanmada etkili olduğu belirtilmektedir. Buna göre yüksek eğitim düzeyine sahip gebeler etkili başa çıkma yöntemleri ve yeni stratejik yaklaşımlar öğrenme ve uygulama, geleceği hakkında araştırma yapma, sosyal destek arama gibi yöntemleri kullanmaktadır (Sürücü ve ark., 2018). Stresle etkili baş etme yöntemleri GDM yönetimini ve gebenin GDM'nin olası komplikasyonlarından korunmasında da yarar sağlamaktadır (Ölçer ve Oskay, 2015). Hemşireler gebe ve yakınlarını birlikte ele almalı, hangi konularda bilgi eksikliği olduğunu belirleyip o konularda eğitim vermelidir. Böylece hemşireler GDM'ye bağlı gelişebilecek komplikasyonları önleyebilir, maternal ve fetal

sağlığın iyileşmesine katkı sağlayabilir (Surwit ve ark., 2002).

Biyo-psiko-sosyal bir canlı olarak birey birçok faktörden etkilenmektedir. Hemşireler bütüncül yaklaşım ile bireyi ele almalı, gebenin sosyo-demografik özelliklerine ve tıbbi öyküsüne ilişkin bilgiler alınır iken psikososyal risk faktörlerini de sorgulamalıdır. Eğitim seviyesi, gelir, sağlık okuryazarlığı, bilgiye erişim vb. özellikler dikkate alınarak bireye özgü baş etme yöntemleri konusunda danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Hemşireler gebenin karşılaştığı veya karşılaşabileceği stresörlerin farkında olmalı ve önlemler almalıdır. GDM'li gebeye ve yakınlarına stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi gebenin günlük yaşamını düzenleyebilmesi açısından önemlidir. Diyafram solunumu, zihinsel düşünme, biofeedback, gevşeme teknikleri ve masaj stresle başa çıkmada etkili yöntemlerdir. Stresle etkili baş etme yöntemlerini kullanan GDM'li kadınların daha iyi glisemik kontrole sahip oldukları belirlenmiştir (Surwit ve ark.,2002).

Etkisiz baş etme yöntemini kullanan gebelerle iletişim kurmalı, geri bildirim almalı ve soruna yönelik çözüm önerileri sunmalıdırlar (Ölçer ve Oskay, 2015).

#### 5. Uyku Düzeni

Uyku insanın hayatında büyük öneme sahiptir ve insan ömrünün üçte biri uykuda geçmektedir. Uyku alışkanlığının kişiye, cinsiyete, hastalığa, gebeliğe göre değişmektedir. Uyku fizyolojik, bedensel ve metabolik alanda bireylerin hayatını düzenleyerek yaşam kalitesini artırır (Güneş ve ark., 2009). Gebenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri de uyku düzenidir. Gebelik kadın yaşamının doğal bir parçası olmasına rağmen kadınlar bu dönemde fiziksel, ruhsal, metabolik değişiklikler yaşamaktadır. Gebelik süresince kadının yaşamış olduğu sorunlardan bel ağrıları, sık sık tualete çıkma, pelvik basınçta artma gibi şikayetler kadının uyku düzenini ve kalitesini bozmaktadır (Çoban ve Yanıkkören, 2010).

Reutrakul ve ark.'nın (2018) yaptıkları çalışmada düzensiz uykunun glukoz homeostazda bozulma ve insülin direnciyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Reutrakul ve ark., 2018). Türk Diyabet Cemiyeti 2014 yılında yayınladığı raporda da uyku düzeninin bozulmasının diyabet gelişimine, diyabetin de uyku düzeninde bozulmaya sebep olduğu belirtilmektedir (Türk Diyabet Cemiyeti, 2014).

Reutrakul ve ark.'nın (2018) GDM ve uyku süresi arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı bir meta analizde uyku süresi 6-7 saat arası olan gebelerin, uyku süresi 7 saatten fazla olan gebelere göre GDM riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gebelikte kısalmış uyku süresinin GDM ve hiperglisemi riskini artırdığı belirtilmektedir (Reutrakul ve ark., 2018).

Hemşireler kadınlara gebelik öncesi ve gebelik sırasında uyku düzeninin önemini anlatmalı, uyku kalitesini bozan faktörleri belirlemeli, uyku kalitesini artırabilmek için öneriler sunmalıdır. Gebenin uyku davranışlarının düzenlenmesi ve uyku sorunlarının sebep olabileceği maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesi açısından eğitim yararlıdır (Çoban ve Yanıkkeren, 2010). Hemşire, ebe ve sağlık profesyonelleri sağlıklı gebelerde gebeliğe bağlı yaşanan uyku sorunlarının yanı sıra özellikle GDM açısından risk taşıyan veya GDM tanısı olan gebelerin uyku düzeninin daha olumsuz etkilenebileceğini gözardı etmemelidir. Bu alanda görev alan sağlık personeli GDM açısından risk taşıyan veya GDM tanısı olan gebelerin uyku düzeninin sağlanması, uyku sorunlarının belirlenmesi ve çözümüne öncelik vermelidir. Klinik değerlendirmede uyku örüntüsü sorgulanmalı, spesifik ölçüm araçları anamneze eklenerek uyku kalitesi değerlendirilmelidir. Böylece gebenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olarak uyku sağlığı sürdürülür.

## **6. GDM'li Gebelere Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirenin Rolü**

Hemşire GDM'li gebenin sağlığını geliştirme ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir role sahiptir. Gebe ve gebenin bakımını

üstlenen hemşireler bütüncül bir yaklaşımla gebeyi ele almalıdır.

Her gebe prenatal takiplerde diyabet riski açısından değerlendirilmelidir (Şahin ve ark., 2019)

Diyabetli kadınların gebe kalmadan önce normal kan glukoz seviyesinin kontrolü sağlanmalıdır. Kadınlara gebe kalmadan önce gebelikte diyabetin fetal ve maternal olumsuz olabilecek sonuçları hakkında bilgi verilmelidir (Aksu ve Yurtsev, 2009). Hipoglisemi ve hiperglisemi belirtileri, bu durumlarda neler yapılması gerektiği anlatılmalıdır (Deryahan 2019).

Özellikle GDM gelişimini önlemede fetal ve maternal sağlık yönünden başka bir risk yok ise sağlıklı beslenme, egzersiz ve kilo kontrolünün yararlarını anlatılmalıdır (Dülger ve ark., 2016).

Gebelik döneminde kan glukoz seviyesinin normal aralıkta tutulması gerekir. İnsülin tedavisi alan gebelere insülin kullanımı ve hipoglisemi belirtileri hakkında bilgi verilmelidir (Aksu ve Yurtsev, 2009).

Gebelik döneminde dinlenmenin önemi ve yorgunluğun hipoglisemi riski yaratacağı anlatılmalıdır (Aksu ve Yurtsev, 2009) Gebelik döneminde hem diyabetin hem de büyüyen uterusun yaptığı basınç nedeniyle idrar yolu enfeksiyonlarına yatkınlık arttığından gebelere genital hijyen hakkında bilgi verilmelidir (Aksu ve Yurtsev, 2009)

2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde de hemşirenin görevleri; gebenin gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini yapmak, gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde tanılayıp, tedavisini uygulamak ve gerektiğinde sevk etmek, lohusalık döneminde annenin bakımını üstlenmek, ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapmak olarak belirtilmektedir (Türk Hemşireler Derneği, 2011). Bu bilgiler doğrultusunda günümüzde artan prevalansı ile dikkat çeken GDM'nin tanınması, tedavisi, yönetimi ve komplikasyonların önlenmesinde hemşireler önemli görevlere sahiptir.

## Sonuç

GDM maternal ve fetal komplikasyonlara sebep olan bir hastalıktır. GDM tanılmasında kullanılan OGTT testi ile ilgili birçok görüşün olması yanında ADA ve NICE'nin önerdiği 75 gr tek aşamalı OGTT'dir. Bu testin maliyeti ucuz, daha etkin, gebelere uygulanabilirliği açısından kolay olduğu bildirilmiştir. Komplikasyonların önüne geçebilmek için gestasyonel diyabeti olan veya risk altında olan kadınların GDM ile baş etme becerileri kazanmaları sağlığı sürdürmede önemli rol oynamaktadır. Yaşam tarzı değişikliği GDM tedavisinin temel bileşeni olmakla birlikte birçok kadının tedavisi için yeterli olmaktadır. Sağlıklı gebelerde ve GDM gelişen gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları maternal ve fetal sağlığı olumlu etkilemektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gebeye kazandırılması ve sürdürülmesinde sağlık profesyonellerine özellikle de hemşirelere büyük roller düşmektedir. Hemşireler GDM gelişimini önlemek ve GDM'yi kontrol altına almak için gebenin beslenme, kilo kontrolü, egzersiz, uyku, kan glukoz düzeyi takibi, stresle baş etme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemede motivasyon sağlamalıdır. Hemşire GDM'li ve risk altında olan gebelere sağlıklı yaşam biçimi müdahaleleri hakkında eğitim vermelidir. Düzenli olarak yapılan doğum öncesi izlem GDM'nin tanınması ve komplikasyonların önlenmesinde etkili olacağı beklenmektedir.

**Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:** Kullanılan literatür kaynaklar bölümünde gösterilmiştir.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir/kavram: Nİ, DYK; Tasarım: Nİ, DYK; Danışmanlık: Nİ, DYK; Kaynak tarama: Nİ, DYK; Kaynak tarama: Nİ, DYK; Makalenin Yazımı: Nİ, DYK; Eleştirel inceleme: DYK; Yazar katkısı: Nİ, DYK.

**Çıkar çatışması/Conflict of interest:** Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

**Finansal Destek/Financial Disclosure:** Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

## Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- GDM tanılmasında kullanılan güncel yaklaşımlar hakkında bilgi verilmektedir.
- GDM ile baş etme yaşam tarzı değişikliği, GDM tedavisinin temel bileşeni olmakla birlikte birçok kadının tedavisi için yeterli olmaktadır.

## Kaynaklar

- Abebe KZ, Scifres C, Simhan HN, Day N, Catalano P, Bodnar LM. ve ark. (2017). Comparison of two screening strategies for Gestational Diabetes (GDM2) Trial: Design and rationale. *Contemp Clin Trials*, 62(1), 43-9.
- Aksu H, Yurtsev E. (2009). Gebelik, diyabet ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 50-58.
- Al-Ajlan A, Al-Musharaf S, Fouda MA, Krishnaswamy S, Wani K, Aljohani NJ. ve ark. (2018). Lower vitamin D levels in Saudi pregnant women are associated with higher risk of developing GDM. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10,18(1),86. doi: 10.1186/s12884-018-1723-3.
- Alphan, M. E. T. (2017). Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics-Special Topics*, 3(3), 182-189.
- American Diabetes Association (ADA) 2002 Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 25 (Supplement-1), 94-96. Erişim tarihi: 25.12.2019, [https://care.diabetesjournals.org/content/25/suppl\\_1/s94](https://care.diabetesjournals.org/content/25/suppl_1/s94)
- American Diabetes Association (ADA) 2012 Standards of Medical Care in Diabetes, *Diabetes Care*, 36 (Supply 1), 11-63.
- American Diabetes Association (ADA) 2013 Standards of Medical Care in Diabetes, 36 (Supplement-1), 11-66. Erişim tarihi: 25.12.2019, <https://www.ndei.org/ADA-2013-Guidelines-Criteria-Diabetes-Diagnosis.aspx.html>
- American Diabetes Association (ADA) 2014 Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Definition And Description of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 37 (Supplement-1), 81-90. Erişim tarihi: 25.12.2019, [https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement\\_1/S81](https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81)

- American Diabetes Association (ADA) 2015 Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care, 38 (Suppl1), S1-93
- American Diabetes Association (ADA) 2016 Standards of medical care in diabetes, Diabetes Care, 39 (Supplement-1), 4-5. Erişim tarihi: 25.12.2019, [https://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement\\_1.DC/2016-Standards-of-Care.pdf](https://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC/2016-Standards-of-Care.pdf)
- American Diabetes Association (ADA) 2018 Management of diabetes in pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 41(Supplement-1), 137-143. Erişim tarihi: 25.12.2019, [https://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement\\_1/S137](https://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement_1/S137)
- American Diabetes Association (ADA) 2018. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 41 (Supplement-1), 13-27. Erişim tarihi: 25.12.2019, [https://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement\\_1/S13](https://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement_1/S13)
- Aune D, Sen A, Henriksen T, Saugstad OD, Tonstad S. (2016). Physical activity and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and dose-response meta-analysis of epidemiological studies. Eur J Epidemiol, 31(10), 967-997.
- Bain E, Crane M, Tieu J, Han S, Crowther CA, Middleton, P. (2015). Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. Cochrane Database of systematic reviews, 12 (4), CD010443.
- Barakat R, Ruiz JR, Stirling JR, Zakynthaki M, Lucia, A. (2009). Type of delivery is not affected by light resistance and toning exercise training during pregnancy: a randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 201(6), 590-e1.
- Carolan-Olah MC. (2016). Educational and intervention programmes for gestational diabetes mellitus (GDM) management: An Integrative Review, Collegian, 23(1), 103-114.
- Cosson E, Baz B, Gary F, Pharisien I, Nguyen MT, Sandre-Banon D. ve ark. (2017). Poor reliability and poor adherence to self-monitoring of blood glucose are common in women with gestational diabetes mellitus and may be associated with poor pregnancy outcomes. American Diabetes Association. Diabetes Care, 40(9), 1181-1186.
- Çalık A, Kapucu S. (2017). Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(2), 62-75.
- Çiçekli K, Koç S, Çalışkan E, Kayıkçıoğlu F, Haberal A. (2001). Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanısında ve Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesinde Elli Gram ve Yetmiş beş Gram Oral Glukoz Tolerans Testlerinin Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Journal of Clinical Obstetric and Gynecology 11(3), 142-8.
- Çoban A, Yanıkkeren E. (2010). Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk. Ege Tıp Dergisi, 49(2), 87-94.
- Çoban A. (2015). Riskli Gebelikler, Şirin A & Kavlak O, Kadın Sağlığı, Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, s.324.
- Deryahan A. (2019). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Gestasyonel Diyabet İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. NICE guideline.(2015).<https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>.
- Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. (2018). Ulusal Diyabet Konsensüs Grubu. [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet\\_Tani\\_ve\\_Tedavi\\_Rehberi\\_2018.pdf](https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf)
- Dursun E.M.A, Kızıltan G. (2019). Gestasyonel Diyabet ve Risk Faktörleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD, 4(2), 132-146.
- Dülger Ö, Özcan J, Savan K, Uluğ, U. (2016). Gebelik Boyunca Az Kilo Alımı Gestasyonel Diyabet Riskini Artırır mı?. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology, 26(3), 129-133.
- Güneş Z, Körükcü Ö, Özdemir G. (2009). Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2), 10-17.
- Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC. ve ark. (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131, 173-211.

- International Diabetes Federation IDF Diabetes Atlas 2015. Erişim Tarihi: 06.04.2017, <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>
- İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3(3), 34-44.
- Küçük, L. (2015). Diyabetin Ruhsal Boyutu. Okmeydanı Tıp Dergisi, 31 (Ek sayı), 52-56.
- Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, Yee A, Hoo FK, Chia YC. ve ark. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth, 18(1), 494.
- Leng J, Llu G, Zhang C, Xin S, Chen F, Li B. ve ark., (2016). Physical activity, sedentary behaviors and risk of gestational diabetes mellitus: a population-based cross-sectional study in Tianjin, China. European Journal Of Endocrinology, 174(6), 763-73.
- Lindgren K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, perinatal depression and health practices in pregnancy. Research in Nursing & Health, 24(3), 203-17.
- Metin, S. (2017). Gestasyonel diyabette güncel tedavi yaklaşımları. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 1-14.
- Michael S. Cardwell MD. (2013). Improving medical adherence in women with gestational diabetes through self-efficacy. Clinical Diabetes, 31(3), 110-115.
- Mihmanlı V, Mihmanlı M. (2015). Diabetes mellitus ve gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi, 31 (Ek sayı), 17-22.
- Morris, C.G. (2002). Understanding Psychology. [Psikolojiyi anlamak: Psikolojiye giriş]. Translation: HB Ayvaşık, M. Sayıl) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 23, 525-567.
- Ölçer Z, Oskay Ü. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. HEAD, 12(2), 85-92
- Öztürk F, Altuntaş Y. (2015). Gestasyonel Diabetes Mellitus. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 49(1), 1-10.
- Raman P, Shepherd E, Dowswell T, Middleton P, Crowther CA. (2017). Different methods and settings for glucose monitoring for gestational diabetes during pregnancy. Cochrane Database of systematic reviews, 10, CD0 11069.
- Reutrakul S, Anothaisintawee T, Herring SJ, Balserak BI, Marc I, Thakkinstian A. (2018). Short sleep duration and hyperglycemia in pregnancy: Aggregate and individual patient data meta-analysis. Sleep Medicine Reviews, 40, 31-42.
- Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. (2014). <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>
- Simmons D, Devlieger R, Van Assche A, Jans G, Galjaard S, Corcoy R. (2017). Effect of physical activity and/or healthy eating on GDM Risk: The DALI Lifestyle Study. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(3), 903-913.
- Sugiyama MS, Cash HL, Roseveare C, Reklai R, Basilius K, Madraisau S. (2017). Assessment of gestational diabetes and associated risk factors and outcomes in the Pacific Island Nation of Palau. Maternal and Child Health Journal, 21(10), 1961-6.
- Surwit RS, Van Tilburg MA, Zucker N, McCaskill CC, Parekh P, Feinglos MN. ve ark. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 25(1), 30-4.
- Sürücü HA, Besen DB, Duman M, Yeter Erbil E. (2018). Coping with stress among pregnant women with gestational diabetes mellitus. Journal of Caring Sciences, 7(1), 9-15.
- Şahin M, Kahraman BY, Bekar M. (2019). Gestasyonel Diyabette Hemşirenin Prenatal Bakımdaki Rolü. Hastane Öncesi Dergisi, 4(1), 23-32.
- Şen C, Yayla M, Api O, Yapar Eyi EG, Ülkümen BA. (2016). Diabetes in pregnancy: diagnosis and treatment. Practice Guidelines of Turkish Perinatology Society. Perinatal Journal, 24(2), 110-127.
- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 15. baskı, Ankara, Akademisyen Kitapevi, s.259.
- Türk Diyabet Cemiyeti 2014 Diyabet ve Uyku Bozuklukları. Erişim tarihi: 25.12.2019, <http://www.diabetcemiyeti.org/c/diyabet-ve-uyku-bozukluklari>
- Türk Hemşireler Derneği 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim tarihi: 25.12.2019, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliğinde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>.

- Ural, A. (2016). Gestasyonel diabetes mellitus ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(2), 120-127.
- Uyanıkoğlu H, İncebiyık A, Karakaş EY. (2016). Gestasyonel Diyabet Taramasında 50 gram Glukoz Yükleme Gereklı mı?. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 21(1), 60-63.
- World Health Organization 2010 Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization. Erişim tarihi:25.12.2019, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1)
- Yakut K, Öztürk M. (2018). Gestasyonel diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin, American College of Obstetricians and Gynecologists,131:e49–64.
- Zhang Y, Gong Y, Xue H, Xiong J, Cheng G.(2018).Vitamin D and gestational diabetes mellitus: a systematic review based on data free of Hawthorne effect. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 125(7), 784-793.
- Zhou X,Chen R, Zhong C, Wu J, Li X, Li Q. ve ark. (2019). Fresh fruit in pregnancy and the association with gestational diabetes mellitus:a Prospective Cohort Study. Nutrition, 60,129-135

## ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri

### Enhanced Recovery After Surgery

Seda Birlikbaş<sup>1</sup>  Nurgül Bölükbaş<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu TÜRKİYE

<sup>2</sup> Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ordu, TÜRKİYE

**Geliş tarihi/ Date of receipt:** 20/11/2019 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 30/12/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online** 31/12/2019

#### ÖZET

Son yıllarda, cerrahi yöntemleri ve anestezi tekniklerinde önemli derecede gelişme olmuştur. Bu alanlardaki geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak “cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS-Enhanced Recovery After Surgery)” ya da diğer ifadeyle “hızlandırılmış cerrahi süreç (Fast Track Surgery-FTS)” gibi bakım paketleri oluşturulmuştur. Bu bakım paketleri perioperatif dönemdeki hasta bakımında kanıt dayalı uygulamaları esas alır. ERAS protokollerinin temel hedefi; ameliyat öncesi dönemdeki organ fonksiyonlarının korunmasını sağlayarak cerrahiye bağlı stres yanıtını azaltmak ve ameliyat sonrası erken iyileşmeyi sağlamaktır. ERAS protokolünün unsurları arasında *cerrahi öncesi*; hastanın bilgilendirilmesi, oral karbonhidrat yüklemesi, premedikasyon ve mekanik bağırsak temizliği yapılmaması, *cerrahi sırasında*; midtorakal epidural analjezi, kısa etkili anestezi protokolü, minimal invazif cerrahi, *cerrahi sonrası*; erken beslenme ve mobilizasyon, narkotik olmayan analjeziklerin kullanımı gibi uygulamalar sayılabilir. ERAS protokolü, cerrahlar, hemşireler, anestezi uzmanları, diyetisyenler ve fizyoterapistlerin işbirliği içinde çalışmasını gerektirmektedir. ERAS protokolü ile sağlık maliyetleri, hastanede yatış süresi ve komplikasyon oranlarında azalma sağlandığı kanıtlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** ERAS Protokolleri, Hemşirelik, Kanıt Dayalı Uygulamalar

#### ABSTRACT

In recent years, there has been a significant improvement in surgical techniques and anesthesia techniques. Unlike conventional approaches in these areas, care packages such as accelerated recovery after surgery (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) or accelerated surgery process (Fast Track Surgery, FTS) have been created. These care packages are based on evidence-based practices in perioperative patient care. The main target of ERAS protocols is to decrease the stress response due to surgery by providing protection of organ functions in the preoperative period and to provide early postoperative recovery. Elements of the ERAS protocol include in *preoperative period*; informing the patient, oral carbohydrate loading, premedication and lack of mechanical bowel cleansing, in *intraoperative period*; midtorakal epidural analgesia, short-acting anesthesia protocol, minimally invasive surgery, in *postoperative period*; early feeding and mobilization, use of non-narcotic analgesics. The ERAS protocol requires the collaboration of surgeons, nurses, anesthesiologists, dieticians and physiotherapists. ERAS protocol has been shown to reduce health costs, length of hospital stay and complication rates.

**Key words:** ERAS Protocols, Nursing, Evidenced-Based Practices, nursing

**ORCID ID of the author:** S.B. 0000-0003-1909-1099; N.B. 0000-0001-5684-8359

**Sorumlu yazar/Corresponding author:**

Doç.Dr. Nurgül Bölükbaş

Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Ordu TÜRKİYE

**e-posta/e-mail:** [nurbol\\_52@hotmail.com](mailto:nurbol_52@hotmail.com)

**Atıf/Citation:** Birlikbaş S, Bölükbaş N. (2019). ERAS Rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(3), 194-205.

## Giriş

ERAS, “Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası İyileşmeyi Hızlandırma)”ın baş harflerinden oluşan, işlevsel iyileşmeyi hızlandırma ve ameliyat sonrası sonuçların optimize edilmesi amacıyla kanıta dayalı uygulamalar eşliğinde kullanılan, perioperatif bakım (ameliyat öncesi, sırası ve sonrası) protokollerini de içeren bir terimdir (Polat, 2019). Bu terim Amerika’da “Fast Track Surgery-FTS (Hızlandırılmış Süreç)” olarak da adlandırılmaktadır (Gündoğdu, 2016).

Danimarkalı Prof. Henrik Kehlet, bu protokollerin geliştirilmesinde öncü olmuştur. Kehlet’in 1997’de başlattığı çalışmaları sonucunda ilk sonuçları iki yıl sonra yayımlandı. Ardından Fearon ve Ljunqvist, bu durumun kanıta dayalı tıp ilkelerine göre incelenmesi ve değerlendirilmesini yapmak amacıyla, 2001’de Kuzey Avrupa ülkelerinden (Hollanda, İskoçya, İsveç, Norveç, Danimarka) bir çalışma ekibi oluşturdu. Çalışma ekibi cerrahi strese metabolik cevabı modifiye ederek ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırma ve komplikasyonları azaltma üzerine odaklandı. Bu ekip, bir yıl boyunca protokolü iyileştirmek için çalıştı ve sonuç olarak elektif kolorektal cerrahide güncel uygulamaları barındıran bir öneri paketi oluşturarak 2005 yılında yayımlandı. ERAS çalışma ekibi, 2010 yılında Stockholm merkezli uluslararası bir derneğe dönüştü ve “ERAS Derneği (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care)” ismini aldı. ERAS Society, Cannes’de 2012 yılında ilk uluslararası kongresini yaptı ve yine aynı yıl ilk rehberlerini de yayımlandı (Gündoğdu, 2016). Protokolün ana felsefesi, cerrahi travma sonucu oluşan metabolik stresi azaltmak, fonksiyonların en kısa sürede normale dönmesini sağlayarak, hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönüş sürecini kısaltmaktır. ERAS ekibinin başrol oyuncularını cerrah, hemşire ve anesteziyologdur. Fizyoterapist ve diyetisyen de ekibin diğer kilit üyeleridir. Süreçte görevli olan sağlık çalışanları, 15 günde bir kez toplanarak gerekli değerlendirmeleri yapmalı ve eğitim çalışmaları düzenlemelidir (Gündoğdu, 2019).

Varandhan ve ark. (2010)’nın, 1966-2009 arası konu ile ilgili yapılan araştırmaları taradıkları bir meta-analiz çalışmasında, ERAS protokolünün ameliyat sonrası görülen komplikasyonları %50 oranında azalttığı ve bakım süresini %30 oranında kısalttığı gösterilmiştir. Öndeş Bayar ve ark. (2013)’nin, 40 hasta ile yürüttüğü çalışmada, deney grubundaki hastalara ERAS protokolü uygulanmış, kontrol grubundakilere ise uygulanmamıştır. Çalışma sonucunda, hastaların hastanede kalış sürelerine göre iki grup arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir. Bozkırlı ve ark. (2012)’nin, kolorektal operasyon geçiren 90 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada; ERAS protokolü uygulanan tüm hastaların, oral gıdaya başlama zamanı, hastanede kalış süresi, operasyona bağlı olarak gelişen komplikasyonlar, mortalite ve gastrointestinal tolerans ile ilgili verileri incelenmiş ve literatürdeki sonuçlar ile karşılaştırılmıştır. Araştırma bulgularına göre; hastaların ameliyat sonrası erken dönemde oral gıdaya başladığı, hastanede kalış sürelerinin önemli oranda azaldığı, anastomoz kaçağı, ileus gibi majör komplikasyonların görülme sıklığında azalma olduğu saptanmıştır.

Cerrahi hemşireleri, perioperatif dönemin tüm aşamalarında aktif rol aldıkları için, güncel ve kanıta dayalı bir yaklaşım olan ERAS protokolüne adapte olmaları gerekmektedir. ERAS protokolü, hemşirelerin bağımlı rollerinin yanı sıra bağımsız rollerini de barındıran uygulamalardan oluşan bir modeldir (Kabataş ve Özbayır, 2016). ERAS protokolünde *cerrahi hemşirelerinin odaklanması gereken temel nokta*; hastaların hastanede yatış sürelerinin kısalması nedeniyle hasta taburculuk eğitimi olmalıdır. Bu bağlamda cerrahi hemşireleri güncel ve yeni gelişmeleri yakından takip etmelidirler (Çilingir ve Candaş, 2017).

## ERAS Protokolü

ERAS protokollerinin temelini; cerrahiye bağlı stresin azaltılması, ameliyat sonrası süreçte fizyolojik işlevlerin korunması ve erken



mobilizasyonun sağlanması oluşturur. Geleneksel uygulamalar nedeniyle hastalar, hastanede daha uzun süre kalabilmektedir. Bu durumun iyileşme üzerine olan olumsuz etkisi sebebiyle cerrahi sonrası görülebilecek sorunları azaltmayı hedefleyen ve kanıta dayalı olan ERAS protokolleri oluşturulmuştur (Tunç Tuna ve Kurşun, 2018). ERAS protokolleri, bir hastanın ameliyat öncesi dönemde poliklinikte başlayan ve taburculukla birlikte evinde son bulan yolculuğunun tümünü kapsayan uygulamaları içerir. ERAS rehberleri ilk olarak kolorektal cerrahi için uygulanmıştır. Daha sonra, jinekolojik/onkoloji, kalp cerrahisi, akciğer cerrahisi, üroloji, diğer gastrointestinal cerrahi (mide, pankreas, hepatobiliyer, bariatrik, pelvik/rektal cerrahi) uygulanan hastalara yönelik olarak da kılavuzlar geliştirilmiştir (ERAS Türkiye Derneği, 2019).

### ERAS Protokolünün Öğeleri

ERAS protokolleri geleneksel ve dogmatik anestezi ve cerrahi uygulamalarının sınırlarını aşmakta ve köklü yenilikler getirmektedir. Protokolün içeriği, perioperatif dönemde uygulanacak 20'den fazla kanıta dayalı ana başlıkları içerir (Tablo 1). ERAS Society tarafından sistemlere göre düzenlenen rehberlerde bu öğeler, küçük farklılıklar içerecek şekilde kategorize edilmiştir (Gündoğdu, 2019).

### Ameliyat Öncesi Öğeler

ERAS protokolünün bu evresi sekiz maddeyi içermektedir:

#### *Hastanın Bilgilendirilmesi*

Ameliyat öncesi dönemde hastanın ameliyata ilişkin korku ve kaygıları olabilmektedir. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi dönemde, sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmesi büyük önem arz etmektedir (Gündoğdu, 2019). Bu bilgilendirmenin içeriği; ameliyat öncesi hazırlık, hastanın hastanede kalacağı zaman, ağız yoluyla beslenme, ağrı, ameliyat sonrası dönem kısıtlamaları ile ilgili detaylı bilgileri içermelidir. Bunların yanı sıra hastanın iyileşme sürecine aktif katılımı

sağlamalıdır. Bu girişimlerin sonucu olarak hasta, daha az anksiyete hissedecektir (Demirhan ve Pınar, 2014). Hasta eğitimi aynı zamanda hastanın analjezik ihtiyacını da azaltmakta ve hasta ile sağlık profesyonelleri arasında iyi bir iş birliği ilişkisi oluşturmaktadır (*kanıt düzeyi orta, öneri düzeyi güçlü*). Hastanın ameliyat öncesi bilgilendirilme aşaması, sadece cerrahları değil, aynı zamanda hemşire, fizyoterapist, diyetisyen gibi diğer sağlık profesyonellerini de içermelidir (Kruzik, 2009; Gustafsson ve ark., 2019)

Çetinkaya ve Karabulut (2010), “batın ameliyatı olacak hastalara verilen ameliyat öncesi eğitimin hastaların ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi” başlıklı yarı deneysel bir çalışmada, ameliyat öncesi eğitim verilen hasta grubunun ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyi, eğitim verilmeyen hasta grubuna göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur.

#### *Ameliyat Öncesi Mekanik Bağırsak Temizliği Yapılmaması*

Mekanik bağırsak temizliğinin, elektif kolon cerrahisinde rutin olarak uygulanmasından kaçınılmalıdır (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*). Çünkü mekanik bağırsak temizliği, hastaların dehidratasyon ve ileus gibi komplikasyon oranını arttırmaktadır (Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2019).

Oral mekanik bağırsak temizliğinin, anastomoz kaçağı durumunda sepsis riskini azalttığı düşünülmektedir. Yapılan meta analizler, kolorektal işlem yapılan hastalarda, mekanik bağırsak temizliği uygulanmamasının güvenli olduğunu tavsiye etmekte ve anastomoz kaçağı durumunda sepsisin arttığını gösteren herhangi bir sonuç bulunmamaktadır. Ayrıca mekanik bağırsak temizliği, yaşlılar gibi bazı hasta gruplarında sıvı dengesizliği gibi ciddi yan etkilere sebep olabilmektedir (Slim ve ark., 2009).

Rollins ve ark. (2018)'nin kolorektal cerrahide bugüne kadar yapılmış en kapsamlı meta-analiz çalışmalarında, ameliyat öncesi yapılan mekanik bağırsak temizliğinin, ameliyat sonrası görülen komplikasyonların

insidansında herhangi bir değişikliğe neden olmadığı; ancak, mekanik bağırsak temizliğinin

kolorektal cerrahide rutin kullanımından kaçınılması gerektiği tavsiye edilmektedir.

**Tablo 1.** ERAS protokolünün öğeleri

Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sırası	Ameliyat Sonrası
✓ Hastanın bilgilendirilmesi	✓ Ameliyat sırası hipotermisinin önlenmesi	✓ Üriner kateter
✓ Ameliyat öncesi mekanik bağırsak temizliği yapılmaması	✓ Midtorakal epidural analjezi	✓ Ameliyat sonrası narkotik olmayan analjezik kullanımı
✓ Ameliyat öncesi aç bırakmama	✓ Kısa etkili anestezi protokolü	✓ Kan şekeri yönetimi
✓ Ameliyat öncesi oral karbonhidrat yüklemesi	✓ Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın multimodal yönetimi	✓ Gastrointestinal motilitenin uyarılması
✓ Beslenme durumunun değerlendirilmesi	✓ Perioperatif sıvı yönetimi	✓ Erken beslenme, gerekirse erken enteral nutrisyon
✓ Ameliyat öncesi optimizasyon	✓ Drenaj cerrahi	✓ Erken mobilizasyon
✓ Prehabilitasyon	✓ Laparoskopik ve robotik cerrahi	✓ Erken taburculuk kriterleri
✓ Premedikasyon yapılmaması	✓ Nazogastrik sondanın kullanımı	✓ Takip ve sonuçların denetimi
✓ Tromboemboli profilaksisi		
✓ Antimikrobial profilaksi		

### *Ameliyat Öncesi Aç Bırakmama*

Elektif cerrahi girişim öncesi hastanın gece yarısından itibaren oral sıvı ve katı besin alımının kısıtlanması (Nil Per Os) uygulamasının amacı; pulmoner aspirasyon riskini azaltmaktır. Bu uygulama yakın zamana kadar geleneksel olarak uygulanmıştır. Fakat bu uygulamanın son yıllarda ameliyat sonrası insülin direncinde artma ve iyilik halinde azalma gibi metabolik olumsuzluklara neden olduğu belirlenmiştir (ERAS Türkiye Derneği, 2019).

ERAS rehberinde cerrahi öncesi aç kalma süresi, anestezi uygulamasından önce sıvı besinler için iki saat, katı besinler için altı saat olarak belirtilmiştir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2019).

Cerrahi operasyon geçirecek olan hastalara, metabolik tokluk halinin oluşturulması için, cerrahi girişimden önceki gece yarısına kadar 800 ml, girişimden 2-3 saat öncesinde de 400 ml, “karbonhidrattan zengin sıvı gıda” verilmesi önerilmektedir (*kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi güçlü; diyabetik hastalar için kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi zayıf*), (ERAS Türkiye Derneği, 2019; Gustafsson ve ark., 2019).

Dolgun ve ark. (2011), ameliyat öncesi dönemde aç kalma süresi üzerine yaptıkları bir çalışmada; hastaların ameliyat öncesi aç kalma süresini ortalama 13.53 saat ve sıvı kısıtlama sürelerini ortalama 12.21 saat olarak bulmuşlardır. Bu çalışma bulgularına göre; cerrahi öncesi aç kalma süresi ile ilgili genel

olarak geleneksel tutumun devam ettiği görülmektedir.

**Tablo 1.** Amerikan Anesteziyoloji Birliği'ne göre ameliyat öncesi açlık süresi

Gıda	Minimum açlık süresi(saat)
Berrak sıvılar*	2
Anne sütü	4
Bebek maması	6
Hayvani süt	6
Hafif yemek**	6

\*su, posasız meyve suyu, açık çay, katkısız kahve

\*\*tost (yağdan fakir içerikli) ve çay, su, kahve

### Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Elektif majör cerrahi girişim geçirecek olan her hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi gerekmektedir (*kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi güçlü*). Bu değerlendirmede en fazla önerilen yöntemler arasında nutrisyonel risk skoru (NRS-2002) ve subjektif global değerlendirme (SGD) sayılabilir. Ek olarak beden kitle indeksi de beslenme ile ilgili fikir verebilir. NRS-2002 ya da SGD skoru için üzerinde çıkan hastalara ameliyat öncesi dönemde nutrisyon destek planlamasının yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu değerlendirme ve planlama görevi, klinik nutrisyon alanında uzman ekiplerce yapılmalıdır ve ameliyat belli bir süre (ort. 7-10 gün) ertelenmelidir (ERAS Türkiye Derneği, 2019; Gustafsson ve ark., 2019).

### Ameliyat Öncesi Optimizasyon

Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini minimal düzeye indirmek için, majör operasyon uygulanacak tüm hastaların genel durumları en üst seviyeye getirildikten sonra opere edilmelidir. Cerrahi girişimden sekiz hafta öncesinde alkolün bırakılması (*kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi güçlü*) ve sigaranın bırakılması (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi*

*güçlü*), yandaş hastalıklardan kaynaklanabilecek riskin azaltılması (*kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi güçlü*), egzersiz programları gibi hazırlıkların ardından hasta ameliyat edilmelidir (ERAS Türkiye Derneği, 2019; Gustafsson ve ark., 2019).

### Premedikasyon

Hastalara ameliyat öncesi dönemde rutin olarak uygulanan uzun ya da kısa etkili sedatif ilaçların, ameliyat sonrası iyileşme süresini uzattığı için, verilmemesi önerilmektedir (*kanıt düzeyi orta, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2013).

### Tromboemboli Profilaksisi

Hastalara, derin ven trombozunu (DVT) önlemek için, düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) uygulanmalı (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*) ve kompresyon çorapları giydirilmelidir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2019). Ek olarak oral kontraseptif kullanan ve hormon tedavisi alan hastaların, cerrahi öncesi ilacı bırakmaları ya da alternatif bir yöntem kullanmaları gerekmektedir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018).

### Antimikrobiyal Profilaksi ve Cilt Temizliği

Antimikrobiyal profilaksinin (AMP) amacı cerrahi kesinin uygulanması aşamasında serum ve dokuda yeterli seviyede antimikrobiyal etkiye ulaşabilmektir. AMP'de genellikle "sefazolin" önerilmektedir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*). AMP cerrahi kesiden bir saat önce yapılmış olmalıdır (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Gustafsson ve ark., 2019). Cerrahi öncesi tek doz yeterli olmaktadır ancak cerrahi operasyon üç saatten uzun sürerse dozun ameliyat sırasında yinelenmesi gerekmektedir (Gündoğdu, 2016). Hastalar, *klorheksidin* bazlı antimikrobiyal sabunlarla cerrahi operasyondan bir gece önce duş almalıdır, ameliyathanede cilt temizliğinde ise *klorheksidin-alkol* bazlı solüsyonlar

kullanılmalıdır (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Nelson ve ark., 2019).

### Ameliyat Sırası Öğeler

ERAS protokolünün bu evresi yedi maddeyi içermektedir:

### Ameliyat Sırası Hipotermimin Önlenmesi

Hipotermi, sempatik aktiviteyi ve cerrahi travmaya bağlı metabolik endokrin yanıtı uyararak ve koagülasyon dengesini bozarak kanamayı artırabilir. Bu sebeple ameliyat sırası dönemde, ısıtılmış intravenöz infüzyonlar ve eksternal ısıtıcılar aracılığıyla hastanın normal vücut sıcaklığı sürdürülmelidir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Ersoy ve Gündoğdu, 2008; Nelson ve ark., 2019).

### Kısa Etkili Anestezi Protokolü

Anesteziden uyanma süresini kısaltan, *propofol* ve *remifentanil hidroklorür* gibi kısa etkili anesteziklerin kullanımı önerilmektedir (*kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2013; Gustafsson ve ark., 2019).

Ameliyat sonrası dönemde epidural kateter yoluyla analjezi sağlanmalıdır. Nörolojik komplikasyonları önlemek için kateter hastanın uyanık olduğu bir dönemde uygulanmalıdır (Gündoğdu, 2016). Özellikle kolon ameliyatlarında tavsiye edilen torasik epidural anestezinin iki önemli faydası vardır: *Birincisi*; ameliyat sonrası dönemde daha düşük oranda morbidite ile yeterli analjezi sağlanır. *İkincisi ise* adrenal bezlerin baskılanması sebebiyle cerrahi travmaya bağlı görülen metabolik endokrin yanıt azalır. Kolon cerrahisinde yeterli analjezi ve epidural anestezinin sağlanması için en ideal seviye T7-8 aralığıdır. Böylece sempatik aktivite de bloke edilecektir (Ersoy ve Gündoğdu, 2008).

### Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusmanın Yönetimi

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma şiddetli olduğunda dehidratasyon, oral beslenmeye geçişte gecikme ve ameliyat sonrası intravenöz sıvı alımında artışa neden olabilmekte

dolayısıyla hastanede kalış süresinin uzaması ve sağlık harcamalarının artmasına da yol açabilmektedir. Cerrahi sonrasında bulantı-kusma için risk faktörleri; kadın cinsiyet, sigara kullanmama, hareket hastalıkları, cerrahi sonrası bulantı-kusma öyküsü olan hastalar, uçucu anestezi gazlarının ve nitrik oksit kullanımı ve intravenöz opioid tedavisidir (Gustafsson ve ark., 2019).

Ameliyat sonrası bulantı-kusma, hastanın erken dönemde oral beslenmesini kısıtlayacağından mutlaka önlenmelidir. Bu amaçla ameliyat sırası dönemde kusmayı uyaraabilen ajanların kullanımından kaçınılmalı ve kombine antiemetikler kullanılmalıdır (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Gündoğdu, 2016; Gustafsson ve ark., 2019). Bulantı-kusmayı azaltacak diğer yöntemler; anestezi sırasında yüksek konsantrasyonda oksijen kullanımı, ameliyat öncesi dönemde aç kalma süresinin azaltılması ve karbonhidrat yüklemesi, bölgesel anestezi tekniklerinin kullanımı, ağrıyı gidermek için opioidler yerine non-steroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAİİ) kullanımınıdır (Gustafsson ve ark., 2019).

### Perioperatif Sıvı Yönetimi

Hastanın perioperatif dönemde sıvı volüm dengesini sürdürmek için; uzun süre ameliyat öncesi açlıktan kaçınılması, anesteziden iki saat öncesine kadar berrak sıvı gıdaların alınmasına izin verilmesi ve mekanik bağırsak hazırlığı yapılmasından kaçınılması gerekmektedir (Gustafsson ve ark., 2019).

Protokole göre ameliyat sonrası erken dönemde sıvı/katı besin alımı sağlanmalıdır. Ameliyat sonrası ikinci saatten itibaren hasta, oral olarak sıvı alımına teşvik edilmeli ve operasyon günü minimum 800 ml sıvı almış olmalıdır. Oral sıvı alımının artmasıyla birlikte parenteral sıvı alımı azaltılmalıdır (Ersoy ve Gündoğdu, 2008).

Ameliyat sırası ve ameliyat sonrası erken dönemde epidural anestezie bağlı gelişebilecek hipotansiyonu önlemek için sıvı tedavisi yerine vazopressör ajanların kullanımı tavsiye edilmektedir. Yüksek riskli hastalarda

transözefageal doppler ultrasonografi ile kalp debisi ölçülerek hidrasyon tedavisi yapılması önerilmektedir (Gündoğdu, 2016).

### **Drensiz Cerrahi**

Elektif kolon cerrahisinde dren uygulamasının ameliyat sonuçlarına olumlu katkısını kanıtlayan güncel bir çalışma bulunmamaktadır (Gündoğdu, 2016). Ayrıca, anastomoz kaçaklarına da herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (Petrowsky ve ark., 2004). Bununla birlikte dren kullanımı, hastanın mobilizasyonunu kısıtlar. Bu nedenle drenlerin rutin kullanımından kaçınılmalıdır (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2019).

### **Minimal İnvazif Cerrahi**

ERAS protokollerine göre, laparoskopik kolorektal cerrahide laparotomi'ye oranla ameliyat sonrası psikolojik stres ve travma riski daha azdır (Vlug ve ark., 2009). Cerrahlar için laparotomi (karın boşluğunun cerrahi yöntemlerle açılması) cerrahi alanın daha iyi görülmesi ve müdahale yönünden avantajlı olmasına rağmen hastalar açısından; hastanede kalış süresinin artması, geniş abdominal insizyon, ameliyat sonrası analjezik ihtiyacının artması ve morbidite oranının yüksekliği nedeniyle dezavantajdır (Advincula ve Song, 2007). Bu nedenle birçok rapor, hasta memnuniyetini arttırması ve hastanede kalış süresini kısaltması nedeniyle minimal invazif yaklaşımı önermektedir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Nelson ve ark., 2016). Rektum ve kolon cerrahisinde minimal invazif yaklaşımın; iyileşme süresinin kısalmasına, komplikasyonların azalmasına, insizyonel herni ve adhezyon (yapışıklık) gibi cerrahi kaynaklı komplikasyonların daha az görülmesine neden olduğu saptanmıştır (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2019).

### **Nazogastrik Sondanın Kullanımı**

ERAS protokolü; kateter, tüp ve drenlerin kullanımının sınırlandırılmasını, kullanımı zorunluysa da mümkün olan en kısa sürede çıkarılmasını önermektedir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2019). Literatürde nazogastrik sondanın

kullanımının; hastanede kalış süresini ve pulmoner komplikasyonları azaltmadığı, ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarının geri dönüş hızını değiştirmediği aksine ateletazi, ateş ve pnömoni insidansını arttırdığı gözlemlenmiştir (Dede ve ark., 2016). Nazogastrik sonda varlığı, hastanın oral beslenmesini de geciktirir. Sonda ameliyat sırası dönemde yerleştirilmiş olsa dahi ameliyat sonrası dönemde çıkarılmalıdır (Gündoğdu, 2016). Nelson ve ark.'nın (2007) yaptığı Cochrane meta-analiz çalışmasında; 5000'den fazla hastayı içeren 33 çalışmanın incelenmesi sonucu, nazogastrik sonda kullanımından kaçınıldığında hastaların bağırsak fonksiyonlarının daha erken dönemde geri döndüğü bulunmuştur.

### **Ameliyat Sonrası Öğeler**

ERAS protokolünün bu evresi sekiz maddeyi içermektedir:

#### **Üriner Kateter**

Üriner kateterler, abdominal cerrahi sonrası üriner retansiyonu önlemesi ve idrar konsantrasyonunu değerlendirmeye olanak sağlamasına rağmen; mesane fonksiyonlarının normale dönüş süresini uzatmakta ve pelvik parasempatik sinirlerin harabiyetine neden olabilmektedir. Bunlara ek olarak, mesane kapasitesini ve üriner boşaltımı etkileyen alt genital sistem cerrahisinde mesane ile ilişkili morbidite ve enfeksiyon insidansında artışa sebep olabilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Geniş pelvik diseksiyon yapılan operasyonlarda suprapubik kateterizasyon tercih edilmelidir (Gündoğdu, 2016).

Ahmed ve ark.(2014) çalışmalarında total abdominal histerektomi operasyonu sonrası ilk 6 saatte ve 24 saatte çekilen üriner kateterin etkisini karşılaştırmışlardır.

Çalışma bulgularına göre, operasyon sonrası ilk 6 saat içinde üriner kateteri çekilen hastalarda, diğer hastalara göre daha az üriner enfeksiyon görüldüğü bulunmuştur.

Üriner kateterin kalış süresini, erkek cinsiyet, epidural analjezi, pelvik cerrahi gibi risk faktörleri etkileyebilmektedir. Bu risklerden birine/birkaçına sahip hastalarda üriner kateter, ameliyat sonrası üçüncü güne kadar

kalabilmektedir. Ancak, bu risk faktörlerinden herhangi birini taşımayan hastalarda üriner kateter, ameliyat sonrası birinci günde çıkarılmalıdır (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Gustafsson ve ark., 2019).

### Ameliyat Sonrası Narkotik Olmayan Analjeziklerin Kullanımı

ERAS protokolünün en önemli bileşenlerinden biri, cerrahi sonrası opioid kullanımını minimum düzeyde tutmaktır. Opioid kullanımının bağırsak fonksiyonlarını bozduğu, mental bozukluklar ve bulantı-kusmaya neden olduğu, solunum sistemini kontrol eden merkezi baskılayarak morbiditeyi arttırdığı belirtilmektedir (Kalogera ve Dowdy, 2016).

ERAS protokolünün tavsiye ettiği multimodal analjezik yaklaşımda, NSAİİ'lerin (*deksametazon, asetaminofen, gabapentin*) ağrıyı azalttığı ve opioid kullanımını minimum düzeye düşürdüğü belirtilmiştir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri düzeyi güçlü*), (Hultberg ve ark., 2017; Nelson ve ark., 2019).

Cerrahi operasyon sonrası ilk 48 saat epidural kateter aracılığıyla devamlı analjezik infüzyonu, bunun yanı sıra 4 mg/gün olacak şekilde *parasetamol* kullanılmalıdır. Epidural kateterin alınmasına yakın dönemde NSAİİ'ler başlanmalı ve taburculuğun ardından da lüzum halinde kullanılmalıdır (Gündoğdu, 2016).

### Kan Glikoz Düzeyi Yönetimi

Ameliyat sonrası insülin direncinin ortaya çıkma mekanizması tam olarak netlik kazanmamasına rağmen en önemli etkenin ameliyat öncesi mekanik bağırsak temizliği ve açlık olduğu bilinmektedir. Bunların sonucunda hiperglisemi (kan glikozunun 180-200 mg/dl'den yüksek olması) gelişebilmektedir. Dolayısıyla geleneksel yöntemler insülin direncinin artmasına neden olduğu için ERAS protokolü, ciddi hiperglisemi hastalarında hipoglisemiye önlemek için kan glikoz seviyesinin düzenli izlemi ile kontrollü insülin tedavisini önermektedir (*kanıt düzeyi yüksek, öneri*

*düzeyi güçlü*), (Ljungqvist, 2014; Nelson ve ark., 2019).

Diyabetik hastaların ameliyat öncesi hazırlığı çok iyi yapılmalı ve ameliyat sonrası dönemde de bu hastalar yakından takip edilmelidirler. Temel hedef, kan glikoz düzeyini 140-180 mg/dl' de tutmak olmalıdır (Gündoğdu, 2016).

### Gastrointestinal Motilitenin Uyarılması

Abdominal cerrahi sonrası geç taburculuğun temel nedenlerinden biri olan ameliyat sonrası ileusun önlenmesi ERAS protokolünün temel hedeflerindedir. Midtorasik epidural analjezi, intravenöz narkotik olmayan analjeziyle karşılaştırıldığında, gastrointestinal motilite bozukluğunun önlenmesinde oldukça etkilidir. Perioperatif dönemde aşırı hidrasyon gastrointestinal motilite bozukluğuna neden olabileceğinden bu girişimden kaçınılmalıdır. Ayrıca, laparoskopik olarak yapılan operasyonlar, açık cerrahi ile kıyaslandığında, bağırsak fonksiyonları daha erken dönemde geri döner ve oral beslenmeye daha erken dönemde başlanır (Gündoğdu, 2016). Gastrointestinal motiliteyi farmakolojik olarak uyarmak için *magnezyum oksit* veya *bisacodyl* (10 mg p.o) kullanımı önerilmektedir (*kanıt düzeyi düşük, öneri düzeyi zayıf*) (Dağistanlı ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2019)

Topçu ve Öztekin (2016); "Kolorektal Cerrahi Sonrası İyileşme ve Postoperatif İleusun Azaltılmasında Sakız Çiğnemenin Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" adlı çalışmalarında, ameliyat sabahı hastalardan günde üç defa on beş dakika sakız çiğnemelerini istemişlerdir. Sonuç olarak ameliyat sonrası dönemde, sakız çiğnemenin hastalarda, ileus görülme sıklığını azalttığı ve hastaların dışkılama ile gaz çıkışını daha erken dönemde gerçekleştirdiği saptanmıştır.

### Erken Beslenme

Hastalar ameliyat sonrası 2. saatte oral sıvı, 4. saatte katı besin alımına teşvik edilmelidir (*kanıt düzeyi orta, öneri düzeyi güçlü*). Yeterli oral beslenme sağlanıncaya kadar oral nutrisyon solüsyonlarıyla takviyeye devam

edilmelidir (Ersoy ve Gündoğdu, 2008; Gustafsson ve ark., 2019). Erken oral besleme, hem hastanede kalış süresini hem de enfeksiyon riskini azaltmaktadır; aynı zamanda anastomoz kaçağı riski de oluşturmaz. Fakat erken oral besleme hastalarda kusma riskini arttırabilir ve multimodal motilite tedavisi eklenmediğinde; mobilizasyonda gecikme, pulmoner sorunlar, şişkinlik gibi problemlere de zemin hazırlayabilir (Gündoğdu, 2016).

Terzioğlu ve ark. (2013); jinekolojik kanserli hastalarda uyguladıkları ERAS protokolünü ameliyat sonrası dönemde değerlendirmişlerdir. Araştırmanın sonucunda ERAS protokolünün uygulandığı hastalarda daha erken oral beslenmeye geçildiği ve hastanede kalış süresi kısaldığı saptanmıştır. Aynı zamanda tekrar hastaneye yatış ve komplikasyon oranlarında da azalma olduğu belirtilmiştir.

### Erken Mobilizasyon

Ameliyat sonrası uzayan immobilizasyon süresi sonucu; insülin rezistansı artmakta, kaslarda atrofi gelişmekte, solunum işlevlerinde bozulma ve tromboemboli riskinde artış olmaktadır. ERAS protokolüne göre hastanın, ameliyat sonrası sıfırinci gün iki saat, taburcu olana kadar diğer günlerde altı saat yatak dışında olması gerekmektedir (*kanıt düzeyi orta, öneri düzeyi güçlü*), (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018; Gustafsson ve ark., 2019). Terzioğlu ve ark. (2013) jinekolojik cerrahi sonrası erken mobilizasyonun; hastanede kalış süresi ve komplikasyonları azalttığını ve hasta memnuniyetini arttırdığını bulmuşlardır.

### Erken Taburculuk Kriterleri

ERAS protokolüne göre taburcu edilecek hastalarda şu kriterler sağlanmış olmalıdır;

- ✓ Oral gıda alımı yeterli düzeyde olmalı ve intravenöz sıvı ihtiyacı ortadan kalkmış olmalı
- ✓ Oral analjeziklerle ağrı kontrolü sağlanabilmeli
- ✓ Bağırsak fonksiyonları geri dönmeli
- ✓ Yeterli mobilizasyon sağlanmalı
- ✓ Enfeksiyon belirti ve bulguları olmamalı

- ✓ Hasta eve dönüş için istekli olmalı
- ✓ Eşlik eden hastalıklar kontrol altına alınmış olmalıdır (Dağıstanlı ve ark., 2019)

### Takip ve Sonuçların Denetimi

Taburcu edilen hastalarla 24-48 saat aralıklarla iletişime geçilmeli ve durumları ile ilgili bilgi alınmalıdır. Bu süreçte bir problem yaşanmazsa hastaya, postoperatif 7-10. günlerde, dikişlerin alınması için kliniğe gelmesi söylenmelidir. Bir sonraki randevu postoperatif 30. gün telefon aracılığıyla yapılabilir. Taburcu edilen hastaların %1-3'ünde anastomoz kaçağı ya da komplikasyon gelişebileceği unutulmamalı ve her şikayet mutlaka değerlendirilmelidir (Ersoy ve Gündoğdu, 2008).

Ameliyat sonrası hasta sonuçlarını değerlendirmek ve protokolün yeterli bir şekilde uygulanmasını sağlamak için etkin bir denetim gerekmektedir. Beklenen kalite standartlarına uygun sonuçlar oluşturulamazsa, protokolden istenen etki ve başarımın gerçekleşmesini beklememek gerekir. Benzer protokoller ve aynı kayıt yöntemleri ile çalışan diğer merkezlerle karşılaştırma yapmak gerekmektedir (Gündoğdu, 2016).

### ERAS Protokolünün Avantajları

ERAS protokolü uygulanan hastalarda;

- Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme oranı azalmakta,
- Hastanede kalış süresi kısalmakta,
- Ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönülmekte,
- Ameliyat sonrası cerrahi yara enfeksiyonu görülme sıklığı azalmakta,
- Daha düşük maliyetle sağlık hizmeti sağlanmakta,
- Ameliyat sonrası defekasyon ve gaz çıkarma daha erken gerçekleşmekte,
- Erken dönemde mobilizasyon ve oral beslenmeye geçilmekte,
- Cerrahiye bağlı stres azalmaktadır (Çilingir ve Candaş, 2017).

### ERAS Protokolünün Uygulanmasında Hemşirenin Rolü

- Cerrahi hemşireleri, cerrahi sürecin her aşamasında aktif rol aldıklarından, ERAS protokolüne uyum sağlamaları gerekmektedir (Demirhan ve Pınar, 2014).
- ERAS protokolünde cerrahi hemşirelerinin odaklanması gereken temel nokta; hastanede yatış süreleri kısaldığından dolayı, hasta taburculuk eğitimi olmalıdır (Çilingir ve Candaş, 2017).
- Cerrahi hemşiresi cerrahideki güncel ve yeni yaklaşımların yakından takipçisi olmalı ve edindiği bilgileri bakım hizmetine yansıtmalıdır (Çilingir ve Candaş, 2017).
- ERAS protokolü, hemşirelerin bağımlı rollerinin yanı sıra bağımsız rollerini de içeren uygulamalardan oluşan bir modeldir. Hemşire ERAS protokolü ile özellikle hastanın stresinin azaltılmasında, erken mobilize olmasında, normal diyete dönmesinde ve hastaya psikolojik destek sağlanmasında rol oynamaktadır (Kabataş ve Özbayır, 2016).

### Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, ERAS protokolünde perioperatif süreçte önemli etkileri olan kanıta dayalı uygulamalar bulunmaktadır. ERAS protokolü ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası olmak üzere cerrahi sürecin her basamağında adaptasyon gerektiren multidisipliner bir yaklaşımdır. Protokolün uygulanması halinde ameliyat sonrası hızlı iyileşme sağlanmakta, sağlık maliyetleri azalmakta, hastanede kalış süresi kısaltılmakta ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesi de artmaktadır (Çilingir ve Candaş, 2017). Tüm bunlara rağmen, sonuçlar önemli de olsa kurallara ve geleneklere dayalı bir bütün olan cerrahide köklü değişikliklerin hızla yaygınlaşmasını beklemek gerçekçi olmayacaktır (Gündoğdu, 2019). Bu nedenle ülkemizde ERAS protokolünün uygulanabilmesi için multidisipliner yaklaşımlı kanıta dayalı çalışmaların yapılmasına ve sonuçlarının tartışılarak değerlendirilmesine gereksinim vardır (Demirhan ve Pınar, 2014). Hemşirelerin

ERAS protokolündeki görev, yetki ve sorumlulukları biliniyor olmasına rağmen konu ile ilgili araştırmalara ihtiyaç vardır (Çilingir ve Candaş, 2017). Ülkemizde ERAS protokolüne ilişkin hemşirelik çalışmaları çok az sayıdadır; bu nedenle hemşirelerin konu ile ilgili daha fazla çalışma üreterek literatüre katkı sağlamaları önerilmektedir (Çilingir ve Candaş, 2017). Sağlık çalışanlarına ERAS protokolleri ile ilgili hizmet içi eğitimler planlanmalı ve bu protokollerin kliniğe aktarımında sağlık çalışanlarının cesaretlendirilmesi sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra hemşirelik öğrencilerine de konu ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır (Tunç Tuna ve Kurşun, 2018).

---

**Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:** Literatür taraması yapıldı, derlemede kullanılan kaynaklar kaynaklar bölümünde gösterildi.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.  
**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir/kavram: SB, NB; Tasarım: SB, NB; Danışmanlık: NB; Kaynak tarama: SB, NB; Makalenin Yazımı: SB, NB; Eleştirel inceleme: SB, NB; Yazar katkısı: SB, NB .

**Çıkar çatışması/Conflict of interest:** Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

**Finansal Destek/Financial Disclosure:** Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

---

### Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- ERAS protokollerinin, perioperatif süreçte hasta ve sağlık çalışanları açısından avantajları ile ilgili bilgi verilmiştir.
  - Cerrahi girişimlerde, ERAS protokollerinin, geleneksel uygulamalara üstünlükleri belirtilmiştir.
  - Ülkemizde ERAS protokollerinin yaygınlaşması adına kanıta dayalı çalışmaların sayısının artırılması gerektiği vurgulanmıştır.
-



**Kaynaklar**

- Advincula AP, Song A (2007). The role of robotic surgery in gynecology. *Current Opinion on Obstetrics and Gynecology*, 19 (4), 331-336.
- Ahmed MP, Sayed Ahmed WA, Atwa KA, Metwally L (2014). Timing of urinary catheter removal after uncomplicated total abdominal hysterectomy: a prospective randomized trial. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductif Biology*, 176, 60-63
- Aksoy A, Vefikuluçay Yılmaz D (2018). A new approach to evidence based practices in gynecological surgery: ERAS protocol and nursing. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10 (1), 49-58.
- Bozkırlı BO, Gündoğdu RH, Ersoy PE, Akbaba S, Temel H, Sayın T (2012). Did the eras protocol affect our results in colorectal surgery? *Turkish Journal of Surgery*, 28 (3), 149-152.
- Çetinkaya F, Karabulut N (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitim kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2), 20-26.
- Çilingir D, Candaş B (2017). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (2), 137-143.
- Dağıstanlı S, Uygur Kalaycı M, Kara Y (2019). Evaluation of eras protocol in general surgery. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10 (ek sayı), 9-20.
- Dede M, Fidan U, Ulubay M (2016). Laparoscopic and robotic approach in endometrial cancer. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetric-Special Topics*, 9 (1), 13-18.
- Demirhan İ, Pınar G (2014). Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E Dergisi*, 2, 43-53.
- Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 25 (1), 11-15.
- ERAS Türkiye Derneği. Erişim tarihi: 29/05/2019 [http://eras.org.tr/page.php?id=10&saglik\\_calisani=true](http://eras.org.tr/page.php?id=10&saglik_calisani=true)
- Ersoy E, Gündoğdu H (2008). Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 24 (2), 100-103.
- Gündoğdu H (2019). ERAS: history and philosophy. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10 (ek sayı), 1-4.
- Gündoğdu RH (2016). Cerrahi İyileşmenin Hızlandırılması İçin Modern Teknikler. Eti Aslan F.(ed.). *Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. S:455-470
- Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N ve ark.(2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43 (3), 659-695.
- Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N ve ark. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 37(2), 259-284.
- Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N ve ark. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31, 783-800.
- Hultberg DK, Angenete E, Lydrup ML, Rutegard J, Matthiessen P, Rutegard M (2017). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the risk of anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, 43 (10), 1908-1914.
- Kabataş MS, Özbayır T (2016). Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (53), 120-132.
- Kaloger E, Dowdy SC (2016). Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: improving outcomes through evidence based medicine. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 43 (3), 551-573.
- Kruzik N (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *Aorn Journal*, 90 (3), 381-387.
- Ljungqvist O (2014). ERAS-enhanced recovery after surgery: moving evidence-based perioperative care to practice. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38 (5), 559-566.

- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari C ve ark. (2016). Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations — part 11. *Gynecologic Oncology*, 140 (2), 323–332.
- Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer L ve ark. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations—2019 update. *International Journal of Gynecological Cancer*, 1-18, doi:10.1136/ijgc-2019-000356.
- Öndeş Bayar O, Bademci R, Sözen U, Tüzüner A, Karayalçın K (2013). ERAS protocol in major liver resection. *The Medical Journal of Okmeydanı Training and Research Hospital*, 29 (3), 135–142.
- Petrowsky H, Demartines N, Rousson V, Clavien PA (2004). Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and metaanalyses. *Annals of Surgery*, 240 (6), 1074-1084.
- Polat İ (2019). Obstetric and perinatologic interventions and ERAS. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10 (ek sayı), 33–40.
- Rollins KE, Javanmard-Emamghissi H, Lobo DL (2018). Impact of mechanical bowel preparation in elective colorectal surgery: a meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology*, 24 (4), 519-536.
- Slim K, Vicaut E, Launay-Savary MV, Contant C, Chipponi J (2009). Updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on the role of mechanical bowel preparation before colorectal surgery. *Annals of Surgery*, 249 (2), 203–209.
- Terzioğlu F, Şimşek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC (2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (13-14), 1917-1925.
- Topçu SY, Öztekin SD (2016). Effect of gum chewing on reducing postoperative ileus and recovery after colorectal surgery: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 23, 21-25.
- Tunç Tuna P, Kurşun Ş (2018). Kolorektal cerrahisinde hızlandırılmış bakım protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (2), 180-192
- Varandhan KK, Neal KR, Dejong CH, Fearon KC, Ljungqvist O, Lobo DN (2010). The enhanced recover after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized trials. *Clinical Nutrition*, 29, 434-440.
- Vlug MS, Wind J, Van Der Zaag E, Ubbink DT, Cense HA, Bemelman WA (2009). Systematic review of laparoscopic versus open colonic surgery within an enhanced recovery programme. *Colorectal Diseases*, 11, 335–343.
- Webster J, Osborne S (2015). Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection (review). *The Cochrane Collaboration and Published in the Cochrane Library*, 2, 1-49.

**Geri Çekme Notu/ Retraction Note**

**Geri Çekme Notu: Bölükbaş N ve Nefes HN. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Ağ Sitelerini Kullanma Amaçları ve İletişim Becerileri Arasındaki İlişki. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2019, 2(2),78-86.**

**Retraction Note: Bölükbaş N, Nefes HN. The Relationship between The Purpose of Using Social Network Sites and Communication Skills of Nursing Students 2019, 2(2),78-86.**

Nurgül Bölükbaş<sup>1</sup>  Hatice Nur Nefes<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, TÜRKİYE

<sup>2</sup> Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, TÜRKİYE

**Geliş tarihi/ Date of receipt:** 01/07/2019 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 28/09/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, 2019

**Geri Çekme Notu:** Yukarıda başlığı verilen Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2019, 2(2),78-86 künyeli makalenin yazarları, makalenin yayımlanmasından sonra giriş bölümünde benzerlik oranının yüksek olmasını gerekçe göstererek, 16 Ekim 2019'da makaleyi geri çekmişlerdir. Makalenin geri çekildiğine ait bilgi makale üzerinde yayınlanmıştır.

**Retraction Note:** The authors of the above-mentioned article, Ordu University Journal of Nursing Studies 2019, 2 (2), 78-86, retracted the article on 16 October 2019, because it was found that the similarity rate of introduction was high after the publication. Information on the retraction of the article was published on the article.

**ORCID IDs of the authors:** N.B. 0000-0001-5684-8359; H.N.N.0000-0002-5665-3745

**Sorumlu yazar/Corresponding author:**

Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ordu, TÜRKİYE

**e-posta/e-mail:** [nurbol\\_52@hotmail.com](mailto:nurbol_52@hotmail.com)

*\*Bu çalışma 12-14 Ekim 2017 tarihleri arasında Yozgat'da yapılan Uluslararası 3. Adli Hemşirelik 2. Adli Sosyal Hizmet 1. Adli Gerontoloji Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.*

*Sayı Hakemleri/ Referee Index*

*Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2019 yılı Cilt 2, Sayı 1’de özveri ile hakemlik yapan öğretim üyelerine teşekkür ederiz*

Kerime Derya BEYDAĞ	Okan Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE
Nurgül BÖLÜKBAŞ	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Aslıhan ÇATIKER	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Rahşan ÇEVİK AKYIL	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, TÜRKİYE
Asuman ÇOBANOĞLU	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Nülüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Fatma GENÇ	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Ali Akçahan GEPDİREMEN	Bezmialem Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE
Hacer GÖK UĞUR	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Nevin GÜNAYDIN	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Sevilay HİNTİSTAN	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, TÜRKİYE
Emine Ela KÜÇÜK	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Oya Sevcan ORAK	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, TÜRKİYE
Funda ÖZDEMİR	Ankara Üniversitesi, Ankara, TÜRKİYE
Aslı SİS ÇELİK	Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE
Ebru ŞAHİN	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Merdiye ŞENDİR	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE
Zehra YILMAZ	Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, TÜRKİYE

*\*İsimler ilk soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.*

*Sayı Hakemleri/ Referee Index*

*Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2019 yılı Cilt 2, Sayı 2’de özveri ile hakemlik yapan öğretim üyelerine teşekkür ederiz*

Songül AKTAŞ	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, TÜRKİYE
Adeviye AYDIN	Sinop Üniversitesi, Sinop, TÜRKİYE
Bilge BAL ÖZKAPTAN	Sinop Üniversitesi, Sinop, TÜRKİYE
Birgül CERİT	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, TÜRKİYE
Serpil ÇELİK DURMUŞ	Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale, TÜRKİYE
Zepnep DAŞIKAN	Ege Üniversitesi, İzmir, TÜRKİYE
Fatma GENÇ	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Arzu Kader HARMANCI SEREN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE
Hatice KAHYAOĞLU SÜT	Trakya Üniversitesi, Edirne, TÜRKİYE
Emine Ela KÜÇÜK	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Evşen NAZİK	Çukurova Üniversitesi, Adana, TÜRKİYE
Funda ÖZDEMİR	Ankara Üniversitesi, Ankara, TÜRKİYE
Serap SÖKMEN	Erzincan Üniversitesi, Erzincan, TÜRKİYE
Ebru ŞAHİN	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Eda ŞAHİN	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Sevim ULUPINAR	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul, TÜRKİYE
Şenay ÜNSAL ATAN	Ege Üniversitesi, İzmir, TÜRKİYE

*\*İsimler ilk soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.*

*Sayı Hakemleri/ Referee Index*

*Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2019 yılı Cilt 2, Sayı 3'de özveri ile hakemlik yapan öğretim üyelerine teşekkür ederiz*

Sevban ARSLAN	Çukurova Üniversitesi, Adana, TÜRKİYE
Nurgül BÖLÜKBAŞ	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Huriye Demet CABAR	Sinop Üniversitesi, Sinop, TÜRKİYE
Figen ÇAVUŞOĞLU	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, TÜRKİYE
Sevilay HİNTİSTAN	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, TÜRKİYE
Dilek KÜÇÜK ALEMDAR	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Nuran MUMCU	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, TÜRKİYE
Ebru ŞAHİN	Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE
Eda ŞAHİN	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Fadime ÜSTÜNER TOP	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE
Yeşim YAMAN AKTAŞ	Giresun Üniversitesi, Giresun, TÜRKİYE

*\*İsimler ilk soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.*