



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2020

Cilt (Volume) : 36

Sayı (Number) : 1

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül BİLGE Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN (Dekan Yrd.)

Prof.Dr.Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof.Dr.Ayşegül BİLGE(Dekan)

Prof. Dr. Oya KAVLAK (Baş Editör)

Prof. Dr. Leyla KHORSHID Prof.Dr.Aynur TÜREYEN

Prof.Dr.M.Olcay ÇAM Prof.Dr.Süheyla ÖZSOY

Prof.Dr.Meryem YAVUZ van GIERBERGEN (Dil Editörü) Prof.Dr.Zümrüt BAŞBAKKAL

Arş.Gör.Dr. Emine KARAMAN (Editör Yardımcısı) Dr.Öğr.Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR (Editör Yardımcısı)

Arş.Gör.Dr. Gizem BEYCAN EKİTLİ (Editör Yardımcısı)

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

Online Yayın tarihi

10.04.2020

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.

Türkiye Atıf ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index and SOBIAD.

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik” bağlamında yayınlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orijinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

Yayın Hakları

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

EDİTÖR KURULU / *EDITORIAL BOARD*

Baş Editör / *Editor in Chief*

Oya KAVLAK

Alan Editörleri / *Field Editor*

Fahriye Vatan
Selmin Şenol
Şenay Ünsal Atan
Türkan Özbayır
Yasemin Yildirim

Editör Yardımcıları / *Editor Assistants*

Gizem Beycan Ekitli

Hakem Kurulu / *Advisory Board* *

Adalet Kutlu Koca - Celal Bayar Üniversitesi / Manisa
Aytül Hadımlı - Ege Üniversitesi / İzmir
Ebru Gözüyeşil - Çukurova Üniversitesi / Adana
Elif Bilsin - Gaziantep Üniversitesi / Gaziantep
Emel Taşçı Duran -Süleyman Demirel Üniversitesi / Isparta
Emine Kıyak - Atatürk Üniversitesi / Erzurum
Figen Yardımcı - Ege Üniversitesi / İzmir
Gülçin Özalp Gerçeker - Dokuz Eylül Üniversitesi / İzmir
Hafize Öztürk Can - Ege Üniversitesi / İzmir
Hande Yağcan- Dokuz Eylül Üniversitesi / İzmir
Hatice Yıldız -Marmara Üniversitesi / İstanbul
Hediye Arslan -Yeditepe Üniversitesi / İstanbul
Nevin Akdolun -Sıtkı Koçman Üniversitesi / Muğla
Nigar Çelik -Sakarya Üniversitesi / Sakarya
Nulufer Erbil - Ordu Üniversitesi / Ordu
Nuran Tosun -Hasan Kalyoncu Üniversitesi / Gaziantep
Nuray Akyüz -İstanbul Üniversitesi / İstanbul
Nursen Bolsoy -Celal Bayar Üniversitesi / Manisa
Sevinç Kutlutürkan -Gazi Üniversitesi / Ankara
Şükran Özkahraman Koç -Süleyman Demirel Üniversitesi / Isparta
Tülin Yıldız -Namık Kemal Üniversitesi / Tekirdağ

*İsimler alfabetik sıralanmıştır. Bu sayıya verdikleri katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- Primipar Annelerin Doğum Şekli Ve Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik Düzeyleri
Feeding Self-Efficacy Levels Of Primiparous Mothers By Their Type of Delivery and Breastfeeding-Related Characteristics
Ayşenur TURAN, Gülçin BOZKURT.....1-10
- Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi
Determining the Knowledge Levels of Nurses Working in Surgery and Internal Clinics Concerning Steroid Treatment
Merve AKPINAR YILMAZ, Yeliz CİĞERCİ.....11-22
- Doğum Eyleminde Lavman Uygulamasının Anne-Bebek Sağlığına Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma
The Effect of Enema Application on Mother-Baby Health in Labour: A Randomized Controlled Study
Zekiye KARAÇAM, Döndü ARSLAN KURNAZ, Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK23-33
- Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri
Identifying the Experiences of the Parents, Whose Children are Inpatient About the Family-Centered Nursing Care
Esra GARLI, Nursan ÇINAR.....35-44

Derlemeler / Reviews

- Dünyada ve Türkiyede Optimal Perinatal Bakıma Yönelik Programlar
Perinatal Programs for Optimal Care World and Turkey
Ayça DEMİR YILDIRIM, Ümran OSKAY.....45-52
- Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarında Spiritüel Bakım
Spiritual Care in Cardiovascular System Diseases
Özlem DOĞU KÖKCÜ, Özcan KUTLU.....53-59
- Hemşirelik Eğitiminde Yenilikçi Eğitim Paradigması: Öğretim Teknolojileriyle Duyuşsal Alanı Harekete Geçirmek
Innovative Education Paradigm in Nursing Education: To Stimulate The Affective Domain With Instructional Technologies
Gülsüm ÇONOĞLU, Nilay ÖZKÜTÜK, Fatma ORGUN.....61-65

Olgu Sunumu / Case Report

Hemşirelikte Etkileşim Kuramının Postpartum Dönemde Kullanımı: Bir Olgu Sunumu

Utilization of Nursing Interaction Theory In Postpartum Period: A Case Report

Tuğba DÜNDAR, Emine GERÇEK.....67-72

Değerli okurlarımız,

Geçtiğimiz yılın son aylarında Çin'in Wuhan kentinden tehlikeli bir şekilde yayılmaya başlayan, hastalık ve ölüme neden olan koronavirüs salgını, DSÖ tarafından 'küresel bir pandemi' olarak ilan edilmiş ve ülkemiz mart ayından itibaren bu salgın ile mücadele etmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda birey, aile ve toplumun korunması ve hastalık durumunda da hasta ile en yakın çalışan sağlık ekibi üyeleri olarak hemşirelik mesleğinin öneminin bir kez daha algılandığı bu günlerde Covid-19 ile ilgili hasta bakımı ve uygulamalarımıza yönelik kanıta dayalı bilimsel bilgiye gereksinim duyulmaktadır. Bu doğrultuda yapılacak bilimsel çalışmalar bizlere katkı sağlayacaktır.

Doğru bir bilimsel bilginin oluşumunda ve yayılmasında mesleki dergilerimizin önemi büyüktür. Biz Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi ekibi olarak bu önemli görevi yerine getirirken aracı olmaktan mutluluk duyuyoruz.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020'nin ilk sayısında; dört araştırma makalesi, üç derleme makalesi ve bir olgu sunumu olmak üzere toplam sekiz çalışmaya yer verdik. Bu sayıda yer alan araştırma makaleleri sırasıyla '*Primipar Annelerin Doğum Şekli Ve Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik Düzeyleri*', '*Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*', '*Doğum Eyleminde Lavman Uygulamasının Anne-Bebek Sağlığına Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma*', '*Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri*'; derleme makaleleri sırasıyla '*Dünyada Ve Türkiye'de Optimal Perinatal Bakıma Yönelik Programlar*', '*Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarında Spiritüel Bakım*', '*Hemşirelik Eğitiminde Yenilikçi Eğitim Paradigması: Öğretim Teknolojileriyle Duyuşsal Alanı Harekete Geçirmek*' ve olgu sunumu '*Hemşirelikte Etkileşim Kuramının Postpartum Dönemde Kullanımı: Bir Olgu Sunumu*' başlıkları altında yer almaktadır.

Bilimsel bir çalışmanın başlangıcından yayınlanmasına kadar gelen aşamada titizlikle ve çok büyük bir emekle çalışılmaktadır. Bu yolculukta bu sayımızın hazırlanmasında yayınları ile katkı sağlayan yazarlara, makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize, özveri ile çalışan editörlerimize ve dergi ekibimize ayrıca dergi tasarımımızı yapan Havva Deveci'ye desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ediyoruz.

Dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunarız.

Sağlıkla Kalın

Sevgi ve saygılarımla

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Baş Editör

Ayşenur TURAN¹
Orcid : 0000-0001-9925-1122

Gülçin BOZKURT²
Orcid :0000-0002-8528-2232

¹Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu,
Ebelik Bölümü, İstanbul-Türkiye,

²İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, İstanbul-Türkiye,

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Ayşenur Turan
ayşenurturan@halic.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Primipar; emzirme; öz yeterlilik.

Key Words:

Primiparity; breastfeeding; self-efficacy.

Primipar Annelerin Doğum Şekli Ve Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik Düzeyleri

Feeding Self-Efficacy Levels Of Primiparous Mothers By Their Type of Delivery and Breastfeeding-Related Characteristics

*Bu çalışma yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Çalışmanın bazı sonuçları 26-27-28 Nisan 2018 tarihleri arasında yapılmış olan 1. Uluslararası, 2. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresinde, Türkiye’de sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Alınış (Received): 23.03.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 18.11.2019

ÖZ

Amaç: Primipar annelerin doğum şekli ve emzirmeye ilişkin özelliklerine göre emzirme öz yeterlilik düzeylerini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı özellikteki araştırma, Aralık 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında, İstanbul’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini 320 anne oluşturdu. Veriler “Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği-Kısa Şekli” ve araştırmacılar tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” kullanılarak ilk 24 saatte yüz yüze görüşme ve 15. günde telefon ile görüşülerek elde edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin; yaş ortalamasının 23.99±3.85 yılı olduğu, %52.2’sinin orta eğitim mezunu olduğu ve %65’inin çalışmadığı belirlendi. Annelerin; yaşı, eğitim ve çalışma durumuna göre emzirme öz yeterlilik ölçeği 24. saat ve 15. gün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$). Annelerin bebeği ilk kucağa alma zamanı, doğumdan sonra ilk emzirme, ilk 24 saatte emzirme sıklığı, emzirmeye tanık olma durumu ile 24. saat ve 15. günde Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin, doğumdan sonra ilk 24. saatte yapılan ölçümlerde emzirme öz yeterlilik düzeyinin 15. günde yapılan ölçümlere göre düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.000$).

Sonuç: Vajinal doğum yapan primipar annelerin emzirme öz yeterlilik algısı sezaryen ile doğum yapanlara göre yüksektir. Primipar annelerin doğumdan iki hafta sonra emzirme öz yeterlilik algısı ilk güne göre yükselmektedir.

ABSTRACT

Objective: We aim to investigate the breastfeeding self-efficacy levels of primiparous mothers by their type of delivery and breastfeeding-related characteristics.

Methods: A descriptive study was conducted in a Training and Research Hospital in Istanbul between December 2016 – August 2017. The study sample included 320 mothers. The data were obtained via face-to-face interviews in the first 24 hours and via telephone interviews on the 15th day using “Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form” and the “Introductory Information Form” prepared by the researchers.

Results: The mean age of the mothers who participated in the study was 23.99 ± 3.85 and 52.2% of them were middle school graduates and 65% of them did not work. The 24th-hour and 15th-day mean scores of breastfeeding self-efficacy scale did not show any statistically significant difference by their age, education and working status ($p>0.05$). A statistically significant difference was found between the mothers’ first time to take the baby on their lap, the first breastfeeding after birth, the frequency of breastfeeding in the first 24 hours, the status of witnessing breastfeeding and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale scores at 24 hours and 15 days ($p<0.05$). Mothers who had vaginal and caesarean births were found to have low levels of breastfeeding self-efficacy in the first 24 hours after birth compared to the measurements performed on the 15th day, and the difference was statistically significant ($p<0.000$).

Conclusion: The perception of breastfeeding self-efficacy of primiparous mothers who delivered vaginally was higher than those delivered by cesarean section. Primipar mothers’ perception of breastfeeding self-efficacy increases two weeks after delivery compared to the first day.

Kaynak Gösterimi: Turan, A., ve Bozkurt, G. (2020). Primipar annelerin doğum şekli ve emzirmeye ilişkin özelliklerine göre emzirme öz yeterlilik düzeyleri. *EUHFD*, 36(1), 1-10.

How to cite: Turan, A., and Bozkurt, G. (2020). Feeding self-efficacy levels of primiparous mothers by their type of delivery and breastfeeding-related characteristics. *EGE HFD*, 36(1), 1-10.

GİRİŞ

Çocuklarda büyüme ve gelişmeyi optimal düzeyde sağlayan, fonksiyonel, biyoyararlılığı yüksek, sindirim sistemi fizyolojisine en uygun besin anne sütüdür. Anne sütünün içeriği sabit değildir. Anne sütünün içeriği ve miktarı, bebeğin yaşına ve fizyolojik durumuna, annenin beslenmesi, laktasyon dönemine, emzirme sıklığı ve süresine, bebeğin gastrointestinal sistemine uygun olarak ilk iki hafta içinde değişmektedir ([Aslan, 2016](#); [Genç ve Özkan, 2016](#); [Gökçeoğlu, 2014](#); [Topal ve diğerleri, 2016](#)).

Doğumu takiben ilk beş gün içinde az miktarda salgılanan kolostrum, olgun süte göre proteinden zengin ve yoğun kıvamlıdır. Kolostrum bağırsağın olgunlaşmasını sağlayan, alerji ve intoleransı engelleyen epidermal büyüme faktörleri içerir. Bilirubinün bağırsaktan atılmasını sağlayarak sarılığı önler. Laksatif ve proteinleri parçalayıcı özelliği sayesinde mekonyum çıkışını kolaylaştırır ([Lawrence ve Lawrence, 2011](#); [Genç ve Özkan, 2016](#); [Snell ve diğerleri, 2017](#)).

Doğumdan sonra 6-15 günler arasında salgılanan geçiş sütünün, ilkbeş gün içinde salgılanan kolostruma göre yağ ve kalori içeriği daha fazla, protein içeriği daha düşüktür. Annenin emzirme sıklığı geçiş sütü miktarını etkiler. Bu dönemde prolaktin hormonu düzeyinin artmasına bağlı süt miktarı da artar ([Genç ve Özkan, 2016](#); [Perry ve diğerleri, 2013](#)). Olgun (matür) süt ise doğum sonu 15. günden itibaren düzenli olarak salgılanan, miktar olarak fazla, kolostruma göre daha sıvı süttür (Coşkun, 2012; [Genç ve Özkan, 2016](#)).

Annenin sosyo kültürel düzeyi, emzirme ile ilgili bilgi düzeyi, sütünün yetersiz olduğu ve bebeğin doymadığı düşüncesi, emzirmenin desteklenmesi, anksiyete ve depresyon, çalışma durumu, meme sorunları, parite ve doğum şekli, ilk emzirme zamanı, emziren birini görme ve emzirmeye ilişkin annenin önceki deneyimleri, doğum sonu ağrı (insizyon ağrısı), doğumdan sonra hastanede bebeğe mama verilmesi emzirmeyi etkileyen faktörlerdir ([Akyüz ve diğerleri, 2007](#); [Alus Tokat ve diğerleri, 2015](#); [Dennis, 2003](#); [Çakmak ve Kuşoğlu, 2007](#); [Gökdemirel ve diğerleri, 2008](#)).

Annelerin sütünü yetersiz olarak algılaması, doğum sonu erken dönemde ve sonraki dönemde emzirme başarısını ve emzirmeyi sürdürmeyi etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Emzirmeye geç başlanması, bebeğin çok ağlaması, bebeğin emdikten sonra doymamış gibi görünmesi, emzirmeden önce bebeğe su, şekerli su verilmesi, annenin emzirme konusunda bilgisiz olması, bebeğin yeterli kilo almaması annenin sütünü yetersiz olarak algılamasına neden olmaktadır ([Kurnaz, 2014](#); [Atlas, 2006](#)). Karatoprak ve diğerleri (2003), Çatak ve diğerleri (2012) emzirmeyi erken dönemde bırakmanın en önemli nedenlerinden birinin yetersiz süt algısı olduğunu belirlemiştir. Akyüz (2007), Atlas (2006), Gürel (2009) ve Mızrak (2013) annelerin en çok sütünün yetmediği düşüncesi ile ek gıda verdiğini bildirmektedir. Doğum sonu erken dönemde ek gıdaya başlamak, annenin süt salınımının azalmasına neden olmakta ve emzirmenin sürdürülmesini olumsuz etkilemektedir.

Emzirme öz yeterliliği annenin emzirme konusunda kendine olan güvenini yansıtır ([Brockway ve diğerleri, 2017](#)). Annenin emzirme öz yeterlilik algısı, bebeğini emzirip emzirmeyeceğini, emzirmek için ne kadar çaba göstereceğini, emzirmeye ilişkin düşüncelerini ve emzirme sürecinde karşılaşacağı problemlerle ne düzeyde başa çıkabileceğini gösterir ([Dennis, 1999](#)). Emzirme öz yeterlilik algısı düzeyi arttıkça annelerin sütünü daha yeterli algıladığı saptanmıştır ([Otsuka ve diğerleri, 2008](#); [Gökçeoğlu, 2014](#); [Aslan, 2016](#)). Brockway ve diğerleri (2017) yapmış oldukları metaanalizde, emzirme öz yeterliliği yüksek olan annelerin daha uzun süre emzirdiğini saptamıştır. Yine emzirme öz yeterlilik algısıyla emzirme başarısı arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ([Yenal ve diğerleri, 2013](#)). Emzirme ile ilgili kişisel deneyimlerin emzirme davranışlarında etkili olduğu, primipar ve multipar annelerin emzirmeye ilişkin tecrübelerinin farklı olduğu bildirilmektedir ([Hackman ve diğerleri, 2015](#); [Bartle ve Harley, 2017](#)). Brandão ve diğerleri (2018) parite ve emzirme deneyimi ile emzirme öz yeterliliği arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda emzirme deneyimi olmayan primipar annelerin multipar annelere göre emzirmeye daha geç başladığı ve daha kısa emzirdiği saptanmıştır ([Australian Institute of Health and Welfare, 2011](#); [Hackman ve diğerleri, 2015](#); [Mirghafourvand ve diğerleri, 2018](#)). Literatürde emzirme deneyimi olmayan, primipar annelerde doğum şekli ve emzirme ilişkin özellikleri ile emzirme öz yeterlilik ilişkisini irdeleyen araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada, primipar annelerin doğum şekli ve emzirme ilişkin özelliklerine göre emzirme öz yeterlilik düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları: Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Primipar annelerin emzirmeye ilişkin özelliklerine göre 24. saat ve 15. günde emzirme öz yeterlilik puanları açısından fark var mıdır?
- Primipar annelerin doğum şekli emzirme öz yeterlilik algısını etkiliyor mu?
- Primipar annelerin doğum şekline göre ilk 24 saat ve 15. günde emzirme öz yeterlilik algısı farklı mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yapıldığı Yer: Tanımlayıcı özellikteki araştırma, 01 Aralık 2016-01 Ağustos 2017 tarihleri arasında, İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin, Kadın Doğum Kliniğinin Doğum Sonu servisinde yürütüldü. Araştırmanın yürütüldüğü doğum sonu serviste her anne yatağının yanında bir bebek yatağı bulunmakta ve bebekler anne yanında kalmaktadır. Bu klinikte vajinal doğum yapan kadınlar herhangi bir sağlık sorunları olmadığında 24 saat sonra, sezaryen doğum yapanlar ise herhangi bir sağlık sorunu olmadığında 48 saat sonra bebeği ile birlikte taburcu edilmektedir.

Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde 2016 yılında canlı doğum yapan 13652 anne, örneklemini 320 primipar anne oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında incelenen olayın görülme sıklığıyla ilgili 0-5 ay arası çocuklarda sadece anne sütü alma oranını (%30,1) gösteren Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) verisi kullanılmış, evreni bilinen örneklem yöntem ve %5 hata oranına göre örneklem sayısı hesaplandı. Örneklem 316 olarak belirlendi ancak çalışmaya 320 anne kabul edildi. Anneler örneklem seçim kriterleri göz önünde bulundurularak gelişigüzel örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil edildi.

Örneklem Seçim Kriterleri

- Annenin soruları anlama ve yanıtlama yeterliliğinde olması
- Annenin emzirmeye engel bir sorununun olmaması
- Bebeğin emmesini etkileyebilecek bir sağlık probleminin olmaması
- Bebeğin apgar puanının 5. dakikada en az 8 puan olması
- Bebeğin miadında doğmuş olması (38-42 gestasyon haftası)
- Doğum sonu dönemde anne ve bebeğin aynı odada tutulması
- Annenin primipar olması

Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

- Bebeğin ek gıda alması
- Doğum sonu dönemde anne veya bebek ile ilgili emzirmeyi/emmeyi engelleyen bir sağlık sorunu olması

Veri Toplama Araçları: Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği (Kısa Şekli)" kullanılarak elde edildi.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ([Kurnaz, 2014](#); [Aluş Tokat ve diğerleri, 2015](#); [Bölükbaşı, 2016](#)) doğrultusunda hazırlanan form; annenin demografik, gebelik ve doğumuna ilişkin, bebeğine ve emzirme ile ilgili özelliklere ilişkin toplam 20 sorudan oluşmuştu.

Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği (Kısa Şekli): Ölçek Dennis ve Faux (1999) tarafından emzirme öz-yeterlilik düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Dennis (2003) tarafından 33 madde olarak geliştirilen ölçekte, madde toplam korelasyonu 0,60 altında olan maddeler çıkartılarak ölçek 14 maddeye indirilmiştir. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (kısa şekli) annenin emzirme öz yeterliliğini ölçen toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en fazla alınabilecek puan 70, en az alınabilecek puan 14'tür. Ölçek 5'li Likert tipte; 1= Hiç emin değilim, 2= Çok emin değilim, 3= Bazen eminim, 4= Eminim, 5=Çok eminim şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, emzirme öz-yeterliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Tokat (2009) tarafından yapılan ölçeğin, Cronbach's Alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur. Araştırma grubumuzda Cronbach's Alfa değeri ilk 24 saatte 0,86 ve 15. günde 0,95 olarak belirlendi.

Verilerin Toplanması: Verilerin toplanması iki aşamada gerçekleşti. İlk aşamada; doğum sonrası 24. saatte "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği" yüz-yüze görüşme yöntemi dolduruldu. Araştırmanın ikinci aşamada; 24. saatte verileri alınan kadınlar 15. gün telefon ile aranarak "Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği" tekrar uygulandı.

Etik Yön: Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Etik kurul no:2016/442910) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin (Sayı/No: 40580992/663.08) alındı. Araştırmaya katılan kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alındı.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımsız değişkenleri; anne ve bebeğe ait sosyo demografik özellikler (anne yaş, bebek yaş, bebek cinsiyet vb), obstetrik ve jinekolojik özellikler ve emzirmeye ilişkin özellikler (bebeğin ilk emzirme zamanı, bebeğin ilk 24 saat içinde emzirme sayısı annenin başkasının emzirmesine tanık olma durumu, hastanede iken emzirme konusunda yardım alma, bebeğe emzik/biberon verme,vb.). Araştırmanın bağımlı değişkeni ise Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanıdır.

Verilerin Analizi:

Araştırma sonunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında, parametrik ve nonparametrik tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (sayı, frekans, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum) yanında, grupların tanımlayıcı özelliklerinin homojenliğini test etmek için kategorik değişkenlerde ki-kare testi (Pearson ki-kare testi, Yates düzeltilmiş ki-kare testi ve Fisher kesin testi), nicel verilerin karşılaştırmalarında ikili grup karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Sosyo-demografik özellikler sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma değerleri halinde verildi. Sosyo-demografik değişkenler gibi bağımsız gruplar arası karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için Bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis testi, One Way Anova, Mann Whitney U ve Wilcoxon signed ranks testi kullanılmıştır. Doğum türüne göre emzirme ile ilişkili kategorik değişkenlerinin dağılımı ki-kare analizi ile emzirme öz yeterlilik puanları ise normal dağılıma sahip olma durumuna göre bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Annelerin ilk 24 saat ve 15. gündeki emzirme öz yeterlilik puanları arasındaki fark Wilcoxon ile test edilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0.05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan annelerin; yaş ortalamalarının 23.99 ± 3.85 olduğu, %52.2'sinin orta eğitim (lise) mezunu olduğu ve %65'inin çalışmadığı belirlendi. Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($p < 0.05$) olduğu, çalışma durumu, aile tipi ve yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen olduğu belirlendi ($p > 0.05$; Tablo 1).

Araştırma grubundaki normal doğum yapan annelerin doğumdan hemen sonra bebeğini kucağına alma zamanı, bebeğini emzirme zamanı ve bebeğin ilk 24 saat içinde emzirme sıklığı açısından sezaryen doğum yapanlara göre çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.001$; Tablo 2). Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin; emzirmeye tanık olma, hastanede sağlık çalışanlarından emzirme konusunda yardım alma durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > .05$; Tablo 2).

Primipar annelerin yaşı, eğitimi ve çalışma durumuna göre Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği 24. saat ve 15. gün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0.05$; Tablo 3).

Tablo 1. Annelerin Doğum Şekline Göre Sosyo-Demografik Özellikleri Karşılaştırma

Özellikler (n:320)	Normal Doğum (n: 173)	Sezaryen Doğum (n: 147)	Toplam (n:320)	χ^2 ;p			
	n (%)	n (%)	n (%)				
Eğitim Durumu							
Okur-yazar	31 (17.9)	12 (8.2)	43 (13.4)	9.803 ; .020			
Temel eğitim(8 yıl)	31 (17.9)	23 (15.6)	54 (16.9)				
Orta eğitim (lise)	88 (50.9)	79 (53.7)	167 (52.2)				
Üniversite	23 (13.3)	33 (22.4)	56 (17.5)				
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	61 (35.3)	51 (34.7)	112 (35.0)	0.011 ; .916			
Çalışmıyor	112 (64.7)	96 (65.3)	208 (65.0)				
Aile Tipi							
Çekirdek aile	121 (69.9)	107 (72.8)	228 (71.3)	.336 ; .562			
Geniş aile	52 (30.1)	40 (27.2)	92 (28.7)				
	Min-max	$\bar{X} \pm SS$	Min-max	$\bar{X} \pm SS$	Min-max	$\bar{X} \pm SS$	t;p
Yaş	18-37	23.76±3.85	18-38	24.27±3.84	18-38	23.99±3.85	1.178 ; .240

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Y:Gözlenen sayı <25 olduğu için Yatest düzeltilmiş ki-kare testi yapıldı.

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 318

Tablo 2. Annelerin Doğum Şekline Göre Emzirmeye İlişkin Özelliklerini Karşılaştırma

Özellikler (n: 320)	Normal Doğum (n: 173)	Sezaryen Doğum (n: 147)	Toplam (n: 320)	χ^2 ;p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Bebeği ilk kucağa alma zamanı				
Doğumdan hemen sonra	125 (72.3)	1 (.7)	126 (39.4)	210.088; 0.000
30-60 dk. arasında	36 (20.8)	27 (18.3)	63 (19.7)	
61 dk. –120 dk.	9 (5.2)	97 (66.0)	106 (33.1)	
121 dk. ve üzeri	3 (1.7)	22 (15.0)	25 (7.8)	
Bebeği ilk emzirme zamanı				
Doğumdan hemen sonra	109 (63.0)	1 (.7)	110 (34.4)	193.769; 0.000
30-60 dk. arasında	47 (27.2)	23 (15.6)	70 (21.9)	
61 dk. –120 dk.	10 (5.8)	79 (53.7)	89 (27.8)	
121 dk. ve üzeri	7 (4.0)	44 (29.9)	51 (15.9)	
Daha önce emzirmeye tanık olma				
Evet	121 (69.9)	98 (66.7)	219 (68.4)	.395; 0.530
Hayır	52 (30.1)	49 (33.3)	101 (31.6)	
Hastanede emzirme konusunda yardım alma				
Yardım almadı	11 (6.49)	7 (4.8)	18 (5.6)	2.494; 0.287
Sağlık çalışanlarından	108 (62.4)	82 (55.8)	190 (59.4)	
Sağlıklı olmayan kişilerden	54 (31.2)	58 (39.5)	112 (35.0)	
Bebeğin emzik/biberon alması				
Aldı	65 (37.6)	84 (57.1)	149 (46.6)	12.233; 0.000
Almadı	108 (62.4)	63 (42.9)	171 (53.4)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		t; p
Bebeği İlk 24 Saat İçinde Emzirme Sıklığı	10.14 ± 6.02	8.46 ± 4.33		2.909; 0.004

 χ^2 : Pearson ki-kare analizi

t: Bağımsız gruplarda t testi. sd: 318

Tablo 3. Primipar Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler (N: 320)	İlk 24 Saat EÖY puanı	15. Gün EÖY puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Anne Yaşı		
20 yaş ve altı	55.84 ± 9.23	63.39 ± 8.55
21-34 yaş	57.22 ± 7.77	63.39 ± 7.79
35 yaş ve üstü	57.83 ± 7.70	64.17 ± 5.74
	F:0.66; p=0.51	χ^2 : 0.11; p=0.94
Eğitim Durumu		
Okur yazar	57.33 ± 8.17	64.23 ± 7.95
Temel eğitim (1-8. sınıf)	58.52 ± 7.00	64.15 ± 9.11
Orta eğitim (lise)	56.60 ± 8.54	62.72 ± 7.95
Üniversite	56.53±7.13	64.08±6.06
	F:0.88; p=0.45	χ^2 :3.47; p=0.32
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	56.95 ± 7.58	63.43 ± 7.41
Çalışmıyor	57.05 ± 8.25	63.39 ± 8.12
	t:-0.10; p=0.91	MWU:11157.50; p=0.52

T: Bağımsız gruplarda t testi

F: One Way Anova Ki-Kare (X²): Kruskall Wallis H Testi

MWU:Mann Whitney U Testi (15.gün puanları normal dağılıma sahip değil)

Primipar annelerin emzirmeye ilişkin özellikleri incelendiğinde; bebeği ilk kucağa alma, doğumdan sonra ilk emzirme zamanı, ilk 24 saatte emzirme sıklığı ve emzirmeye tanık olma durumuna göre 24. saat ve 15. günde Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$; Tablo 2). Annelerin emzirme konusunda yardım alması ve bebeklerin emzik/biberon alma durumu ile doğumdan sonra ilk 24. saatte Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$). 15. günde ise istatistiksel fark olmadığı görüldü ($p>0.05$; Tablo 2). Annelerin emzirme/süt sağmaya yönelik bilgi alma durumuna göre 24. saat ve 15. gün EÖY düzeyi açısından fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$; Tablo 4).

Tablo 4. Primipar Annelerin Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Emzirme Öz Yeterlilik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Emzirmeye İlişkin Özellikler (n:320)	İlk 24 Saat EÖY puanı $\bar{X} \pm SS$	15. Gün EÖY puanı $\bar{X} \pm SS$
Bebeği ilk kucağa alma zamanı		
Hemen	58.61 \pm 7.52	66.11 \pm 6.30
30-60 dk arasında	58.65 \pm 7.37	64.56 \pm 6.00
61 dk - 2 saat arasında	54.19 \pm 8.38	59.64 \pm 8.98
121 dk ve üzeri	56.80 \pm 7.44	62.80 \pm 8.02
F/ X²; p	F:7.36; p=0.00	X²: 38.616; p=0.00
Doğumdan sonra ilk emzirme zamanı		
Hemen	58.85 \pm 7.42	66.67 \pm 5.43
30-60 dk. arasında	59.10 \pm .20	64.54 \pm 6.99
61 dk. - 2 saat arasında	53.99 \pm 8.42	59.49 \pm 9.44
121 dk. ve üzeri	55.45 \pm 7.81	61.61 \pm 7.07
F/ X²; p	F:9.02;p= 0.00	X²: 44.45; p=0.00
İlk 24 saatte emzirme sıklığı		
1- 5 kez	56.25 \pm 8.05	62.28 \pm 9.11
6-10 kez	55.30 \pm 7.99	62.17 \pm 8.01
11 kez ve üstü	60.56 \pm .88	66.59 \pm 4.75
F/ X²; p	F:13.05; p=0.00	X²: 18.83; p=0.00
Emzirmeye tanık olma		
Evet	57.66 \pm 7.92	64.00 \pm 7.55
Hayır	55.60 \pm 8.06	62.10 \pm 8.39
t/U; p	t:2.14;p= 0.03	MWU:9529.0;p=0 0.04
Doğumdan sonra yardım alma		
Yardım almadı	60.94 \pm 8.38	65.22 \pm 6.61
Sağlık çalışanından aldı	55.99 \pm 7.86	63.57 \pm 8.38
Diğer kişilerden aldı	58.11 \pm 7.94	62.82 \pm 7.11
F/ X²; p	F:4.86; p=0.00	X²: 1.83; p=0.17
Bebeğin emzik/biberon alması		
Evet	56.01 \pm 8.10	62.99 \pm 8.24
Hayır	57.88 \pm 7.86	63.77 \pm 7.52
t/U; p	t:-2.09; p=0.03	MWU:12118.0; p=0.44
Emzirme/Süt Sağlamaya Yönelik Bilgi Alma Durumu		
Evet	59.02 \pm 8.17	65.22 \pm 5.59
Hayır	56.65 \pm 7.94	63.07 \pm 8.17
t/U; p	t:1.19;p=0.05	MWU:5745.50;p=0.12

T: Bağımsız gruplarda t testi

F: One Way Anova Ki-Kare (X²): Kruskal Wallis H Testi

MWU:Mann Whitney U Testi (15.gün puanları normal dağılıma sahip değil)

Vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyi (EÖY ölçeği puanları) doğumdan sonra ilk 24. saatte yapılan ölçümlerde 15. günde yapılan ölçümlere göre düşük olduğu, istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$; Tablo 5). Vajinal doğum yapan annelerin doğumdan sonra ilk 24. saatte ve 15. günde yapılan ölçümlerde emzirme öz yeterlilik düzeyi (EÖY ölçeği puanları) sezaryen doğum yapan annelere göre yüksek olduğu, istatistiksel olarak aralarında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$; Tablo 5).

Tablo 5. Primipar Annelerin Doğum Şekline Göre Emzirme Öz Yeterlilik Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Doğum Şekli (n:320)	İlk 24 Saat EÖY Ölçek puanları	15. Gün EÖY Ölçek puanları	Z*	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Vajinal Doğum (n: 173)	58.99±7.48	65.90±6.77	9.591	0.000
Sezaryen (n: 147)	54.69±8.01	60.47±8.07	7.983	0.000
t / U; p	t: 4.960; 0.000	MWU: 7446.0; 0.000		

Z*: Wilcoxon Signed Ranks Testi

t: Bağımsız gruplarda t testi. sd:318.

MWU: Mann Whitney U testi (15.gün puanları normal dağılıma sahip değil)

TARTIŞMA

Bilgi yetersizliği ve çalışma koşulları nedeniyle annelerin emzirme sorunları yaşadığı, bebeğini yeterince emzirmedeği bildirilmektedir (Güneş, 2015; Gökdemirel ve diğerleri, 2008). Mirghafourvand ve diğerleri, (2018) eğitim seviyesi yüksek annelerin EÖY düzeyinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Çalışma grubumuzdaki primipar annelerin; yaş, eğitim ve çalışma durumu açısından 24. saat ve 15. günde Emzirme Öz Yeterlilik düzeyi açısından fark saptanmadı.

Emzirme başarısı için doğumdan sonraki ilk bir saatte yenidoğan aktif, canlı uyanık olduğu için ilk bir saatte emzirilmesi önerilmektedir (WHO/UNICEF, 2003). Araştırma grubumuzdaki annelerin %56.3'ü doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmeye başlamıştı. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) raporuna göre ülkemizde yenidoğanların %50'si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmektedir. İlk bir saatte emziren annelerin, 24. saat ve 15. günde Emzirme Öz Yeterlilik düzeyi anlamlı olarak yüksekti. Sonuçlarımızı benzer şekilde Aslan (2016) doğum sonu ilk yarım saatte emziren annelerin daha yüksek EÖY düzeyine sahip olduğunu belirlemiştir. Bölükbaşı (2016) ilk emzirme zamanı ile Emzirme Öz Yeterlilik düzeyi arasında istatistiksel bir fark saptamamıştır. Erken emzirmenin emzirme başarısındaki etkisi uzun yıllardır kanıtlanmıştır. Buna göre erken emziren annelerin emzirme öz yeterlilik algısının da olumlu olması beklenir. Doğru emzirme tekniği uygulayan ve bebeklerini sık emziren annelerin emzirme konusunda daha başarılı olduğu ve bebek emdikçe kendilerine olan öz güvenlerinin arttığı düşünülmektedir (Bölükbaşı, 2016). Bölükbaşı (2016)'nın sonucun farklı çıkmasının nedeni çalışma grubunun %57.0'si yetersiz emzirme eylemi gösterdiğinden kaynaklanabilir.

Annenin emzirme konusunda desteklenmesinin emzirmeyi olumlu yönde etkilediği, desteklenmeyen annelerin kendini yetersiz hissettiği bildirilmektedir (Bağcı ve Altıntuğ, 2016; Kurnaz, 2014; Doğaner ve Bekar, 2006). Çalışma grubundaki annelerden ilk 24 saat içinde emzirme konusunda yardım almayanların EÖP yüksek olduğu 15. Günde yapılan ölçümlerde fark olmadığı belirlendi. Benzer şekilde İnce ve diğerleri (2017) doğum sonu dönemde annenin yardım almasının, emzirme öz yeterlilik puanını etkilemediğini saptamıştır. Literatürün aksine çalışma grubumuzdaki annelerde emzirme konusunda yardım alınan emzirme öz yeterlilik düzeyine etkisi gösterilmemiştir.

Emzik kullanımının emzirmeyi olumsuz etkilediği (Jaafar ve diğerleri, 2016), emzik kullanımının emzirme oranlarını düşürdüğü ve emzirme süresini kısalttığı belirlenmiştir (Buccini ve diğerleri, 2016; Howard ve diğerleri, 2003; Ünsal ve diğerleri, 2005). Çalışma grubunda bebeğine emzik/biberon vermeyen annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyi yüksekti. Sonuçlar literatür ile uyumludur.

Emzirme öz yeterlilik algısı yüksek olan annelerin emzirme sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiştir (Blyth ve diğerleri, 2004; Meedya ve diğerleri, 2010). İlk haftalarda anne sütünün yapısında değişiklikleri bilmeyen anneler sütünün yetersiz olduğunu algılayabilir (Atıcı ve diğerleri, 2007; Serim, 2010; DeVane-Johnson ve diğerleri, 2018). Çalışma grubumuzdaki vajinal ve sezaryen doğum yapan primipar annelerin 15.gündeki emzirme öz yeterlilik düzeyi, ilk 24 saate göre anlamlı olarak yüksek idi. On beşinci günde emzirme öz yeterlilik düzeyinin yüksek olması, anne sütü miktarının artması ve düzenli salgılanması ile ilişkilendirilmiştir. Anne sütü miktarı arttıkça emzirme öz yeterlilik algısının yükseldiği düşünülebilir. Literatürde anne sütündeki yapısal değişikliklerin emzirme öz yeterlilik düzeyini irdeleyen yayınlar sınırlıdır. Matür süt salınımı başlayana kadar annelerin emzirme sorunları yaşayabileceği ve sütünü yetersiz algılayabileceği göz önünde bulundurularak emzirme öz yeterlilik düzeyinin ilk haftalarda tekrar değerlendirilmesi önerilebilir.

Araştırma grubumuzda vajinal doğum yapan primipar annelerin doğumdan sonra ilk 24. saatte ve 15. günde EÖY düzeyi, sezaryen doğum yapan annelere göre anlamlı olarak yüksekti. Benzer şekilde birçok çalışmada vajinal doğum yapan annelerin sezaryen ile doğum yapanlara göre daha yüksek EÖY düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Aslan, 2016; Dennis, 2003; Mızrak, 2013; Tokat, 2009). Akkoyun ve Arslan (2016). Bölükbaşı (2016) çalışmalarında, doğum şekline göre EÖY puanları açısından anlamlı fark saptamamıştır. Wutke ve Dennis (2007) Polonya’da yaptığı çalışmasında, vajinal doğum yapan annelerin sezaryen yapanlara göre EÖY daha düşük olduğunu belirlemiştir. Sonuçlardaki farklılıklar araştırma grubunun seçimi ile açıklanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bebeğini kucağına erken alan, doğumdan sonra ilk bir saatte emziren, ilk 24 saatte sık emziren ve bebeğine emzik/biberon vermeyen annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyi yüksekti. Vajinal doğum yapan primipar annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyi sezaryen doğum yapanlara göre yüksekti. Vajinal ve sezaryen doğum yapan primipar annelerin doğumdan iki hafta sonra emzirme öz yeterlilik algısı ilk güne göre yüksekti.

Ebe ve hemşirelerin, annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyini yükseltme ve emzirme başarılarını arttırmada önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Annenin emzirme öz yeterliliğini arttırması için doğum sonu servislerde çalışan ebe ve hemşireler doğumhanede başlayarak bebeğin anne ile ten tene temasının sağlamalı, ilk bir saatte annenin bebeğini emzirmesi ve ilk 24 saat içinde sık emzirmesini sağlamalıdır. Vajinal doğumların desteklenmesi ve ilk haftalarda annelerin emzirme öz yeterlilik düzeylerinin takip edilmesi önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği: Araştırma İstanbul’da tek bir merkezde gerçekleştirildiği için elde edilen sonuçlar bu kurumla sınırlıdır.

KAYNAKLAR

- Akyüz, A., Kaya, T., Şenel N. (2007). Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 331-335.
- Alus Tokat, M., Serçekuş, P., Yenal, K., Okumuş, H. (2015). Early postpartum breast-feeding outcomes and breast-feeding self-efficacy in turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 73-79. doi: 10.1111/2047-3095.12037.
- Aslan, Y., Ege, E. (2016). Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3160-3172.
- Atıcı, A., Polat, S., Turhan, A.H. (2007). Anne sütü ile beslenme. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 3(6), 1-5
- Atlas, B. (2006). Şişli etfal eğitim ve araştırma hastanesi aşı merkezi ve yenidoğan izleme ünitesine başvuran annelerin anne sütü konulu eğitiminin etkinliğinin incelenmesi. (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2011). *National breastfeeding indicators: Workshop report*. Cat. no. PHE 146. Canberra: AIHW. İnternet Erişim Adresi: (<https://www.aihw.gov.au/getmedia/8718b74f-db38-4bc9-a122-ca4431cd9eb2/13346.pdf.aspx?inline=true>) Erişim Tarihi: 15/03/2019
- Bağcı, S., Altuntuğ, K. (2016). Problems experienced by mothers in postpartum period and their associations with quality of life annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3266-3279. doi: <https://doi.org/10.14687/jhs.v13i2.3884>
- Bartle, NC., Harvey, K. (2017). Explaining infant feeding: the role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy, and breastfeeding outcomes. *British Journal of Health Psychology*, 22(4), 763-785. doi: 10.1111/bjhp.12254.
- Blyth, R.J., Creedy, D.K., Dennis, C.L., Moyle, W., Pratt, J., De Vries, S.M., Healy, G.N. (2004). Breastfeeding duration in an australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.*, 20(1), 30-38. doi:10.1177/0890334403261109
- Bölükbaşı, H. (2016). *Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyonun emzirme öz yeterlilik. Emzirme başarısı ve beslenme durumuna etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.

- Brandão, S., Mendonça, D., Dias, C.C., Pinto T.M., Dennis, C.L., Figueiredo, B. (2018). The breastfeeding self-efficacy scale-short form: psychometric characteristics in portuguese pregnant women. *Midwifery*, 66, 49-55. doi: 10.1016/j.midw.2018.07.014.
- Brockway, M., Benzies, K., Hayden, K.A. (2017). Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Lact.*, 33(3), 486-499. doi: 10.1177/0890334417707957.
- Buccini, G.D.S., Pérez-Escamilla, R., Paulino, L.M., Araújo, C.L., Venancio, S.I. (2017). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.*, 13(3), 1-19. doi: 10.1111/mcn.12384.
- Çakmak, H., Kuşuoğlu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the latch breastfeeding charting system. *Int J Nurs Stud.*, 44(7), 1128-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.04.018
- Çatak, B., Sütü, S., Kılınc, A.S., Bağ, D. (2012). Burdur ilinde bebeklerin emzirilme durumu ve beslenme örüntüsü. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 5(3), 115-122.
- Dennis, C.L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact.*, 15(3), 195-201. doi: 10.1177/089033449901500303
- Dennis, C.L., Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health*. 22(5), 399-409. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199910\)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22:5<399::AID-NUR6>3.0.CO;2-4)
- Dennis, C.L. (2003). Breastfeeding self efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 32(6), 734-744. PMID:14649593
- DeVane-Johnson, S., Wright, Y.J., Godwin, L., Williams, J.M. (2018). Breast-feeding and practice tips for case managers. *Prof case manag.*, 23(3), 158-162. doi: 10.1097/NCM.0000000000000291.
- Doğaner, G., Bekar, M. (2006). Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 16(4), 60-70.
- Özkan, H., Bekmezci H. (2016). Yenidoğanın beslenmesi. Genç, R.E., Özkan, H. (Ed.), *Ebeler için yenidoğan sağlığı ve hastalıkları* içinde (s. 135-58). Elazığ: Anadolu Tıp Kitabevleri.
- Gökçeoğlu, E. (2014). *Annelerin emzirme öz yeterlilikleri ile sütün yeterlilik algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). T. C Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Gökdemirel, S., Bozkurt, G., Gökçay, G., Bulut, A. (2008). Çalışan annelerin emzirme sürecinde yaşadıkları: niteliksel bir çalışma. *Çocuk Dergisi*, 8(4), 221-234.
- Güneş, M. (2015). *Erciyes Üniversitesi hastaneleri 'nde çalışan sağlık personeli annelerin emzirme durumu ve etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
- Gürel, P. (2009). *Polikliniğimize başvuran 6ay-12 ay arası çocukların annelerinin; anne sütü ile beslenme ve emzirme konusunda bilgi düzeyinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara. Türkiye. 2014. İnternet Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi: 20/12/2017
- Hackman, N.M., Schaefer, E.W., Beiler, J.S., Rose, C.M., Paul, I.M. (2015). Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med.*, 10(3), 156-162. doi: 10.1089/bfm.2014.0119.
- Howard, C.R., Howard, F.M., Langhear, B., Eberly, S., deBlicke, E.A., Oakes, D., Lawrence, R.A. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottlefeeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, 111(3), 511-518. PMID:12612229

- Jaafar, S.H., Ho, J.J., Jahanfar, S. Angolkar, M. (2016). Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8*. Art. No.: CD007202. Doi: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.
- Kurnaz, D. (2014). *Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler*. (Yükseklisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
- Lawrence, R., Lawrence, M. (2011). *Breastfeeding: A guide for the medical profession (7th ed.)*. St Louis: Mosby. ISBN 0801628970. 9780801628979
- Meedya, S., Fahy, K., Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth, 23*(4), 135-145. doi: 10.1016/j.wombi.2010.02.002
- Mızrak, B. (2013). *Eskişehir'deki bir grup aile sağlığı merkezine kayıtlı primiplarlara verilen antenatal eğitimin emzirme öz yeterlilik algısına etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Mirghafourvand, M., Kamalifard, M., Ranjbar, F., Gordani, N. (2018). Relationship of breastfeeding self-efficacy with quality of life in Iranian breastfeeding mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med, 31*(20), 2721-2728. doi: 10.1080/14767058.2017.1354368.
- Otsuka, K., Dennis, C.L., Tatsuoka, H., Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived in sufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 37*(5), 546-555. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00277.x.
- Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L. et al. (2013). *Maternal child nursing care*. Elsevier Health Sciences: Mosby.
- Serim, B. (2010). *Bebeğe ve anneye ait etmenlerle meme bezi geçirgenliğinin ilişkisi*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.
- Tokat, M.A. (2009). *Antenatal dönemde verilen eğitimin annelerin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.
- Topal, S., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2016). Süt çocukluğu döneminde beslenme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6*(1), 63-70.
- Wutke, K., Dennis, C.L. (2007). The reliability and validity of the polish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud, 44*(8), 1439-1446.
- Yenal, K., Aluş Tokat, M., Durgun Ozan, Y., Çeçe, Ö., Bakılan Abalı, F. (2013). Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10*(2), 14-19.

Merve AKPINAR YILMAZ¹
Orcid : 0000-0002-5384-9345

Yeliz CİĞERCİ²
Orcid : 0000-0002-9858-0837

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bolvadin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
mayilmaz@aku.edu.tr

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Yeliz CİĞERCİ
yelizceylin@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Steroid tedavisi; kortikosteroid; hemşirelik;
bilgi düzeyi.

Key Words:

Steroid treatment; corticosteroid; nursing;
knowledge levels.

Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Steroid Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Determining the Knowledge Levels of Nurses Working in Surgery and Internal Clinics Concerning Steroid Treatment

3.Uluslararası 11.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Poster Sunumu, 3-6 Ekim 2019

Alınış (Received): 27.06.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 21.11.2019

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı özellik taşıyan bu araştırma, Afyon ilindeki bir üniversite hastanesinin cerrahi ve dahili kliniklerinde çalışan 326 hemşireden araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli yada raporlu olmayan toplam 261 hemşireyle 7 Şubat – 6 Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma verileri, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Genel Bilgi”, “Komplikasyonlar” ve “Hemşirelik Uygulamaları” bölümlerini içeren toplamda 3 bölüm ve 54 maddeden oluşan “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Anketi” kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırma bulguları incelendiğinde, hemşirelerin %63.6’sının cerrahi kliniklerde, %36.4’ünün dahili kliniklerde çalıştığı, %20.7’sinin mezuniyet sonrası steroid ilaçlara ilişkin eğitim aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin anketin tedaviye ilişkin genel bilgi bölümünden ortalama 12.52±4.7, steroid tedavisinin komplikasyonlarına yönelik bilgi bölümünden ortalama 8.13±3.1, steroid tedavisinde hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümünden ortalama 14.34±4.4 puan alarak anketin tüm bölümlerinden ortalamanın üzerinde puan aldığı belirlenmiştir. Anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla puan aldığı, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin bilgi puanlarının lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin bilgi puanlarından daha yüksek olduğu, hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve klinik deneyim süresi arttıkça bilgi puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda hemşirelerin bilgi puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted for the purpose of determining the knowledge levels of surgical nurses and internal clinics nurses concerning steroid treatment.

Methods: This descriptive study was carried out with a total of 261 nurses between February 7th – March 6th, 2019, who agreed to participate in the study and were neither on leave nor on sick leave between the aforementioned dates, among 326 nurses working in the surgery and internal clinics of a university hospital in the Afyon province. Study data were collected using a “Questionnaire Form for Nurse’s Knowledge of Steroid Treatment”, which includes the sections of “Personal Information Form”, “General Information”, “Complications” and “Nursing Practices” and consists of a total of 3 sections and 54 items.

Results: Examining the study findings; it was determined that 63.6% worked in surgery clinics and 36.4% in internal clinics, 20.7% had trained on steroid drugs after graduation. It was determined that the nurses obtained mean 12.52 ± 4.7 points from the section of general information about mean 8.13±3.1 points from the section of information about complications of the steroid treatment; mean 14.34 ±4.4 points from the section of information about nursing practices in the steroid treatment and the nurses obtained scores above average from all of the sections of the questionnaire. It was determined that the nurses working in internal clinics obtained higher scores from all of the sections of the questionnaire than the nurses working in surgery clinics; the nurses with bachelor’s degree and postgraduate degree had higher knowledge scores than the nurses who were high school graduates and had associate degree; and as the nurses’ length of working in the profession and length of clinical experience increased, the knowledge scores increased.

Conclusion: As a result of the study, it was found that the nurses’ knowledge scores were above average.

Kaynak Gösterimi: Cığerci, Y., ve Yılmaz Akpınar, M. (2020). Cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *EGE HFD*, 36(1), 11-22.

How to cite: Cığerci, Y., and Yılmaz Akpınar, M.(2020). Determining the knowledge levels of nurses working in surgery and internal clinics concerning steroid treatment. *EGE HFD*, 36(1), 11-22.

GİRİŞ

Sentetik kortikosteroidler, mineralokortikoid etkileri azaltılmış, glukokortikoid etkileri güçlendirilmiş kortizol türevleridir (Aki, 2007; Olgun, 2011). Güçlü antiinflamatuvar ve immünsupresif etkilerinden dolayı 1940'lı yılların sonlarından beri çeşitli tıbbi durumlarda kullanılan (alerjik, romatolojik, nörolojik ve otoimmün hastalıklar gibi) glukokortikoidlerin (Aki, 2007; Clifton ve diğerleri, 2018) klinikte en sık kullanılan formları; kortizol, kortizon, prednizon, prednizolon, metilprednizolon ve deksametazon'dur (Grover ve diğerleri, 2007).

Sistemik (oral veya parenteral) glukokortikoidler, alerjik reaksiyonlar, astım alevlenmeleri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, dermatolojik hastalıklar, oftalmolojik, romatolojik, hematolojik hastalıklar ve gastrointestinal bozukluklar gibi pek çok hastalıkta kullanılır (Liu ve diğerleri, 2013; Rice ve diğerleri, 2017).

Faydalı etkilerine rağmen, bu ajanların uzun süreli sistemik (oral veya parenteral) kullanımı, özellikle hiperglisemi ve diyabet başta olmak üzere osteoporoz, hipertansiyon, oral kandidiyaz, miyopati, dislipidemi ve cushingoid görünüm (aydede yüzü, ensede buffalo hörgücü görüntüsü, ince ekstremite), jinekromasti, hirsutizm, immün baskılanma ve yara iyileşmesinde gecikme, psikiyatrik rahatsızlıklar, katarakt ve glokom gibi pek çok yan etkinin ortaya çıkmasına neden olur (Fsadni, 2015; Liu ve diğerleri, 2013; Rice ve diğerleri, 2017). Dorff ve Crawford (2013) tarafından steroid yapıda ilaçlar kullanan hastalarda yapılan prospektif bir çalışmada, hastalarda en sık görülen yan etkilerin sırasıyla oral kandidiyaz, ödem, cushing sendromu, dispepsi ve kilo artışı olduğu ayrıca deksametazon kullanan hastalarda bu yan etkilerin görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Waljee ve diğerleri (2017) tarafından steroid tedavisinin yan etkilerine yönelik Amerika'da yapılan, geniş çaplı kohort araştırmada; ilacın düşük dozda ve 30 günden daha az sürede kullanılması durumunda bile hastalarda sepsis riskinin 4 kat, ateroskleroz riskinin 3 kat, kırık oluşma riskinin ise 2 kat arttığı saptanmıştır. Steroid tedavisi sonucu ortaya çıkan komplikasyonların maliyetlerine ilişkin 2009 yılında ABD de hazırlanan bir raporda, gastrointestinal komplikasyonlar için (örneğin, peptik ülser) 21.824 dolar, sepsis için 9.914 dolar, katarakt için 1.913 dolar ve katarakt cerrahisi için 4.416 dolar, psikiyatrik yan etkiler için 1.914 ile 12.024 dolar a kadar ve kırık vakaları için 1.743 dolardan 18.358 dolara kadar yüksek bir maliyet belirlenmiştir (Rice ve diğerleri, 2017).

Böylesine yaygın kullanımı olan bu ilaçların tedavisinde diğer sağlık disiplinlerine göre hastalar ile daha uzun süreli ve daha fazla iletişim halinde olmaları nedeni ile önemli bir konumda yer alan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler hastalara reçete edilen ilaçların etki ve yan etkilerini, verilme nedenlerini, yüksek doz veya zehirlenme belirtilerini, ilaç alerji durumunu, ilacın etkisini olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörleri ve ortaya çıkabilecek yan etkiler sonucu yaşanabilecek zorlukları bilmelidir. Steroid tedavisi alan bireylere verilecek etkin hemşirelik yaklaşımı, hastanın tedaviden en iyi şekilde yararlanmasına, tedaviye bağlı komplikasyonların azaltılmasına ya da önlenmesine katkıda bulunabilir (Alparslan ve Kapucu, 2008; Talas ve Pınarcı, 2010). Yapılan literatür taramalarında, steroid tedavisinin yan etkilerini araştıran ve hastaların steroid tedavisine uyumunu inceleyen çeşitli çalışmalar olduğu görülmektedir. Ancak literatürde steroid tedavisine, tedavinin komplikasyonlarına ve steroid tedavisi altındaki bireylerde hemşirelik uygulamalarına yönelik hemşirelerin bilgi düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çerçevede, araştırma soruları aşağıda sunulmuştur:

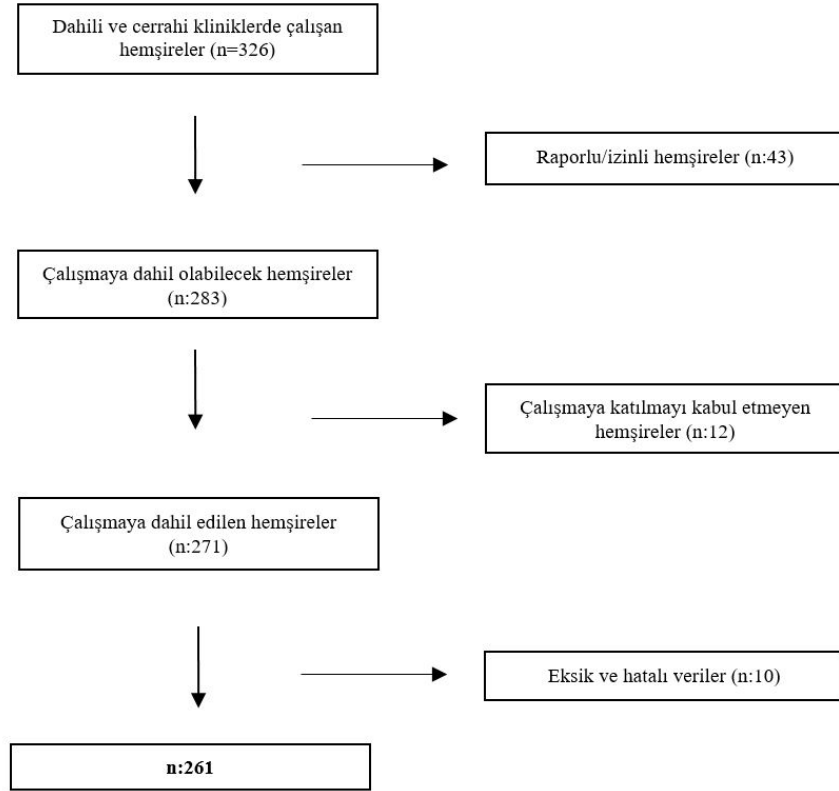
- Hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
- Hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeyleri, sosyodemografik özelliklerine ve steroid tedavisine ilişkin eğitim alma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, 7 Şubat – 6 Mart 2019 tarihleri arasında Afyon ilindeki bir üniversite hastanesi'nin cerrahi ve dahili kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, belirtilen hastanenin cerrahi ve dahili kliniklerinde çalışmakta olan toplam 326 hemşire oluşturmuş olup, araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Çalışmanın uygulandığı tarih aralıklarında izin ya da rapor durumu olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olan toplam 261 klinik hemşiresi ile araştırma tamamlanmıştır (Şekil 1).

Araştırmada veri toplama aracı olarak, "Sosyodemografik ve Bireysel Özellikler Formu" ve araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelemesi (Aki, 2007; Alparslan ve Kapucu, 2008; Arvas, 2014; Liu ve diğerleri, 2013, Olgun, 2011, Rice ve diğerleri, 2017, Salerno ve Hermann, 2007, Talas ve Pınarcı, 2010) doğrultusunda hazırlanan "Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi (STHB) Anketi" kullanılmıştır.

Sosyodemografik ve Bireysel Özellikler Formu; araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, çalışılan klinik, klinik deneyim süresi, steroid tedavisi ile ilgili eğitimi alma durumu ve klinikte kullanılan steroid ilaçlar ile ilgili dokuz soruyu içermektedir.



Şekil 1. Çalışma Akış Şeması

Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi (STHB) Anketi; steroid tedavisine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerini inceleyen STHB anketi 54 ifadeden oluşmaktadır. Anketin kapsam geçerliliği hemşirelik alanında uzman altı akademisyen ve iki hemşire tarafından değerlendirilmiştir. Uzman görüşleri Davis tekniği dikkate alınarak değerlendirilmiş (Davis, 1992) ve maddelerin kapsam geçerlik indeksi 0,97 bulunmuştur. Üçlü likert tipte hazırlanmış olan (katılıyorum “1 puan”, fikrim yok “0 puan”, katılmıyorum “0 puan”) anket üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü olan “Genel Bilgi” bölümünde alınabilecek puan aralığı 0-22’ dir. Bu bölüm steroidler ve steroid tedavisine ilişkin hemşirelerin genel bilgi seviyelerini değerlendirmeyi amaçlayan 22 ifadeden oluşmaktadır. “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümü, anketin ikinci bölümüdür; 12 ifadeden oluşmaktadır ve alınabilecek puan 0-12 arasındadır. Anketin üçüncü bölümü olan “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümünde alınabilecek puan aralığı 0-20’ dir. Bu bölüm steroid tedavisi uygulanan hastada hemşirelik uygulamalarına yönelik hemşirelerin bilgi seviyelerini değerlendirmeyi amaçlayan 22 ifadeden oluşmaktadır. Anketin “Genel Bilgi” bölümünün Cronbach alpha katsayısı 0.824, “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” bölümünün Cronbach alpha katsayısı 0.810 ve “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümünün Cronbach alpha katsayısı 0.853 olarak hesaplanmıştır. STHB anketinden alınabilecek en düşük puan “0” en yüksek puan “54”tür. Anketten alınan puan arttıkça bilgi düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Hemşirelerin, anket formlarındaki soruları uygun oldukları bir zamanda kendileri tarafından yanıtlamaları için, anketler hemşirelere 08.30-16.30 ve 16.30-08.30 çalışma saatlerinde elden dağıtılmıştır. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin gizliliğini korumak amacı ile anket formlarını isimsiz olarak doldurmaları istenmiş ve sonraki ziyarette anketler araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan 2019/2 tarih ve sayılı etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Ek olarak hemşirelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Buna ek olarak hemşirelere herhangi bir zamanda bu araştırmaya katılmayı reddedebilecekleri ya da çekilebilecekleri konusunda güvence verilmiştir.

Veriler SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) 20.0 for Windows programında analiz edilmiştir. Araştırmadaki sürekli değişkenler, tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri, kategorik değişkenler, tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılımı Skewness-Kurtosis ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. STHB Anketinin güvenilirlik analizi için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin bağımsız grup karşılaştırmalarında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin bağımsız ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. *P* değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hemşirelerin sosyodemografik ve bireysel özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur. Hemşirelere çalıştıkları kliniklerde kullanılan steroid ilaçlar sorulduğunda; hemşirelerin %84.3’ü deksametazon, %70.9’u metilprednizolon, %37.5’i prednizolon, %10.3’ü triamsinolon ve %6.5’i betametazon kullanıldığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3’te hemşirelerin STHB Anketi “Genel Bilgi” bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; “kortikosteroidler, adrenal korteks (böbrek üstü bezleri) tarafından salgılanan steroid yapıli hormonlardır” ifadesine %87’si, “kortizol olarak bilinen glukokortikoidler adrenal korteksten salgılanır” ifadesine %69.3’ü doğru cevap vermiştir. Steroid ilaçların yarılanma ömürleri ile ilgili ifadeleri içeren “kortizonun yarılanma ömrü < 12 saat olan kısa etkili bir steroiddir”, “deltacortril (prednizolon), prednol-L (metilprednizolon) orta etkili (12-36 saat) steroidlerdir”, “dekort (deksametazon) yarılanma ömrü > 36 saat olan uzun etkili bir steroiddir” maddelerine hemşireler sırasıyla %44.1, %56.6, %36.0 doğru yanıtlamışlardır. Steroid tedavisinin kullanım alanları ile ilgili bilgi ifadelerini içeren “steroidlerin tedavide kullanım endikasyonları, güçlü antiinflamatuvar ve immüsupresif etkileridir” (%67.0), “Steroidler alerjik ve otoimmün hastalıklarda kullanılabilir” (%79.7), “steroidler, romatolojik ve nörolojik hastalıklarda kullanılabilir”(%69), “steroidler romatoid artrit (RA), deri enflamasyonları gibi durumlarda kullanılabilir” (%69.7), “beyin tümörleri, spinal kord yaralanmaları gibi durumlarda steroid tedavisinden yararlanır”(%61.7) maddelerine yüksek oranda doğru yanıt verilmiştir. Ancak yine steroid ilaçların kullanım alanları ile ilgili olan “bir hormon salgılanma bozukluğu olan Addison hastalığında steroid tedavisi kullanılmalıdır” ifadesine %49.4’ü “Fikrim yok” cevabı vermiştir. Hemşirelerin %73.6’sı “vücutta kortizol salgılanma hızı gece yarısı ile sabah dokuz arasında en fazladır” ifadesine “Katılıyorum” cevabı vermiştir. “Cushing sendromu kortizon tedavisinin özellikle ilk iki ayında gelişir” maddesine hemşirelerin %66.7’si ve “İki hafta süre ile uygulanan bir steroid tedavisi sonrası adrenal korteks bir yıla kadar baskılanabilir” maddesine hemşirelerin %60.5’i “Fikrim yok” yanıtı vermişlerdir. “Steroid tedavisinin sonlandırılmasında, hastaya uygulanan ilaç dozunun azaltılarak, idame tedavi süresi kadar steroid tedavisine devam edilmelidir” ifadesine hemşirelerin %60.9’u doğru cevap vermiştir. “40 mg ve üzeri prednisolon ilaç uygulaması yüksek doz steroid tedavisidir” maddesine ise %47.1 ile doğru yanıt verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı (n:261)

Özellikler	n	%
Yaş ortalaması (Ort ± SS)	27.43 ± 5.28	
Cinsiyet		
Kadın	203	77.8
Erkek	58	22.2
Eğitim Durumu		
Lise	96	36.8
Önlisans	18	6.9
Lisans	137	52.5
Yüksek lisans	10	3.8
Mesleki Deneyim Süresi		
1-5 yıl	140	53.6
6-10 yıl	80	30.7
11 yıl ve üzeri	41	15.7
Çalışılan Klinik		
Cerrahi Klinikler	166	63.6
Dahili Klinikler	95	36.4
Klinik Deneyim Süresi		
1-5 yıl	173	66.3
6-10 yıl	65	24.9
11 yıl ve üzeri	23	8.8
Steroid Tedavisi ile İlgili Eğitimi Alma Durumu		
Eğitim Almış	54	20.7
Eğitim Almamış	207	79.3

Tablo 2. Kliniklerde Kullanılan Steroid İlaçlara İlişkin Bulguların Dağılımı

İlaçlar	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Prednizolon (Deltacortil)	98	37.5	163	62.5
Betametazon (Celestone)	17	6.5	244	93.5
Deksametazon (Dekort, Onadron, Ultralan)	220	84.3	41	15.7
Metilprednizolon (Depo-medrol, Prednol)	185	70.9	76	29.1
Triamsinolon (Kenacort-A, Sinakord-A)	27	10.3	234	89.7

Tablo 3. Hemşirelerin STHB Anketi "Genel Bilgi" Bölümüne Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cronbach's Alpha	Ort±SS	Alınabilecek Puan aralığı					
			Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	0.824	12.52 ± 4.7	n	%	n	%	n	%
Kortikosteroidler, adrenal korteks(böbrek üstü bezleri) tarafından salgılanan steroid yapılı hormonlardır.			227	87.0	5	1.9	29	11.1
Kortizol olarak bilinen glukokortikoidler adrenal korteksten salgılanır.			181	69.3	12	4.6	68	26.1
Kortizonun yarılanma ömrü <12 saat olan kısa etkili bir steroiddir.			115	44.1	31	11.9	115	44.1
Deltacortril (prednizolon), prednol-L (metilprednizolon) orta etkili (12-36 saat) steroidlerdir.			145	56.6	26	10.0	90	34.5
Dekort (deksametazon) yarılanma ömrü >36 saat olan uzun etkili bir steroiddir.			94	36.0	49	18.8	118	45.2
Steroidlerin tedavide kullanım endikasyonları. güçlü antiinflamatuvar ve immünsupresif etkileridir.			175	67.0	24	9.2	62	23.8
Steroidler alerjik ve otoimmün hastalıklarda kullanılabilir.			208	79.7	13	5.0	40	15.3
Steroidler. romatolojik ve nörolojik hastalıklarda kullanılabilir.			180	69.0	24	9.2	57	21.8
Bir hormon salgılanma bozukluğu olan Addison hastalığında steroid tedavisi kullanılmalıdır.			114	43.7	18	6.9	129	49.4
Steroidler romatoid artrit (RA), deri enflamasyonları gibi durumlarda kullanılabilir.			182	69.7	10	3.8	69	26.4
Beyin tümörleri. spinal kord yaralanmaları gibi durumlarda steroid tedavisinden yararlanır.			161	61.7	18	6.9	82	31.4
Steroidler kronik ağrıların (kanser ağrıları gibi) hafifletilmesinde kullanılabilir.			115	44.1	65	24.9	81	31.0
Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde kısa etkili steroid ilaçlar kullanılmalıdır.			107	41.0	69	26.4	85	32.6
Hipofiz tümörü sebebiyle cerrahi girişim geçirecek hastaya ameliyat öncesi dönemde steroid ilaçlar başlanmalıdır.			130	49.8	17	6.5	114	43.7
Vücutta kortizol salgılanma hızı gece yarısı ile sabah 9 arasında en fazladır.			192	73.6	15	5.7	54	20.7
Steroid tedavisi uygulanan bir hastaya. tedaviye ek olarak diüretik tedavi de başlanmalıdır.			143	54.8	43	16.5	75	28.7
Steroid tedavisi midede peptik ülser gelişimini artırdığı için H ₂ reseptör antagonisti (ulcuran, famodin) ya da proton pompa inhibitörü (nexium, lansor) ilaçlar ile birlikte verilmelidir.			198	75.9	10	3.8	53	20.3
Steroid kullanan hastalarda hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı - kusma, kas ve eklem ağrılarının görülmesi adrenal yetmezliğin belirti ve bulgularıdır.			148	56.7	25	9.6	88	33.7
Cushing sendromu, kortizon tedavisinin özellikle ilk ikinci ayında gelişir.			74	28.4	13	5.0	174	66.7
Steroid tedavisinin sonlandırılmasında, hastaya uygulanan ilaç dozunun azaltılarak, idame tedavi süresi kadar steroid tedavisine devam edilmelidir (örneğin; 3 ay idame tedavi ardından 3 ay daha tedaviye devam edilmeli).			159	60.9	16	6.1	86	33.0
2 hafta süre ile uygulanan bir steroid tedavisi sonrası adrenal korteks 1 yıla kadar baskılanabilir.			89	34.1	14	5.4	158	60.5
40 mg ve üzeri prednisolon ilaç uygulaması yüksek doz steroid tedavisidir.			123	47.1	38	14.6	100	38.3

Tablo 4'te hemşirelerin STHB Anketi "Komplikasyonlara Yönelik Bilgi" bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %71.6'sı "Steroid tedavisi, hastada santral obezite ve aydede yüz gelişmesine neden olabilir" maddesine doğru yanıt vermiştir. "Steroid tedavisi hastada ödeme neden olabilir", "Steroid tedavisi, glikoz yapımı (glukoneogenezisi) ve insüline karşı periferik direnci artırarak hiperglisemiye neden olabilir", "Steroid tedavisi alan hastalarda kemik yoğunluğu azaldığı için osteoporoz gelişebilir" ifadelerini hemşireler sırasıyla %89.3, %87, %77.4 "Katılıyorum" diyerek doğru yanıtlamışlardır "Steroid kullanan hastalarda kollajen yıkımının artması sonucu yaraların iyileşmesi gecikebilir" ifadesine %62.1, "Steroid kullanan hastalar, steroidlerin immün sistemi baskılaması nedeniyle enfeksiyonlara (özellikle viral ve mantar enfeksiyonlarına) açık hale gelir" ve "Uzun süreli steroid tedavisi uygulanan bir hastada tedavinin aniden kesilmesi akut renal yetmezliğe neden olabilir" ifadelerine hemşirelerin %74.3'ü doğru yanıt vermiştir.

Tablo 5'te hemşirelerin STHB Anketi "Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi" bölümüne verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin günlük çalışma düzeninde yaptıkları faaliyetleri içeren "Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan şekeri takibi sık yapılmalıdır" (%92), "Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; ilaçların tedavi saati sabah erken saatlerde planlanmalıdır" (%91.2), "Steroid tedavisi uygulanan hastalarda aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmalıdır" (%83.9), "Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; günlük kilo takibi yapılmalıdır" (%83.5), Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan basıncı takibi yapılması önemlidir" (%81.6) ifadelerine yüksek oranda doğru yanıt verilmiştir. Hemşireler hasta diyetiyle ilgili olan "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri karbonhidratlardan fakir olmalıdır" (%68.6), "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri hayvansal yağlardan fakir olmalıdır" (%60.2), "Steroid tedavisi uygulanan hastalara sodyum içeren besinleri az tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır" (%72.4) ifadeleri yüksek oranda doğru yanıtlanırken "Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri potasyum içeren besinler yönünden zengin olmalıdır" ifadesi için doğru yanıt oranı diğerlerine göre daha düşüktür (%58.2). Hemşirelerin %81.2'si "Steroid tedavisi uygulanan hastalara enfeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği anlatılmalıdır", %78.9'u "Steroid tedavisi uygulanan hasta, düşme riski yönünden değerlendirilmeli ve travmalardan korunmalıdır", %78.9'u "Steroid tedavisi uygulanan hasta, tedavi süresince peptik ülser ve mide kanaması belirtileri yönünden gözlenmelidir", %77'si "Steroid tedavisi uygulanan hasta hipokalemi belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir" diyerek ifadeleri doğru yanıtlamışlardır. "Adrenal tümör sebebiyle cerrahi girişim geçiren hastaya, ömür boyu ilaç kullanmasının gerekliliği açıklanmalıdır" ifadesine hemşirelerin %60.5'i "Katılıyorum" diyerek doğru cevap vermiş %34.5'i de "Fikrim yok" ifadesini kullanmıştır. Hemşirelerin %47.9'u "Çocuk hastalarda sistemik etkili steroid tedavisi sonrası, en az bir ay canlı aşı yapılmamalıdır" ifadesini doğru yanıtlamıştır.

Tablo 4. Hemşirelerin STHB Anketi "Komplikasyonlara Yönelik Bilgi" Bölümüne Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cronbach Alfa	Ort±SS	Alınabilecek Puan aralığı					
			0-12					
			Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
n	%	n	%	n	%			
Steroid tedavisi, hastada santral obezite ve aydede yüz gelişmesine neden olabilir.	0.810	8.13±3.1	187	71.6	9	3.4	65	24.9
Steroid tedavisi hastada ödeme neden olabilir			233	89.3	14	5.4	14	5.4
Steroid tedavisi, glikoz yapımı (glukoneogenezisi) ve insüline karşı periferik direnci artırarak hiperglisemiye neden olabilir.			227	87.0	8	3.1	26	10.0
Steroid tedavisi alan hastalarda kemik yoğunluğu azaldığı için osteoporoz gelişebilir.			202	77.4	16	6.1	43	16.5
Steroid kullanımı organizmadan potasyum atılımını artıracağından hipokalemi gelişebilir.			141	54.0	27	10.3	93	35.6
Steroid kullanan hastalarda davranış bozukluğu gibi yan etkiler görülebilir.			124	47.5	37	14.2	100	38.3
Steroid tedavisi alan erkek hastalarda jinekomasti, (kadın tipi meme dokusu oluşumu) görülebilir.			145	55.6	14	5.4	102	39.1
Steroid kullanan kadın hastalarda hirsütizm (tüylenme) ortaya çıkabilir.			172	65.9	15	5.7	74	28.4
Steroid kullanan hastalarda kollajen yıkımının artması sonucu yaraların iyileşmesi gecikebilir.			162	62.1	25	9.6	74	28.4
Uzun süre ve yüksek doz steroid kullanımı, çocuklarda büyümeyi geciktirebilir.			143	54.8	25	9.6	93	35.6
Steroid kullanan hastalar, steroidlerin immün sistemi baskılaması nedeniyle enfeksiyonlara (özellikle viral ve mantar enfeksiyonlarına) açık hale gelir.			194	74.3	12	4.6	55	21.1
Uzun süreli steroid tedavisi uygulanan bir hastada tedavinin aniden kesilmesi akut renal yetmezliğe neden olabilir.			194	74.3	7	2.7	60	23.0

Tablo 6’da hemşirelerin sosyodemografik ve bireysel özellikleri ile “STHB Anketi” bölümleri karşılaştırıldığında; kadın hemşirelerin anketin “Genel Bilgi”, “Komplikasyonlara Yönelik Bilgi” ve “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” bölümlerinden erkek hemşirelerden daha yüksek puan aldığı her bölüm için bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırası ile: $p=0.030$, $p=0.001$, $p=0.023$). Hemşirelerin eğitim durumları ile anketten aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin lise ve önlisans mezunu hemşirelerden daha yüksek puan aldığı belirlenmiş ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırası ile: $p=0.006$, $p=0.000$, $p=0.004$). Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında 11 yıl üzeri çalışanlar, 6-10 yıl ve 1-5 yıl çalışanlardan daha yüksek puan almıştır ve bu puanlar istatistiksel olarak anlamlıdır (sırası ile $p=0.001$, $p=0.008$, $p=0.012$). Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile anketten aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşireler cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha yüksek puan almıştır. Ancak bu fark sadece genel bilgi bölümü ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlıdır (sırası ile $p=0.048$, $p=0.014$). Hemşirelerin klinik deneyim süresi ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, 11 yıl üzeri çalışanların, 6-10 yıl ve 1-5 yıl çalışanlardan daha yüksek puan aldığı belirlendi ve bu puanların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırası ile $p=0.000$, $p=0.007$, $p=0.037$).

Tablo 5. Hemşirelerin STHB Anketi “Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi” Bölümüne Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cronbach Alfa	Ort±SS	Alınabilecek Puan aralığı					
			Katlıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	0.853	14.34 ±4.4	n	%	n	%	n	%
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmalıdır.			219	83.9	20	7.7	22	8.4
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; günlük kilo takibi yapılmalıdır.			218	83.5	23	8.8	20	7.7
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan şekeri takibi sık yapılmalıdır.			240	92.0	12	4.6	9	3.4
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan basıncı takibi yapılması önemlidir.			213	81.6	25	9.6	23	8.8
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; ilaçların tedavi saati sabah erken saatlere planlanmalıdır.			238	91.2	11	4.2	12	4.6
Steroid tedavisi uygulanan hastalarda; oral yoldan uygulanan ilaçlar yemeklerden sonra verilmelidir.			185	70.9	37	14.2	39	14.9
Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri karbonhidratlardan fakir olmalıdır.			179	68.6	20	7.7	62	23.8
Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri hayvansal yağlardan fakir olmalıdır.			157	60.2	23	8.8	81	31.0
Steroid tedavisi uygulanan hastalara sodyum içeren besinleri az tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır.			189	72.4	19	7.3	53	20.3
Steroid tedavisi uygulanan hastaların diyetleri potasyum içeren besinler yönünden zengin olmalıdır.			152	58.2	17	6.5	92	35.2
Topikal steroid tedavisinde, ilaç uygulandıktan sonra üzeri kapatılmamalıdır.			108	41.4	29	11.1	124	47.5
Steroid tedavisi uygulanan hastalara enfeksiyonu olan kişilerle temas etmemesi gerektiği anlatılmalıdır.			212	81.2	10	3.8	39	14.9
Steroid tedavisi uygulanan hasta, düşme riski yönünden değerlendirilmeli ve travmalardan korunmalıdır.			206	78.9	24	9.2	31	11.9
Steroid tedavisi uygulanan hasta, tedavi süresince peptik ülser ve mide kanaması belirtileri yönünden gözlenmelidir.			206	78.9	11	4.2	44	16.9
Steroid tedavisi uygulanan hasta hipokalemi belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir.			201	77.0	8	3.1	52	19.9
Yüksek doz steroid uygulanırken hasta kalp ritmi açısından monitörize edilmelidir.			187	71.6	29	11.1	45	17.2
Steroid tedavisi uygulanan hastaya, ilaç kullanımı nedeniyle, korneada herpes ve fungal enfeksiyon gelişebileceği anlatılmalıdır.			173	66.3	12	4.6	76	29.1
Adrenal bez cerrahisi geçirmiş hastalarda ani hipotansiyon riskine karşı dikkatli olunmalıdır.			171	65.5	10	3.8	80	30.7
Adrenal tümör sebebiyle cerrahi girişim geçiren hastaya, ömür boyu ilaç kullanmasının gerekliliği açıklanmalıdır.			158	60.5	13	5.0	90	34.5
Çocuk hastalarda sistemik etkili steroid tedavisi sonrası, en az 1 ay canlı aşı yapılmamalıdır.			125	47.9	13	5.0	123	47.1

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Bireysel Özellikleri ile "STHB Anketi" Bölümlerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	STHB Anketi		
	Genel Bilgi	Komplikasyonlara Yönelik Bilgi	Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bilgi
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Cinsiyet			
Kadın	12.91 ± 4.535	8.47 ± 2.952	14.76 ± 4.088
Erkek	11.16 ± 5.370	6.95 ± 3.220	12.90 ± 5.264
p*	0.030	0.001	0.023
Eğitim Durumu			
Lise	11.05 ± 5.002 ^a	7.06 ± 3.451 ^a	13.25 ± 4.828 ^a
Önlisans	12.00 ± 4.576	7.06 ± 2.437 ^a	13.06 ± 4.179 ^a
Lisans	13.53 ± 4.497 ^b	8.95 ± 2.652 ^b	15.27 ± 4.027 ^b
Yüksek lisans	13.80 ± 3.120	9.20 ± 1.932	14.50 ± 3.837
p**	0.006	0.000	0.004
Meslekte Çalışma Süresi			
1-5 yıl	11.59 ± 4.633 ^c	7.77 ± 3.129 ^c	13.71 ± 4.413 ^c
6-10 yıl	13.14 ± 4.973 ^d	8.06 ± 3.192	14.76 ± 4.742 ^d
11 yıl ve üzeri	14.49±4.154 ^d	9.51±2.204 ^d	15.71±3.466 ^d
p**	0.001	0.008	0.012
Çalışılan Klinik			
Cerrahi Klinikler	11.99 ± 4.732	7.93 ± 3.073	13.79 ± 4.689
Dahili Klinikler	13.44 ± 4.744	8.48 ± 3.059	15.32 ± 3.779
p*	0.048	0.143	0.014
Klinik Deneyim Süresi			
1-5 yıl	11.73 ± 4.799 ^c	7.73 ± 3.193 ^c	13.84 ± 4.595 ^c
6-10 yıl	13.92 ± 4.338 ^d	8.66 ± 2.723	15.31 ± 4.042 ^d
11 yıl ve üzeri	14.48 ± 4.511 ^d	9.65 ± 2.424 ^d	15.43 ± 3.703
p**	0.000	0.007	0.037
Steroid Tedavisi ile İlgili Eğitimi			
Alma Durumu			
Eğitim Almış	12.78 ± 4.986	8.26 ± 3.103	14.17 ± 4.929
Eğitim Almamış	12.45 ± 4.733	8.10 ± 3.073	14.39 ± 4.307
p*	0.409	0.681	0.993

* Mann-Whitney U Test, ** Kruskal Wallis Test, p<0.05

^{a,b} Steroid tedavisi hemşire bilgi düzeyi anketi bölümleri puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık gösteren gruplar^{c,d} Steroid tedavisi hemşire bilgi düzeyi anketi bölümleri puan ortalamaları bakımından anlamlı farklılık gösteren gruplar

TARTIŞMA

Dünya da her yıl 10 milyondan fazla hastaya reçete edilen steroid ilaçlar ([Warrington ve Bostwick, 2006](#)), Amerika'da yaklaşık bir milyon kişi tarafından kronik olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda bu ilaçları kullanan hastaların sağlık bakım hizmetlerine olan maliyeti kullanmayan hastalardan ortalama 445 dolar daha fazladır ([Pisu ve diğerleri, 2005](#)).

Güçlü terapötik etkilerine rağmen, bu ajanların uzun süreli sistemik (oral veya parenteral) kullanımının çeşitli fizyolojik ve psikolojik yan etkileri vardır ([Warrington ve Bostwick, 2006](#)). Fsadni (2015)'nin, kanser hastalarında steroid tedavisinin yan etkilerini incelediği çalışmada, iki haftadan daha uzun süre steroid kullanan hastalarda en sık görülen yan etkinin sırası ile dispepsi, proksimal miyopati, hiperglisemi ve oral kandidiyazis olduğu bildirilmiştir. Guidry ve diğerleri (2009)'nın çalışmasında, ortalama steroid tedavi süresi ile yaşanan yan etki sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Üç ay veya daha az süreyle steroid tedavisi alan hastaların ortalama 8.5 yan etki; 4-6 ay, 11.3 yan etki; 7-12 ay, 12.4 yan etki ve 12 aydan fazla, 13.8 yan etki yaşadığı saptanmıştır.

Steroidler, güçlü terapötik etkileri nedeni ile kullanıldıkları çoğu hastalıkta kısa sürede etkili sonuçlar alınmasını sağlarlar ([Alparslan ve Kapucu, 2008](#)). Ancak klinik kullanımlarında veya tedavinin sonlandırılması durumunda yaşamı tehdit eden boyutlara ulaşabilecek çok sayıda ciddi yan etkiye de neden olabilirler ([Samancı ve Balcı, 2001](#)). Steroid tedavisinin etkinliği uygun hemşirelik yaklaşımı ile artırılabilirken, tedaviden kaynaklanabilecek bazı yan etkiler önlenebilir veya azaltılabilir ([Talas ve Pınarcı, 2010](#)). Bu çalışmada hemşirelerin "STHB Anketi" nin tüm bölümlerinden ortalamanın üzerinde puan aldıkları görülmektedir. Steroid tedavisi alan hastaların bakımına ilişkin hemşirelerin bilgilerinin incelendiği benzer bir çalışmada da, hemşirelerin %58.6'sının bilgi puanları ortalamanın üzerinde bulunmuştur ([Baklacioğlu, 1995](#)). Bu çalışmada hemşireler "STHB Anketi"nin hemşirelik uygulamaları bölümünden diğer bölümlere oranla daha yüksek puan almışlardır. Bu sonucun çalışmanın özellikle klinikte çalışan hemşirelerle yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Steroid ilaçlar etki sürelerine göre üç gruba ayrılmaktadır ([Griffiths ve Jordan, 2002](#)). Steroid ilaçların etki süreleri ile ilgili ifadeleri içeren "kortizonun yarılanma ömrü < 12 saat olan kısa etkili bir steroiddir", "deltacortril (prednizolon), prednol-L (metilprednizolon) orta etkili (12-36 saat) steroidlerdir", "dekort (deksametazon) yarılanma ömrü > 36 saat olan uzun etkili bir steroiddir" maddelerine hemşireler sırasıyla %44.1, %56.6, %36 doğru cevap vermişlerdir. Kliniklerde deksametazon ve metilprednizolon yüksek oranda kullanılmasına rağmen hemşirelerin ilaçların etki süresi ile ilgili bilgi düzeyleri yetersizdir. Hemşirelerin bu ilaçları hekimlerin istem yapmalarına bağlı olarak doğru cevapladıkları, ancak ilaca ilişkin özellikli bilgilerinin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Literatürde, hemşirelerin mezun oldukları okullarda aldıkları Farmakoloji eğitimini yetersiz buldukları ve ilaç uygulama sürecinde kendilerini sadece uygulayıcı olarak gördükleri belirtilmiştir ([Işıklı, 2006](#)). Ayrıca hemşirelerin kliniklerde bağımsız ve tam bağımsız rollerinden daha çok tam bağımlı rollerine odaklanmış olmalarının da bu sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Glukokortikoidler, romatolojik, dermatolojik, hematolojik, oftalmolojik, pulmoner ve gastrointestinal bozukluklar gibi pek çok tıbbi durumda etkili olan ilaçlardır ([Mahdy ve diğerleri, 2017](#)). Steroid tedavisinin kullanım alanları ile ilgili bilgileri içeren "steroidler alerjik ve otoimmün hastalıklarda kullanılabilir", "steroidler romatoid artrit (RA), deri enfeksiyonları gibi durumlarda kullanılabilir", "steroidler, romatolojik ve nörolojik hastalıklarda kullanılabilir" ve "Steroidlerin tedavide kullanım endikasyonları, güçlü antiinflamatuvar ve immünsupresif etkileridir" maddelerine yüksek oranda doğru yanıt verilmiştir. Ancak yine steroid ilaçların kullanım alanları ile ilgili olan "bir hormon salgılanma bozukluğu olan Addison hastalığında steroid tedavisi kullanılmalıdır" ifadesine hemşirelerin neredeyse yarısı doğru cevap vermiştir. Sonuçta hemşirelerin çoğunluğunun steroidlerin genel kullanım alanlarını bildikleri ancak hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Bu sonucun hemşirelerin kliniklerde sıklıkla gördükleri hasta gruplarında steroid ilaçların kullanılması ile ilişkili olduğu ve hemşirelerin Farmakoloji bilgilerinin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu sonucun, hemşirelerin kliniklerde hasta yoğunluğu, iş yükü gibi nedenlerle bağımsız ve yarı bağımlı rollerinden uzaklaşmalarına ve bağımlı hemşirelik rollerine odaklanmalarıyla ilgili olabileceği de düşünülmektedir.

Steroid tedavisinin ağrı oluşumunu engellemedeki rolü, doku inflamasyonu ve ödemi önlemeleridir ([Ateş Önal, 2006](#)). Steroid tedavisi sıklıkla kronik ağrı için, özellikle de iltihaplı ağrı hallerinde kullanılır ([Margolin ve diğerleri, 2007](#)). Ağrı reseptörlerinin aktivasyonunda azalma sağlayarak kanser ağrıları gibi kronik ağrıların hafifletilmesinde de kullanılmaktadır ([Alparslan ve Kapucu, 2008](#)). Steroid ilaçların ağrı yönetiminde kullanımı ile ilgili "Steroidler kronik ağrıların (kanser ağrıları gibi) hafifletilmesinde kullanılabilir", "Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde kısa etkili steroid ilaçlar kullanılmalıdır" maddelerine sırasıyla %44.1, % 41 ile düşük oranda doğru cevap verilmiştir. Bu sonuç, hemşirelerin ağrı yönetiminde steroid ilaçların kullanımının önemini bilmediklerini düşündürmektedir.

Gün içi ritimde kortizol sentezi sabah erken saatlerde en yüksek seviyede olduğundan, steroid ilaçlar bu saatlerde verilirlerse vücuttaki sentezi daha az inhibe ederler ([Aki, 2007](#)). Hemşireler "vücutta kortizol salgılanma hızı gece yarısı ile sabah dokuz arasında en fazladır" ifadesine yüksek oranda doğru cevap vermişlerdir. Hemşirelerin bu madde için yüksek oranda doğru cevap vermeleri, steroid tedavisinin zamanında uygulanarak yarar sağlayabilmesi yönünden önemlidir.

Glukokortikoid hormonlarından, başlıcası olan kortizolün glikoz intoleransı ve hipertansiyona neden olduğu bilinmektedir ([Gür ve diğerleri, 2015](#)). Literatürde steroid tedavisinin yan etkileri arasında hipergliseminin yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir

(Fsadni, 2015). Talas ve Pınarcı (2010) çalışmalarında, hastalara kan basıncını izleme nedeni sorulmuş ve hastaların %82.2'sinin neden tansiyon takibi yapması gerektiğini bilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Özen (2014)'in çalışmasında ise hastaların %16.6'sı kan basıncı yükselmesinden, %7.8'i diyabet gelişmesinden steroid ilaçları sorumlu tuttuğu belirtilmiştir. Hastaların bu konudaki bilgi durumları yetersizdir. Bu çalışmada hemşirelerin “steroid tedavisi, glikoz yapımı (glukoneogenezisi) ve insüline karşı periferik direnci artırarak hiperglisemiye neden olabilir”, “steroid tedavisi uygulanan hastalarda; kan basıncı takibi yapılması önemlidir.” maddelerini yüksek oranda doğru yanıtlamışlardır. Hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeyleri istenilen düzeydedir.

Steroid tedavinin aniden sonlandırılması hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı, kusma gibi akut adrenal korteks yetmezlik belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olabilir (Karadakovan, 1989). Literatürde her 1000 kişiden yedisine uzun süreli oral kortikosteroid tedavisi verildiği, bunun da adrenal kriz riskini 100 kat artırdığı belirtilmektedir (Gudbjornsson ve diğerleri, 2002). Bu çalışmada hemşirelerin büyük bir bölümü “steroid tedavisinin sonlandırılmasında, hastaya uygulanan ilaç dozunun azaltılarak, idame tedavi süresi kadar steroid tedavisine devam edilmelidir”, “uzun süreli steroid tedavisi uygulanan bir hastada tedavinin aniden kesilmesi akut renal yetmezliğe neden olabilir”, “steroid kullanan hastalarda hipotansiyon, hipoglisemi, halsizlik, bulantı - kusma, kas ve eklem ağrılarının görülmesi adrenal yetmezliğin belirti ve bulgularıdır” ifadelerini doğru cevaplamıştır. Literatürde hemşirelerin steroid tedavisinin sonlandırılmasına ilişkin bilgi durumlarını inceleyen çalışmaya rastlanmadığı için hastaların steroid alımını sonlandırmaya ilişkin bilgi durumlarına bakıldığında Talas ve Pınarcı (2010)'nın çalışmasında, hastaların %68.6'sı, Özen (2014)'in çalışmasında, hastaların %83.9'u ilacın doktora danışmadan veya ani olarak kesilmemesi gerektiğini bildiklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile “Steroid Tedavisi Hemşire Bilgi Düzeyi Anketi” bölümleri karşılaştırıldığında; kadın hemşirelerin anketin tüm bölümlerinden erkek hemşirelerden daha yüksek puan aldığı her bölüm için bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Bu durumun araştırmaya dahil edilen kadın hemşirelerin sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin lise ve önlisans mezunu hemşirelerden daha yüksek puan aldığı belirlendi ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Farkın genel bilgi bölümü puanları açısından lise ile lisans mezunu hemşireler arasında, komplikasyonlara ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümleri puanları bakımından ise lise ile lisans mezunları arasında ve önlisans ile lisans mezunları arasındaki puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu sonuç eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı sonucunu ortaya koymaktadır. Baklacioğlu (1995)'nin çalışma sonucuna göre hemşirelerin eğitim düzeyinin yükselmesi steroidlere ilişkin bilgi puanlarını arttırmaktadır. Küçükakça (2013)'nin çalışmasında da, benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin yüksek riskli ilaç bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve klinik deneyim süresi ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 11 yıl üzeri çalışanlar, 6-10 yıl ve 1-5 yıl çalışanlardan daha yüksek puan almıştır ve bu puanlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Baklacioğlu (1995), bu çalışmadan farklı olarak hemşirelerin çalışma süresinin steroidlere ilişkin bilgi puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Işıklı (2006)'nin çalışmasında ise hemşirelerin meslekte çalışma süresi arttıkça Farmakoloji bilgi düzeyi artmaktadır. Bu sonuç çalışmada ulaşılan sonuç ile uyumludur.

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile anketten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşireler cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla puan almıştır. Ancak bu fark sadece genel bilgi bölümü ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi bölümü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlıdır. Baklacioğlu (1995) çalışmasında ise çalışılan kliniklerin hemşirelerin steroidlere ilişkin bilgi puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşmıştır.

Hemşirelerin steroid eğitimi alma durumları ile bilgi puanları karşılaştırıldığında anketin bütün bölümlerinde, daha önceden steroid tedavisine ilişkin eğitim alan hemşireler ile eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bu durumun steroid tedavisine ilişkin eğitim alan kişi sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇ

Cerrahi ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, hemşirelerin anketin bütün bölümlerinden ortalamanın üzerinde puan almalarına rağmen, steroid ilaçların etki süresi ve kullanım alanlarına ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Anketin tüm bölümlerinden kadın hemşirelerin erkek hemşirelerden daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin bilgi puanlarının, lise ve önlisans mezunu hemşirelerin bilgi puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve klinik deneyim süresi arttıkça bilgi puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun cerrahi kliniklerde çalıştığı ancak anketin tüm bölümlerinden dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla puan aldığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar neticesinde; hemşirelik eğitiminde farmakoloji ders saatinin artırılması ve dersin hastalık bilgisi dersleri ile paralel verilmesi, hemşirelerin steroid tedavisine ilişkin bilgi düzeylerini artırmak amacıyla hizmet içi eğitim çalışmalarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanması, hemşirelerin iş yüklerini azaltmak amacıyla istihdam artışının sağlanması önerilebilir. Aynı zamanda, lise mezunu hemşirelerin lisans eğitimine teşvik edilmesi, steroid tedavisi alan hasta bakımı için, hastanın klinik durumuna ve kullanılan ilaca özgü standart protokoller belirlenmesi ve bu protokollere uyulması, literatürde bu konuya dair sınırlı çalışma bulunması sebebiyle farklı hastane ve kliniklerde benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akı, G. (2007). *Yüksek doz metilprednizolon tedavisi alan multipl skleroz hastalarında bu tedavinin erken dönemde bilişsel testlere (P300-P50) etkisi.* (Uzmanlık Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya. 10-12.
- Alparslan, G.B., Kapucu, S. (2008). Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 77-84.
- Arvas, A. (2014). İmmün baskılanması olan hastaların aşılama. *Türk Ped Arş*, 49, 181-185.
- Ateş Önal, S. (2006). Analjezik Adjuvanlar. *Ağrı*, 18(4), 10-23.
- Baklacioğlu, B. (1995). *Hemşirelerin steroid alan hastaların bakımına ilişkin bilgileri.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Clifton, D., Ross, M., O'Callaghan, C. (2018). Psychiatric sequelae of corticosteroid use in hematology in Australia: A qualitative study. *Nurs Health Sci*, 20(1), 125-131.
- Davis, L.L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res*, 5(4), 194-197.
- Dorff, T.B., Crawford, E.D. (2013). Management and challenges of corticosteroid therapy in men with metastatic castrate-resistant prostate cancer. *Ann Oncol*, 24(1), 31-38.
- Fsadni, C.J. (2015). A study on the management of corticosteroid side effects in cancer patients. *The Journal of the Malta College of Family Doctors*, 4(3), 18-30.
- Griffiths, H., Jordan, S. (2002). Corticosteroids: Implications for nursing practice. *Nurs Stand*, 17(12), 43-53.
- Gudbjornsson, B., Juliusson, U.I., Gudjonsson, F.V. (2002). Prevalence of long term steroid treatment and the frequency of decision making to prevent steroid induced osteoporosis in daily clinical practice. *Ann Rheum Dis*, 61(1), 32-36.
- Guidry, J.A., George, J.N., Vesely, S.K., Kennison, S.M., Terrell, D.R. (2009). Corticosteroid side-effects and risk for bleeding in immune thrombocytopenic purpura: patient and hematologist perspectives. *Eur J Haematol*, 83(3), 175-182.
- Gür, C., Boz, M., Müderrisoğlu, C., Polat, H. (2015). İnsülin direnci ve kortizol düzeyleri arasındaki ilişkiler. *İstanbul Med J*, 16, 73-76.
- Grover, V.K., Babu, R., Bedi, S.P.S. (2007). Steroid therapy – current indications in practice. *Indian J Anaesth*, 51(5), 389-393.
- Işıklı, D. (2006). *Hemşirelerin farmakoloji bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji ve Toksikoloji (Vet) Anabilim Dalı, Konya. 27-35.
- Karadakovan, A. (1989). Kortikosteroid sağaltımının yan etkileri ve hemşirenin sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(3), 51-56.
- Küçükakça, G. (2013). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yüksek riskli ilaç uygulamaları konusundaki bilgi durumlarının ve ilaç hatalarıyla ilgili tutum ve davranışlarının incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. 41.

- Liu, D., Ahmet, A., Ward, L., Krisnamoorthy, P., Mandelcom, E.D, Leigh, R. ... Kim, H. (2013). A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. *Allergy Asthma Clin Immunol*, 9(1), 30.
- Mahdy, A., Hussain, N., Khalidi, D.A.(2017). Knowledge, attitude, and practice analysis of corticosteroid use among patients: a study based in the united arab emirates. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*, 7(6), 562-568.
- Margolin, L., Cope, D.K., Bakst-Sisser, R. Greenspan, J. (2007). The steroid withdrawal syndrome: a review of the implications, etiology, and treatments. *J Pain Symptom Manage*, 33(2), 224-228.
- Olgun, N. (2011). Adrenal bez hastalıkları. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* içinde (s.881-91) (2. Baskı). Adana: Nobel Kitabevi.
- Özen, A. (2014). *Kortikosteroid kullanan hastaların bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara. 1-29.
- Pisu, M., James, N., Sampsel, S., Saag, K.G. (2005). The cost of glucocorticoid-associated adverse events in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 44(6), 781-788.
- Rice, J.B., White, A.G., Scarpati, L.M., Wan, G., Nelson, W.W. (2017). Long-term systemic corticosteroid exposure: a systematic literature review, *Clin Ther*, 39(11), 2216-2229.
- Salerno, A., Hermann, R. (2006). Efficacy and safety of steroid use for postoperative pain relief. *J Bone Joint Surg Am*, 88(6), 1361–1372
- Samancı, N., Balcı, N. (2001). Kortikosteroidler ve klinikte kullanımları. *T Klin Tıp Bilimleri*, 21, 131-40.
- Talas, MS., Pınarcı, E. (2010). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların steroid kullanımına uyumunun değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(4), 3853-93.
- Waljee, A., Rogers, M., Lin, P., Singal, A.G., Stein, J.D., Marks, R.M. ... Nallamothu, B.K. (2017). Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the united states: Population based cohort study. *BMJ*, 357, 1415.
- Warrington, T.P., Bostwick, J.M. (2006). Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc*, 81(10), 1361-1367.

Zekiye KARAÇAM¹
Orcid : 0000-0002-0419-8961

Döndü ARSLAN KURNAZ²
Orcid : 0000-0002-0613-7919

Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK³
Orcid : 0000-0001-5236-0647

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik AD

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü,

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Zekiye Karacam
zkaracam@adu.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Bakım; doğum eylemi; lavman; hasta memnuniyeti.

Key Words:

Care; enema; labour; obstetrics; patient satisfaction.

Doğum Eyleminde Lavman Uygulamasının Anne-Bebek Sağlığına Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma

The Effect of Enema Application on Mother-Baby Health in Labour: A Randomized Controlled Study

Bu çalışma I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 7-8 Ekim 2016-İzmir'de sözlü sunum olarak sunulmuş ve kongre kitabında tam metin olarak yayınlanmıştır.

Alınış (Received): 23.10.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 17.12.2019

ÖZ

Amaç: Bu araştırma doğum eyleminin birinci evresinde yapılan lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisinin ve kadınların bu uygulama hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma randomize kontrollü deneysel olarak Aralık 2015 ve Ocak 2017 tarihleri arasında, bir kadın, doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme randomizasyon ile lavman grubuna 107 ve kontrol grubuna 93 olmak üzere toplam 200 kadın alınmıştır. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Eylemi Gözlem Formu, Ağrı Skalası, Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeği, Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği ve Postpartum İzlem Formu ile toplanmıştır. Lavman ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında ki-kare, t-testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Her iki gruptaki kadınlar doğum eyleminin ikinci evresinin uzunluğu (lavman: 0.15±0.24; kontrol: 0.17±0.36; p>0.05), bebeğin birinci (lavman: 8.54±0.65; kontrol: 8.65±0.65; p>0.05) ve beşinci (lavman: 9.67±0.53; kontrol: 9.71±0; p>0.05) dakikadaki APGAR skoru ve doğum ağrısı (lavman: 8.32±1.83; kontrol: 8.24±1.87; p>0.05) puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak benzerdi. Yine her iki gruptaki kadınlar doğum deneyimi (lavman: 34.47±5.81; kontrol: 34.66±4.96; p>0.05) ve bakım hizmetlerinden (lavman: 82.10±16.11; kontrol: 83.55±15.13; p>0.05) memnuniyetleri bakımından da benzerdi.

Gruplar birinci devrede dışkı kaçırmada bakımında istatistiksel olarak benzer özellikte iken (lavman: %6.5; kontrol: %7.5; p>0.05), ikinci devrede kontrol grubundaki kadınların daha fazla dışkı kaçırdığı (%13.1'e karşı %47.3; p<0.05) belirlenmiştir. Ancak, grupların doğum sonrası anne (lavman: %4.9; kontrol: %4.5) ve bebeklerde (lavman: %1.2; kontrol: %4.5) enfeksiyon belirtileri görülme ve antibiyotik kullanma durumları bakımından benzer özellikte oldukları bulunmuştur. Araştırmada bazı kadınlar doğumda dışkı kaçırmayı utanç verici bulduklarını (lavman: %55.1; kontrol: %43) ve dışkı kaçırdıklarında utandıklarını (lavman: %9.3; kontrol: %12.9) bildirmişlerdir. Lavman grubundaki kadınların %90.7'si de doğumda lavmanı, doğumun temiz olması (%43.8), doğumu kolaylaştırdığı (%16.9) ve doğuma gelmeden önce yemek yeme/bağırsakların dolu olması (%12.4) gibi nedenlerle gerekli gördüklerini bildirmişlerdir.

Sonuç: Bu çalışmada, lavman uygulanmayan kadınların doğum eyleminin ikinci evresinde daha fazla dışkı kaçırdıkları, ancak lavmanın anne-bebek sağlığı üzerinde önemli herhangi bir etkiye sahip olmadığı sonuçlarına varılmıştır.

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of enema application on mother and baby health in the first phase of labour and the opinions of women about this application.

Methods: This randomized controlled trial was conducted at a women, obstetrics and paediatrics hospital between December 2015 and January 2017. In the sample of the study, 200 women were randomly assigned to the enema group (107) and the control group (93). The data was collected by the introductory information form, birth observation form, Pain Scale, Birth Experience Satisfaction Sub-Scale, Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale and postpartum inspection form. Chi-square, t-test and Mann Whitney U test were used to compare enema and control groups.

Results: Groups were statistically similar on the length of the second stage of labour (enema: 0.15±0.24; control: 0.17±0.36; p>0.05), means of APGAR score of baby in the first minute (enema: 8.54±0.65; control: 8.65±0.65; p>0.05) and fifth minute (enema: 9.67±0.53; control: 9.71±0; p>0.05) and mean of pain score in labour (enema: 8.32±1.83; control: 8.24±1.87; p>0.05). Women in both groups were similar on the satisfaction from birth experience (enema: 34.47±5.81; control: 34.66±4.96 p>0.05) and care services (enema: 82.10±16.11; control: 83.55±15.13; p>0.05).

While the groups were statistically similar on faecal incontinence in the first period of labour (enema: 6.5%; control 7.5%; p>0.05), women in the control group missed more faeces (13.1%; 47.3%; p<0.05) in the second stage. However, both group were similar on the infection signs and the antibiotic using of mothers (enema: 4.9%; control 4.5%) and infants (enema: 1.2%; control: 4.5%) in postpartum. Some women in the study reported that they found embarrassing stool to be embarrassing (enema: 55.1%; control 43%) and embarrassed when they missed stool (enema: 9.3%; control: 12.9%). In the enema group, 90.7% of the women stated that they consider enema at birth as necessary for reasons such as being clean (43.8%), facilitating birth (16.9%) and eating/ full bowels before birth (12.4%).

Conclusion: This study concluded that women not having enema missed more faces in the second phase of labour, but that enema had no significant effect on mother and baby health.

Kaynak Gösterimi: Karacam, Z., Arslan, Kurnaz, D., ve Güneş Öztürk, G.(2020). Doğum eyleminde lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *EGE HFD*, 36(1), 23-33.

How to cite: Karacam, Z., Arslan Kurnaz, D., and Güneş Öztürk, G.(2020). The effect of enema application on mother-baby health in labour: a randomized controlled study. *EGE HFD*, 36(1), 23-33.

GİRİŞ

İntrapartum lavman uygulaması ülkemizde puerperal ve neonatal enfeksiyon riskini azalttığı, doğum eyleminin süresini kısalttığı ve doğum alanının kirlenmesini önlediği gerekçeleri ile rutin olarak uygulanmaktadır (Güneş Öztürk ve Karaçam, 2018; Karaçam, Kurnaz ve Güneş, 2017). Bununla birlikte güçlü kanıta dayalı uygulamalar doğum eyleminde rutin lavman uygulamasını desteklememektedir (Reveiz, Gaitán ve Cuervo, 2013; World Health Organization, 2018). Diğer yandan intrapartum lavman uygulamasının etkinliğinin kanıtlanmadığı, sulu dışkının maternal ve neonatal enfeksiyon olasılığını artırabileceği, kadına rahatsızlık verdiği ve maliyeti artırdığı bildirilmektedir (Cuervo, del Pilar Bernal ve Mendoza, 2006; Yeat, Chen ve Lee, 2011) shorten labour duration, and make delivery cleaner for attending personnel. However, a systematic review of the literature found insufficient evidence to support the use of enemas. The objective of this RCT was to address an identified knowledge gap by determining the effect of routine enemas used during the first stage of labour on puerperal and neonatal infection rates. Design: RCT (randomised controlled trial; randomized clinical trial).

Dünya Sağlık Örgütü doğumda kanıta dayalı obstetrik uygulamaların sistematik olarak benimsenmesini, etkisiz ya da zararlı olan uygulamaların değiştirilmesini ve mevcut en iyi kanıtlara dayanan uygulamaların kullanılmasını teşvik etmektedir (World Health Organization, 2018). Ülkemizde de kanıta dayalı uygulamalar ve anne dostu uygulamaları kapsamında intrapartum lavman uygulaması desteklenmemektedir. Buna rağmen yapılan araştırmalar lavman uygulamasının kullanılmaya devam ettiğini göstermektedir (Chalmers ve diğerleri, 2009; Karaçam ve diğerleri, 2017; Pazandeh, Huss, Hirst, House ve Baghban, 2015; Sandin-Bojő, Larsson, Axelsson ve Hall-Lord, 2006) 244 estimated eligible women was identified from a randomly selected sample of recently born infants drawn from the May 2006 Canadian Census and stratified primarily by province and territory. Birth mothers living with their infants at the time of interview were invited to participate in a computer-assisted telephone interview conducted by Statistics Canada on behalf of the Public Health Agency of Canada. Interviews averaged 45 minutes long and were completed when infants were between 5 and 10 months old (9-14 mo in the territories. Aydın'da yapılan bir çalışmada doğumda lavman uygulanma oranı %76.6 olarak bildirilmiştir (Karaçam ve diğerleri, 2017).

Literatür incelendiğinde intrapartum lavman uygulaması ile ilgili bazı çalışmalara rastlanmaktadır. ABD, Tayland, Kolombiya ve İngiltere'de yapılan dört randomize kontrollü araştırmanın dahil edildiği ve 917 kadının yer aldığı bir sistematik derlemede, bu uygulamanın perinatal ve neonatal enfeksiyon oranları ve kadının memnuniyeti üzerinde etkisinin olmadığı ve doğum eyleminde rutin olarak uygulanmaması gerektiği bildirilmiştir (Reveiz ve diğerleri, 2013). Yine Cuervo ve diğerleri (2006) ve Dünya Sağlık Örgütü (2018) tarafından yapılan çalışmalarda da rutin lavman uygulamasının klinik herhangi bir yararının olmadığı rapor edilmiştir. İntrapartum rutin lavman uygulanmaması ile ilgili güçlü kanıtların olmasına rağmen, ülkemizde halen rutin olarak uygulaması, farklı sonuçlar olup olmadığının incelenmesine ve bu konuda ulusal bilimsel bilgilerin ortaya konulmasına gereksinim olduğunu göstermektedir. Bu nedenlerden dolayı, bu araştırma doğum eyleminin birinci evresi süresince yapılan lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisinin ve kadınların bu uygulama hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Bu araştırmanın hipotezleri ve soruları şu şekildedir: 1. Lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında doğum eyleminin bir ve ikinci evrelerinin süresi, doğumda hissedilen ağrı puanı, APGAR skoru, doğum deneyiminden memnuniyet ve bakım hizmetlerinden memnuniyet puanları bakımlarından fark yoktur. 2. Lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında postpartum maternal ve neonatal enfeksiyon görülme bakımlarından fark yoktur. 3. Lavman grubundaki kadınların lavman ile ilgili görüşleri ve deneyimleri nelerdir? 4. Kadınların dışkı kaçırmaya ile ilgili görüş ve deneyimleri nelerdir?

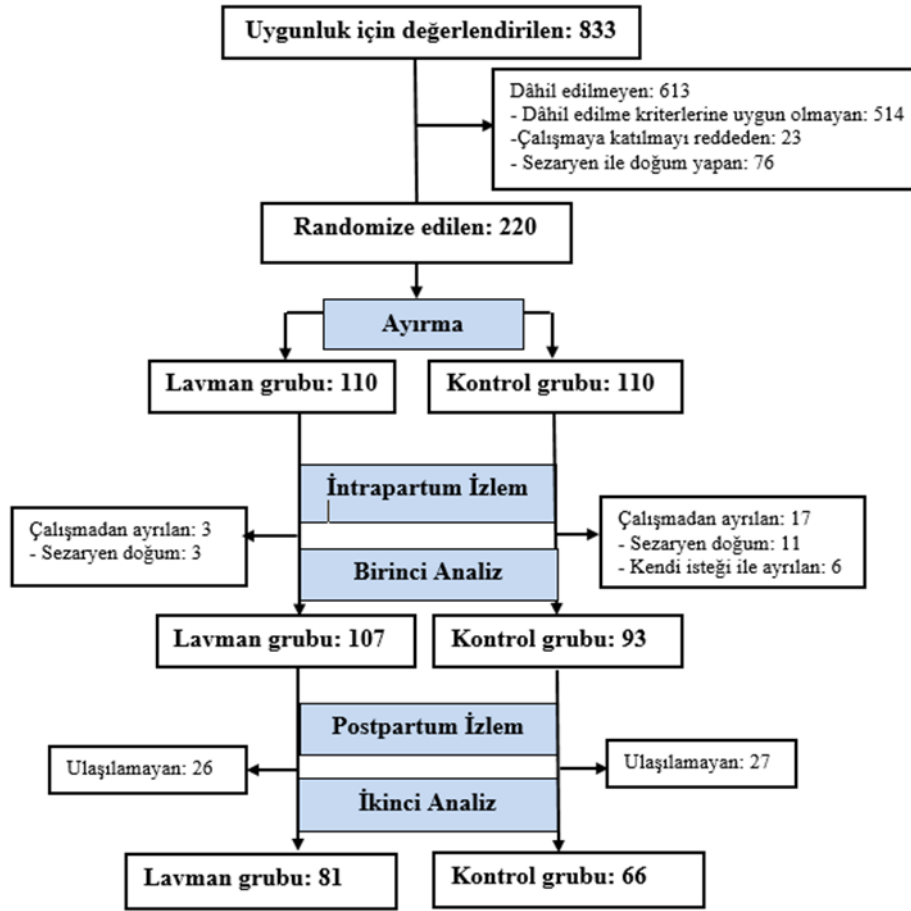
YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, Aralık 2015 ve Ocak 2017 tarihleri arasında, bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi doğum salonunda randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır.

Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmaya vajinal doğum yapması beklenen ve doğum salonuna kabulü yapılan kadınlar alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu kliniğe yatışı yapılan, normal doğum yapması beklenen ve çalışmaya uygunluk için değerlendirilen kadın sayısı 833'dü. Araştırmanın örnekleme alınması gereken en az birey sayısı, ön uygulamada (lavman: 10; kontrol: 10) doğum eyleminin bir ve ikinci evrelerinin süresi, doğumda hissedilen ağrı puanı, APGAR skoru, doğum deneyiminden memnuniyet, bakım hizmetlerinden memnuniyet puanları verilerine dayalı olarak G*Power 3.1.9.2 ile hesaplanmıştır. Bu değişkenlerin her biri ile hesaplamada t testi için etki büyüklüğü 0.08-1.22 arasında değiştiği görülmüş ve bu çalışma için orta etki büyüklüğünün (0.50) kullanılması uygun bulunmuştur. Sonuç olarak çalışmaya alınması gereken en az birey sayısı, effect size: 0.5 ve $\alpha=0.05$ power: 0.95 alınarak hesaplanmış ve 176 (Lavman: 88 ve Kontrol: 88) olarak bulunmuştur. Çalışmaya olası vaka kayıpları da dikkate alınarak toplam 220 (lavman grubu: 110, kontrol grubu: 110) kadın alınması planlanmıştır. Ancak araştırmanın yürütülmesi sırasında bazı kadınlar sezaryene alındıkları ve doğum salonundan kendi istekleri ile ayrıldıkları için araştırmaya 200 kadın (Lavman Grubu: 107 ve Kontrol Grubu: 93) alınmıştır. Doğum sonrası altıncı haftada bazı kadınlara ulaşılamamış ve araştırmanın takip bölümü 147 kadın (Lavman: 81 ve Kontrol: 66) ile tamamlanmıştır. Araştırmanın akışı Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması.

Araştırmaya Alınma ve Çıkarılma Kriterleri

Araştırmaya 18 yaş ve üstünde olan, gebeliği miadında olan (37-42 hafta), vajinal doğum yapması beklenen, Türkçe bilen ve en az ilkokul mezunu (bazı verilerin öz bildirim ölçekleri ile toplanması nedeni ile) olan kadınlar dâhil edilmiştir. Genital enfeksiyon (Doğum sonrası anne ve bebekte enfeksiyon gelişme durumu izleneceği gerekçesi ile), erken membran rüptürü (anne ve bebekte enfeksiyon riskini arttırdığı için), başka herhangi bir enfeksiyon öyküsü olan, ruhsal ve zihinsel sağlık problemi öyküsü olan, acil sezaryene alınan ve akut ya da kronik ishal ya da kabızlık problemi olan (var olan gastrointestinal sistem problemlerinin araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği gerekçesi ile) kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Randomizasyon ve Körleme

Araştırmada randomizasyon, bilgisayar ortamında birinci araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kadınlar doğum salonuna kabul sırasına göre 1'den 220'e kadar numaralandırılmış ve www.randomizer.org kullanılarak numaraların lavman ve kontrol gruplarına atanması gerçekleştirilmiştir. Kadınların gruplara atanması, müdahale, veri toplama ve analiz aşamalarına ilişkin körleme yapılamamış, ikinci ve üçüncü araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Analiz ve raporlama ise birinci ve üçüncü araştırmacılar tarafından yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Eylemi Gözlem Formu ve Postpartum İzlem Formu kullanılmıştır (Karaçam ve diğerleri, 2017; Kirlek ve Öztürk Can, 2016; Olgaç ve Karaçam, 2017; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Pazandeh ve diğerleri, 2015; Reveiz ve diğerleri, 2013). Ayrıca kadınların doğum ağrıları, doğum deneyimi ve bakım memnuniyetlerini değerlendirmek için Numaralandırılmış Ağrı Skalası, Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinden yararlanılmıştır.

Tanıtıcı bilgi formu: Bu formda kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini sorgulayan toplam 20 soru bulunmaktadır. Bu form araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

Doğum eylemi izlem formu: Bu form kadınlara doğum eyleminde yapılan müdahaleler, anne ve bebeğin durumunu, kadının lavman ve kontrolsüz dışkı kaçırmaya ile ilgili deneyimleri ve görüşlerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda 28 soru yer almaktadır. Bu form araştırmacılar tarafından doğum eylemi süresince gözlem yapılarak, hasta dosyasından elde edilen veriler ve yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılarak doldurulmuştur.

Numaralandırılmış Ağrı Skalası (Visual Analog Skala: VAS): VAS sayısal olarak ölçülmeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılmaktadır. On cm bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer ucuna çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir (Wewers ve Lowe, 1990). Ayrıca ağrının yeniden değerlendirilmesi için ağrıya ne kadar değişim olduğunu belirlemek için ‘‘0’’ ağrı yok, ‘‘1-4’’ hafif ağrı, ‘‘5-6’’ orta şiddetli ağrı, ‘‘7-8’’ şiddetli ağrı, ‘‘9-10’’ dayanılmaz ağrı olarak belirlenmiştir (Eti Aslan, 2002). Bu ölçüm aracının bir dilinin olmaması ve uygulama kolaylığı önemli bir avantajdır. Bu ölçek tüm dünya literatüründe kabul görmüş, kendini kanıtlamış, kolay uygulanabilir, güvenlidir ve yaygın kullanılan bir ölçüm aracıdır.

Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeği: Bu çalışmada kadınların doğum deneyiminden memnuniyetlerini belirlemek amacı ile Lederman ve Weingarten (1981) tarafından geliştirilen Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin doğum deneyiminden memnuniyet alt ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek postpartum dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 82 maddesi ve 7 alt ölçeği bulunan 4’lü likert tipi bir ölçektir. Her bir alt ölçek 10 ile 13 madde içermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Taşcı ve Mete (2007) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 0.87 olarak bildirilmiştir. Taşcı ve Mete (2007) ölçeğin Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeğinin tek başına da kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Bu alt ölçek 10 maddeden (6, 9, 28, 47, 48, 58, 67, 68, 73 ve 79 maddeler) oluşmakta ve bu alt ölçekten alınabilecek puanlar 10-40 arasında değişmektedir. Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 0.76 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesi, ölçek maddelerine verilen ‘‘1’’den ‘‘4’’e (4: ‘‘Çok fazla tanımlıyor, 3: ‘‘Kısmen tanımlıyor’’, 2: ‘‘Biraz tanımlıyor’’, 1: Hiç tanımlamıyor’’) kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak yapılır. Ölçekte bazı maddeler ters yönlüdür. Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeğinde yer alan 6, 9, 47, 67, 73 ve 79 maddeler de ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Bu alt ölçekten alınabilecek düşük puanlar doğum deneyiminden memnuniyetin yüksek olduğunu göstermektedir (Taşcı ve Mete, 2007). Bu ölçeğin kendini bildirim yöntemi ile doldurulması sağlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre yapılan hesaplamada Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısının 0,85 olduğu bulunmuştur.

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ): Bu çalışmada kadınların bakım memnuniyetlerini belirlemek amacı ile NHBMÖ kullanılmıştır. NHBMÖ, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerini belirlemek amacı ile Thomas ve diğerleri (1996) tarafından geliştirmiştir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması Akın ve Erdoğan (2007) tarafından yapılmıştır. Hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyeti hakkındaki görüşlerini içeren 19 maddeden oluşan, 1-5 arasında puanlanan bu likert tipi ölçekten; en düşük 0, en yüksek 100 puan alınabilmektedir. Yüksek puan hemşirelik bakım memnuniyetine ilişkin görüşün yüksek/ yeterli, düşük puan ise bakım memnuniyetine ilişkin görüşün düşük/ yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.96 olarak bildirilmiştir (Akın & Erdogan, 2007). Ölçeğin kendini bildirim yöntemi ile doldurulması sağlanmıştır. Bu araştırma sonuçlarına dayalı olarak yapılan hesaplamada Ölçeğin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısının 0.98 olduğu saptanmıştır.

Postpartum izlem formu: Bu formda kadın ve bebeğinin doğum sonrası dönemde karşılaşılabilecekleri enfeksiyon, diğer hastalıklar ve antibiyotik kullanma durumlarını sorgulayan 4 soru yer almaktadır. Bu form araştırmacılar tarafından doğum sonrası altıncı haftada anneler ile telefon görüşmesi yapılarak doldurulmuştur.

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğinin geliştirilmesi için 20 kişi ile ön uygulama yapılmış, ancak anket formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamına alınan kadınlar araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir.

Müdahale ve Verilerin Toplanması

Araştırma, bir akademisyen sorumlu araştırmacı, biri klinisyen ve diğeri de araştırma görevlisi olan iki ebe olmak üzere üç kişilik ekip tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya klinisyen ebenin mesai saatlerinde vajinal doğum yapması beklenen ve doğum salonuna yatışı yapılan kadınlar dâhil edilmiştir. Araştırma kriterlerine uygun olan kadınlar belirlendikten sonra, araştırma ile ilgili açıklama yapılarak yazılı ve sözel olurları almış, tanıtıcı bilgi formu doldurulmuş ve araştırmaya kabul sıra numarası verilmiştir. Ardından klinisyen ebe kadınların kabul sıra numarasına göre daha önce randomizasyonla belirlenen listeden hangi grupta yer aldığını tespit etmiş, lavman ve kontrol gruplarına atamasını yapmıştır.

Lavman araştırmanın yapıldığı hastanede rutin olarak uygulandığı için lavman grubuna dâhil edilen kadınlara herhangi bir uygulama yapılmamış ve olağan bakıma bırakılmıştır. Kontrol grubuna ise rutin lavman uygulaması yapılmamıştır. Bu hastanede

lavman 177 ml'lik solüsyonda 28.5 g sodyum dihidrojen fosfat ve 10.5 g disodyum hidrojen fosfat içeren 210 ml B.T. ENEMA ile yapılmaktadır.

Her iki gruptaki kadınların doğum eylemi boyunca diğer bütün bakım ve izlemleri olağan bakıma bırakılmış ve klinikteki tüm bakımları, bakımlarından sorumlu ebeleri tarafından yapılmıştır. Doğum Eylemi İzlem Formu, Doğum Deneyiminden Memnuniyet Alt Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği yine klinisyen ebe ve Postpartum İzlem Formu da doğum sonrası altıncı haftada araştırma görevlisi ebe tarafından doldurulmuştur.

Etik Açıklamalar

Araştırma protokolü bir üniversitenin tıp fakültesinin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu tarafından onaylanmıştır (Sayı: 2015/720). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için çalışmanın yapıldığı ilin İl Kamu Hastaneler Birliği'nden izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya davet edilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 18 (PASW Inc, Chicago, IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Lavman ve kontrol grupları tanıtıcı bilgilere ilave olarak, doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin uzunluğu, perineal travma ve/veya epizyotomi alanında enfeksiyon gelişme, doğum sırasında yaşanan ağrı, doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde dışkı kaçırma durumu, doğum deneyimi ve bakım hizmetlerinden memnuniyet puanları, annede ve bebekte enfeksiyon gelişme ve antibiyotik kullanımı bakımından karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenlere göre lavman ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında ki-kare, sürekli değişkenlere göre karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U ve t-testleri kullanılmıştır. $P < 0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan lavman ve kontrol gruplarındaki gebelerin yaş ortalaması, eğitim durumu, eş eğitim durumu, meslek, medeni durum ve gelir durumları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu saptanmıştır. Ancak lavman guruplarındaki gebelerin (%84.1) sosyal güvence bulunma oranının kontrol grubuna (%72.0) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur ($X^2=4.294$; $p=0.038$; Tablo 1).

Lavman ve kontrol gruplarındaki kadınlar gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları bakımından benzer özellikte idiler ($p > 0.05$). Yine lavman gurundaki gebelerin en son gebeliğini planlama, istememe ve gebelik sırasında herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte oldukları saptanmıştır ($p > 0.05$; Tablo 2). Araştırmada kadınların gebeliklerinde yaşadıkları sağlık problemleri gestasyonel diyabetis mellitus (lavman: $n=4$, %3.7; kontrol: $n=7$, %7.5), erken doğum tehdidi (lavman: $n=2$, %1.9; kontrol: $n=1$, %1.1), gestasyonel hipertansiyon (lavman: $n=1$, %0.9; kontrol: $n=1$, %1.1), abortus imminens (lavman: $n=1$, %0.9; kontrol: $n=1$, %1.1), anemi (lavman: $n=1$, %0.9), varis (lavman: $n=1$, %0.9), hiperemesis gravidarum (kontrol: $n=2$, %2.2) ve hipertiroidi (kontrol: $n=1$, %1.1) olarak belirlenmiştir. Kadınların diğer gebelik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Lavman ve kontrol gruplarındaki kadınların gebelik haftası, doğum eyleminin ikinci evresinin uzunluğu, bebeğin 1. ve 5. dakikadaki APGAR skoru, bebeğin doğum kilosunu, doğum sırasında kadının hissettiği ağrı puanı ve ebenin yardım ettiği doğumdan memnuniyet durumu bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Her iki gruptaki kadınlar doğum eyleminin spontan başlaması, amniyotomi uygulanma, bebeğin doğumundan önce annede ve bebekte problem yaşanma durumu, epidural analjezi ve vakum kullanımı, epizyotomi uygulanma ve dikiş gerektiren spontan laserasyon varlığı bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte oldukları saptanmıştır ($p > 0.05$; Tablo 3). Ancak lavman guruplarındaki gebelerin doğum salonuna kabul edildiği servikal açıklık ortalaması 3.89 ± 1.10 (aralık: 2-9) iken, kontrol grubunda 5.73 ± 2.02 (aralık: 3-10), doğum eyleminin birinci evresinin uzunluğu ortalaması 6.60 ± 3.75 (aralık: 1.25-23) iken, kontrol grubunda 5.23 ± 3.62 (aralık: 1-24.5) ve doğumda fundal basınç uygulanma oranı %41.1 iken, kontrol grubunda %26.9 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırası ile; $Z = -6.735$; $p = 0.000$; $t = 2.572$; $p = 0.011$; $X^2 = 4.4650$; $p = 0.035$; Tablo 3).

İntrapartum süreçte bebekte yaşanan sağlık problemleri fetal bradikardi (lavman: $n = 17$, %15.9; kontrol: $n = 8$, %8.6), fetal taşikardi (lavman: $n = 1$, %0.9), mekonyumlu amniyotik mayi (Lavmna: $n = 1$, %0.9; kontrol: $n = 7$, %7.6) ve ablasyo plasenta (kontrol: $n = 1$, %1.1) idi.

Araştırmada gebelerin bebeklerinin oksiput posterior pozisyonunda bulunma oranı lavman grubunda %8.4 ($n = 9$) iken, kontrol grubunda %5.4 ($n = 5$) olduğu saptanmıştır. Yine araştırmaya katılan bazı gebelere epidural analjezi (lavman: $n = 3$, %2.8; kontrol: $n = 0$, %0.0) ve vakum (lavman: $n = 1$, %0.9; kontrol: $n = 1$, %1.1) uygulandığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	Lavman (n=107)	Kontrol (n=93)	t / X ²	p
	n (%)	n (%)		
Yaş ±SS (min-max)	26.38±4.99 (16-38)	26.36±6.07 (14-43)	0.026	0.979
Eğitim durumu				
İlkokul	78 (72.9)	72 (77.4)	1.636	0.441
Lise	18 (16.8)	16 (17.2)		
Önlisans ve lisans	11 (10.3)	5 (5.4)		
Eşin eğitim durumu				
Okur-yazar olan ve olmayan	2 (1.9)	1 (1.1)	2.882	0.237
İlkokul	69 (64.5)	69 (74.2)		
Lise	22 (20.6)	17 (18.3)		
Üniversite	14 (13.1)	6 (6.5)		
Meslek (Lavman: 105, Kontrol: 86)				
Ev hanımı	90 (85.7)	79 (91.9)	3.405	0.182
Serbest meslek	9 (8.6)	2 (2.3)		
İşçi ve memur	6 (5.8)	5 (5.9)		
Sosyal güvence				
Var	90 (84.1)	67 (72.0)	4.294	0.038
Yok	17 (15.9)	26 (28.0)		
Algılanan gelir durumu				
Gelir giderden düşük	16 (15.0)	16 (17.2)	0.188	0.702
Gelir gidere denk	91 (85.0)	77 (82.8)		
Medeni durum				
Evli resmi nikâhı var	100 (93.5)	90 (96.8)	3.468	0.177
Evli, resmi nikâhı yok	6 (5.6)	1 (1.1)		
Ayrı yaşıyor veya boşanmış	1(0.9)	2 (2.2)		

SS: Standart sapma, *t testi

Tablo 2. Kadınların Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Özellikleri

Özellikler	Lavman(n=107)	Kontrol (n=93)	t/X ²	p
	ort±SS (min-max)	ort±SS (min-max)		
Gebelik sayısı	2.38±1.28 (1-7)	2.68±1.23 (1-7)	-1.649	0.101
Canlı doğum sayısı	2.1±1.1 (1-6)	2.31±0.89 (1-5)	-1.552	0.122
Yaşayan çocuk sayısı	2.08±1.05 (1-6)	2.30±0.91 (1-5)	-1.555	0.122
Gebelik takiplerine başlanan ay	1.51±0.84 (1-6)	1.62±0.93 (1-5)	-0.898	0.370
	n (%)	n (%)		
Planlanmayan gebelik (Lavman n=105, Kontrol n=91)	24 (22.4)	25 (27.5)	0.671	0.413
Gebeliğini istememe, (Lavman n=105, Kontrol n=91)	4 (3.7)	7 (7.7)	1.465	0.226
Gebelikte sağlık sorunu yaşama	10 (9.3)	16 (17.2)	2.717	0.099
Doğum öncesi eğitim sınıflarına katılma	2 (1.9)	1 (1.1)	0.212	1.000
Daha önce lavman deneyimine sahip olma	46 (43.0)	50 (53.8)	2.313	0.128
Daha önceki gebelik ve doğumlar ile ilgili sağlık sorunu yaşama (Lavman n=97, Kontrol n=86)	5 (5.2)	5 (5.8)	0.000	0.997

ort±SS (min-max): ortalama±Standart Sapma (minimum-maksimum) *Birden fazla sağlık sorunu bildirilmiştir.

Lavman grubundaki kadınların lavman ile ilgili görüşleri ve deneyimleri incelendiğinde kadınların %90.7'sinin doğumda lavmanın gerekli olduğunu bildirdikleri belirlenmiştir. Yine lavmanın neden gerekli olduğunu düşündükleri sorulduğunda ise kadınların %43.8'i "doğumun temiz olması / doğumu kolaylaştırmak / doğum için gerekli", %16.9'u da "gelmeden önce yemek yeme / bağırsakların dolu olması" nedenleri ile gerekli gördüklerini belirtmişlerdir. Lavmanın gerekli olmadığını bildiren kadınların %27.3'ü, "dışkı kaçırmamak için yemek yemedikleri" için bu uygulamayı gereksiz bulduklarını bildirmişlerdir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan kadınların doğumda dışkı kaçırmaya ile ilgili görüşleri incelendiğinde her iki gruptaki gebeler dışkı kaçırmamanın utanç verici olduğunu (lavman: %55.1; kontrol: %43) bildirmişlerdir. Yine doğumda dışkı kaçırmaya deneyimleri incelendiğinde iki grupta da gebeler sırası ile dışkı kaçırmadıklarını (lavman: %83.2; kontrol: %72.0) ve dışkı kaçırdıklarında utandıklarını (lavman: %9.3; kontrol: %12.9) bildirmişlerdir. Lavman grubundaki gebelerin (%13.1) doğumun ikinci evresinde dışkı kaçırmaya oranlarının kontrol grubuna (%47.3) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az olduğu bulunmuştur ($X^2= 28.310$; $p= 0.000$; Tablo 4). Yine her iki gruptaki kadınların doğum deneyimi (lavman: 34.47 ± 5.81 ; kontrol: 34.66 ± 4.96 ; $t= -0.245$; $p= 0.807$) ve bakım hizmetlerinden (lavman: 82.10 ± 16.11 ; kontrol: 83.55 ± 15.13 ; $t= -0.651$; $p= 0.516$) memnuniyetleri bakımından benzer oldukları saptanmıştır. Lavman ve kontrol gruplarının doğum sonrası dönemde anne ve bebekte enfeksiyon gelişme ve antibiyotik kullanımı bakımından istatistiksel olarak benzer oldukları saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların Doğum Eylemi ve Postpartum Döneme İlişkin Verileri

Doğum eylemine ilişkin özellikler	Lavman (n=107) ort±SS (min-max)	Kontrol (n=93) ort±SS (min-max)	t/Z/X ²	p-değeri
Doğuma kabulde servikal dilatasyon	3.89±1.10 (2-9)	5.73±2.02 (3-10)	-6.735	0.000
Gebelik haftası	39.57±1.20 (36-42)	39.40±1.63 (32-42)	0.836	0.404
Birinci evresinin uzunluğu (saat)	6.60±3.75 (1.25-23)	5.23±3.62 (1-24.5)	2.572	0.011
İkinci evresinin uzunluğu (dakika)	0.15±0.24 (0.05-2.15)	0.17±0.36 (0.05-3.3)	-0.577	0.565
Bebeğin 1. dakikadaki APGAR skoru	8.54±0.65 (6-10)	8.65±0.65 (7-10)	-1.190	0.235
Bebeğin 5. dakikadaki APGAR skoru	9.67±0.53 (8-10)	9.71±0.48 (8-10)	-0.467	0.641
Bebeğin doğum kilosu (gr)	3304.37±454.43 (2250-4510)	3243.62±511.64 (1430-4300)	0.867	0.387
Doğumda hissedilen ağrı puanı	8.32±1.83 (4-10)	8.24±1.87 (3-10)	0.299	0.765
Doğum deneyiminden memnuniyet puanı	34.47±5.81 (13-40)	34.66±4.96; (21-40)	-0.245	0.807
Bakım hizmetlerinden memnuniyet puanı	82.10±16.11(19-95)	83.55±15.13 (19-95)	0.651	0.516
	n (%)	n (%)		
Doğum eyleminin spontan başlaması	106 (99.1)	87 (93.5)	4.484	0.051
Doğuma kabulde angajman durumu				
Fikse	95 (88.8)	86 (92.5)	0.787	0.375
Mobil	12 (11.2)	7 (7.5)		
Fetal taşikardi ya da bradikardi varlığı	31 (29.0)	17 (18.3)	3.119	0.097
Amniyotomi uygulanma	59 (55.1)	59 (63.4)	1.275	0.312
Doğum öncesi annede sağlık problemi	4 (3.7)	2 (2.2)	0.431	0.68
Doğum öncesi bebekte problem bulunma	20 (18.7)	18 (19.4)	0.014	0.905
Doğumda fundal basınç uygulanma	44 (41.1)	25 (26.9)	4.465	0.035
Epizyotomi uygulanma	61 (57.0)	48 (51.6)	0.584	0.445
Dikiş gerektiren spontan laserasyon	30 (28.0)	27 (29.0)	0.024	0.876
Annede genital enfeksiyon belirtisi olma	4 (4.9)	3 (4.5)	0.12	1.000
Bebekte göbek enfeksiyonu belirtisi olma	1 (1.2)	3 (4.5)	1.506	0.326
Annede antibiyotik kullanımı	3 (2.8)	1 (1.1)	0.758	0.625
Bebekte antibiyotik kullanımı	2 (1.9)	2 (2.2)	0.020	1.000

ort±SS (min-max): ortalama±Standart Sapma (minimum-maksimum)

Tablo 4. Kadınların Dışkı Kaçırma ve Lavman ile İlgili Görüş ve Deneyimleri

Görüş ve deneyimler	Lavman (n=107)	Kontrol (n=93)	X ²	p-değeri
	n (%)	n (%)		
Birinci devrede dışkı kaçırma	7 (6.5)	7 (7.5)	0.074	0.785
İkinci evrede dışkı kaçırma	14 (13.1)	44 (47.3)	28.310	0.000
Görüşler (Lavman: 104; kontrol: 83)				
Utandırım/çekinirim/ çok ayıp bir şey/ ıkınmaktan çekinirim	63 (60.8)	40 (48.2)		
Kötü hissederim / rahatsız olurum	30 (28.9)	21 (25.3)		
Bebek için zararlı olabilir, korkarım	0 (0.0)	2 (2.4)		
Bir şey hissetmem / normal bir olay	11 (10.3)	16 (19.3)		
Rahatlarım	0 (0.0)	4 (4.8)		
Deneyimler (Lavman: 107; kontrol: 93)				
Dışkı kaçırmadım	89 (83.2)	67 (72.0)		
Utandım / kötü hissettim	12 (11.2)	15 (16.1)		
Normal bir şey / bir şey hissetmedim	5 (4.7)	6 (6.5)		
Korktum / ıkınmaktan korktum	1 (0.9)	2 (2.2)		
Rahatladım	0 (0.0)	2 (2.2)		
Ebe için üzülüdüm	0 (0.0)	1 (1.1)		
*Lavmanın gerekli olduğunu düşünme	97 (90.7)			
*Gerekli olduğunu düşünme nedenleri [†]				
Doğumun temiz olması	39 (43.8)			
Doğumu kolaylaştırmak / doğum için gerekli	15 (16.9)			
Gelmeden yemek yeme / bağırsakların dolu olması	11 (12.4)			
Dışkıyla birlikte sancılar artıyor	10 (9.3)			
Dışkı kaçırmaktan korkma	9 (10.1)			
Doğumda rahat ıkınma	9 (10.1)			
Sağlık çalışanlarının gerekli görmesi	3 (3.4)			
Ebe için temiz ortam sağlaması	1 (1.1)			
Bebeği tuvalette doğurma korkusu	1 (1.1)			
Çok sık tuvaletim geliyor	1 (1.1)			
*Lavmanın gereksiz olduğunu düşünme	10 (9.3)			
*Gereksiz olduğunu düşünme nedenleri [‡]				
Dışkı kaçırmamak için yemek yememe	3 (27.3)			
Dışkı kaçırmaktan rahatsız olmama	2 (18.2)			
Doğuma gelmeden önce dışkılama	2 (18.2)			
Mutlaka gerekli değil	2 (18.2)			
Rahatsız edici bir işlem	1 (9.1)			
Tuvalete giderek de halledilebilir	1 (9.1)			
*Lavman ile ilgili olumlu deneyimler (n= 9/107)				
Rahatlama	4 (44.4)			
Serinlik hissi	5 (55.6)			
*Lavman ile ilgili olumsuz deneyimler (n= 29/107)				
Karında burulma / basınç / ağrı / acı hisleri	17 (58.6)			
Kötü hissetme / rahatsız olma	6 (20.7)			
Utanma	5 (17.2)			
Korku	1 (3.5)			

*Lavman grubundaki kadınların tamamının lavman deneyimleri olmadığından bu bilgiler sadece lavman grubundaki kadınlarda elde edilmiştir. [†]Bazı kadınlar neden bildirmemişlerdir. [‡]Bazı kadınlar birden fazla cevap vermiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışma doğum eyleminin birinci evresinde yapılan lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisini ve kadınların bu uygulama hakkındaki görüşlerini incelenmek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır. Çalışmada ülkemizde yaygın olarak kullanılan intrapartum lavman uygulaması ile önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar rutin lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisinin olmadığını, ancak kadınların yapılması gereken bir işlem olarak gördükleri bilgilerini ortaya koymasından önemlidir.

Çalışmada her iki gruptaki kadınların doğum eyleminin ikinci evresinin uzunluğu bakımından benzer oldukları görülmüştür. Benzer olarak Cuervo ve diğerleri (2006), Clarke ve Jenkins (2007), Reveiz ve diğerleri (2013), ve Dünya Sağlık Örgütü (2018) tarafından yapılan çalışmalarda da lavman uygulamasının doğum eyleminin süresi üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Ancak bu bulgulardan farklı olarak Kovavisarach ve Sringamvong (2005), lavman uygulanmayan kadınların doğum eylemi sürelerinin anlamlı derecede daha uzun olduğunu rapor etmişlerdir. Bu sonuçlara göre çalışmamız bulgularının, literatürde yer alan çalışmaların çoğu ile benzer şekilde lavman uygulamasının doğum eyleminin süresini etkilemediğini gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda, lavman ve kontrol grubundaki kadınların bebekleri birinci ve beşinci dakikalardaki APGAR skorları ve neonatal enfeksiyon belirtileri görülme oranları bakımından istatistiksel olarak benzerdi. Reveiz ve diğerleri (2013) tarafından yapılan sistematik derlemede de benzer şekilde, lavman uygulanan ve uygulanmayan annelerin bebeklerinin 5. dakika APGAR skorları ve neonatal enfeksiyon oranları bakımından fark olmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar doğumda lavman uygulamasının neonatal sonuçları etkilemediğini göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmamızda her iki gruptaki kadınların doğum eyleminin birinci evresinde dışkı kaçırma bakımında benzer özellikte oldukları, ancak ikinci devrede lavman uygulanmayan kadınların daha fazla dışkı kaçırdıkları görülmüştür. Benzer şekilde Reveiz ve diğerleri (2013) da lavman grubunda doğum sırasında dışkı bulaşının daha az olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlar lavmanın doğum eyleminde dışkı kaçırmayı azalttığını göstermektedir. Ancak bunun anne-bebek sağlığını geliştiren bir sonuç olmadığı kabul edilmektedir.

Bu araştırmada doğum sonrası annelerin enfeksiyon belirtileri görülme ve antibiyotik kullanma durumları bakımından benzer özellikte oldukları saptanmıştır. Cuervo (2006) ve Drayton (1984) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer olarak, lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınlarda puerperal enfeksiyon oranlarının benzer olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar lavman uygulamasının annede enfeksiyon gelişimi önlemede etkili olmadığını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmamızda iki gruptaki kadınların da daha çok dışkı kaçırmayı utanç verici ve rahatsız edici buldukları, dışkı kaçırdıklarında utandıkları ve doğuma gelmeden aç kalmadıkları ve bağırsaklarının dolu olması nedenleri ile dışkı kaçırma ihtimaline karşı lavmanı gerekli gördükleri belirlenmiştir. Bu konuda Kolombiya’da kanıt temelli intrapartum bakım hizmetlerini incelemek amacı ile yapılan bir çalışmada da doktorların tümünün kadınların dışkı kaçırdıklarında utandıklarını ve bu nedenle genellikle lavmanı talep ettiklerini bildirdikleri rapor edilmiştir (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez ve Gülmezoglu, 2008). Ülkemizde Güneş Öztürk ve Karaçam (2018) tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada da benzer şekilde ebelerin kadınların dışkı kaçırdıklarında utandıklarını, ıkmıyı bıraktıklarını ve ebeden özür dilediklerini bildirdikleri rapor edilmiştir. Bu sonuçlar kadınların doğumda lavman uygulaması ile ilgili görüş ve deneyimlerinin kültürel özelliklere göre değişiklik gösterebileceği ve bu konuda daha fazla bilgi birikimine gereksinim bulunduğu söylenebilir. Diğer yandan kadınların doğum eyleminin ikinci evresinde dışkı kaçırmaktan kaçındıkları için ıkmıyı durdurmaları, doğum sürecini etkileyebilir. Bu nedenle kadınların lavman uygulaması konusunda görüş ve isteklerinin alınması gerekebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada bazı veriler kadınların bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Bu nedenle bu verilere dayalı olarak çıkarılan sonuçlar, sağlık çalışanlarının gözlemleri yolu ile elde edilenlerden farklı olabilir. Ancak genel olarak anneler kendileri ve bebekleri ile ilgili bilgi vermeye istekliydiler ve araştırmacılar verilerin toplanması aşamasında bu duruma ilişkin itina göstermişlerdir. Yine postpartum dönemde bazı kadınlara ulaşamamıştır. Bu duruma bağlı olarak postpartum dönemde anne-bebek sağlığın ilişkin sonuçlar etkilenmiş olabilir. Ancak vaka kayıpları sonrası da en az olması gereken örnekleme hacmine ulaşıldığından ilgili sonuçların olumsuz etkilenmediği düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada doğum eyleminde lavman uygulamasının ikinci devrenin uzunluğu, kadının doğum ağrısı, APGAR skoru, doğum deneyimi ve bakım hizmetlerinden memnuniyet, doğum sonrası anne ve yenidoğan enfeksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı sonuçlarına varılmıştır. Bu sonuçlar, literatürde yer alan araştırma (Cuervo ve diğerleri, 2006; Reveiz ve diğerleri, 2013; World Health Organization, 2018; Yeat ve diğerleri, 2011) shorten labour duration, and make delivery cleaner for attending personnel. However, a systematic review of the literature found insufficient evidence to support the use of enemas. The objective of this RCT was to address an identified knowledge gap by determining the effect of routine enemas used during the first stage of labour on puerperal and neonatal infection rates. Design: RCT (randomised controlled trial; randomized clinical trial sonuçları ile tutarlı bir biçimde, intrapartum lavman uygulamasının maternal ve neonatal sonuçları iyileştirmede göstermekte ve doğumda

rutin olarak kullanılmasını desteklememektedir. Yine bu çalışmada, daha önce yapılan çalışma bulgularının da (Conde-Agudelo ve diğerleri, 2008; Güneş Öztürk ve Karaçam, 2018) desteklediği gibi, kadınların doğumda dışkı kaçırmayı utanç verici buldukları ve lavman uygulamasını gerekli gördükleri sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlar araştırmamızda elde edilen bilgilerin genellenebilirliğini göstermesi bakımından değerlidir.

Bu sonuçlara dayalı olarak intrapartum bakım hizmetlerinde çalışan ebe ve diğer sağlık çalışanlarının lavman uygulaması konusundaki bilgi ve uygulamalarını mevcut kanıtlara dayalı olarak güncellemeleri gerekmektedir. Yine örgün ve hizmet içi eğitim programlarında, intrapartum lavman uygulamasının anne ve yenidoğan sağlığına katkısı ile ilgili kanıtların bulunmadığı ve rutin olarak uygulanmaması gerektiği vurgulanabilir. Ancak klinik uygulamalar sırasında kadınların bilgilendirilmeleri ve dışkı kaçırmaya bağlı utanma ve doğum eylemi sürecinin etkilenme olasılığının değerlendirilmesi de gerektiği de akılda bulundurulmalıdır. Hastane ve klinik yöneticilerinin intrapartum rutin lavman uygulanmaması konusunda düzenleme yapmaları ve bu konuda hizmet içi eğitim planlamaları ve yürütmeleri gerekmektedir. Ayrıca bu konudaki bilgi birikimini arttıracak, özellikle kadınların doğum eylemi sırasında dışkı kaçırmaya ve buna bağlı utanma duygularının yönetimine ilişkin, daha kapsamlı kalitatif ve deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akın, S., Erdogan, S. (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 646–653. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x>
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakupas, S., O'Brien, B., Lee, L., ... Young, D. (2009). Use of routine interventions in vaginal labor and birth: Findings from the maternity experiences survey. *Birth*, 36(1), 13–25. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00291.x>
- Clarke, N. T., Jenkins, T. R. (2007). Randomized prospective trial of the effects of an enema during labor. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4 Suppl), 7S.
- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A., Gülmezoglu, A. M. (2008). Evidence-based intrapartum care in Cali, Colombia: A quantitative and qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(12), 1547–1556. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01930.x>
- Cuervo, L. G., del Pilar Bernal, M., Mendoza, N. (2006). Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour - The N-Ma Randomised Controlled Trial [ISRCTN43153145]. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6(8), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-6-8>
- Drayton, S., Rees, C. (1984). They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enemas? *Nursing Mirror*, 159(5), 4–8.
- Eti Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9–16. <https://doi.org/10.22233/9781910443231.9>
- Güneş Öztürk, G., Karaçam, Z. (2018). Ebelerin intrapartum lavman uygulaması hakkında görüş ve deneyimleri: Nitel Bir araştırma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(2), 1–14.
- Karaçam, Z., Kurnaz, D. A., Güneş, G. (2017). Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: An example of a state hospital Clinical Investigation. *Turk J Obstet Gynecol*, 14, 10–17. <https://doi.org/10.4274/tjod.88123>
- Kirlek, F., Can, Ö. H. (2016). Postpartum dönem. Ü. Sevil ve G. Ertem (Ed.), *Perinatoloji ve bakım* içinde (s. 409–496). İzmir: Ankara Nobel Kitapevi.
- Kovavisarach, E., Sringamvong, W. (2005). Enema versus no-enema in pregnant women on admission in labor: A randomized controlled trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(12), 1763–1767.
- Lederman, R. P., Weingarten, C. G., Lederman, E. (1981). Postpartum self-evaluation questionnaire: Measures of maternal adaptation. *Birth Defects Original Article Series*, 17(6), 201–231.

- Lorig, K., Gonzalez, V. M., Ritter, P., Nacif De Brey, V. (1997). Comparison of three methods of data collection in an urban spanish-speaking population. *Nursing Research*, 46(4), 230–234.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C. (2010). *Maternity nursing*. United Kingdom: Mosby.
- Olgaç, Z., Karaçam, Z. (2017). Opinions of nurses, midwives and doctors who are working on gynaecology and obstetrics about mother-friendly childbirth practices. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 153–165. <https://doi.org/10.17672/fijn.343250>
- Özçerezci Güner, Ö., Kavlak, O. (2016). Doğum. Ü. Sevil ve G. Ertem (Ed.), *Perinatoloji ve bakım*. İzmir: Ankara Nobel Kitapevi.
- Pazandeh, F., Huss, R., Hirst, J., House, A., Baghban, A. A. (2015). An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery*, 31(11), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.003>
- Revez, L., Gaitán, H. G., Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub3>
- Sandin-Bojöö, A. K., Larsson, B. W., Axelsson, O., Hall-Lord, M. L. (2006). Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery*, 22(3), 207–217. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.006>
- Taşçı, D. K., Mete, S. (2007). Postpartum kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 20–29.
- Thomas, L. H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., Boys, R. J. (1996). Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: A instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5, 67-72.
- Wewers, M. E., Lowe, N. K. (1990). A critical review of Visual Analogue Scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13, 227-236.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Yeat, S. K., Chen, S. C., Lee, H. H. C. (2011). Enema resulting in rectal prolapse and colostomy in a term pregnant woman. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 50(3), 370–371. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2011.01.025>

Esra GARLI¹
Orcid : 0000-0001-7809-2177

Nursan ÇINAR²
Orcid : 0000-0003-3151-9975

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

²Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Esra GARLI
esrakosa@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Çocuk; bakım; aile merkezli bakım; hemşirelik.

Key Words:

Child; care; family-centered care; nursing.

Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri

Identifying the Experiences of the Parents, Whose Children are Inpatient About the Family-Centered Nursing Care

Bu çalışma yüksek lisans tez çalışması olarak hazırlanmıştır

Alınış (Received): 04.01.2020

Kabul Tarihi (Accepted): 18.02.2020

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan araştırma Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 350 ebeveyn katılımı ile gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak soru formu ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ) kullanıldı. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktararak SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 23 programı aracılığıyla değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan ebeveynlerin %89.7'sinin hastanede çocuğunun bakımına katıldığı, katılmayanların ise çoğunluğunun bakıma katılmayı gerekli görmediği belirlendi. AMBÖ'ye verilen önemlilik ve tutarlılık düzeylerine ait ortanca değeri dört olarak saptandı. En yüksek eşleşme oranına sahip maddeler 'Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler' ve 'Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler' iken en düşük eşleşme oranına sahip maddenin 'Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar' olduğu belirlendi.

Sonuç: Hemşirelerin, aileye ve çocuklara aile merkezli bakım uygulamaları ile ilgili verdikleri bakımın iyi olduğunu hissettirdikleri, fakat çocuğa verilen bakım ve çocuğun durumundaki değişiklikler hakkında ebeveynlerin daha fazla bilgilendirilmeye gereksinim duydukları saptandı. Hastaneye acil yatan ve yedi gün ve üzerinde hastanede kalan ebeveynlerin aile merkezli hemşirelik bakım uygulamalarından daha memnun oldukları belirlendi.

ABSTRACT

Objective: This study is implemented to determine the experiences of the parents whose children are inpatient about the family-centered nursing care of the nurses.

Methods: The descriptive and analytical research was carried out with the participation of 350 parents at the Sakarya Obstetrics and Gynecology Hospital and Sakarya University Training and Research Hospital. Questionnaire and Family-Centered Care Scale (FCCS) were used as data acquisition tools. The data obtained from the study were transferred to the computer environment and evaluated by the SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 23.

Results: It has been determined that 89,7% of the parents, who participated in the study, were involved in childcare in the hospital and those who do not, do not consider it necessary to do so. The median number for the level of significance and consistency is calculated as four in consequence of descriptive statistics of the scores in FCCS. While the highest matching ratio is 'Nurses help my child to feel well-cared-for' and 'Nurses help me to feel well-cared-for', the lowest matching ratio is 'Nurses explain about changes I could expect in my child's condition'.

Conclusion: It is observed that nurses make the family and children feel good about the family-centered care practices provided by nurses, yet parents need more information about the possible changes in their child's situation and the childcare. The parents whose children are inpatient from emergency, and who stayed in the hospital for seven days and over, noted that they are pleased concerning the family-centered care practices of nurses.

Kaynak Gösterimi: Garlı, E., ve Çınar, N. (2020). Hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimleri. *EGE HFD*, 36(1), 35-44.

How to cite: Garlı, E., and Çınar, N. (2020). Identifying the experiences of the parents, whose children are inpatient about the family centered nursing care. *EGE HFD*, 36(1), 35-44.

GİRİŞ

Çocuk aile ortamında yetişir ve toplumsal yaşama hazır hale gelir. Psikolojik, fizyolojik, zihinsel ve bedensel açıdan tam bir iyilik halinde büyümesinde ve davranışlarının gelişmesinde ebeveynlerin görevi çok önemlidir (Çelik, 2018). Aile ve aile üyeleri ile olan ilişkileri farklı şekillerde ve kesintiye uğramadan hayat boyu devam eder (Sousa, Antunes, Carvalho, Casey, 2013). Hastanede yatan çocuklarda da bu ilişkinin kesintiye uğramadan devam etmesi gereklidir (İşler ve Conk, 2006).

Çocuğun hastaneye yatması ebeveynler ve çocuk için stresli bir durumdur (Hallström, Runesson, Elander, 2002). Bu durum ailenin günlük rutinlerinin, aile içindeki rollerinin ve görevlerinin değişmesine neden olmaktadır (Çavuşoğlu, 2013, s.5; Sarajarvi, Haapamaki, Paavilainen, 2006). Aile içindeki değişikliklerin dışında hastane ortamının tanınmaması, bilmedikleri araçlarla karşılaşmaları, ailenin çocuğun bakımı ile ilgili görevlerinin değişmesi, tedavi süreci ile ilgili belirsizlik ve çocuklarının bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları ailenin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (Çavuşoğlu, 2008; Hockenberry, Wilson, Sanders, 2009).

Hastanede yatma aileleri olduğu kadar çocukları da birçok yönden etkilemektedir. Aile ortamından uzaklaşmaları, belirsizliklerin çok olduğu tanımadıkları bir ortama girmeleri, fiziksel açıdan zarar görmeleri, ağrılı işlemler, ameliyat ve kontrol kaybı gibi durumlar çocukların endişe duymalarına sağlamaktadır. Fakat hastane ortamında kalmanın çocuklar üzerindeki olumsuz etkisinin en önemli nedeni ailelerinden ayrılmalarıdır (Newton, 2000; Palmer, 1993). Çocuğun duygusal desteğe ihtiyacı olduğu için, hastaneye yattığında da primer bakımından sorumlu kişilerle olan ilişkilerinin sürdürülmesi önemlidir (Boztepe ve Çavuşoğlu, 2009).

Çocuk ve ailenin yaşadığı stres ve kaygıyı en aza indirerek çocuğun iyileşme sürecini hızlandırmanın en iyi yolu aile merkezli bakım (AMB) uygulamasıdır (Weglarz ve Boland, 2005). AMB; ailenin kültürel farklılıklarını önemseyen, yalnızca çocuğun değil bütün aile bireylerinin ihtiyaçlarını önemseyen bir yaklaşımdır. Aile ile sağlık profesyonelleri arasında işbirliğini öngören, çocuk ve ailesini fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel ve dini açıdan bir bütün olarak ele alan bir bakım modelidir (Arango, 2011; Potts ve Mandlaco, 2012). Aileyi bakımın her aşamasına katmayı esas alır. Saygı, iş birliği ve destek aile merkezli bakım felsefesinin temelini oluşturur (Yıldırım, 2008).

Ailelerin hastanede çocuklarının bakımına katılabilmeleri için çocuklarının yattığı yeri tanıması ve sağlık çalışanları ile aralarında iyi bir iletişim olması gerekir. Aile merkezli bakım uygulamaları doğrultusunda ailenin çocuğun bakımına katılması aile ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimi güçlendirir (Dur, Gözen ve Bilgin, 2016). Sağlık çalışanları ailelerin temsilcileri olarak aileye karar verme aşamasında yardımcı olur ve aileyi her yönüyle bakıma dahil etmeyi amaçlar (Majamanda, Munkhondya, Simbota ve Chikalipo, 2015). Bu nedenle çocuğun hastaneye yatışından itibaren çocuklara ve ailelere servisin tanıtılması, servis rutinleri ve servis çalışanları ile ilgili bilgi verilmesi, tedavi süresi boyunca çocukla ilgili tarafsız ve tam bir şekilde aileye bilgi verilmesi aile merkezli bakım ile ilgili önemli hemşirelik girişimlerindedir (Aktaş, Teksöz ve Ocakçı, 2012). Araştırmalarda çocuğun durumu ile ilgili bilgi verilen, çocuğunun bakımına ve karar verme aşamasına katılan annelerin daha az korku ve anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Linkede, Leonard, Presler ve Garwick, 2002; Kuzlu, Kalıncı ve Topan, 2011).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın İzni

Araştırmanın etik onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alındı. Araştırmanın yapılabilmesi için Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliğinden gerekli izinler alındı. Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ)'nin araştırmada kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Arslan ve Altıparmak'tan izin alındı. Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar örnekleme alındı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki çocuk kliniklerinde çocuğu yatan ebeveynlerle Mayıs 2015 ve Mart 2016 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniklerinde çocuğu yatan ebeveynler oluşturdu. Örneklemi ise, belirtilen hastanelerin çocuk kliniklerinde çocuğu yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 350 ebeveyn oluşturdu.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Çocuğun en az üç gündür hastanede yatıyor olması
- Ebeveynlerin iletişim probleminin olmaması
- Ebeveynlerin çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanan Soru Formu ve Aile Merkezli Bakım Ölçeği kullanıldı ([Altıparmak ve Arslan, 2016](#); [Boztepe ve Çavuşoğlu, 2009](#); [Curley, Hunsberger, Harris, 2013](#)).

Soru formu

Soru formu ebeveynlerin ve çocuğun sosyo-demografik özelliklerine, çocuğun hastane deneyimine ve bakıma yönelik 14 sorudan oluşmaktadır.

Aile Merkezli Bakım Ölçeği (AMBÖ)

Ebeveynlerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimlerini belirlemek amacıyla AMBÖ kullanıldı. Ölçek Curley ve diğerleri (2013) tarafından geliştirilmiş ([Curley ve diğerleri, 2013](#)). Altıparmak ve Arslan (2016) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Önemlilik ve tutarlılık olmak üzere iki bölümden oluşan ölçeğin yedi maddesi bulunmaktadır. Aynı sorular hem önemlilik hem de tutarlılık bölümlerinde yer almaktadır. Her bir madde bir ile beş puan arasında derecelendirilir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7-35 arasında değişmekte olup hem önemlilik hem de tutarlılık bölümleri için benzerdir. Ölçeğin önemlilik bölümünde; ebeveynler hemşirelerin verdiği bakımın ne kadar önemli olduğunu değerlendirirken, tutarlılık bölümünde; hemşirelerin çocuğun bakımına ne kadar ilgi gösterdikleri değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutları bulunmamaktadır. Aile merkezli bakım ölçeğinin değerlendirilmesinde, önem ve tutarlılık puanları tek bir puanda birleştirilerek eşleşmenin yüzdelik derecesi hesaplanır ([Altıparmak ve Arslan, 2016](#)).

Eşleşme yüzdesinin belirlenmesi

Öncelikle her bir maddenin önem ve tutarlılık puanına bakılır. Aynı maddenin önem puanı ile tutarlılık puanı aynı ya da tutarlılık puanı önem puanından 1 puan yüksek ise ebeveynlerin hemşirelerden beklediği bakım uygulamaları ve çocuğa verdikleri bakım arasında olumlu bir eşleşme bulunmaktadır. Maddenin tutarlılık puanı önem puanından 2 puan ya da daha yüksek ise ya da tutarlılık puanı önem puanından düşük ise madde için eşleşme sağlanamamaktadır. Eşleşme yüzdesi; ebeveynler hemşirelerin verdiği bakımın önemliliğini ve çocuğun bakımıyla ne kadar ilgilendiklerinin derecesini tanımlar. Tutarlılık puanı, önem değerlendirilmesi yapılmadan da kullanılabilir ([Altıparmak ve Arslan, 2016](#)).

Eşleşme yüzde puanının hesaplanması

Eşleşme yüzde puanı hesaplanırken, eşleşen madde sayısı ölçek toplam madde sayısına bölünerek 100 ile çarpılır böylece toplam eşleşme puanı elde edilir. Eşleşme yüzde puanının yüksek olması hemşirelerin ebeveynlerle ilgilendiğini ve çocuğa iyi bakım verdiklerini gösterir. Eşleşme yüzde puanının düşük olması; hemşirelerin ebeveynlere yeterli ilgi göstermediklerini ve çocuğun bakımına yeterli zaman ayırmadıklarını gösterir ([Altıparmak ve Arslan 2016](#)). Ölçeğin orijinalinin önem ve tutarlılık Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.70 ve 0.90 olarak saptanmıştır. Tutarlılık maddeleri için faktör yükleri 0.86 ile 0.92 arasında değişmektedir ([Curley ve diğerleri, 2013](#)). Yapılan bu araştırmada da önemlilik için Cronbach alfa katsayısı 0.83; tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak saptanmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: AMBÖ puan ortalaması.

Bağımsız değişkenler: Ebeveynlerin eğitim durumu, çocuğun yaşı, cinsiyeti, çocuğun hastane deneyimi, hastanede çocuğun bakım ve tedavisine katılma durumu ve katılmama nedenleri.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri hasta odalarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Araştırmacı yanlı bilgiyi önlemek amacıyla ebeveynlere, çocuklarının bakımında görev almadığını açıkladı. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programı ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi ve normal dağılmadığı görüldü. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analiz (frekans, min., max. ve ortanca.) Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek güvenilirliği için Cronbach's Alfa değerleri hesaplandı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %40.3'ünün ilkokul mezunu, %89.4'ünün ev hanımı, %74.6'sının çekirdek aile, %35.4'ünün iki çocuğa sahip ve yaş ortancasının 31.00 olduğu belirlendi. Çocuğa yakınlık derecesi bakımından çalışmaya katılanların %98.9'unu annelerin oluşturduğu saptandı.

Çocukların %40.6'sının 1 yaş altı, %47.7'sinin kız ve %56.6'sının süt çocuğu servisinde yatmakta olduğu belirlendi. Çocukların %80.0'inin hastaneye acil yatış yaptığı, %32.3'ünün solunum yolu hastalıkları nedeni ile hastanede yattığı ve %88.9'unun 3-6 gün arasında hastanede yattığı saptandı.

Tablo 1'de aile merkezli bakım ölçeğine verilen puanların tanımlayıcı istatistikleri ve eşleşme oranları gösterilmektedir. Önemlilik ve tutarlılık düzeylerine ait ortanca değerleri 4 olup tüm maddeler için aynı olduğu belirlendi. En yüksek eşleşme oranına sahip maddelerin 6. ve 7. maddeler (%88.9) olduğu, en düşük eşleşme oranına sahip maddenin ise 5. madde (%70.0) olduğu saptandı.

Ebeveynlerin eğitim durumları ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki incelendi. Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucuna göre eğitim durumları arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Hastanede yatan çocukların cinsiyetleri ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki incelendi. Uygulanan Mann Whitney U testi sonucuna göre hastanedeki çocukların cinsiyetleri arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 1. Aile Merkezli Bakım Ölçeğine Verilen Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri ve Eşleşme Oranı(n=350)

Maddeler	Önemlilik Düzeyi		Tutarlılık Düzeyi		Eşleşme	
	En Düşük/ En Yüksek Puan	Ortanca	En Düşük/ En Yüksek Puan	Ortanca	n	%
Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler.	1-5	4.00	1-5	4.00	276	78.9
Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler.	1-5	4.00	1-5	4.00	303	86.6
Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar.	1-5	4.00	1-5	4.00	283	80.9
Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar.	1-5	4.00	1-5	4.00	252	72.0
Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar.	1-5	4.00	1-5	4.00	245	70.0
Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler.	1-5	4.00	1-5	4.00	311	88.9
Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler.	1-5	4.00	1-5	4.00	311	88.9
Toplam	7-35	28.00	7-35	28.00		
	En Düşük/En Yüksek Puan		Ortanca			
Ölçek Toplam	18-70		56.00			

Tablo 2’de hastanede yatan çocukların yaşları ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki belirlendi. Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucuna göre hastanedeki çocuk yaşları arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre 5-12 yaş grubundaki çocukların önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancaları 1 yaş altı ve 1-4 yaş grubundaki çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 3’te çocukların yattıkları servisler ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki belirlendi. Uygulanan Kruskal Wallis testi sonucuna göre çocukların yattıkları servisler arasında önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre süt çocuğu servisinde yatanların önemlilik düzeyi ortancası yenidoğan yoğun bakım ve çocuk servisinde yatan çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Süt çocuğu servisinde yatan çocukların tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancalarının çocuk servisinde yatanların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 2. Hastanede Yatan Çocukların Yaşları İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişki

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca		p
Önemlilik Düzeyi	1 Yaş altı	9-35	26.00	28.058	0.000**
	1-4 Yaş	11-35	28.00		
	5-12 Yaş	20-35	30.00		
	13-18 Yaş	11-35	29.00		
Tutarlılık Düzeyi	1 Yaş altı	9-35	27.00	25.273	0.000**
	1-4 Yaş	13-35	28.00		
	5-12 Yaş	21-35	30.00		
	13-18 Yaş	22-34	28.00		
Eşleşme Yüzdesi	1 Yaş altı	28.57-100	85.71	12.267	0.007*
	1-4 Yaş	0-100	85.71		
	5-12 Yaş	0-100	100.00		
	13-18 Yaş	0-100	85.71		

* $p<0.01$, ** $p<0.001$

Tablo 3. Çocukların Yattıkları Servisler İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		En Düşük/En Yüksek	Ortanca		p
Önemlilik Düzeyi	Yenidoğan yoğun bakım	20-35	30.50	42.505	0.000*
	Süt çocuğu	9-35	26.00		
	Çocuk cerrahi	18-33	29.00		
	Çocuk servisi	10-35	30.00		
Tutarlılık Düzeyi	Yenidoğan yoğun bakım	20-35	29.50	31.014	0.000*
	Süt çocuğu	9-35	27.00		
	Çocuk cerrahi	21-34	30.00		
	Çocuk servisi	12-35	30.00		
Eşleşme Yüzdesi	Yenidoğan yoğun bakım	57.14-100	85.71	42.244	0.000*
	Süt çocuğu	0-100	71.43		
	Çocuk cerrahi	57.14-100	85.71		
	Çocuk servisi	14.29-100	100.00		

* $p<0.001$

Tablo 4'te hastaneye yatış türleri ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki yer almaktadır. Uygulanan Mann Whitney U testi sonucuna göre yatış türleri arasında önemlilik düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Yatış türleri arasında tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre hastaneye acil yatış yapanların tutarlılık düzeyi planlı yatış yapanlardan anlamlı derece daha yüksek olduğu belirlendi. Tablo 4'te çocukların hastanede yattıkları gün sayıları ile önemlilik, tutarlılık ve eşleşme yüzdesi arasındaki ilişki de yer almaktadır. Uygulanan Mann Whitney U testi sonucuna göre çocukların hastanede yattıkları gün sayıları arasında eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Çocukların hastanede yattıkları gün sayıları arasında önemlilik ve tutarlılık düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre hastanede 3-6 gün arasında kalanların önemlilik ve tutarlılık düzeyleri ortancalarının 7 gün ve üzeri hastanede kalanların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edildi.

Tablo 4. Hastaneye Yatış Türleri, Hastanede Yattıkları Gün Sayısı İle Önemlilik, Tutarlılık ve Eşleşme Yüzdesi Arasındaki İlişki

	Yatış Türü	En Düşük/En Yüksek	Ortanca	Z	p
Önemlilik Düzeyi Planlı	Acil	9-35	28.00	-1.073	0.283
	10-35	27.00			
Tutarlılık Düzeyi Planlı	Acil	9-35	28.50	-3.098	0.002**
	12-35	27.00			
Eşleşme Yüzdesi Planlı	Acil	0-100	85.71	-2.192	0.028*
	0-100	85.71			
	Gün Sayısı	En Düşük/En Yüksek	Ortanca	Z	p
Önemlilik Düzeyi	0-6 Gün	9-35	27.00	-6.134	0.000***
	7 Gün ve üzeri	23-35	33.00		
Tutarlılık Düzeyi	0-6 Gün	9-35	28.00	-4.572	0.000***
	7 Gün ve üzeri	20-35	32.00		
Eşleşme Yüzdesi	0-6 Gün	0-100	85.71	-1.890	0.059
	7 Gün ve üzeri	0-100	100.00		

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

TARTIŞMA

Aile merkezli bakımda aile bakım uygulamalarının her aşamasına katılır. Anne-babalar bakımı planlama, bilgiyi paylaşma, kayıt altına alma ve en önemlisi kararlara katılmada aktif rollere sahiptirler. Bu rollerin uygulanmasında hemşirelerin önemi çok fazladır (Yıldırım, 2008). Bu araştırmada, hemşirelerin çocuklara verilen bakımın iyi olduğunu çocuk ve aileye hissettirdikleri; fakat çocuğun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında yeterli düzeyde bilgi vermedikleri saptandı. Taşdelen'in (2006) çalışmasında 'Çocuğun durumu hakkında kesin bilgiye sahip olmak' ifadesi ebeveynlerin çoğu tarafından en önemli ifade olarak belirlenmiş olup, hastanede çocuklarının yanında kalırken bilgi gereksinimini tüm ihtiyaçlarının üstünde tutmuşlardır (Taşdelen, 2006). Tosun ve Tüfekçi'nin (2015) çalışmasında da, çocukların bakımı ile ilgili bilgi alamadıkları ve verilen bilginin de anlaşılmadığı belirlenmiştir. Çocuğun hastaneye yatışından itibaren tedavi süreci ile ilgili bilgilerin tam ve tarafsız bir şekilde ebeveynler ile paylaşılması AMB ile ilgili önemli hemşirelik uygulamalarındandır (Tosun ve Tüfekçi, 2015). Bu araştırmadan farklı olarak Altıparmak ve Arslan'ın (2016) araştırmalarında hemşirelerin çocuklara verilen bakımın iyi olduğunu çocuk ve aileye hissettirdikleri, hemşirelerin aileye yeterli bilgi verdiği görülmektedir. Arabiat ve diğerlerinin (2018) araştırmasında ebeveynlerin yüzde seksen beşinin aile merkezli bakımdan memnun oldukları belirlenmiş olup; ebeveynler çocuklarının bakımında önemli gördüklerini, bir ekip üyesi olarak değer gördüklerini ve hemşirelerin çocuklarına iyi bakım verildiğini hissettirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar ailelerin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu, hemşirelik uygulamalarında aile merkezli bakım felsefesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Aile merkezli bakım uygulamalarının temelinde iyi bir aile öyküsü almak yatmaktadır. Çocuğun yaşı, ebeveynlerin yaşı, eğitim durumları, sosyal yaşamları, kültürel özellikleri dikkate alınarak uygun iletişim sağlanmalıdır (Ocakçı, 2006). Ebeveynlerin eğitim durumlarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini etkilediği bildirilmiştir (Aşiloğlu, Akkuş, Baysal, 2009; Görgen ve Doğan, 2002). Arıkan ve diğerlerinin (2014) çalışmasında ebeveynlerin eğitim durumları yükseldikçe ebeveyn katılımı, iletişim ve teknik beceri memnuniyet düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu araştırmada ailenin eğitim durumları arasındaki farklılık değerlendirildiğinde önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmadı ($p>0.05$). Hemşirelerin ailelerin eğitim seviyelerine uygun şekilde iletişim kurarak bakımın sürdürülmesinde ailenin katılımına önem verdiği düşünülmektedir.

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkin bireyleri olarak, eldeki bütün olanaklar maksimum düzeyde kullanılarak yetiştirilen, eğitilen, bütün ihtiyaçları karşılanan değerli bireylerdir. Çocuğun büyüme sürecinde değişmeyen tek konu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Çocuk doğduğu andan itibaren bu hizmetlerden cinsiyet farkı olmadan yararlanabilmelidir (Er, 2006). Bu araştırma hemşirelerin çocuklar arasında cinsiyet ayrımı yapmadan aile merkezli bakım uygulamalarını sürdürdüğünü göstermektedir.

Hemşire hastanede yatan çocuğun korku ve kaygısını azaltmalı, alışmış olduğu rutinlerini olabildiğince sürdürmeli, ailenin bakıma katılımını sağlamalı, her yaş grubu çocuğun gereksinimlerinin farklı olduğunun bilincinde olup hastanede yatmanın çocuk için olumlu bir yaşantı olmasını sağlamalıdır (Büyükgöncü ve Törüner, 2012, s.24). Hastanedeki çocuk yaşları arasındaki farklılıkları incelediğimizde önemlilik düzeyi ($p<0.001$), tutarlılık düzeyi ($p<0.001$) ve eşleşme yüzdesi ($p<0.01$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre 5-12 yaş grubu çocukların önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancaları 1 yaş altı ve 1-4 yaş grubu çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Okul çağı 5-12 yaş çocukları verilen bilgileri okul öncesi çocuğundan daha doğru anlar, cesur görünmek isterler. Ailelerine yaşadıkları korku ve kaygıyı daha az yansıtır. Bu çalışmadan farklı olarak Curley ve diğerlerinin (2013) çalışmasında, hastanedeki çocukların yaşları arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde önemlilik puanının, tutarlılık ve eşleşme yüzdelerinden farklı olduğu, 1 yaş altında önemlilik puanının 13 yaş üstü çocuklara oranla daha fazla olduğu saptanmış. Bu sonuçlara göre aile merkezli bakımın çocukların yaşlarına göre planlanması gerektiği düşünülmektedir.

Çocukların yattıkları servisler arasındaki farklılıklar incelendiğinde süt çocuğu servisinde yatanların önemlilik düzeyi ortancası, yeni doğan yoğun bakım ve çocuk servisinde yatan çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Yine süt çocuğu servisinde yatan çocukların tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancalarının çocuk servisinde yatan çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Bu durumun çocukların yaş gruplarıyla paralel sonuçlar gösterdiği düşünülmektedir. Çocukların yaş grupları arasındaki farklılıklar incelendiğinde de 5-12 yaş grubundaki çocukların önemlilik düzeyi, tutarlılık düzeyi ve eşleşme yüzdesi ortancaları, 1 yaş altı ve 1-4 yaş grubundaki çocukların ortancalarından anlamlı derecede daha yüksektir. Bir yaş altı dönem çocuğun anneye bağımlı olduğu, 1-4 yaş dönemi çocuğun ise çok hareketlendiği, çevreyi tanımaya çalıştığı, hareketli, aktif bir dönemdir. Bu sebeple çocuğun sürekli tehlikelere karşı korunma ihtiyacı vardır. Ayrıca bu dönem ayrılık anksiyetesinin yoğun yaşandığı bir dönemdir. Hastane gibi yabancı ortamlarda çocuğun anneye olan bağlılığı artmakta ve annesinin yanından ayrılmak istememektedir. Bir yaş altı çocuğa sahip annelerin çocuğun bakımı zamanlarının çoğunu almakta ve kendi gereksinimlerine zaman ayırmakta zorluk çekmektedirler. Bu durum annenin kaygısını arttırdığı için aile merkezli bakımın istendik düzeyde sağlanamadığı düşünülmektedir. Kuzlu ve diğerlerinin (2011) yaptığı çalışmada da çocukların yaş gruplarıyla annelerin gereksinimlerini karşılama durumları karşılaştırıldığında gereksinimlerini karşılayan annelerin 4 yaş ve üstü çocuğu olan anneler olduğu bulunmuştur. Süt çocuğu servislerinde anneye sosyal destek sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Annenin ihtiyaçlarını giderebileceği zamanlar belirlenerek, çocuğa aileden birinin ya da hastane içi bir bakım personelinin bakması sağlanmalıdır. Hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarını servislere göre planlaması gerektiği düşünülmektedir.

Ailenin ve çocuğun yatıştan etkilenme durumu, hastaneye uyumlarını, çocuğun bakım ve tedaviye katılma sürecini etkileyebilmektedir (Kuzlu ve diğerleri, 2011). Bu çalışmada, hastaneye acil yatışlarda ailenin ve çocuğun yaşadığı stres ve kaygıyı en aza indirmek için işlemler sırasında ailenin çocuğun yanında kalmasına izin verildiği, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgilendirmenin ve servis tanıtımının hemşireler tarafından yapıldığı düşünülmektedir. Hastaneye acil yatış plansız olduğu için çocuk ve ailesinin kendilerini bu duruma hazırlama olanakları yoktur ve bu durum onlarda şok etkisi yaratabilmektedir. Çocuğunu kaybetme korkusu, tanı ve tedavi işlemlerini bilmeme, çocuğun durumundaki belirsizlikler, hastanedeki ses ve görüntü, çocuğa takılan araç-gereçler, acil kapısında çocuğu beklemek, sağlık çalışanlarının heyecanlı çalışma temposu ailenin kaygı yaşamasına ve kendilerini çaresiz hissetmelerine neden olabilir. Acil durumlarda yaşanan bu belirsizlikler ailenin gereksinimlerini ve sağlık çalışanlarından beklentilerini arttırmaktadır. Korku ve endişenin yoğun yaşandığı bu dönemde çocuklarına uygulanan tedavi ve bakımın en iyisi olduğu konusunda sağlık çalışanlarına güven duymak, çocuğun durumu hakkında sürekli bilgilendirilmek ve çocuklarının yanında bulunmak isterler (Yüksel, 2015). Çocuğun durumuna yönelik bilgilendirmenin yapılması çocuk ve ailenin stres ve kaygı düzeyini azaltacaktır. Hastaneye acil ve planlı yatış ayrımı yamadan hastanın durumuna uygun gerekli bilgilendirme ve tanıtımlar yapılmalıdır. Aile merkezli bakımın temelinde çocuk ve aile arasındaki bağları korumak, çocuğun ve ailenin hastane ortamında kendilerini güvende hissetmeleri, ailenin çocuğun sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilmesi, ailenin çocuğun bakımına katılımını sağlamak ve hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek yer almaktadır (Çelik, 2018).

Çocuğun hastaneye yatması ebeveynlerin günlük rutinleri, aile ortamındaki rolleri ve sorumluluklarında değişikliklere sebep olmaktadır. Araştırmada hastanede kalış süresi uzadıkça aile merkezli bakımdan memnuniyet düzeyinin arttığı belirlendi. Bu çalışmadan farklı olarak sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeylerinin belirlendiği benzer iki çalışmada, hastanede kalış süresi uzadıkça bakımdan memnuniyet düzeyinin düştüğü saptanmıştır (Arkan ve diğerleri, 2014; Ulus ve Kublay, 2012). Bu durumun ailenin hastane ortamını tanımaması, bilmedikleri araçlarla karşılaşmaları, çocuğunun bakımındaki rollerinin değişmesiyle ebeveynlerin yaşadığı kaygıdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanede yatış süresi uzadıkça hemşire ve aile arasında etkili

iletişimin artarak ailenin bakıma aktif katılımının sağlandığı görülmektedir. Çocuğun hastaneye yatışından itibaren aile ile etkili iletişim kurulması, servis tanıtımının yapılması ve çocuğun durumu ile ilgili bilgilerin tam ve eksiksiz verilmesi önemli aile merkezli bakım uygulamalarındandır.

SONUÇ

Hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli hemşirelik bakımı ile ilgili deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda ebeveynlerin aile merkezli bakım uygulamalarından memnun oldukları; fakat bu uygulamaların daha da geliştirilmesi gerektiği saptandı. Hemşirelerin ebeveynlere ve çocuğa iyi bakım verildiğini hissettirdikleri fakat çocuğun durumu ile ilgili olabilecek değişiklikler ve verdikleri bakımla ilgili daha fazla bilgilendirme yapmaları gerektiği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda; pediatri klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde hastane yönetimi tarafından AMB protokolleri oluşturulması ve benimsenmesi, hemşirelere AMB uygulamalarını geliştirmek için düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi, AMB uygulamalarından memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aktaş, E., Teksöz, E., Ocakçı, A.F. (2012). Ailede kadının değişen rolünün çocuk sağlığına etkisi ve aile merkezli bakımın önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28 (1), 73-80.
- Altıparmak, D., Arslan F.T. (2016). Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Pediatr J Res*, 3(2),97-103.
- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. (2003). Family-centered care and the Pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3), 690-697.
- Arabiat, D., Whitehead, L., Foster, M., Shields L, Harris, L. (2018). Parents' experiences of family centred care practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 39-44
- Arango, P. (2011). Family-centered care. *Academic Pediatrics*, 11, 97-99
- Arıkan, D., Saban, F., Baş N.G. (2014). Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hastaneye ve sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi, 4(2),109-116.
- Aşlıoğlu, N., Akkuş, T., Baysal, K. (2009). Çocuk acil birimlerinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin araştırılması. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 9(2),65-72.
- Boztepe, H., Çavuşoğlu, H. (2009). Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 11-24.
- Büyükgönenç, L., Törüner, E.K. (2012). Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. (Birinci Baskı) Ankara: Göktuğ Yayıncılık.
- Curley, M., Hunsberger, M., Harris, S. (2013). Psychometric evaluation of the Family-Centered Care Scale for pediatric acute care nursing. *Nursing Research*, 62(3), 160-168.
- Çavuşoğlu, H. (2013). Çocuk sağlığı hemşireliği. (11. Baskı) Cilt 1. Ankara: Sistem Ofset.
- Çavuşoğlu, H. (2008). Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki etkileri. H. Çavuşoğlu (Ed.), Çocuk sağlığı hemşireliği içinde (s. 51-67) (9. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
- Çelik, M.Y. (2018). Çocuk hastalarda aile merkezli bakım ve hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*, 28(1), 26-31.
- Dur, Ş., Gözen, D., Bilgin, M. (2016). Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *Journal of Current Pediatrics*, 14(1), 1-9

- Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49:155-68.
- Garlı, E., Çınar, N. (2018). *Hastanede çocuğu yatan ebeveynlerin hemşirelerin aile merkezli hemşirelik bakımıyla ilgili deneyimleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya.
- Görgeç, Ö., Doğan, S. (2002). Cumhuriyet Üniversitesi sağlık hizmetleri araştırma ve uygulama hastanesi çocuk servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(2),49-59.
- Hallström, I., Runesson, I., Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2),140-148
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. Sanders, J. (Ed.). (2009). *Impact of hospitalization on the child and family: Wong's essentials of pediatric nursing*. (8th edition) (pp.658-686). Philadelphia: Mosby Inc,
- İşler, A., Conk, Z. (2006). Pediatri aile merkezli bakım. *Ege Pediatri Bülteni*, 13, 137-204.
- Kuzlu, T.A., Kalıncı, N., Topan, A.K. (2011). Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(16), 1-7.
- Linkede, L.L., Leonard, B.J., Presler, B., Garwick A. (2002). Family-centered care coordination for children with special needs across multiple settings. *Journal Pediatric Health Care*, 16(6), 290-297.
- Majamanda, M.D., Munkhondya, T.E., Simbota, M., Chikalipo, M. (2015). family centered care versus child centered care: the malawi context. *Health*, 7,741-746.
- Newton, M.S. (2000). Family-centered care: Current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26(2),164- 168.
- Ocakçı, A.F. (Ed.), Ocakçı, A.F. (2006). *Aile merkezli hemşirelik bakımı: Çocuğun aile merkezli bakımı*. (s. 8-27) (1. Baskı). Zonguldak: Dökel Matbaası.
- Palmer, S.J. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal Of Advanced Nursing*. 18: 185- 191.
- Potts, N.L., Mandelco B.L. (2012). *Pediatric nursing caring for children and their families*. (pp. 508-534) (3. Edition). Delmar: Cengage Learning.
- Sarajarvi, A., Haapamaki, M., Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*, 53, 205-210.
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nurs Child Young People*, 25(2),24-28.
- Taşdelen, M. (2006). *Hastaneye yatan çocukların ebeveynlerinin ihtiyaçlarını karşılama düzeyinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Afyonkarahisar.
- Tosun, A., Tüfekçi, F.G. (2015). Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 131-139.
- Ulus, B., Kublay, G. (2012). PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1),44-50.
- Weglaz, M., Boland, M. (2005). Family-centered nursing care of the perinatally infected mother and child living with HIV infection. *JSPN*, 10(4), 161- 170.
- Yıldırım, S. (2008). *Ebeveyn Katılımlı Tutum Ölçeğinin Türkiye'deki geçerlik güvenirlik çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Yıldız, A., Temuçin, E.D. (2015). Ailede rol dağılımı. S. Kuşuoğlu, B.C. Demirbağ (Ed.), *Aile temelli sağlık yaklaşımı* içinde (s.21-32). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Yüksel, S.(2015). Acil Durumlarda Aile Gereksinimleri. S. Kuşuoğlu, B.C. Demirbağ (Ed.), *Aile temelli sağlık yaklaşımı* içinde (s.361-371). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Ayça DEMİR YILDIRIM¹
Orcid : 0000-0001-8385-3954

Ümran OSKAY²
Orcid : 0000-0002-6606-9073

¹Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü,
Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğü, Yeldeğirmeni Ek
Hizmet Binası, ÇEKÜS Şube

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Ayça DEMİR YILDIRIM
aycademiryildirim@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Optimalite; perinatal bakım; ebelik;
kadın sağlığı hemşireliği; kanıta dayalı
uygulamalar.

Key Words:

Optimality; perinatal care; midwifery;
women's health nursing; evidence based
application.

Dünyada ve Türkiye'de Optimal Perinatal Bakıma Yönelik Programlar

Perinatal Programs for Optimal Care World and Turkey

Bu çalışma yüksek lisans tez çalışması olarak hazırlanmıştır.

Alınış (Received): 29.05.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 08.10.2019

ÖZ

Optimalite kavramı sağlık hizmetlerinde en iyi, en uygun sıfatları yerine kullanılır ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite ise prekonsepsiyonel dönemden başlayarak, gebelik, doğum, doğum sonrası dönem, fetüs/yenidoğan sağlığı ve bu süreçte kadının ailesi içinde optimal sonuçları sağlamayı ve geliştirmeyi amaçlar. Bugün perinatoloji alanında, özellikle doğumlarda, gereksiz birçok müdahale olması kadınların aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetsiz ayrılmalarına neden olmaktadır. Perinatoloji alanında optimal yaklaşım, sağlıklı kadınların karmaşık teknolojiye ihtiyacı olmaması ile birlikte kadın merkezli bireysel ve rutin obstetrik müdahalelerde bulunmaktan kaçınan bir bakımı sağlamaya odaklanır. Bu sebeple de sağlık bakımında optimaliteyi sağlamanın en temel yolu kanıta dayalı verilerin uygulamaya aktarılmasıdır. Bu derlemenin amacı Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programların incelenerek ebelik ve hemşirelik mesleğine katkısını ortaya koymaktır.

Dünyada uygulanan perinatal sağlık hizmetlerinin optimalitesi açısından ülkelerin sağlık sistemleri içinde yürütülen programlar veya hastaneler tarafından yürütülen perinatal programlar bulunmaktadır. Bu programlar kadınların ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir. Bu programlara örnek olarak; "The Door, New Hampshire Prenatal Program, Alberta Perinatal Health Program, Alaska Perinatal Health Program, MORE^{OB}, Perinatal Loss Program, Perinatal Oral Health Program, Perinatal Palliative Care Program, Homeless Perinatal Program, Comprehensive Perinatal Services Program, Antenatal Education Class" programları bulunmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların perinatal alanda yeni modeller veya programlar çerçevesinde akış şemaları ile birlikte hizmet sunumunun yapılması, ebelik ve hemşirelik mesleğinin sanatsal yönü ile gerçekleştirilmesi bu alanda optimal hizmet sunumunu kolaylaştırmaktadır.

ABSTRACT

The term "Optimality" is used to intend the best and the most appropriate in the healthcare services whereas the term "Perinatal Optimality" aims to provide and develop the optimal solutions in the family during the process starting from preconceptional period until postpartum, including pregnancy, birth and fetus health. Nowadays, the presence of many unnecessary interventions, especially during birth, leads great and widespread dissatisfaction among women, regarding healthcare services. The optimal approach in the area of perinatology focuses on the woman-centric, individual care avoiding usual obstetric interventions as much as possible which arises from the fact that healthy women do not need complex technology. That's why the main way of providing optimality in healthcare is transferring evidence-based data in practice. This review aims at examining the optimal perinatal care programs for Turkey and the world is to reveal the contribution of nursing and midwifery professions.

Regarding the use of optimality in perinatal healthcare services in the world, there are perinatal programs driven in the healthcare systems of the countries and/or programs driven by the hospitals. These programs are formed with respect to the needs of women. Among the examples of this kind of programs there are The Door, New Hampshire Prenatal Program, Alberta Perinatal Health Program, Alaska Perinatal Health Program, MORE^{OB}, Perinatal Loss Program, Perinatal Oral Health Program, Perinatal Palliative Care Program, Homeless Perinatal Program, Comprehensive Perinatal Services Program, Antenatal Education Class Program. Evidence-based practice in the perinatal field through new models or programs within the framework of the flow of service delivery services, midwifery and the artistic aspect of the nursing profession facilitates optimal service provision in this field.

Kaynak Gösterimi: Demir Yıldırım, A., ve Oskay, Ü. (2020). Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. *EGE HFD*, 36(1), 45-52.

How to cite: Demir Yıldırım, A., and Oskay, Ü.(2020). Perinatal programs for optimal care world and Turkey. *EGE HFD*, 36(1), 45-52.

GİRİŞ

Optimalite kavramı sağlık hizmetlerinde en iyi, en uygun sıfatları yerine kullanılır ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite ise prekonsepsiyonel dönemden başlayarak, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, fetüs, yenidoğan sağlığı ve bu süreçte kadının ailesi içinde optimal sonuçları sağlamayı ve geliştirmeyi amaçlar. Bunun içinde sağlık bakımında optimaliteyi sağlamanın en temel yolu kanıta dayalı verilerin uygulamaya aktarılmasıdır (Yücel, 2012).

Perinatal bakım süreci, antenatal, innatal ve postnatal süreci kapsar. Perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri gebelik öncesi dönemde aile planlaması hizmetleri ile başlayıp güvenli ebeveynliğe hazırlanma, gebelikte tanılama yöntemlerinin kullanımı, doğum sonrası annenin ve yenidoğanın bakımı ile birlikte kadın merkezli bir hizmet sunumudur (Coşkun, 1996).

Perinatal bakım sürecinin geliştirilmesinde Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services) (CIMS) doğumda doğallığa dayanan, doğum ve bakım odaklı bir felsefe geliştirmiştir. Bu felsefeye göre CIMS'in ilkeleri; güçlendirme, otonomi, zarar vermeme ve sorumluluk alma olarak belirlenmiştir (CIMS, 1997; Başgöl ve Oskay, 2014).

Perinatal bakım programlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunları incelediğimizde, kadının yaşı, ilk gebelik yaşı, gelir getiren bir işte çalışması, gebelik ve çocuk sayısı, kendi ve eşinin öğrenim durumu, ailenin ekonomik durumu, bakım hizmetlerine uzaklık olarak karşımıza çıkmaktadır (Başar ve Çiçek, 2018). Etkileyen bu faktörler göz önüne alındığında optimalitenin sağlanabilmesi için özel programlar tasarlanarak başarıya ulaşıldığı görülmüştür.

Bu derlemenin amacı Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programların incelenerek ebelik ve hemşirelik mesleğine katkısı ortaya koymaktır.

DÜNYADA PERİNATAL OPTİMAL BAKIMIN SAĞLANMASINA YÖNELİK PROGRAMLAR

Perinatal sağlık hizmetlerinde optimalitenin sağlanması için, ülkelerin sağlık sistemleri veya hastaneler tarafından yürütülen çeşitli perinatal programlar bulunmaktadır. Bu programlar kadınların ihtiyaçlarına, hizmetin daha kaliteli yürütülmesine, kanıta dayalı uygulamalara ve eğitimlere göre şekillenmektedir. Her ülkenin kendi ihtiyacına göre şekillenmiş olan programların etkinliğini değerlendiren çalışmalarla yapılmış ve optimaliteyi sağlayacak programların özellikleri bu çalışmaların ışığında aşağıda özetlenmiştir.

The DOOR

Amerika'da 1972 yılında kurulmuş olan The Door, gençler için sağlık ve eğitim imkanları sağlayan, onlara sosyal olanaklar ve iş imkanı sunan bir kuruluştur. Kuruluşun aktif katılımı olan bir perinatal programı da bulunmakta ve grup eğitimleriyle hizmetlerini sürdürmektedir. Ajansın perinatal programı, ağırlıklı olarak ergenlere, doğum öncesi ve diğer sağlık hizmetlerini sunmaktadır. The Door, New York Eyaleti lisanslı Ergen Sağlık Merkezi'nin himayesinde faaliyet göstermektedir. The Door hizmet modelinin tanımlanması ve etkisini değerlendirmek için yapılan bir araştırmada programa katılanların yarısından fazlasının (%60) adolesan gruptan, bir kısmının ise (%38) taciz mağdurları ve (%16) aileleri tarafından dışlanan gruptan oluşmaktadır (Deward ve Zaengle, 2000). Ajans aynı zamanda perinatoloji hemşireleri, okul hemşireleri, sosyal görevliler, kadın doğum uzmanları ve yenidoğan uzmanları için; bilgilerini geliştirmek, yetenek ve beceri seviyelerini yükseltmek, 0-15 yaş grubu ile etkileşime girme becerileri ve Lamaze eğitim becerilerini kazandırmak amacıyla kapsayan bir dizi eğitim programları yürütmektedir. Bu beceri geliştirme eğitimleri sonucu adolesanları bu sürece adapte etmekte kolaylık sağladığı ve adolesanlarla kurulan ilişkiler de iyileşme olduğu saptanmıştır (Budın, 2000).

New Hampshire Prenatal Program (PRAMS)

New Hampshire şehrinde prenatal program olarak; Halk Sağlığı Hizmetleri Anabilim Dalı, Anne ve Çocuk Sağlığı Bölümü, Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümünün ortaklığı ile Riskli Gebelik Değerlendirme ve İzleme Sistemi (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System-PRAMS) Projesi yürütülmektedir. Proje, 1987'de bebek ölümlerini ve düşük doğum ağırlığını azaltma girişiminin bir parçası olarak Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından başlatılmıştır. New Hampshire eyaleti prenatal programı 30 yıldan fazla süredir hem akademi hem de hastanelerde eğitim programı yürütmektedir. PRAMS, gebelik öncesi, sırası ve sonrasında maternal tutumlar, davranışlar ve deneyimler hakkında devlete ait, popülasyona dayalı veriler toplamaktadır (Desisto ve diğerleri, 2104; Kair ve Colaizy, 2016). PRAMS veri toplama formları posta yoluyla cevap gelene kadar üç kez gönderilir, üçüncü kez posta yolu ile iletişim sağlanmadığında veriler telefon aracılığıyla toplanır. Yine New Hampshire'da perinatal sağlığın iyileştirilmesi için özellikle hemşirelik programlarına eğitim desteği sürdürülmektedir. Son yılların sağlık göstergelerinin iyileşmesi, mortalite ve morbidite oranlarının düşmesi bu programın başarısı olarak düşünülmektedir (Frank ve diğerleri, 1999).

Alberta Perinatal Sağlık Programı (Alberta Perinatal Health Program)

Alberta Perinatal Sağlık Programı, sağlık profesyonelleri için doğum öncesi, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan konularını içeren E-Öğrenim modülleri geliştirmiştir. Sağlık profesyonelleri web tabanlı Perinatal Health E-Learning (HELP) Modüllerine haftada 7 gün 24 saat erişim sağlayabilmektedir. Perinatal HELP modülleri, coğrafi zorluklar nedeniyle eğitim alamayan sağlık çalışanlarının eğitim gereksinimlerini sağlayan bir programdır. Sağlık çalışanları ve öğrenciler için erişim ücretsizdir.

MORE^{OB} Program

Kanada Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Derneği, obstetrik hasta güvenliği programlarının ‘Obstetrik Risklerin Verimli Bir Şekilde Yönetilmesi’ (MORE^{OB}) ile ulusal düzeyde hasta güvenliğini arttırmada lider rolü üstlenmiştir. Programın son noktası, suçlama kültürünü, şikâyetlerde gözlenen azalma ve iyileştirilmiş bakım kalitesiyle, hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğunda olduğuna odaklanmış ve sürekli bir hasta güvenliği kültürü üzerine şekillenmiştir. Program, yüksek güvenilirlik organizasyonları (HRO’lar), sistem hata teorisi, takım fonksiyonu ve uygulama toplulukları (CoP) ilkelerini çalışma ortamı için değerler olarak bütünleştirmiştir (Milne ve Lalonde, 2007). MORE^{OB} programına annenin sağlık sonuçları açısından bakıldığında, üçüncü ve dördüncü derece annelik hüznünü önemli ölçüde azalttığı, yenidoğan sonuçları açısından da ciddi morbidite oranını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (Thanh ve diğerleri, 2010).

MORE^{OB} programı, obstetride çalışan sağlık çalışanlarının her birine bir fark yaratma fırsatı ve sorumluluğu veren bir hasta güvenliği kültürünü desteklemektedir. MORE^{OB} programın obstetrik ortamı daha güvenli ve daha arzu edilen bir ortam haline getirmede etkili olduğuna inanılmaktadır (Milne ve Lalonde, 2007).

Alaska Perinatal Sağlık Programı (Alaska Perinatal Health Program)

Alaska perinatal sağlık programı, anne ve bebeklerinin sağlığını korumak ve kendileri için mümkün olan en iyi sağlığı teşvik etmek için liderlik sağlayan organize bir halk sağlığı organizasyonudur. Alaska eyaletinin sağlık sisteminin perinatal sağlık hizmetleri düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda mortalite hızını düşürmek için 3. düzey bakım sistemine geçmiştir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti bulunan hastanenin perinatoloji servisinde veya dağlık bölgelerde yaşayan riskli gebe ve yenidoğan için uçak ile transferleri sağlamaktadır. Alaska’da gebe bir kadının veya bebeğin üçüncü basamak sağlık kurumuna taşınması için yaygın olarak kabul edilen standart, en az 24 haftalık gebelik haftasıdır; daha erken doğum yapması beklenen kadınlar veya daha genç bir gebelikte doğan bebekler genellikle transfer edilmemektedir (Bradford ve Pam, 2001).

Perinatal Kayıp Programı (Perinatal Loss Program)

Bu program, 1980’li yıllarda hastanelerde uygulamaya geçmiştir. Program, herhangi bir gebelik yaşından itibaren yenidoğan dönemine kadar çocuğun kaybına neden olan ailelere bütünsel bakım, destek ve takibini sağlar. Perinatal kayıplar ile ilgili ailelere bakım sağlamları için yapılan bir araştırmada hemşirelerin bu konuda eğitimlerinin eksik olduğu ve yoksunluk ve kayıplar ile ilgili eğitimlere gereksinim duyulduğu, bakım sırasında etkili stratejiler geliştirilmesi gerektiği bulunmuştur (Roehrs ve diğerleri, 2008). Artan sayıda kanıt, bu tür programların, gebelik kaybı ve bebeğin ölümü ile ilgili perinatal ve pediatrik ölüm standartlarının bakım, rehber ve eğitim programlarının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Kobler ve Limbo, 2011).

Perinatal Ağız Sağlığı Programı (Perinatal Oral Health Program)

Erken önleyici müdahalenin diş hastalıklarının ciddiyetini ve sonraki sağlık bakım masraflarını azaltabileceği bilinmektedir. Bu nedenle, doğum öncesi dönem ve erken çocukluk döneminde bu hizmetlerin sunulması, bir annenin ve daha sonra çocuklarının ağız sağlığının değerlendirilmesine yardımcı olmak amacıyla yürütülen bir programdır. Gebelikte ağız sağlığının değerlendirilmesi (pOHP) bir Tıp Fakültesi (SOM) ve Diş Hekimliği Fakültesi (SOD) aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Programın amacı gebelerin ağız sağlığı kliniklerinden alacağı hizmetlerde karşılaşılabilecekleri engelleri azaltmak ve ağız sağlığını geliştirmektir (Jackson ve diğerleri, 2015). Doğum öncesi bakım sağlayıcıların şimdi gebelik sırasında ağız sağlığını geliştirmeleri ve diş tavsiyeleri sağlamları önerilmektedir. Bununla birlikte, Avustralya’daki ebeler bu rolü üstlenecek şekilde eğitilmiştir. Yapılan araştırmalarda annelere doğum sonrası taburculuk eğitimi olarak ağız sağlığı eğitimi (OHEP: An Oral Health Education Program) verilerek hem annelerin ağız sağlığını koruma hem de yenidoğanın ağız sağlığını korumak amaçlanmış ve annelerin hastaneden taburcu edilmeden önce doğum sonrası üniteye annelere sağlanan ağız sağlığı eğitim programı ile, annelerin bebeklerde ve küçük çocuklarda ağız sağlığı bakımı ve diş çürüğünün önlenmesi hakkındaki bilgilerini arttırmaya yardımcı olabileceği düşünülmüştür (George ve diğerleri, 2015; Hallas ve diğerleri, 2015).

Kapsamlı Perinatal Hizmet Programı (Comprehensive Perinatal Services Program)

Comprehensive Perinatal Services Program uygulamasında standart obstetrik servislerden farklı olarak, kadınlara beslenme, psikososyal ve sağlık eğitimi alanlarında gelişmiş hizmetler verilmektedir ve gebelikten doğum sonrası 60 güne kadar hizmet sunumuna devam edilmektedir. Travay ve doğum sırasında annelere ve bebeklere güvenli bakım hedefini gerçekleştirmek için, 2004–2005 yıllarında perinatal ünitelere sahip 16 hastanede yerinde yapılan risk değerlendirme programı geliştirilmiştir. Risk değerlendirmesi, hastane kayıtlarının güncel kanıtlar eşliğinde, ulusal kılavuzlar ve standartlar göz önüne alınarak yapılmaktadır. Müdahaleler perinatal zarar riskinin çoğunu ele alarak yapılmaktadır. Bu nedenle, bu klinik alanlar güvenliği artırma stratejilerinin odak noktası olmuştur. Perinatal hasta güvenliği programının temel yapısal ve süreç bileşenlerini uygulamadaki başarı, perinatal zararın azaltılması, talep sayısı ve talep maliyetlerinin azaltılması ile mümkün olmuştur. İncelenen 16 perinatal birim için sonuçlara bakıldığında ise belirli bir azalma görülmüştür (Simpson ve Kortz, 2009).

Perinatal Palyatif Bakım Programı (Perinatal Palliative Care Program-PPCP)

Perinatal Palyatif Bakım Programı, bebeklerine Trisomy 13, Trisomy 18, anensefali veya bilateral renal agenez gibi yaşamı sınırlayıcı bir tanı konan ailelere yardımcı olmaktadır. Leuthner ve Jones (2007) yürüttükleri bir çalışmada perinatal palyatif bakım

kavramlarını gözden geçirmişler ve Fetal Endişeler Programının perinatal palyatif bakım hizmeti olarak gelişimini anlatmışlardır. Fetal Endişeler Programı ile ilgili hemşirenin koordinatör olarak rolünü özel olarak vurgulamışlardır. Perinatal palyatif bakım programları disiplinlerarası bir ekip tarafından verilen bakım türüdür. En yaygın disiplin türleri manevi bakım (%89), tıp (%87), hemşirelik (%84), sosyal hizmet uzmanı (%83) ve bakım personeli (%79) dir ([Wool ve diğerleri, 2015](#)). Yapılmış bir vaka çalışmasında ise palyatif bakımda hemşirelerin önemi bakımın özelliği anlatılmıştır ([Engelder ve diğerleri, 2012](#)).

Evsiz Perinatal Programı (Homeless Perinatal Program-HPP)

Evsiz Perinatal Programı, evsiz gebe kadınlara kapsamlı doğum öncesi hizmetler sunan ilk programlardan biridir. Bu program, 200 aktif gönüllü ile birlikte doğum öncesi eğitimi ve ebeveynlik sınıflarını birleştirerek bakım sağlamaktadır. HPP'nin Sağlıklı Yaşam Merkezi'nin sağlıklı doğum sonuçlarını artırıcı, anne ve bebek sağlığı ve refahını artırıcı, güçlü ebeveyn-çocuk bağına geliştirici ve etkili ebeveynlik becerileri artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. HPP'nin 1992'de yapılan bir değerlendirme raporunda, doğum sonuçlarını iyileştirme ve başvuran gebelerin yaşamlarını dönüştürmeye yönelik çalışmaların iyi sonuçlar vermesi ile programın hedeflerine ulaştığı ifade edilmiştir ([Ovreo ve diğerleri, 1994](#)). Evsiz gebe kadınların gebe izlemlerinin önündeki bariyerler ile ilgili yapılmış bir çalışmada, yürütülen HPP modeli sayesinde evsiz gebe kadınların izlemlere katılabilme imkânının daha çok olduğu sonucuna ulaşılmıştır ([Bloom ve diğerleri, 2005](#)).

Antenatal Eğitim Sınıfları Programları (Antenatal Education Class Program)

Tüm gebelere farklı özellikte eğitim içerikleri olan doğuma hazırlık sınıfları ile eğitimler yürütülmektedir. Her kurumun kendi içinde özelleşmiş grupları ve eğitim felsefeleri bulunmaktadır. Bazı sınıflarda aktif doğum, Lamaze felsefeleri uygulanırken, bazı sınıflarda genç gebelik, SSVD (sezaryen sonrası vajinal doğum), babalı eğitim gibi farklılaşmış sınıflarda yüz yüze eğitimlerin yanı sıra çevrimiçi eğitimlerde yürütülmektedir. Yapılan bir meta-analizde antenatal sınıfların değerlendirilmesi yapılmış ve bu değerlendirme de ülkelerin sağlık sistemlerine göre sınıfların etkisinin değiştiği sonucuna ulaşılmıştır ([Brixval ve diğerleri, 2014](#)). Dünyanın her tarafında yürütülen antenatal eğitimler birbirinden çok farklı özelliklere sahiptir. Bazı ülkelerde eğitim programları çok sistematik, programlı olarak yürütülürken bazılarında belirli bir program dâhilinde olmaksızın yürütülmektedir ([Dinc ve diğerleri, 2014](#)).

Kırsal Alanda Perinatal Bakım Programı

Dünya çapında birçok kırsal alanda perinatal bakım hizmeti sağlamada zorluklar yaşanmaktadır. Bu sorunun önemli sebeplerinden birisi kırsal alanda perinatal bakım sunumunu yapacak sağlık personelinin yetersiz olmasıdır. Kore'de kırsal alanda perinatal sağlık hizmetlerinin yetersiz olması nedeniyle perinatal bakımın iyileştirilmesi için, hükümet işbirliği ile bir çalışma yapılmış ve kırsal alanda sağlık personellerin tercihleri ve kırsal alanda yaşayanların sağlık hizmeti alma tercihlerine bakılmıştır. Sonuç olarak bu bölgelerde daha kapsamlı sağlık merkezlerinin açılması gerekliliği kabul görmüştür ([Jang ve diğerleri, 2019](#)).

Kamu-Özel İş birliği Perinatal Bakım Programı

Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde çalışan ebeler, hemşireler ve kadın doğum uzmanlarının iş birliği ile hazırlanan perinatal bakım planı yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda gebelere daha az müdahalede bulunulmuş, daha az maliyet çıkmış ve daha çok memnuniyet bulunmuştur ([Shaw-Batista ve diğerleri, 2011](#)).

Anne Dostu Hastane Modeli

Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu 1996 yılında (Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) tarafından bakımda anne dostu modeli benimsenerek kanıt temelli bakım rehberleri hazırlanmış ve ABD'nin birçok eyaletinde anne dostu hizmeti veren kuruluşlar oluşturulmuştur. Misyon olarak, doğum sonuçlarının iyileştirilmesini, maliyetlerin önemli ölçüde azaltılmasını, etkin olmayan tarama ve tanı işlemleri yerine; uygulama gerekçesi kanıt temelli literatüre dayanan sağlıklı yaşam modelinin teşvik edilmesi amaçlanmaktadır. CIMS tarafından 10 adımda anne dostu hastane modeli tanımlanmıştır. CIMS 2007 yılında tekrardan eklemeler yaparak anne dostu hastane modelini güncellemiştir. Bunda da özellikle doğumun bir hastalık olmadığı, sağlığın devamlılığının bir parçası olduğunun unutulmaması gerektiği vurgulanmıştır ([Hotelling, 2007](#)).

ÜLKEMİZDE PERİNATAL OPTİMAL BAKIMIN SAĞLANMASINA YÖNELİK PROGRAMLAR

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı

Doğum Öncesi Bakım, annelerin sağlık düzeyini yükseltmek ve anne ölümlerini azaltmak amacıyla rutin hizmetler arasında yer almakta olup ülke genelinde uygulanmaktadır. Hazırlanan 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre gebelerin herhangi bir riski yoksa en az 4 kez izlemi sağlanmaktadır. Riskli gebeler için ise Riskli Gebelik Protokolleri Rehberi yayımlanmıştır.

Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Programı

Gebelikte anne ve bebek sağlığı açısından anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla 2007 yılında gebelere demir destek programı başlatılmıştır. Her gebeye gebeliğinin 16. haftasından itibaren beş ay, doğumdan sonra üç ay 40-60 mg demir desteği sağlanmaktadır. Ülkemizde 2011 yılından itibaren de her gebeye ve emzirme döneminde annelere D vitamini desteği verilmektedir ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Anne Dostu Hastane Programı

Nitelikli gebe, lohusa izlemi ve tüm doğumların güvenli koşullarda hastanede gerçekleştirilmesi sağlanarak anne ve bebek ölümlerini azaltmak amaçlanmaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Ülkemizde de doğumda uygulanan müdahale oranlarının artması ve sezaryen oranlarının ciddi anlamda artması ile birlikte perinatal optimalite için yürütülen Anne Dostu Hastane modeli vardır ([Başgöl ve Oskay, 2014](#)).

Gebe Okulu/Gebe Bilgilendirme Sınıfları/Doğuma Hazırlık Programı

‘Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanmış olan 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi’ ile gebelere sunulan bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinde etkin hizmet sunumu ve tüm ülkede standardın sağlanması amaçlanmıştır. Gebe okulu, gebe bilgilendirme sınıfı ile doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerine yönelik 02.10.2018 tarihli ve 2018/23 sayılı Genelge yayınlanmıştır. Gebe Bilgilendirme Genelgesi ile birlikte doğuma hazırlık eğitimleri Türkiye’nin neredeyse her ilçesinde, 834 adet Toplum Sağlığı Merkezinde, 333 adet ikinci ve üçüncü Basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak verilmeye devam etmektedir ([Yılmaz-Esencan ve diğerleri, 2018](#)).

Doğum-Sezaryen Programı

Sezaryen oranının, son doğum verilerine bakıldığında yıllar içinde artış gösterdiği görülmektedir. Mevcut oran gelişmiş ülkelerin oranlarının, Dünya Sağlık Örgütü önerilerinin (%5–15) ve ülkemiz hedeflerinin üzerindedir. Sağlık Bakanlığının 2017 sağlık istatistikleri yılığında en son sezaryen oranı %53,0 olarak verilmiştir. Bakanlığımız anne ve bebek sağlığını korumak amacıyla ülke genelindeki tüm hastanelerde sezaryen endikasyonlarını izlem çalışmalarını devam ettirmektedir ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Doğum Sonu Bakım Programı

Doğum sonrası dönemde önlenebilir nedenlerle meydana gelen anne ve bebek ölümlerini önlemek amacıyla geliştirilmiş bir programdır. Genel olarak annenin doğumdan sonra tam iyileşmesi gerçekleşmeden taburcu edilmemesi sağlanmaktadır. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine (ilgili genelgeye istinaden) uygun olarak lohusa izlemi yapılmaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Anne Ölümleri İzleme Programı

Ülkemiz, son yıllarda gebe izlem hizmetlerinin hizmet kalitesinin artırılması ile anne ölümlerinde yakaladığımız düşme eğilimi ile dünyada anne ölümlerinde en çok düşüş sağlayan 10 ülkeden biri olmuştur. Kuşkusuz yıllar içinde artan gelişmişlik düzeyi ve izlenen sağlık politikalarının katkısıyla anne ve bebek ölümlülüğünde ciddi azalmalar meydana gelmiştir. Anne ölüm oranı 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 68 iken bugün (2017) yüz bin canlı doğumda 14.4’e düşmüştür. Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonunda, her ay illerden gelen gebeliğe bağlı tüm ölümler değerlendirilerek, nedenlerine ve üç gecikme modeline göre gebeliğe bağlı ölümler ile anne ölümleri sınıflandırılmakta, nedenleri tam olarak belirlenemeyen ölümler, hastane, hekim ve anne adı gizli kalmak üzere Merkez İnceleme Komisyonunda görüşülmektedir ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Acil Obstetrik Bakım (AOB) Yönetim Rehberi

Acil obstetrik bakım (AOB); gebelik, doğum ve doğum sonrası 42 günlük dönemde meydana gelen, anne ve fetus yaşamını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumda verilen hizmetleri tanımlamaktadır. Sağlık kuruluşuna başvurduklarında anne ve fetusun; hızla ilk değerlendirmelerinin yapılmasını, yaşamı tehdit eden belirti ve bulguların varlığında ilk girişimlerin uygulanmasını, başvuru sağlık kuruluşunda mümkün ise tedavilerin yapılmasını; gerekli durumlarda stabilize edildikten sonra daha üst düzey sağlık kuruluşuna gönderilmesini ve gerektiğinde uygulanabilecek güvenli kan naklini kapsamaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)). AOB konusunda son 10 yılda yayımlanan raporlar çok disiplinli bir ekip yaklaşımının önemini vurgulamaktadır. Multidisipliner ekip çalışmasına yönelik bu yaklaşım; kadınlar için pozitif klinik ve emosyonel sonuçlar üretmesi, yüksek teknoloji ortamında kadın merkezli bakımı geliştirmesinden dolayı hem tıp hem de ebelik mesleği tarafından memnuniyet verici olarak karşılanmıştır ([Karakoç ve Özerdoğan, 2018](#)).

Riskli Gebelik Yönetim Rehberi

Rehber gebelik öncesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yapılması gereken iş ve işlemleri içerir ve birinci basamakla diğer sağlık kuruluşları arasında eşgüdüm ve ilgili uzmanlık dallarıyla multidisipliner yaklaşımı da gerektirir. ‘Riskli Gebeliklerin Önlenmesi Programı’ kapsamında ülke genelinde anne ölümlerine sebep olan yüksek riskli durumların yönetilmesinde kaliteli, standart, güvenli, nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelik Yönetim Rehberi, 2014).

Misafir Anne Projesi

İkamet ettikleri yerde hastane bulunmayan anne adaylarının, doğumlarına 10 gün kala en yakın yerleşim yeri merkezine getirilerek kamu kurumları misafirhanelerinde konaklamaları ve doğumları hastanede gerçekleştirildikten sonra evlerine geri dönmeleri sağlanmaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Perinatal Bakım Sürecinde Optimal İyileştirme için Bir Örnek-İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü-Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşı Komisyon Çalışması

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün 'Bölge Sağlık Planlaması'na katkı sağlamak üzere İstanbul ili sınırları içerisinde kadın sağlığı ve doğum hizmeti veren kamu-özel-üniversite-muayenehane dahil tüm sağlık kuruluşlarında kadın sağlığı ve doğum hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlamak üzere Müdürlük tarafından kurulan Kadın Sağlığı ve Doğum Hizmetlerinin İyileştirilmesi Komisyonu'nun çalışması yürütmüştür. Bu kapsamda komisyon belirli hedefler üzerinde çalışmıştır (Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2017).

SONUÇ

Ebe ve kadın sağlığı hemşireleri kadınların yaşam döngülerinin her anında yer aldığı gibi üreme çağı boyunca da yanlarında olan ve kilit rol oynayan mesleklerdir. Bu iki önemli meslek grubu; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadın, eşi ve ailesinin sağlık gereksinimlerini karşılayan, ailenin sağlığını koruyan ve yükseltmek amacı ile bakım veren perinatal sağlık hizmetlerinin temel taşı olarak yer alırlar. Perinatal optimalite programlarının incelenmesi sonucunda ebe ve kadın sağlığı hemşirelerinin mesleki sorumlulukları kapsamında optimalite kavramını bilmeleri ve bunu perinatal bakıma yansıtılmaları geliştirilen programların etkinliğinin artırılması bakımından önem taşımaktadır.

Perinatal bakımda optimalitenin yanında kaliteyi sağlayan önemli bir strateji de kanıta dayalı uygulamadır. Yapılan araştırmaların klinikte yer bulması genellikle çok zaman almakta bu sebeple de arada oluşan boşluktan kaynaklı sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durumu önlemek ve değişikliklere gidilebilmesi için literatürde ki öneriler şunlardır; değişime hazır olma, mentörlerin var olması, kaynak temini, ödüllendirme ve tanıtma sistemi, sürekli eğitimidir ([Deliktaş ve Kabukcuoğlu, 2017](#)).

Perinatal optimalitenin sağlanmasında, öncelikle kanıta dayalı bakım uygulamalarının klinik alanda kültürel, sosyal yaşama uyarlamalar yapılarak çeşitli programlar veya modellerle yapılan araştırmalar sonucunda olumlu sonuçlar alınabildiği görülmektedir.

Perinatal optimalite bakımında programların ve onların akış şemalarının izlenerek ilerlenmesi için özellikle sağlık personeline mezuniyet sonrası sürekli eğitimin sağlanması, gebeliği etkileyebilecek ağız sağlığı gibi programlar veya gebelik sonucunun olumsuz olduğu durumlarda perinatal yas programları ile optimal sonuçların alınması mümkün olduğu ortaya çıkmaktadır. Perinatal bakım hizmeti sunumunda ebe ve kadın sağlığı hemşirelerinin eğitici, araştırmacı, yönetici, savunucu, uygulayıcı rollerinin de etkin bir şekilde kullanılması sonucu optimaliteyi artırıcı etkisi bulunacağı düşünülmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların perinatal alanda yeni modeller, programlar veya akış şemaları ile birlikte hizmet sunumunda etkisi olan ebeklik ve kadın sağlığı hemşireliği mesleğinin sanatsal yönü ile birleştirilerek gerçekleştirilmesinin sağlanması bu alanda optimal hizmet sunumunu kolaylaştırmaktadır. Özellikle ebe ve kadın sağlığı hemşirelerinin mesleki rol ve yetkinliklerine bakıldığında sağlık hizmeti sunulan her alandaki birey, aile ve gruba sunulan geliştirici, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici bakımı içermesi nedeniyle perinatal optimalite açısından kapsayıcı bir hizmet modeli geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

- Başar, F., Çiçek, S. (2018). Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 2574-2596.
- Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2014). Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2), 125-129.
- Bloom, K.C., Bednarzyk, M.S., Devitt, D., Renault, R.A., Teaman, V., Van Loock, D.M. (2004). Barriers to prenatal care for homeless pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4), 428-435.
- Bradford, D., Pam, T. (2001). Perinatal care regionalization and low birth weight infant mortality rates in Alaska. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(3), 623-628. doi: 10.1067/mob.2001.1176 63
- Brixval, C.S., Axelsen, S.F., Lauemøller, S.G., Anderson, S.K., Due, P., Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes- a systematic review. *Systematic Reviews*, 4, 20. doi: 10.1186/s13643-015-0010-x.
- Budin, W. (2000). Response to exemplary service article "the door's perinatal program for pregnant and parenting teens" programs for adolescent mothers are needed. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), 47-49.
- Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-184.

- Deliktaş, A., Kabukcuoğlu, K. (2017). Maternal bakımda kanıta dayalı uygulama kültürünün oluşturulması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 130–138.
- DeSisto, C.L., Kim, S.Y., Sharma, A.J. (2014). Prevalence estimates of gestational diabetes mellitus in the united states, pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 2007–2010. *Preventing Chornic Disease Public Health Research*, 11, E104. doi: 10.5888/pcd11.130415.
- Dewart, T., Zaengle, D. (2000). The Door's perinatal program for pregnant and parenting teens. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), 39–46. doi:10.1624/105812400X87635
- Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S. (2014). Gebe eğitimi. *HSP*, 1(1), 68-76.
- Engelder, S., Davies, K., Zeilinger, T., Rutledge, D. (2012). A model program for perinatal palliative services. *Advances in Neonatal Care*, 12(1), 28–36. doi: 10.1097/ANC.0b013e318244031c.
- Frank, J.E., Rhodes, T.T., Edwards, W.H., Darnall, R.A., Smith, B.D., Little, G.A. ... Flanagan V.A. (1999). The new Hampshire perinatal program: : Twenty years of perinatal outreach education. *Journal of Perinatology*, 19(1), 3–8. doi:10.1038/sj.jp.7200129
- George, A., Johnson, M., Duff, M., Blinkhorn, A., Ajwani, S., Bhole, S., Ellis, S. (2011). Maintaining oral health during pregnancy: perceptions of midwives in southwest Sydney. *Collegian*, 18(2), 71-79. doi:10.1016/j.colegn.2010.10.003
- Hallas, D., Fernandez, J.B., Lim, L.J., Catapano, P., Dickson, S.K., Blouin, K.R., ... Sharma, A. (2015). OHEP: an oral health education program for mothers of newborns. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(2), 181-190. doi:10.1016/j.pedhc.2014.11.004
- Hotelling, B.H. (2007). The coalition improving maternity services; evidence basis for the ten steps of mather-friendly care. *The Journal of Perinatal Education*, 16(2), 38-43. doi:10.1624/105812407X197744
- Jackson, J.T., Quinonez, R.B., Kerns, A.K., Chuang, A., Eidson, R.S., Boggess, K.A., Weintraub, J.A. (2015). Implementing a prenatal oral health program through interprofessional collaboration. *Journal of Dental Education*, 79 (3), 241-248.
- Jang, H., Hwang, K., Lee, T., Lee, T. (2019). Designing robust rollout plan for better rural perinatal care system in Korea. *European Journal of Operational Research*, 274, 730–742.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (2017). Anne Ölümleri Önleme Komisyonu, *Kadın hastalıkları ve doğum branşı komisyon çalışması raporu*. 5-13. From: http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastalıkları_ve_dogum_branşı_komisyon_calismalari.pdf
- Kair, L.R., Colaizy, T.T. (2016). Obese mothers have lower odds of experiencing pro-breastfeeding hospital practices than mothers of normal weight: CDC pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 2004–2008. *Matern Child Health J*, 20, 593–601.
- Karakoç, H., Özerdoğan, N. (2018). Acil obstetrik bakım ekibi içerisinde ebe. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 3(2), 162-166.
- Kobler, K., Limbo, R. (2011). Making a case: Creating a perinatal palliative care service using a perinatal bereavement program model. *J. Perinat Neonat Nurs*, 25(1), 32–41. doi:10.1097/JPN.0b013e318181fb59 2e
- Leuthner, S., Jones, E.L. (2007). Fetal concerns program: a model for perinatal palliative care. *MCN: The American Journal Of Maternal/Child Nursing*, 32(5), 272-278. doi:10.1097/01.NMC.0000287996.90307.c6
- Milne, J.K., Lalonde, A.B. (2007). Patient safety in women's health-care: Professional colleges can make a difference. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada MOREOB program. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(4), 565-579.
- Ovrebø, B., Ryan, M., Jackson, K., Hutchinson, K. (1994). The homeless prenatal program: a model for empowering homeless pregnant women. *Health Education & Behavior*, 21(2), 187-198.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x.

- Shaw-Battista, J., Fineberg, A., Boehler, B., Skubic, B., Woolley, D., Tilton, Z. (2011). Obstetrician and nurse–midwife collaboration successful public health and private practice partnership. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 663-672. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822ac86f.
- Shulman, H.B., D’Angelo, D.V., Harrison, L., Smith, R.A., Warner, L. (2018). The pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS): Overview of design and methodology. *AJPH*, 108(10), 1305-1313.
- Simpson, K.R., Kortz, C.C. (2009). A comprehensive perinatal patient safety program to reduce preventable adverse outcomes and costs of liability claims. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(11), 565-574.
- Şimşek, A.A., Çakmak, D. (2019). Ülkemizde yürürlükte olan kadın sağlığını koruma politikaları mevzuatı. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 45-50.
- Thanh, N.X., Jacobs, P., Wanke, M.I., Hense, A., Sauve, R.(2010). Outcomes of the introduction of the MOREOB continuing education program in Alberta. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(8), 749-755. doi: 10.1016/s1701-2163(16)34615-1
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2014). *Riskli gebelikler yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. Yayın No:926. İii.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Doğum öncesi bakım yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. ISBN: 978-975-590-686-7. iii-iv.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Doğum sonu bakım yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. ISBN: 978-975-590-685-0. iii-iv.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2010). *Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi*. (3-4) Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Acil obstetrik bakım yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. ISBN: 978-975-590-687-4. iii-iv.
- Tuz Doğaner, G. (2014). *Gebelerin aldıkları prenatal bakımdan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya. 4-13.
- WHO. (2016). *WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. ISBN 978 92 4 154991 2.ix-x.
- Wool, C., Co’té-Arsenault, D., Black, B.P., Denney-Koelsch, E., Kim, S., Kavanaugh, K. (2016). Provision of services in perinatal palliative care: a multicenter survey in the United States. *Journal Of Palliative Medicine*, 19(3), 279-285.
- Yılmaz-Esencan, T., Karabulut, Ö., Demir-Yıldırım, A., Ertuğrul-Abbasoğlu, D., Külek, H., Şimşek, Ç. ... Kılıçcı, Ç. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 31-43.
- Yücel, Ç. (2012). *Perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan optimalite indeksi-United States (US)’in Türkçe’ye uyarlanması*. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara. 5-11.

Özlem DOĞU KÖKCÜ¹
Orcid : 0000-0003-1257-2551

Özcan KUTLU²
Orcid : 0000-0002-5460-6628

¹Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları ABD

²Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik ABD

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Özcan KUTLU
ozcan.kutlu@ogr.sakarya.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Spiritüallite; spiritüel bakım;
kardiyovasküler; hemşirelik bakımı.

Key Words:

Spirituality; spiritual care; cardiovascular;
nursing care.

Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarında Spiritüel Bakım

Spiritual Care in Cardiovascular System Diseases

Alınış (Received): 23.05.2019 **Kabul Tarihi (Accepted):** 19.10.2019

ÖZ

Spiritüel bakım, sağlık profesyonellerinin bireye yaklaşımda holistik modeli temel alarak hareket ettiği bir bakım modeli olup son dönemlerin en popüler konularından biridir. Sağlık ve hastalık gereksinimleri arttıkça insanların spiritüel anlamda beklentileri de artmaktadır. Spiritüel bakım ile ilgili yapılan çalışmalar kronik hastalıklara, kanser gibi kritik hastalıklara ve terminal dönemdeki hastaların spiritüel yönüne odaklanmış durumdadır. Oysaki kardiyovasküler sistem (KVS) hastaları ölüm korkusu, anksiyete, yaşama dair kaygı, stres ve duygusal rahatsızlık yaşamaktadır. Yaşadıkları bu dönemsel krizler depresyon yaşamalarına neden olmakta dolayısıyla da hastaneye yatışları ve mortalite oranlarını yükseltmektedir. Bu hastalara verilecek spiritüel bakımla depresyon azalabilir veya önlenir, hastalık ve etkileriyle baş etme kolaylaşır ve yaşam kalitesi artar. Bu çalışmanın amacı KVS hastalıklarıyla mücadele eden hastaları spiritüel gereksinimleri doğrultusunda değerlendirmek ve spiritüel bakıma olan ihtiyaçlarını vurgulayarak farkındalık yaratmaktır.

ABSTRACT

Nowadays, spiritual care, in which healthcare professionals act by using holistic model as base while taking care of an individual, is one of the most popular matters. As the needs for health and diseases increase, people's expectations regarding spirituality increase, too. Studies regarding the spiritual care are focused on chronic illnesses and critical illnesses such as cancer and on the spiritual aspect of the patients who are in the terminal period. However, cardiovascular disease (CVD) patients suffer from the fear of death, anxiety, stress, emotional disturbance and worry about life. These periodic crises result in depression, thus raising the rate of admission to hospitals and mortality. By means of the spiritual care provided to these patients, depression can be reduced or prevented, coping with the diseases and their effect gets easy, and the quality of life is improved. This study aims at evaluating the patients who are fighting with CVDs in line with their need for spiritual care and at laying emphasis on the matter.

GİRİŞ

Spiritüel bakım, holistik bakım modelinin içinde yer alır. Sağlık profesyonellerinin bireye yaklaşımında, holistik modeli temel olarak hareket ettiği bir bakım modelidir. Holistik model; spiritüel sağlık dışında, zihinsel ve fiziksel sağlığı da kapsamaktadır (Booth ve Kaylor, 2018; Park ve Sacco, 2017). Sağlık ve hastalık gereksinimleri arttıkça insanların spiritüel anlamda beklentileri de artmaktadır (Maclean ve diğerleri, 2003).

Son yıllarda spiritüel bakımın önemi artmış ve yapılan çalışmalarda terminal dönem hastalarında (kritik hasta) ve ileri evre hastalıklarda (kanser gibi) spiritüel bakımın sağlık bakımının önemli bir ögesi olduğu vurgulanmıştır (Schneider, 2018). Ancak kardiyovasküler sistem (KVS) hastalığı olan bireylerin spiritüel bakıma olan ihtiyaçlarını içeren çalışmalar bulunmamaktadır. KVS hastalığı olan bireyler uzun yıllar bu hastalıklarla mücadele etmekte ve dolayısıyla yaşam kalitesi düşmektedir. Bu nedenle KVS hastalıklarına sahip bireylerin de hemşirelik yaklaşımında spiritüel bakımın yer almasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı KVS hastalıklarıyla mücadele eden hastaları spiritüel gereksinimler doğrultusunda değerlendirmek ve spiritüel bakıma olan ihtiyaçlarını vurgulamaktır.

Spiritüel ve Spiritüel Bakım Arasındaki İlişki

Spiritüel sözlükte “manevi-ruhani değerlere bağlılık” olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda spiritüel bireyin kendi iç dünyasına yönelmesi ve bu yönelme ile kazanılan öngörüyle hayatını şekillendirmesidir (Uygur, 2016). Diğer bir deyişle; bireyin çevresiyle olan etkileşimini, yaşam içindeki konumunu, hayatın anlamını çözme ve kabul etme çabasıdır (Arslan ve Konuk-Şener, 2009).

İnsanoğlu hayatı boyunca mücadele ettiği problemlerin üstesinden gelebilmek için, yaşamdan edindiği kişisel deneyimleri, ahlaki, spiritüel ve kültürel değerleri kullanmaktadır (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Dolayısıyla insanın spiritüel yönü; fiziksel, sosyal, duygusal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlar birbiriyle etkileşim halindedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık, “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde açıklaması spiritüel bakımın varlığına ve gerekliliğine işaret etmektedir (Atabek Aşti ve Karadağ, 2018). Spiritüel bakım, yaşamsal krizler sonucu oluşan; sıkıntılı, üzüntülü, korkulu, yalnızlık, ümitsizlik, stresli ve acılı zamanlarda bireylerin yanında olarak destek olmak, danışmanlık etmek, adet, ibadetlerini ve ritüellerini yapmalarına rehberlik etme, varlıklarına bir mana, hayatlarına bir anlam vermelerinde rol oynamaktır (Karagül, 2012).

Spiritüel Bakım İle İlgili Literatür Örnekleri

Hemşireler bakım hizmetlerini holistik ve hümanistik çağdaş bakım felsefesi ışığında bütüncül bakış açısı ile yaklaşması için spiritüel bakımı da sunması gerekmektedir. Bu doğrultuda hemşirelik hizmetlerinde spiritüel bakım konusunda yapılan çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin spiritüel yönünü, spiritüel rollerini ve spiritüel bakıma engel durumları gösteren örnekler bulunmaktadır. Geer ve diğerlerinin (2018) çalışmasında, spiritüel bakıma engel olan durumlar arasında bilgi eksikliği, hastalar ile sağlık profesyoneli arasında etkin iletişimin kurulamaması vurgulanırken; sağlık profesyonellerinin spiritüel bakımı değerlendirme ve uygulama, bakım kalitesinin ilerletilmesi ve kişisel destek ve danışmanlık konularında daha yeterli olduklarına ulaşılmıştır.

Son yıllarda literatürde spiritüel bakımın kanser üzerine çalışma örnekleri vardır. Atashzadeh-Shoorideh ve diğerleri (2018), on beş ebeveyn üzerinde yaptıkları çalışmalarında; kanserli çocukların ebeveynlerine spiritüel bakımı sağlamada karşılaşılan engeller ve kolaylaştırıcıları irdelemiştir. Çalışma sonucunda; yaşadıkları stres nedeniyle din ve tanrıdan uzaklaşmayı içeren spiritüel kaçış, destek kaynaklarının eksikliği, sürekli hastanede zaman geçirme gibi spiritüel bakımı sağlamada karşılaşılan engeller vurgulanmıştır. Tüm bu süreçlerin merkezinde olan aile üyelerinin birbirinden uzaklaşması ya da tam aksine duygusal bağlamda birbirlerine bağlanmayı sağlaması ile ilgili aile etkilenebilirliği üzerinde de durulmuştur. Hem aile üyelerini hem de sağlık profesyoneli kapsayan çoklu destek (sağlık bakım desteği, sosyal destek, spiritüel destek, duygusal destek ve çocuk desteği) oluşturulmuştur (Atashzadeh-Shoorideh ve diğerleri, 2018). Anisa ve diğerleri (2018), son dönem meme kanseri hastalarının spiritüel bakımında sağlık profesyonellerinin yeterliliğini inceledikleri çalışmalarında; sağlık profesyonellerinin spiritüel bakım yeterliliklerinin düşük olduğunu ve spiritüel bakımın yaşamın sonuna dek hastaların ihtiyaç duyduğu bir destekleyici terapi niteliğinde olduğunu belirtmişlerdir (Anisa ve diğerleri, 2018). Benzer şekilde Moosavi ve diğerleri (2019) on sekiz katılımcı (kanser hastaları, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri) ile yaptıkları çalışmalarında, spiritüel bakımın etkin verilmesiyle; spiritüel gelişimin (hem aile hem de sağlık profesyoneli için) oluşması, huzur, neşe ve umut duygularının desteklenmesi, kabullenme (hastalık, tedavi süreçleri vb.), yalnızlık duygusunda azalma gibi yararların olacağını belirtmiştir (Moosavi ve diğerleri, 2019).

Spiritüel bakımın farklı hastalık gruplarında çalışılmış örnekleri mevcuttur. Tıp 2 diyabete bağlı amputasyon olan hastaların spiritüel bakımının beden imajına etkisini inceleyen İmeni ve diğerleri (2018); spiritüel inançlarını geliştirmek amacıyla meditasyon seanslarını kullanarak, spiritüel bakımın hastaların beden imajı ve ruh sağlığı üzerine olumlu etki yaptığı sonucuna varmışlardır (İmeni ve diğerleri, 2018). Kamali ve diğerleri (2018), preeklamsi kadınlara verilen spiritüel bakım eğitiminin postpartum stres bozukluğuna etkisini araştırdıkları çalışmalarında: yüz yüze eğitimi kullanarak üç seans spiritüel bakım eğitimi vererek; spiritüel

bakımın kolay, uygulanabilir, ilaç dışı bir müdahale ve uygun maliyetli bir uygulama olarak postpartum stres bozukluğuna olumlu etki yaptığı sonucuna ulaşımlardır ([Kamali ve diğeri, 2018](#)). Fradelos ve diğeri (2015) çalışmalarında, spiritüalitenin stresli durumlarla başa çıkmayı sağladığını, sosyal desteği ve kişisel değerleri güçlendirdiğini, yaşam tarzını olumlu etkilediğini, yaşam kalitesini arttırdığını, umut kaynağı olduğunu ve hastalık ile baş etmeyi kolaylaştırdığını belirterek; kronik böbrek hastalıklarının spiritüel ihtiyaçlarının fark edilmesi, değerlendirilmesi ve ele alınmasını vurgulamıştır. Bu şekilde yaşam beklentisi ve mental sağlığın olumlu çıktıları olacağını belirtmişlerdir ([Fradelos ve diğeri, 2015](#)).

Kalp Hastalıklarında Spiritüel Bakımın Önemi

Kalp hastalıkları dünyada ve Türkiye’de en önemli ani ölüm sebebidir. Yetmiş beş yaş altı ölümlerde kadın nüfusunu %45’inden, erkeklerin ise %38’i nden kalp hastalıkları sorumludur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 2030 yılına kadar da 23 milyon kişinin Kardiyovasküler Hastalık (KVH)’lardan dolayı hayatını kaybedeceğini belirtmektedir ([Doğu ve Kaya, 2018; Doğu ve diğeri, 2015](#)).

Kalp problemi yaşayan hastalar; ölüm korkusu, yaşama dair endişe, belirsizlik, stres ve duygusal problemler yaşamaktadırlar. Hastalar, iyileşme sürecinde ölüm korkusu, kaygı ve stresle mücadele ederken, yaşam kalitesi düşmekte ve normal günlük yaşantısına dönebilmesinde desteğe ihtiyaç duymaktadır ([Doğu ve Aydemir, 2018; Doğu ve Kaya, 2018; Junehag ve diğeri, 2014](#)). Kalp problemi sonrası hastalar; daha önceki yaşantılarına dönmede zorluk yaşamakta, boşanma, iş kaybı ve iş değiştirme gibi problemlerle mücadele etmekte ve bu bağlamda hem hastalar hem de aile üyeleri yoğun stres yaşamaktadır ([Dilek, 2008](#)). Kavradım ve Özer (2016) çalışmalarında, kalp problemi geçiren bireyde ‘benlik kavramı’ alanının etkilendiğini ve dolayısıyla bireyde kendini kötü hissetme, gelecek konusunda belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk duyguları gibi problemler ortaya çıktığını ifade etmektedirler (Turan-Kavradım ve Canlı Özer, 2016). Kalp problemi yaşayan hastaları; anksiyete, depresyon, ölüm korkusu, kişisel kontrol kaybı, sosyal izolasyon, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, yorgunluk, uykusuzluk, konsantrasyon eksikliği gibi pek çok yaşamsal krizlere maruz kalmaktadır ([Kozan Akgül, 2013](#)). Benzer şekilde Doğu ve Aydemir (2018) çalışmalarında, kalp hastalarının yaşadıkları ağırlı olay ve solunum sıkıntısı nedeniyle anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu, yaşadıkları ölüm korkusunun bireyin normal günlük yaşantısına dönmesinde zorluk çekmesine, sık komplikasyonlar ile tekrar hastaneye dönmesine neden olduğunu belirtmiştir. Kalp hastalıkları sonrası bireyin danışmanlık almasının, pozitif destek ve motivasyon sağlanmasının gerektiği, özellikle kronik hastalıklarda komorbid faktörler olarak emosyonel durumun göz önüne alınması ve psikolojik desteğin sağlanmasını önermişlerdir ([Doğu ve Aydemir, 2018](#)).

Literatürde kalp hastalarında depresyonun yaygın olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır ([Bekelman ve diğeri, 2007; Rutledge ve diğeri, 2006](#)). Bu problem, bireylerin hastalık nedeniyle yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi, daha sık hastaneye yatış ve yüksek mortalite ile ilişkilidir. Bu hastaların spiritüel iyilik halinin yükseltilmesi depresyonu azaltabilir veya önleyebilir ve böylece yaşam kalitesiyle birlikte diğer semptomların tedavi ve yönetiminde olumlu gelişmeler gözlenebilir. Dolayısıyla hastaneye yatış ve mortalitenin de azalacağı düşünülmektedir. ([Bekelman ve diğeri, 2007; Doğu ve Kaya, 2018](#)). Literatürle uyumlu olarak Park ve Sacco (2017) çalışmaların da kalp hastalarında depresyon gibi psikolojik problemlerin görüldüğünü ve bu hastaların spiritüel açıdan her türlü bakıma muhtaç olduklarını ifade etmişlerdir. Sağlık profesyonellerinin bu hastaları gerek dini açıdan gerekse spiritüel tartışma ortamı yaratarak desteklemeleri gerektiğini vurgulamıştır (Park ve Sacco, 2017). Juenger ve diğeri (2002) da yaptıkları çalışmada kalp hastalarının sağlık yönetiminde kaygı ve depresyonun azaltılması gerektiğini belirtmiştir ([Juenger ve diğeri, 2002](#)).

Bekelman ve diğeri (2008), kalp hastalarının ağır semptomlar (nefes darlığı, halsizlik gibi) nedeniyle sağlık durumlarının kötüleştiğini, fonksiyonel kısıtlamalar nedeniyle bağımlılıklarının arttığını ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Bekelman ve diğeri, 2008). Benzer şekilde; kalp hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorluk, aşırı yorgunluk, izole edilmiş hissi, desteksiz hissetme, ölüm korkusu, güven kaybı, umutsuzluk, benlik algısında değişim, kontrolünü kaybetmiş hissi, şüphe, acı, hayal kırıklığı, evi terk etmekten korkma, anlam ve amaç kaybı gibi bulguları yaşadığını içeren çalışmalar bulunmaktadır ([Park ve Sacco, 2017; Junehag ve diğeri, 2014; Horne ve Payne, 2004](#)). Başka bir çalışmada da kalp hastalarının umutsuzluk düzeyi irdelenmiş ve çalışma sonucunda umutsuzluk düzeyinin başta manevi gelişim olmak üzere, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve bireyler arasındaki ilişkiyi etkilediği vurgulanmıştır ([Kılınç ve diğeri, 2016](#)).

Uysal (2012) çalışmasında, kardiyak rehabilitasyon ve rehabilitasyon fazlarından bahsetmektedir. Bu fazlardan ilki kalp hastalığı olan bireylerin psikolojik bozukluklarını azaltmak, motivasyonu yükseltmek, pozitif tutum gibi soyut kavramları içermekte ve önemini vurgulamaktadır ([Uysal, 2012](#)). Bu soyut kavramlar ancak spiritüel bakım ile elle tutulur hale gelecektir.

Spiritüel boyuta yönelik yapılan bütüncül bakımın hasta bireylerin iyileşme süreçlerine ve yaşam kalitesine katkısı literatürde vurgulanmaktadır ([Atashzadeh-Shoorideh ve diğeri, 2018; İmeni ve diğeri, 2018; Kamali ve diğeri, 2018; Fradelos ve diğeri, 2015](#)). Manevi değerlere sahip olan hastalar, hastalıkları, hastalıkla ilişkili ağrı gibi sorunlar ve diğer stresörleri ile baş etmede ve iyileşme süreçlerinde inançlarından yararlanabilir. Hastalık ile mücadele sürecinde birey, hem tıbbın olanaklarından yararlanmakta hem de maneviyatı ve inancıyla yaşamını tehdit eden bu durumla baş etmeye çalışmaktadır. Özellikle, kalp hastalıkları gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarda spiritüel gereksinimler ortaya çıkmakta ve gereksinimlerin karşılanması, bireyin hastalığını kabul etmesine ve gelecek için plan yapmasına yardımcı olmakta, iyileşme sürecini olumlu etkileyerek yaşam umudunu

arttırmaktadır ([Çınar ve Arslan, 2017](#)).

KVS Hastalarının Spiritüel Bakımında Hemşirenin Rolü

Spiritüel bakımın etkin verilmesiyle oluşan spiritüel sağlık; fiziksel (olumlu sağlık davranışları geliştirme, doğru beslenme, uyku ve aktivite düzeni vb.), sosyal (adalet, nezaket, onur vb.) ve ruhsal (iyimser tutum ve umut duygusunu geliştirmek vb.) boyutlarda hasta bireyleri etkiler ([Asadzandi, 2018](#)). Spiritüel bakımın sağlık profesyonelleri tarafından etkin verilmesiyle; sağlık profesyonellerinin verdiği bakımın niteliğini artırma, kaygı düzeyini düşürerek umut duygusunun gelişmesini sağlama, hasta memnuniyetini artırma, hastaların yaşam kalitesini yükseltme ve hastaların ruhsal dinginliğini sağlama gibi etkili ve verimli yararları vardır ([Ho ve diğerleri, 2018](#)).

Spiritüel bakımda amaç hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayacak doğrultuda spiritüel bakımı planlamaktır. Bu amaçla:

- KVS hastaları ve aileleri spiritüel ihtiyaçlarını paylaşmanın sağlık hizmetinin kapsamına ait olup olmadığını bilmedikleri için spiritüel gereksinimler ile ilgili konuşma aktivitesi normalleştirilmeli ve günlük hayatın bir parçası olduğu konusunda hasta ikna edilmelidir.
- Hastaların kendilerini izole, yalnız ve desteksiz hissetmelerini önlemek veya gidermek amacıyla hastaların kendi bakımlarında spiritüel destekçi isteyip istemediği sorgulanmalı; sosyal destek amacıyla aileleri ile daha fazla zaman geçirmeleri ve lüzum halinde din görevlisinden yardım alması sağlanarak hastalık sürecini atlatması desteklenmelidir.
- Hastalar hastanede kaldığı süre boyunca din ve spiritüalite arasındaki ayırım vurgulanarak bireyin spiritüel varlığını keşfetmesi (hayatın anlamı ve amacını fark etme) sağlanmalıdır.
- Hastaların yaşadıkları ölüm korkusu, yalnızlık hissi ve evi terk etmekten korkma duygularının hasta için ne ifade ettiği ve hastayı nasıl etkilediği tartışılarak açığa kavuşturulmalıdır.
- Hastaların kültürel ve dini gereksinimlerine (ailesi/sağlık profesyoneli ile birlikte dua etme, ibadet etme, hac işareti gibi dini sembol bulundurma vb.) ve tercihlerine (erkek sağlık profesyonelinin reddetme vb.) saygı gösterilerek bakım gereksinimlerinin karşılanma şekline göre talepleri göz önünde bulundurulmalı ve birlikte planlanmalıdır.
- Hastalar ile kurulacak iletişimde spiritüel boyutu ortaya çıkaran sorular (zor günlerde başa çıkmanıza yardımcı olan nedir? / En çok değer verdiğiniz şeyler nelerdir? / Kendinizi spiritüel bir insan olarak tanımlar mısınız? vb.) kullanılmalıdır.
- Hastalara uygulanan tanı yöntemleri (anjiyografi vb.) ve yoğun tedaviler (antikoagülanlar, analjezikler, antiaritmikler vb.) sonucu hastada gelişen bilinmeyen korkusu ve gelecek kaygısını ifade etmeli ve bu doğrultuda spiritüel danışmanlık verilmelidir.
- Hastaların tıbbi gündemden uzak düşünceleri (aile içi ilişkileri, yaşamı, inancı sorgulama vb.) fark edilmeli ve hastaların/ailelerinin baş etme yolları (dua etmek, bir mum yakıp dua etmek, köpeğini yürüyüşe çıkarmak, banyoya saklanıp kendini bir an o ortamdaki soyutlamak, pembe dizileri izlemek vb.) desteklenmelidir.
- Herkesin spiritüel ihtiyaçları olduğu unutulmamalı ve fiziksel gereksinimler gibi spiritüel gereksinimlerde değerlendirilmelidir.
- Hastaların spiritüel ihtiyaç işaretleri (hayal kırıklığı, korku, şüphe, umutsuzluk, güvende hissetmeme, kontrol kaybı ve ben bunları hak edecek ne yaptım/neden ben? gibi ifadeler) ve arayışları desteklenmeli ve giderilmelidir.
- Hastalara zaman verilmeli, terapötik iletişim ve yansıtıcı dinleme gibi iletişim becerileri kullanılmalıdır.
- Hastaların spiritüel krizlerini azaltmak amacıyla; elini tutmak, sırtını sıvazlamak, masaj, müzik, kitap okuma terapileri, gevşeme ve meditasyon teknikleri gibi aktiviteler kullanılmalıdır.
- Hastaların içinde buldukları duruma uyum sağlayabilmeleri için, öncelikle durumu kabul etmeleri (aile desteği ve aynı deneyimi yaşamış hastalarla iletişim sağlanmalı) ve rahatlıkla bu durumu paylaşabilmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Hastalar spiritüel kriz (suçluluk, ağlama, yaşamın anlam ve önemini kaybetme gibi) yönünden irdelenmelidir.
- KVS hastalarını olumlu etkileyebilecek spiritüel değerleri (sevgi duyma, sosyal yaşama bağlılık hissi, faydalı/işe yarar hissetme vb.) tartışılmalı ve spiritüel endişeleri öğrenilmelidir ([Kaçal ve Demirsoy, 2018](#); [O'Brien ve diğerleri, 2019](#); [Sajadi ve diğerleri, 2018](#); [Çınar ve Eti Aslan, 2017](#); [Balboni ve diğerleri, 2013](#); [Murray ve diğerleri, 2004](#); [Junechag ve diğerleri, 2014](#)).

Sonuç

Spiritüel bakım son zamanların popüler konularından biridir. Yapılan çalışmalar kanser gibi kritik hastalıklara veya terminal

dönemdeki hastaların spiritüel yönüne odaklanmış durumdadır. Ancak KVS hastalıklarına sahip bireylerin yaşadıkları yaşamsal krizler, onların da spiritüel bakıma olan gereksinimlerini ortaya koymaktadır. Sağlık profesyonelleri KVS hastalıklarına sahip bireylerde spiritüel bakımın katkılarını unutmamalı ve her daim hastaların spiritüel gereksinimlerini değerlendirmelidir. Bu sayede sunulan hemşirelik bakımının niteliği artmakla birlikte kaygı düzeyini düşürerek umudun gelişmesi, hasta ve ailesinin sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyinin artması, yaşam kalitesinde yükselme, hasta ve ailesinin ruhsal dinginliğini sağlama gibi pek çok yarar sağlayacaktır (Ho ve diğerleri, 2018; Fradelos ve diğerleri, 2015).

Konuyla ilgili çalışmalarda sağlık profesyonelleri spiritüel bakım konusunda kendilerini yetersiz/zayıf olarak değerlendirmiş ve bu konuda eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir (Ho ve diğerleri, 2018; Balboni ve diğerleri, 2013). Son birkaç yıldır yurtdışındaki birçok kuruluş 'Opening the Spiritual Gate' (OSG) kursunu yürütmekte ve sağlık profesyonellerinde spiritüel farkındalığı arttırmaya çalışmaktadır (O'Brien ve diğerleri, 2019). Ayrıca Cone ve Giske (2018), sağlık profesyonellerinin gerek öğrencilik müfredatlarına gerekse alanda çalışanlar için; hazırlık (farkındalık oluşturma), hasta ile bağlantı kurma (hasta ile ilişki kurma ve sürdürme) ve yansıtma (deneyimleri paylaşma, destek olma, gelişim) aşamalarından oluşan açık yolculuk teorisini önermektedirler (Cone ve Giske, 2018). Sağlık profesyonellerinin sahada spiritüel konular üzerine tartışmaları ve spiritüel bilgilerinin klinik uygulamalarına yansıtmaları; hem hasta hem de sağlık profesyonellerinin yaşamlarının spiritüel boyutunu olumlu etkileyecektir (Meredith ve diğerleri, 2012).

KAYNAKLAR

- Anisa N. R., Erika K. A., Rachmawaty, R. (2018). Nurse's spiritual care competencies to patient with end stage breast cancer. *International Journal of Public Health*, 7(4), 268-273.
- Arslan, H., Konuk Şener, D. (2009). Stigma, spiritüel ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 51-58.
- Asadzandi, M. (2018). Effect of spiritual health (sound heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. *Clinical Journal of Nursing Care and Practice*, 2(1), 018-024.
- Atashzadeh-Shoorideh, F., Zakaryae, N.S., Fani, M. (2018). The barriers and facilitators in providing spiritual care for parents who have children suffering from cancer. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(6), 1319-1326.
- Balboni, M.J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A.C., Gorman, D.P., Zollfrank, A. ... Balboni, T.A. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*, 31(4), 461-467.
- Booth, L., Kaylor, S. (2018). Teaching spiritual care within nursing education: a holistic approach. *Holistic Nursing Practice*, 32(4), 177-181.
- Cone, P.H., Giske, T. (2018). Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing open journey theory. *Nurse Education Today*, 71, 22-25.
- Çınar, F., Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 37-42.
- Dilek, F. (2008). *Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne. 19-22.
- Doğu, Ö., Güngörsün, H.Ç., Erkorkmaz, Ü. (2015). Koroner by-pass ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. *J Hum Rhythm*, 1(3), 155-161.
- Doğu, Ö., Kaya, H. (2018). Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes and practices related to using physical restraints. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 61-70.
- Doğu, Ö., Aydemir, Y. (2018). Anxiety and depression as emotional problems in patients with chronic heart, kidney and respiratory disorders. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 543-549.

- Eray, A., Set, T., Ateş, E. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 22 (1), 12-19.
- Fradelos, E.C., Tzavella, F., Koukia, E., Papathanasiou, I., Alikari, V., Stathoulis, J. ... Zyga, S. (2015). Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: health benefits and research perspectives. *Mater Sociomed*, 27(5), 354-358.
- Hiçdurmaz, D., z, F. (2013). Stresle baş etmenin bir boyutu olarak spiritalite. *Anadolu Hemş ve Sağlık Bil Derg*, 16(1), 50-56.
- Ho, J.Q., Nguyen, C.D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S.C., Kuschner, W.G. (2018). Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(5), 279-287.
- Horne, G., Payne, S. (2004). Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliat Med*, 18(4), 291-296.
- Imeni, M., Sabouhi, F., Abazari, P., Iraj, B. (2018). The effect of spiritual care on the body image of patients undergoing amputation due to type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 23(4), 322-326.
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., Haass, M. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87(3), 235-241.
- Junehag, L., Asplund, K., Svedlund, M.A. (2014). Qualitative study: perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(1), 22-30.
- Kaal, Z., Demirsoy, N. (2018). Yoğun bakım hastalarında spirital değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 170-175.
- Kamali, Z., Tafazoli, M., Ebrahimi, M., Hosseini, M., Saki, A., Fayyazi-Bordbar, M.R. ... Saber-Mohammad, A. (2018). Effect of spiritual care education on postpartum stress disorder in women with preeclampsia. *J Edu Health Promot*, 7, 73.
- Karagl, A. (2012). Manevi bakım: Anlamı, nemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda rneği). *Dini Araştırmalar Dergisi*, 15(40), 5-27.
- Kavradım, S.T., zer, Z.C. (2016). Miyokard infarktüsü sonrası Roy uyum modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(12), 24-35.
- Kaya, H., Yalçın Atar, N., Eskimez, Z. (2018). Hemşirelik model ve kuramları. T.A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik esasları/hemşirelik bilimi ve sanatı* içinde (79-94). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kılınç, G., Yıldız, E., Kavak, F. (2016). Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 114-126.
- Kozan Akgl, P. (2014). *Akut koroner sendromlu hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne. 13-14.
- MacLean, C.D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M. ... Cykert, S. (2003). Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 38-43.
- Meredith, P., Murray, J., Wilson, T., Mitchell, G., Hutch, R. (2012). Can spirituality be taught to health care professionals? *Journal of Religion and Health*, 51(3), 879-889.
- Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F., Akbari, M.E. (2019). Consequences of spiritual care for cancer patients and oncology nurses: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 137-144.
- Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., Benton, T.F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 39-45.
- O'Brien, M.R., Kinloch, K., Groves, K.E., Jack, B.A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: a qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 182-189.
- Puchalski, C. (2004). Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin*, 20(3), 487-504.

- Rutledge, T., Reis, V.A., Linke, S.E., Greenberg, B.H., Mills, P.J. (2006). Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol*, 48 (8), 1527–1537.
- Sajadi, M., Niazi, N., Khosravi, S., Yaghobi, A., Rezaei, M., Koenig, H.G. (2018). Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in iranian women with cancer: a randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 79-84.
- Schneider, E. (2018). *Pills, needles, support: spiritual care can improve communication, and compassion in the healthcare industry*. WWU Honors Program Senior Projects, 9-15.
- Uygur, D. (2016). *Hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım algısının belirlenmesi ve iş doyumunu ile arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu. 1-3.
- Uysal, H. (2012). Kardiyak rehabilitasyon ve hemşirenin sorumlulukları. *Turk J Card Nur*, 3(3), 49-59.
- Van De Geer, J., Veeger, N., Groot, M., Zock, H., Leget, C., Prins, J., Vissers, K. (2018). Multidisciplinary training on spiritual care for patients in palliative care trajectories improves the attitudes and competencies of hospital medical staff: results of a quasi-experimental study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2), 218-228.

Gülsüm ÇONOĞLU¹

¹Orcid : 0000-0001-8606-3149

Nilay ÖZKÜTÜK¹

¹Orcid : 0000-0003-1405-4600

Fatma ORGUN¹

¹Orcid : 0000-0002-2351-7227

1Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Öğretim AD, İzmir

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Gülsüm ÇONOĞLU

gulsumconoglu@hotmail.com

Anahtar Sözcükler:

Duyuşsal alan; hemşirelik eğitimi; öğretim teknolojileri; paradigma.

Key Words:

Affective domain; instructional technologies; nursing education; paradigm.

Hemşirelik Eğitiminde Yenilikçi Eğitim Paradigması: Öğretim Teknolojileriyle Duyuşsal Alanı Harekete Geçirmek

Innovative Education Paradigm in Nursing Education: To Stimulate The Affective Domain With Instructional Technologies

Alınış (Received): 08.02.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 14.01.2020

ÖZ

Eğitimde yenilikçi paradigmaların giderek daha fazla önem kazanmasıyla birlikte öğretim teknolojileri eğitime yerleşmeye devam etmektedir. Öğretim teknolojilerinin eğitimde kullanılması; öğrencilerin öğrenmeye aktif katılmasını, öğrenmenin kalıcı olmasını ve eğitimin niteliğinin artmasını sağlamaktadır. Bu makalenin amacı; duygu, değer ve tutum gibi bireysel özelliklerin ön plana çıktığı duyuşsal alanın öğrencilerin öğretimi sırasında harekete geçirilmesinde öğretim teknolojilerinin yararını ortaya koymaktır. Öğretim sırasında kullanılan mobil teknolojiler, simülasyonlar, bilgisayar modelleri, EDpuzzle, Instagram, Kahoot, dijital öyküleme araçları gibi öğretim teknolojileri ve güncel programlar, öğrencilerin dikkatini, ilgisini, motivasyonunu ve memnuniyetini arttırmaktadır. Bu bağlamda; hemşire eğitimciler, çağın getirdiği yenilikçi eğitimi takip ederek öğretim teknolojilerini kullanmayı benimsemeli, desteklemeli ve sürekli mesleki gelişim etkinlikleriyle kendini geliştirmelidir.

ABSTRACT

With increasingly becoming more importance of innovative paradigms in education, instructional technologies continue to settle in education. Using instructional technologies in education provides active participation of students in learning, permanent learning, and increasing the quality of education. The purpose of this article is to reveal the benefits of instructional technologies to stimulate affective domain in which individual characteristics such as emotions, values and attitudes come to the forefront during the teaching of students. Instructional technologies and current programs such as mobile technologies, simulations, computer models, EDpuzzle, Instagram, Kahoot, digital storytelling tools used during teaching increase the students' attention, interest, motivation and satisfaction. In this context; nursing educators should adopt/support the use of instructional technologies by following the innovative education provided by the era and should improve themselves through continuous professional development activities.

Kaynak Gösterimi: Çonoğlu, G., Özkütük, N., ve Orgun, F. (2020). Hemşirelik eğitiminde yenilikçi eğitim paradigması: Öğretim teknolojileriyle duyuşsal alanı harekete geçirmek. *EGE HFD*, 36(1), 61-65.

How to cite: Çonoğlu, G., Özkütük, N., and Orgun, F.(2020). Innovative education paradigm in nursing education: to stimulate the affective domain with instructional Technologies. *EGE HFD*, 36(1), 61-65.

GİRİŞ

Paradigmalar, bir alanın fikirlerini yönlendiren kuramlar, yenilikler ve ilkeler için bir varsayımlar çerçevesidir ([Bahramnezhad ve diğerleri, 2015](#)). Kuhn'a göre paradigma, bilim adamları tarafından kabul görmüş olan inançlar bütünü veya problemlerin nasıl anlaşılması gerektiği konusu üzerinde hemfikir olunan geleneklerdir ([Güneş, 2003](#)). Hemşirelik eğitiminde kullanılan paradigmaların öğrencilerin değişen ve artan gereksinimlerine cevap vermesi ve eğitim, eleştirel düşünme, analiz etme ve problem çözme becerilerini ve aktif öğrenmeyi (yenilikçi eğitim paradigması) desteklemesiyle birlikte hemşirelik eğitiminin niteliğinin artacağı düşünülmektedir ([Özkan ve Akduran, 2014](#)). Bu doğrultuda hemşire eğitimciler de eğitici merkezli eğitim programlarını gözden geçirerek öğrenci merkezli öğrenme üzerine odaklanmalı ([Özkan ve Akduran, 2014](#)), bilginin akılda kalıcılığını sağlamak için farklı yöntemler kullanılmalı ([Seren ve Yakıncı, 2015](#)), öğrenme etkinlikleriyle öğrencilerin duygularını ve değerlerini ifade etmelerine, değerlerini davranışlarına yansıtma ve mesleğe karşı önemli katkılar sağlama fırsatı vermeli ([Day ve diğerleri, 2017](#)) ve eğitim programı geliştirmede ve düzenlemede teknolojiden yararlanmalıdırlar.

Bilgi toplumunun itici gücünün bilgi olması, bilginin üretilmesinde ve kullanılmasında aktif rol oynayacak nitelikli bir insanın kaliteli bir eğitimle yetiştirilebileceği ve bunun için de nitelikli eğitimcilerle gereksinim duyulduğu kabul edilmektedir ([Genç, 2017](#)). Bu doğrultuda; gelişen teknolojinin doğru ve etkin kullanılabilmesi için bu konuda hemşire eğitimcilerle de önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire eğitimciler, teknoloji konusunda gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışa sahip olmalı ve içinde buldukları çağın getirdiği becerileri kazanabilmesi için sürekli mesleki gelişim etkinlikleriyle desteklenmelidirler. Bununla birlikte, teknolojinin eğitime entegre edilmesinde öğretim elemanının bilişsel ve psikomotor becerileri ile değer, inanç ve tutum gibi duyuşsal becerileri de önem kazanmaktadır ([Ceylan, 2017; Kısa ve Kaya, 2006](#)).

Hemşirelikte eğitsel yenilikler geliştirirken, duyuşsal alan da göz önünde bulundurulmalıdır. Duyuşsal alan, dikkatli planlanmış öğretim stratejileri gerektiren bir öğrenme alanı olup, profesyonel hemşirelik standartlarına uygun değerler, tutumlar ve inançların gelişimi ile ilgilidir ([Oermann, 2016](#)). Bireysel özelliklerin ön planda olduğu duyuşsal alan içinde; duygu, tutum, davranış, değer, güdülenmişlik, kaygı, benlik, kişilik, ilgi, takdir ve mizaç gibi özellikler yer almaktadır ([Basavanthappa, 2009; Bastable ve Doody, 2008; Demirel, 2003; Demirel, 2015; Kablan, 2014; Sönmez, 2001; Van Hoozer, 1987](#)). Bu özellikler, bireyin yaşamı boyunca edindiği yaşantıların ürünü olup, duyuşsal ve sosyal gelişme hedeflerini kapsamaktadır ([Bastable ve Doody, 2008; Sönmez, 2001](#)). Bu alana yönelik becerilerin öğrencilere eğitimleri sırasında kazandırılması önemlidir ([Özçelik, 1998](#)). Bu makalenin amacı; duygu, değer ve tutum gibi bireysel özelliklerin ön plana çıktığı duyuşsal alanın, öğrencilerin öğretimi sırasında harekete geçirilmesinde öğretim teknolojilerinin yararını ortaya koymaktır.

Hemşirelik Eğitiminde Duyuşsal Alan ve Öğretim Teknolojileri

Hemşirelik eğitiminde mesleki değerlerin geliştirilmesi için duyuşsal öğrenme ile ilgili mevcut ve gelecekteki değişiklikleri izlemek gerekmektedir. Öğrencilerin duyuşsal alanını harekete geçirebilmek için görsel görüntüleme, işitsel etkileme, filmler ya da videolar, yazılı metin, hikaye anlatımı gibi duyuşsal öğretim yöntemleri kullanılabilir (Taylor, 2014). Ayrıca, hemşirelik öğrencilerinin hasta bakımı için sınıfta, laboratuvarında ve klinik ortamda hazırlanmasında teknolojiyle eğitime de gereksinim duyulabilmektedir ([Scheckel, 2012](#)). Buna paralel olarak hemşirelik öğrencilerinin gelişen teknolojiler hakkında eğitim alması ve hemşirelik eğitimi sırasında teknolojiye yönelik olumlu tutum sergilemesi de önemlidir. Karaveli Çakır (2017) fenomenolojik yaklaşımı kullandığı çalışmada; öğrencilerin teknolojik ekipman kullanımıyla ilgili olarak teknolojiye hakim olmama duygusu, korku, endişe, beceriksizlik ve yetersizlik duygusu yaşadıklarını saptamıştır. Duyuşsal öğrenmede önemli olan bir diğer öğe de öğrenme ortamının yapılandırılmasında duyuşsal alanın da dikkate alınmasıdır. Kangas-Niemi ve diğerleri (2018), palyatif bakım bağlamında mesleki yeterliğin duyuşsal öğelerine yönelik öğrenmeleri kolaylaştırmanın farklı yollarını araştırdıkları çalışmada; ilişki kurma, öğrenme için alan yaratma, pedagojik bir ortam yaratma ve yansıtma olmak üzere dört tema tanımlamışlardır.

Teknolojinin gelişimiyle birlikte bilgisayarlar sağlık bakımının tüm alanlarında kullanılmaya başlamıştır ([Renjith ve diğerleri, 2015](#)). Şendir ve Yılmaz Çoşkun (2016) derlemelerinde, hemşirelik eğitiminde bilgisayar destekli simülasyonların kullanılmasının önemini vurgulamış, bilgisayar destekli bu programların; interaktif eğitime, donanımlı sağlık profesyonellerinin yetişmesine, hasta güvenliğine ve bakım kalitesinin artmasına olanak sağladığını belirtmişlerdir. Ayrıca, akıllı telefonlar, tabletler ve android uygulamalar da eğitimi desteklemek için kullanılan mobil cihaz teknolojileridir ([Renjith ve diğerleri, 2015](#)). Hemşirelik eğitiminde kullanımı artan bu mobil cihaz teknolojileri, sağlık hizmetleri ortamında hemşirelik öğrencilerine hemşirelik işlemleri ve tedavileri, ilaçlar ve hastalık bilgileri sunma avantajı ile de önem kazanmaktadır ([Day-Black ve Merrill, 2015](#)). Choi ve diğerlerinin (2015) iletişim yeterliği ve duyuşsal zekayı arttırmak için akıllı telefonda video klip kullanmanın etkisini inceledikleri çalışmada; deney grubunun iletişim yeterliği ve duyuşsal zekası, kontrol grubundan daha anlamlı şekilde gelişmiştir. Lee ve Kwon (2016) akıllı telefon videosu kullandıkları öz-yönelimli temel hemşirelik uygulamalarında; hemşirelik öğrencilerinin öz-yeterlik ve beceri yeterliği arasında anlamlı fark saptamazken, uygulama memnuniyeti üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır. Lee ve diğerleri (2018) hemşirelik eğitiminde mobil teknoloji konusunda yaptıkları sistematik incelemede; hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve klinik becerilerinin geliştirilmesi konusunda tutarlı sonuçlara ulaşamadıklarını, ancak öğrencilerin geleneksel öğretim yöntemlerine göre mobil teknolojilerden memnuniyet duyduklarını ve bu yöntemleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Mobil tabanlı video kliplerin hemşirelik beceri eğitiminde kullanılması; öğrencilerin özgüvenlerini ve motivasyonlarını yükseltmekte, öğrencilerin videolara

erişilebilirliğini artırabilmekte ve sonuçta öğrenme çıktılarını da iyileştirebilmektedir (Lee ve diğerleri, 2016). Bu bağlamda kullanılan mobil teknolojilerin; özellikle Z kuşağı olan öğrencilerin dikkatini çekmeyi başardığını, motivasyonları, iletişim becerileri ve memnuniyetleri üzerinde pozitif etki oluşturmasıyla birlikte öğrencilerin duyuşsal alanına hitap ettiğini söylemek mümkündür.

Bilgisayar modelleri, animasyonlar, simülasyon laboratuvarları ve sinematik teknolojileri de ders içeriğini görsel olarak geliştirmek, öğrencilere etkili öğretim deneyimleri sağlamak ve öğrenme deneyimlerini arttırmak için hemşire eğitimciler tarafından kullanılmaktadır (Zaunders ve Ganzer, 2011; Renjith ve diğerleri, 2015). Fırat ve diğerleri (2018) çalışmalarında; öğrencilerin, Massive Open Online Course (Kitlesel Açık Çevrimiçi Kurs) için hazırlanan animasyon destekli videoların en fazla animasyonlarından ve kullanılabilirliklerinden memnun kaldıklarını saptamışlardır. Bu bulguları, geliştirilen animasyon destekli video ders modüllerinin hedeflerine ulaştığını gösteren bir sonuç olarak değerlendirmişlerdir. Ward (2015) simülasyon kullandığı çalışmasında; öğrencilerin kendilerine uygulanan duyuşsal alan eğitimi stratejileriyle ruhsal hastalıkları olan hastalara yönelik değerleri ve tutumları konusunda farkındalıklarının arttığını ifade etmiştir. Farklı simülasyon yöntemleri (rol oynayan bir hasta ve yüksek kaliteli manken) ile eğitim alan öğrencilerde, bilişsel ve motor alanlara yönelik performanslarında önemli bir farklılık görülmemiştir. Ancak, rol oynayan hasta simülasyonu, öğrencilerin duyuşsal alanda (öğrencilerin kişilerarası, iletişim ve profesyonel hemşirelik becerileri) öğrenmelerini sağlamada daha etkili olmuştur (Shepherd ve diğerleri, 2010). Bu bağlamda eğitimde kullanılan farklı öğretim teknolojilerinin; öğrencilerin farkındalıkları, memnuniyet düzeyleri ve iletişim becerileri üzerinde etkili olabileceği ve öğrencilerin duyuşsal alanlarını harekete geçirebileceği düşünülmektedir.

Edmodo, EDpuzzle, Facebook, Twitter, Instagram, Kahoot, infografik araçlar ve dijital öyküleme araçları gibi güncel programlar da eğitimcilerin ders yönetimini sağlama, sosyal medya araçlarını eğitime katma ve değerlendirme yapma amacıyla kullanabilecekleri bilgi ve iletişim teknoloji araçlarıdır (Ceylan, 2017). EDpuzzle; öğretmenlerin, öğrencilerin dersi bütünüyle incelemelerini ve içeriğinin anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemelerini sağlamalarında yardımcı olan, öğrenmede çevrimiçi videoların kullanımı için yol sunan bir video paylaşım programıdır (Mischel, 2018). Literatür incelendiğinde; EDpuzzle kullanılan derslerde öğrencilerden olumlu geri bildirimler alındığı (Mischel, 2018), yönetim bilişim sistemlerinin ya da video kullanımının öğrencilerin analitik düşünme, iletişim, akranlarla işbirliği ve takım çalışması, yaratıcılık ve teknoloji becerilerini geliştirdiği bulunmuştur (Armstrong ve diğerleri, 2009; Alpay ve Gulati, 2010). Teknolojinin gelişmesiyle, eğitimcilerle ilgi çekici öğrenme fırsatları geliştirmesi için bir yol oluşturan (Shellenbarger ve Robb, 2015), öğrencilere zengin yaratıcı ve yansıtıcı öğrenme deneyimleri sağlayan (Saritepeci, 2018) ve duyuşsal öğrenmeyi destekleyebilen (Price ve diğerleri, 2015) bir diğer program ise dijital öyküleme araçlarıdır. Dijital hikayeler kısa olup, dijital medya kullanımıyla elde edilen görüntülerin ve müziğin kullanıldığı kişisel anlatılardır (Christiansen, 2011). Ayrıca, Instagram üzerinden dijital öyküleme anlatımı çevrimiçi olarak, sınıfta ve klinik konferansla öğrenme etkinlikleriyle birleştirilebilir. Yeni bilginin uygulanmasını değerlendirmek için Instagram üzerinden dijital hikayeler kullanılabilir. Öğrenciler, cep telefonları ile çektikleri fotoğrafları oluşturarak ve göndererek hemşirelik kavramlarını göstermek için Instagram'ı öğretme öğrenme stratejisi olarak kullanmaya teşvik edilebilirler (Shellenbarger ve Robb, 2015). Kahoot gibi çağdaş oyun tabanlı öğrenci yanıtı sistemleri de öğrencilerin katılımını teşvik etmekte, öğrenme deneyimlerini geliştirmekte, eğitimcilerin öğrencilere gerçek zamanlı geribildirim vermesini sağlamakta, oyunlaştırma yoluyla motivasyonu ve sorumluluğu arttırmakta, dikkat dağınıklığını azaltmakta ve öğretme-öğrenme kalitesini iyileştirmektedir (Licorish ve diğerleri, 2018). Bu çalışmalar göz önüne alındığında; öğretim sırasında kullanılan güncel ve teknolojik yöntemlerle öğrencilerin derse olan ilgileri, motivasyonları ve öğrenme deneyimleri artırılabilirken, aynı zamanda öğrencilerin değerlendirmeleri de yapılabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, teknolojinin, hemşirelik disiplini tarafından kabul gören bir paradigma olduğu, hızla gelişmeye devam ettiği ve eğitimde önemli bir araç olarak kullanıldığı çalışmalarda da görülmektedir. Bu bağlamda; hemşire eğitimcilerin de öğrencilerin duyuşsal alanlarını harekete geçirebilecek öğretim teknolojilerinden yararlanması gerekmektedir. Bu doğrultuda; hemşire eğitimciler, eğitim ve öğretimde duyuşsal alana yönelik öğrenme hedeflerini de göz önünde bulundurmalı, çağın getirdiği yenilikçi eğitimi takip edebilmeli, öğretim teknolojilerini kullanmayı benimsemeli, desteklemeli ve sürekli mesleki gelişim etkinlikleriyle kendini geliştirmelidir. Bununla birlikte, hemşire eğitimciler, öğretim teknolojileri kullanmadan önce her öğrencinin bu teknolojiye erişilebilirliğini sorgulamalı ve etik konuları göz ardı etmemelidir.

KAYNAKLAR

- Alpay, E., Gulati, S. (2010). Student-led podcasting for engineering education. *European Journal of Engineering Education*, 35(4), 415-427.
- Armstrong, G., Tucker, J., Massad, V. (2009). Interviewing the experts: Student produced podcast. *Journal of Information Technology Education: Innovations in Practice*, 8, 79-90.
- Bahramnezhad, F., Shiri, M., Asgari, P., Afshar, P.F. (2015). A review of the nursing paradigm. *Open Journal of Nursing*, 5(1), 17-23.
- Basavanthappa, B.T. (2009). *Nursing Education*. (2nd ed). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Bastable, S.B., Doody, J.A. (2008). Behavioral objectives. In: S.B. Bastable (Eds.), *Nurse as Educator Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice* (pp. 383-427) (3 rd ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Ceylan, B. (2017). Bilgi ve iletişim teknolojileri ve öğretmen. S.Z. Genç (Ed.), *Değişen değerler ve yeni eğitim paradigması (1. Baskı)* içinde (s. 107-125). Ankara: Pegem Akademi.
- Choi, Y., Song, E., Oh, E. (2015). Effects of teaching communication skills using a video clip on a smart phone on communication competence and emotional intelligence in nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 90-95.
- Christiansen, A. (2011). Storytelling and professional learning: A phenomenographic study of students' experience of patient digital stories in nurse education. *Nurse Education Today*, 31(3), 289-293.
- Day, L., Ziehm, S.R., Jessup, M.A. Amedro, P., Dawson-Rose, C., Derouin, A. ... Remen, R. N. (2017). The power of nursing: An innovative course in values clarification and self-discovery. *Journal of Professional Nursing*, 33(4), 267-270.
- Day-Black, C., Merrill, E.B. (2015). Using mobile devices in nursing education. *The ABNF Journal Fall*, 26(4), 78-84.
- Demirel, Ö. (2003). Öğretimde planlama ve değerlendirme öğretme sanatı. (6. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Demirel, Ö. (2015). Eğitimde program geliştirme kuramdan uygulamaya. (24. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Fırat, M., Kuş, G., Uğur, S., Uzuner, K. (2018). MOOC'ler için animasyon destekli video modülleri tasarlama: homeostasis örneği. *AUAd*, 4(4), 15-42.
- Genç, S.Z. (2017). Bilgi toplumu ve eğitim. S.Z. Genç (Ed.), *Değişen değerler ve yeni eğitim paradigması (1. Baskı)* içinde (s. 2-22). Ankara: Pegem Akademi.
- Güneş, B. (2003). Paradigma kavramı ışığında bilimsel devrimlerin yapısı ve bilim savaşları: Cephelerdeki fizikçilerden Thomas S. Kuhn ve Alan D. Sokal. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 23-44.
- Kablan, Z. (2014). Hedef belirleme: bilişsel, duyuşsal ve devinişsel alanlar. H. Şeker (Ed.), *Eğitimde program geliştirme kavramlar ve yaklaşımlar (3.Baskı)* içinde (s. 127-161). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kangas-Niemi, A., Manninen, K., Mattsson, J. (2018). Facilitating affective elements in learning-In a palliative care context. *Nurse Education in Practice*, 33, 148-153.
- Karaveli Çakır, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin teknolojik ekipman kullanımına ilişkin görüşleri ve yaşadıkları deneyimler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 11-20.
- Kısa, B., Kaya, H. (2006). Hemşire öğretim elemanlarının teknolojiye ilişkin tutumları. *The Turkish Online Journal of Educational Technology – TOJET*, 5(2), 77-83.
- Lee, H., Min, H., Oh, S.M., Shim, K. (2018). Mobile technology in undergraduate nursing education: a systematic review. *Healthcare Informatics Research*, 24(2), 97-108.

- Lee, N.J., Chae, S.M., Kim, H., Lee, J.H., Min, H.J., Park, D.E. (2016). Mobile-based video learning outcomes in clinical nursing skill education: a randomized controlled trial. *Computers, Informatics, Nursing*, 34(1), 8-16.
- Lee, S.S., Kwon, M.K. (2016). Effects of self-directed fundamental nursing practice using smartphone videos on self-efficacy, practice satisfaction, and skill competency. *J Korean Acad Soc Nurs Educ*, 22(3), 255-263.
- Licorish, S.A., Owen, H.E., Daniel, B. George J.L. (2018). Students' perception of Kahoot!'s influence on teaching and learning. *Research and Practice in Technology Enhanced Learning*, 13(1), 9.
- Mischel, L.J. (2018). Watch and learn? Using EDpuzzle to enhance the use of online videos. *Management Teaching Review*, 237929811877341. doi:10.1177/2379298118773418
- Oermann, M.H. (2016). Thinking about teaching in nursing. *Nurse Educator*, 41(5), 217-218.
- Özçelik, D.A. (1998). *Eğitim programları ve öğretim*. (4.Baskı). Ankara: ÖSYM Yayınları.
- Özkan, H.A., Akduran, F. (2014). Hemşirelikte paradigmaların önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(2), 3-5.
- Price, D.M., Strodman, L., Brough, E., Lonn, S., Luo, A. (2015). Digital storytelling an innovative technological approach to nursing education. *Nurse Educator*, 40(2), 66-70.
- Renjith, V., G, R., George, A. (2015). Trends in nursing education. *Indian Journal of Applied Research*, 5(8), 496-498.
- Sartepeci, M. (2018). Dijital hikaye anlatımı araçları. N. Önal (Ed.), *Etkinlik örnekleriyle zenginleştirilmiş eğitimde teknoloji uygulamaları* (1.Baskı) içinde (s. 15-42.). Ankara: Pegem Akademi.
- Scheckel, M. (2012). Selecting learning experiences to achieve curriculum outcomes. In D.M. Billings & J.A. Halstead (Eds.), *Teaching in nursing a guide for faculty*. (pp 170-187). St. Louis, Missouri: ELSEVIER.
- Seren, L.P., Yakıncı, C. (2015). Tıp eğitiminde akılda kalıcılığı nasıl sağlarız? *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 58(3), 123-130.
- Shellenbarger, T., Robb, M. (2015). Technology-based strategies for promoting clinical reasoning skills in nursing education. *Nurse Educator*, 40(2), 79-82.
- Shepherd, C.K., McCunnis, M., Brown, L., Hair, M. (2010). Investigating the use of simulation as a teaching strategy. *Nursing Standard*, 24(35), 42-48.
- Sönmez, V. (2001). *Program geliştirmede öğretmen el kitabı*. (9. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Şendir, M., Yılmaz Coşkun, E. (2016). Hemşirelik eğitiminde teknolojik bir adım: IMventro-sim. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 2(2), 103-108.
- Taylor, L.D. (2014). The affective domain in nursing education: Educators' perspectives. Theses and Dissertations. 484. <https://dc.uwm.edu/etd/484>
- Van Hoozer, H.L. (1987). The teaching role of the professional nurse. In: H.L. Van Hoozer, B.D. Bratton, P.M. Ostmo, D. Weinholtz, M.J. Craft, C.L. Gjerde, M.A. Albanese (Eds.), *The teaching process theory and practice in nursing* (pp. 22-23). USA Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Ward, T.D. (2015). Do you hear what I hear? The impact of a hearing voices simulation on affective domain attributes in nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 329-331.
- Zaunders, C.R., Ganzer, C.A. (2011). Cinematic technology-the role of visual learning. *Nurse Educator*, 36(2), 76-79.

Tuğba DÜNDAR¹
Orcid : 0000-0002-6693-0820

Emine GERÇEK¹
Orcid : 0000-0002-0310-5470

1 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Tuğba DÜNDAR
tugbadnr@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Hemşirelikte etkileşim kuramı; Ida Jean
Orlando; postpartum dönem; hemşirelik
süreci.

Key Words:

Nursing interaction theory; Ida Jean
Orlando; postpartum period; nursing
process.

Hemşirelikte Etkileşim Kuramının Postpartum Dönemde Kullanımı: Bir Olgu Sunumu

Utilization of Nursing Interaction Theory in Postpartum Period:
A Case Report

*Bu olgu sunumu herhangi bir bilimsel etkinlikte sunulmamıştır. Fon desteği ve çıkar çatışması
bulunmamaktadır.

Alınış (Received): 23.05.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 19.10.2019

ÖZ

Hemşirelik, temelinde kuram, araştırma ve uygulamaları barındıran bir meslektir. Hemşirelik mesleğinin temel amacı, hasta ya da sağlıklı bireylere verilen bakımda güncel bilimsel bilgileri kullanmaktır. Kavram ve kuramlar, hemşireler tarafından verilen bakımın bilimsel temele oturmasını sağlayan temel taşlardır. Hemşirenin verdiği bakımın kuram ve kavramlara dayanması gerekir. Ida Jean Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı hasta ve hemşire arasında kurulan iletişim yoluyla hastanın gereksinimlerinin karşılanması temeline dayanır. Bu olguda, kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatmakta olan postpartum dönemdeki bir kadına Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı kapsamında verilen bakımın örneğine yer verilmiştir. Olgu, erken postpartum dönemde olan bir annenin bakımında hemşirelikte etkileşim kuramının kullanımına örnek oluşturmak için sunulmaktadır. Veriler, hasta görüşmeleri, araştırmacı gözlemi ve hasta dosyalarından toplanmıştır. Toplanan veriler ve hastanın sözel ve sözel olmayan davranışları doğrultusunda yardıma gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Modele göre uygulanan amaçlı hemşirelik süreci, hastanın günlük yaşam gereksinimlerinin karşılanmasında yarar sağlamıştır.

ABSTRACT

Nursing is a profession that based on theory, research and practices. The main aim of the nursing profession is to use current scientific knowledge in the care given to patients or healthy individuals. Nursing care should be based on theories and concepts. Ida Jean Orlando's Theory Nursing Interaction is based on meeting the needs of the patient through communication between the patient and the nurse. In this case report, an example of the care given to woman in postpartum period at obstetric clinic outpatient with Orlando's Theory Nursing Interaction. This model was used to example of the use of nursing interaction theory in the care of a mother in early postpartum period. Data were collected from patient interviews, researcher observation and patient files. It was determined that the patient needed help according to the collected data and verbal and nonverbal behaviors of the patient. The purposeful nursing process applied according to the model was beneficial in meeting the daily life needs of the patient.

Kaynak Gösterimi: Dündar, T., ve Gerçek, E. (2020). Hemşirelikte etkileşim kuramının postpartum dönemde kullanımı: Bir olgu sunumu. *EGE HFD*, 36(1), 67-72.

How to cite: Dündar, T., and Gerçek, E. (2020). Utilization of nursing interaction theory in postpartum period: a case report. *EGE HFD*, 36(1), 67-72.

GİRİŞ

Hemşirelik, bireyin sağlığı tehdit altında olduğunda, bu tehdidi ve gerginliği ortadan kaldırma ve bireyin yaşantısının her yönünde denge sağlamada görev alan bir meslektir. Hemşireler, bu görevi yerine getirirken bireyde baskı yapan unsurları azaltma, fiziksel, sosyal ve psikolojik çevresini yönetme, uyum ve savunma mekanizmalarını koruma ve destekleme süreci içine girer (Ünsal, 2017). Bu süreç içerisinde kendi mesleğine özgü bir hemşirelik süreci kullanarak bireyin sorununu çözmeye odaklanır.

Hemşirelik süreci, birbirini izleyen bir dizi basamakla bireye ait problemleri çözme sürecidir. Hemşire, sürece bireyden veri toplayarak başlar. Daha sonra elde ettiği verileri değerlendirir, karşılaştırır ve sınıflandırır. Problemlerin ortaya konulması sonucu hemşirelik tanıları belirlenir. Hemşirelik tanısı, hemşirenin bireyin var olan ya da olası problemlerini bağımsız hemşirelik yaklaşımlarını kullanarak çözümlemesidir (Kacaroğlu Vicdan, 2010). Profesyonel bir meslek olan hemşirelikte, hemşirelik sürecinin kullanımı ve doğru uygulanabilmesi için araştırmalardan elde edilen sonuçların, kuram temelli bilgilerle ilişkilendirilmesi gereklidir. Böylece hemşirelik süreci içerisinde yapılan uygulamalar kavramsal bir çatıya sahip olur (Mc Even ve Wills, 2011).

Hemşirelik, temelinde felsefe, kuram, uygulama ve araştırma olan bir meslektir. Kuramlar, hastadan toplanan verilere bir bakış açısı getirerek, gruplandırılıp anlamlandırılmasını sağlar. Hemşirelik kuramları insan, toplum, sağlık ve hemşirelik olarak dört temel kavram üzerine kuruludur. Bu kavramlar aynı zamanda hemşirelik uygulamalarını da belirler. Her bir hemşirelik kuramı dört temel kavramı değişik varsayım ve değerler yönünden ele alır (Velioglu, 2012). Hemşirelik kuram ve modelleri, bireyi odak noktasına koyarak hemşirelik uygulamalarının mesleksel boyut içinde değerlendirilmesini sağlar. Ayrıca, hemşirelik bilgisini ve uygulamalarını sistematik bir şekilde sokarak hemşireye rehberlik eder (Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014).

Ida Jean Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı

İrlandalı bir Amerikalı olan Ida Jean Orlando, eğitimi sonrası uzun yıllar hemşirelik ve akademisyenlik yapmış, çalışmalarından ve deyimlerinden yola çıkarak etkileşim kuramını oluşturmuştur. Orlando'ya göre birey, hasta olduğu zaman ruh sağlığı da bozulur. Bu nedenle hangi alanda çalışırsa çalışsın tüm hemşirelerin ruh sağlığı kavramlarını iyi bilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Velioglu, 2012). Orlando'nun etkileşim teorisi hasta ve hemşire arasındaki karşılıklı ilişkinin/iletişimin önemine dikkat çeker (Hiçdurmaz, 2017).

Bireyler, ihtiyaçlarını kendilerine özgü bir biçimde ifade eder. Bu durum yer ve zamana göre değişiklik gösterebilir. Hastalar, bazen gereksinimlerini ifade etmede güçlük yaşayarak kendilerini dolaylı yoldan ifade etmeyi tercih ederler. Hemşire, böyle bir durumla karşılaştığında, hastanın kurduğu dolaylı iletişimi fark etmeli, iletişimi doğrudan ve açık bir iletişim haline getirmelidir. Hemşire, hastanın gereksinimlerini tek tek incelediğinde, hastanın sıkıntısı ve gereksinimleri arasındaki ilişkiyi anlayıp daha iyi bir hemşirelik bakımı sunabilir (Babacan Gümüş, 2014). Hangi hastalık olursa olsun hastanın davranışı iyileştirilirse, hastanın sağlık düzeyi artar ve hemşirelik bakımında amaca ulaşılması kolaylaşır (Gaudet ve Howett, 2018).

Orlando'nun hemşirelik süreci hastanın davranışı, hemşirenin tepkisi ve hastanın yararına planlanan hemşirelik girişimleri olmak üzere üç temel unsurdan oluşur. **Hastanın davranışı**, hemşire-hasta etkileşiminde anlık olarak hemşire tarafından gözlenen davranıştır. Bu davranışlar hem sözlü (ağlama, gülme vb.) hem de sözsüz (yemek yeme, yürüme, cilt rengi vb.) olanları içinde barındırır (Hiçdurmaz, 2017). Hemşire, hastanın sözlü ve sözsüz davranışları ile hastanın yardıma gereksinimi olup olmadığını belirler (Babacan Gümüş, 2014). Orlando özellikle, hastanın tedavi süreci ile ilgili vermiş olduğu red tepkilerinin, gerçek anlamda bir red olmadığını, aslında sıkıntısının bir işareti olduğunu ifade etmiştir. Hemşire bu davranışları görmezden gelmek yerine bu davranışlarla ilgilenmelidir. **Hemşirenin tepkisi**: Hemşire, hastanın davranışına ilişkin veri toplarken hastanın davranışlarını algılayıp otomatik olarak düşünce ve duygu oluşturur. **Hemşirenin girişimi**: hemşirenin kendi vermiş olduğu tepkisine yönelik geliştirdiği faaliyetlerdir. Hemşirenin girişimleri otomatik ve amaçlı olarak iki farklı şekilde görülebilir. **Otomatik hemşirelik süreci**; hastanın o anki gereksiniminden başka nedenlere yönelik kararlardır. **Amaçlı hemşirelik süreci**; hastanın o anki gereksinimini karşılamak için planlanan özel hemşirelik girişimleridir (Hiçdurmaz, 2017).

Tüm bunların yanı sıra; postpartum dönem, kadınların yeni bir rol üstlendikleri ve anne olmaya alışmak için çabaladıkları bir süreçtir. Aynı zamanda dokuz ay boyunca meydana gelen fizyolojik değişikliklerin tekrar gebelik öncesi döneme hızlıca geri dönme sürecidir. Bu dönemde kadınlar hem fiziksel hem de ruhsal açıdan meydana gelen değişikliklerle baş etmek için çaba sarf ederler. Bu dönemde anneler emzirme, uyku-dinlenme ve duygusal baş etme gibi konularda sorun yaşayabilirler. Annelerin sorunlarla baş etmelerinde yaşları, gebelik sayıları ve sosyal destek düzeyleri etkilidir (Bağcı, 2014). Postpartum dönem içerisinde hemşireler tarafından yapılan anne ve bebek izlemlerinde annelerin genel sistem değerlendirmelerinin yanı sıra ruhsal sağlığının da değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır (Üstgörel ve Yanikkerem, 2017). Annenin genel tutumu, yeterlilik durumu, sosyal destek durumu, bakım verme becerisi, yorgunluk düzeyi gibi durumlar değerlendirilmeli (Taşkın, 2014) ve gereksinimlerine uygun hemşirelik bakımı verilmelidir. Orlando'nun kuramı, hastadan gelen sözlü ve davranışsal tepkilere önem veren bir kuram olması nedeni ile postpartum dönemdeki annelerin özellikle ruhsal sorunlarının belirtilerinin fark edilmesinde faydalı olabilir.

Bu olgu sunumu, sağlığın sŸrdŸrŸlmesi, geliştirilmesi ve korunmasında ayrılmaz bir parça olan hemşirelik girişimlerinin bilimsel bir kuram alt yapısına dayandırılmasının gerekliliğine dikkat çekmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle, postpartum dönemde olan bir annenin davranışları değerlendirilerek, yaşadığı sorunlar ve gereksinimleri Ida Jean Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı'na göre belirlenmiştir. Olgu Ÿzerinden Orlando'ya zgŸ amaçlı hemşirelik sŸreci gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesinde bireyden szli onam alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında, lise mezunu ve ev hanımı lohusanın, bir yaşında bir çocuğu mevcuttur. Son adet tarihini bilmeyen lohusa, ultrasonografiye göre 36 haftalık gebe iken ağrı, kanama ve amniyon sıvısı gelişi ile acil servise başvurmuştur. Alınan ykŸsŸ ve yapılan fiziksel muayenesinde herhangi bir sistemik hastalığı, ilaç ve alerji ykŸsŸ bulunmayıp, madde kullanımının olduğu, gebeliği istemediği, eşinden ayrı yaşadığı saptanmıştır. Yapılan laboratuvar analizlerine göre; kan sonuçlarına dair bir sorun olmamakla birlikte idrar analizinde benzodiazepin varlığı tespit edilmiştir. Ajite olan ve saldırgan davranışlar sergileyen lohusa için doğum öncesi dönemde psikiyatri konsŸltasyonu istenmiştir. KonsŸltasyon sonrasında normal spontan vajinal doğum (NSVD) yapamayacağı ve doğum sırasında komplikasyon riski olabileceği nedeniyle kadın doğum uzmanı tarafından sezaryen doğum önerilmiştir. Daha nce NSVD yaptığı halde mevcut riskler sebebiyle sezaryen doğum yapan lohusanın 3200 gram ağırlığında, sağlıklı bir erkek bebeği olmuştur. Doğumdan sonra bebeği istemediği ve bebeğin annede madde kullanımı olması nedeni ile yenidoğan yoğun bakımda izlendiği öğrenilmiştir. Lohusanın refakatçisi bulunmamaktadır. Postpartum 1. gŸndeki değerlendirme sırasında yapılan lohusa fizik muayenesinde baş-boyun bölgesinin ve memelerin normal, fundusun umblikusun bir cm altında ve sert kıvamda olduğu, barsak sesinin mevcut olduğu ve gaita çıkışının olmadığı saptanmıştır. Lohusanın perine bölgesinin değerlendirilmesinde herhangi bir anormal bulguya rastlanmamıştır. Ancak hem loşia takibinin yapılması hem de bireysel hijyeninin sağlanması açısından gerekli olan ped veya hasta bezini kadının kullanmadığı ve i çamaşırını giymediği gözlemlenmiştir. Sabah mevcut olan idrar sondası gŸn içerisinde çıkarılmış ve spontan idrarın var olduğu saptanmıştır. Alt ekstremitte muayenesinde varis ve iki bacak arasında ısı ya da renk farkına rastlanmamıştır. Lohusanın gŸn içerisinde kan basıncı sŸrekli 90/60-90/50 mmHg, nabızı 62-66 atım/dk arasında seyretmiştir.

Lohusaya bakım verilen sŸre içerisinde, gŸn boyunca sŸrekli uyuduğu, postpartum birinci gŸnde olmasına rağmen ameliyat nlŸgŸnŸn Ÿzerinde olduğu, mobilize olmadığı, iletişim kurmak istemediği, iletişim kurduğunda kısa cŸmleler kurduğu ve göz temasından kaçındığı gözlemlenmiştir. Ayrıca lohusaya, kıyafetlerinin giydirilmesi konusunda öneride bulunulduğunda ilk seferde "daha sonra" demiş, ikinci teklif sonrası "giyinelim diyorsun ama amaşırım yok" gibi cŸmleleri agresif tavırlarla kurmuş ve bağırmış, mobilize olması gerektiği konuşulurken sakin olmasına rağmen bir anda "ağrım var" diye bağırarak aşırı tepki vermiş, yoğun bakımdaki bebeği için sŸt sağmayı ve bebeğini görmeyi istememiş, bebekten bahsedilince hırımlaşmıştır. Lohusadaki sözel ve sözel olmayan davranışlara yönelik verilen kuram temelli bakım, Orlando'nun amaçlı hemşirelik sŸreci uygulama basamaklarına göre dizayn edilmiş ve aşağıda sunulmuştur.

TARTIşMA

LiteratŸrde, Ida Jean Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı'nı hem olgu sunumu hem de araştırmalarda kullanımı ile ilgili örnekler mevcuttur ([Abdoli ve Safavi, 2010](#); [AkyŸz ve ark, 2017](#); [Can ve ark, 2019](#); [Uslu ve ark, 2016](#)). Kuramın kronik hastalık ya da kanser tanısı almış bireylerde kullanımı ile ilgili olgu sunumları grŸlmektedir ([AkyŸz ve ark, 2017](#); [Can ve ark, 2019](#); [Uslu ve ark, 2016](#)). Hemşirelikte Etkileşim Teorisi erevesinde Tip 1 diyabetli bir adölesana verilen bakım örneğinde, hastanın gereksinimleri karşılandıkça sözel ve sözel olmayan davranışlarında olumlu değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Hatta bireyin hastalık yönetimine uyumunun arttığı da saptanmıştır ([Uslu ve ark, 2016](#)). Tip 2 diyabetli bir hastanın davranışları değerlendirilerek kuram çerçevesinde hemşirelik bakımı verilen başka bir vakada da hastanın gereksinimlerinin karşılanması sonrası davranışlarında olumlu yönde değişim ve hastalık yönetimine uyumunda artma sağlanmıştır ([Can ve ark, 2019](#)). Kuramın leiomyosarkom tanılı bir gebede kullanımı da iletişimin kanser ve gebelik sŸrelerine uyumda kolaylık ve ambivalan duyguların yönetiminde destek sağladığını ortaya koymuştur ([AkyŸz ve ark, 2017](#)). Hemşirelik ğrencileri ile yapılan kuram temelli bir çalışma, kuramın öğrencilere öğretilmesinin iletişim becerilerini ve verecekleri bakımın kalitesini arttırabileceğini belirlemiştir ([Abdoli ve Safavi, 2010](#)).

Bu olgu sunumunda, erken postpartum dönemde olan bir anne ile kuram çerçevesinde grŸřmeler yapılmış ve hastanın iletişim kurma sorunu, kendini izole etme gibi sorunlarında olumlu ilerlemeler yaşandığı grŸlmŸřtŸr. Postpartum dönem, kadınların yeni bir rol Ÿstlendikleri ve anne olmaya alışmak için çabaladıkları bir sŸretir. Aynı zamanda dokuz ay boyunca meydana gelen fizyolojik değişikliklerin tekrar gebelik öncesi döneme hızlıca geri dönme sŸrecidir. Bu dönemde kadınlar bir yandan hem fiziksel hem de ruhsal açıdan meydana gelen değişikliklerle baş etmek için çaba sarf ederlerken bir yandan da emzirme, uyku-dinlenme ve duygusal baş etme gibi konularda sorun yaşayabilirler ([Bağcı, 2014](#)).

Tablo 1. Hasta İzlemi ve Yapılan Girişimler

GÖZLEMLER

Doğrudan Gözlemler: Hemsirenin Hastanın Davranışına Yönelik Tepkisi

Hastanın Sözel Olmayan Davranışları

- ✓ Lohusanın gün boyunca sürekli uyuması
- ✓ Mobilize olmaması
- ✓ Postpartum birinci günde olmasına rağmen ameliyat önlüğünün üzerinde olması
- ✓ Lohusanın hasta bezi/ped/alt iç çamaşırı giymemiş olması.
- ✓ Karşı taraf istemedikçe iletişime geçmemesi. İletişime geçtiğinde kısa cümleler kurması ve göz temasından kaçınması.

Hastanın Sözel Davranışları

- ✓ Lohusaya üzerinin giydirilmesi konusunda öneride bulunulduğunda ilk seferde “*daha sonra*” demesi, ikinci teklif sonrası “*giyinelim diyorsun ama çamaşırım yok*” gibi cümleleri agresif tavırlarla kurması ve bağırması.
- ✓ Lohusayla mobilize olması gerektiği konuşulurken sakin olmasına rağmen bir anda “*ağrım var*” diye bağırması ve aşırı tepki vermesi.
- ✓ Yoğun bakımdaki bebeği için süt sağlamak istememesi
- ✓ Bebeğini görmek istemediğini ifade etmesi ve bebekten bahsedilince hırçınlaşması.

Dolaylı Gözlemler: Hastanın Davranışı İle İlgili Diğer Bilgiler

- ✓ Lohusa, klinikte yattığı günden beri bakım veren hemşirelerle lohusanın durumu tartışılmış ve benzer davranışlar sergilediği öğrenilmiştir.

FAALİYETLER

Hemsirenin Faaliyeti: Amaçlı Hemsirelik Süreci

Doğrudan Yardım

- ✓ Lohusaya, kendini mutsuz ve kötü hissetmesinin nedenlerinden birinin üzerindeki önlük olabileceği, bunu çıkardığı takdirde koridorda daha rahat yürüebileceği söylenerek üzerini değiştirmesi konusunda desteklenmeye çalışıldı. Lohusanın servis odasında bulunan banyoda üzerindeki ameliyat önlüğünü çıkarmasına yardım edilerek, üzerine kıyafet giymesi sağlandı.
- ✓ Mobilize olmasını sağlamak için, yataktan kalkıp odaya ve koridorda yürüdüğü takdirde barsaklarının rahatlayacağı, karın ağrısının azalacağı, kendisini daha rahat hissedeceği ve bebeğini görmeye gidebileceği kısa ve net cümleler kurularak anlatıldı.
- ✓ Bireysel hijyenini sağlaması açısından banyoda elini-yüzünü yıkaması için yardım edildi.
- ✓ Dolaşım ve barsak fonksiyonlarının daha iyi olması için sıvı alımı konusunda sözel olarak cesaretlendirildi, su ve meyve suyu içmesi sağlandı.
- ✓ Postpartum erken dönemde perine hijyenin önemi anlatılarak, ped kontrolü ve değişimi konusunda yardım edildi.
- ✓ Anne-bebek bağlanmasını sağlayabilmek amacıyla yoğun bakımda olan bebeğini görmesi, dokunması ve ilk besininin mutlaka anne sütü olması gerekliliği ifade edildi.
- ✓ Yapılan tüm girişimlerde anne ile göz teması kurularak, yumuşak bir ses tonu ile ona anlaşılacak istendiği mesajı verilerek iletişim kurulmaya çalışıldı.
- ✓ Tüm girişimler anneyi yormayacak ve iletişim ve davranış problemleri oluşturmayacak şekilde planlanarak, anne için uyku ve dinlenme periyotları ayarlandı.
- ✓ Bebeğini emzirmek istemeyen anneye en iyi besinin anne sütü olduğu, en azından sütünü sağıp hemşireler tarafından bebeğine verilmesinin sağlanabileceği konuşuldu. Buna rağmen süt sağlamayı da reddeden lohusanın hekimi ile görüşülerek süt salgılanmasını baskılamak konusu görüşüldü.
- ✓ Bebeğini yoğun bakım ünitesine giderek görmesi konusunda cesaretlendirildi.

Dolaylı Yardım

- ✓ Lohusanın hijyenini sağlaması için gerekli olan iç çamaşırı ve ped klinik çalışanları tarafından hastane dışından temin edilmiştir.

RAPORLAMA

Gereksinimleri Karşılandıktan Sonra Hastanın Davranışındaki Gelişme *Sözel Olmayan Davranışları*

- ✓ Sürekli olan uyku halinin azalması
- ✓ İletişime daha istekli ve açık olması
- ✓ Sık sık mobilize olması
- ✓ İletişim sırasında göz teması kurmaya başlaması
- ✓ Genel hijyeni konusunda daha dikkatli davranmaya başlaması.

Sözel Davranışları

- ✓ Lohusanın kendisi ile ilgilenildiği için teşekkür etmesi
- ✓ Ağrılarının geçtiğini söylemesi
- ✓ Artık daha az uyuduğunu ifade etmesi
- ✓ Sütünü sağlamak istemediği ve bebeğini görme konusunda henüz karar vermediğini, düşünceğini belirtmesi.

KAYIT TUTMA

- ✓ Lohusanın davranışlarının gerçek nedenleri incelendiğinde; postpartum dönemde olmasına rağmen tek başına kalmasının, istemediği bir bebeği dünyaya getirmiş olmasının verdiği sıkıntılar olduğu düşünülmüştür. Lohusanın gereksinimleri karşılandığında sözel ve sözel olmayan davranışlarında olumlu yönde ilerlemeler görülmüştür.

Gebelik sırasında ruhsal hastalığa sahip olma gebenin öz bakımını, beslenmesini ve genel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Gebelikte yetersiz kilo alma, sigara, alkol ya da madde kullanma gibi olumsuz davranışlar görülebilir (Öztürk ve Aydın, 2017). Yaşanan olumsuz davranışlar sadece annenin sağlığını etkilemekle kalmayıp bebeğin sağlığının da olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, postpartum depresyon görülme riskini de artırabilmektedir. Postpartum dönemde var olan ruhsal sorunlar ise maternal bağlanmada sorunlara yol açabilmektedir (Öztürk ve Aydın, 2017; Çankaya ve ark, 2017). Bu gibi durumların erken tespit edilmesinde hemşirenin rolü büyüktür. Hasta ile sürekli etkileşim ve iletişim içerisinde bulunan hemşirelerin, hastanın davranışlarını dikkatli bir şekilde yorumlaması ve eleştirel düşünme becerisini kullanması önemlidir. Ancak kliniklerde hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması (Çiçek Korkmaz ve Argon, 2018) nedeni ile hemşireler, tedavi yükünün altında ezilmekte ve hastadan yeterli veri toplayamayarak bakım verici rollerine gereken zamanı ayıramayabilmektedir. Bu durum da hastanın gereksinimlerinin karşılanmadan taburcu olmasına yol açabilmektedir.

Postpartum dönem içerisinde hemşireler tarafından yapılan anne ve bebek izlemlerinde annelerin genel sistem değerlendirmelerinin yanı sıra ruhsal sağlığının da değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır (Üstgörel ve Yanikkerem, 2017). Annenin genel tutumu, yeterlilik durumu, sosyal destek durumu, bakım verme becerisi, yorgunluk düzeyi gibi durumlar değerlendirilmeli (Taşkın, 2014) ve gereksinimlerine uygun hemşirelik bakımı verilmelidir. Bu nedenle bu olguda sunulan kuram temelli hemşirelik süreci örneğinin, postpartum dönemde olan bir kadına yönelik verilecek hemşirelik bakımında hemşirelere katkı sunacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Hemşirelik kuram ve modellerinin hasta bakımında uygulanması bakımın kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktadır. Kurama dayalı bakım verilmesi, aynı zamanda hemşirelerin de iş doyumunun artması üzerinde etkili olabilmektedir. Orlando'nun teorisine göre; birey hasta olduğunda ruh sağlığı da bozulduğu için, hangi alanda çalışırsa çalışsın tüm hemşireler hastanın iletişim sürecini iyi değerlendirmelidir. Olgu sunumunda da görüldüğü gibi kadın sağlığı ve hastalıklarında Orlando'nun Etkileşim Kuramı kullanımı ile hastanın yardım gereksinimi fark edilmiştir. Hemşirelik girişimleri modelde yer verilen amaçlı hemşirelik sürecine göre planlanmış ve sonuçta hastanın davranışlarında olumlu bir iyileşme süreci örülmeye başlanmıştır. Bu doğrultuda Orlando'nun Etkileşim Teorisi'nin ruh sağlığı hemşireliği alanı dışında da kullanılabileceği söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Abdoli, S., Safavi, SS. (2010). Nursing students' immediate responses to distressed clients based on Orlando's theory. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(4), 178. PMID: 21589792
- Akyüz, E., Uğurlu, Z., Çevik, B., Yaman, Ç., Ayhan, A. (2017). Leiomyosarkom tanılı bir gebenin Ida Jean Orlando'nun etkileşim modeline göre incelenmesi: Vaka sunumu. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 2(1), 73-78.
- Babacan Gümüş, A. (2014). Hemşirelik kuram ve modelleri. O Çam, E Engin (Ed.). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı kitabı* içinde (s.67-69). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Bağcı, S. (2014). *Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Can, S., Yıldırım Usta, Y., Can Çiçek, S. (2019). Orlando'nun hemşirelik süreci teorisi'nin uygulamada kullanımına bir örnek: olgu sunumu. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 11(1), 46-48.
- Çankaya, S., Dereli Yılmaz, S., Can, R., Değerli Kodaz, N. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 232-240
- Çiçek Korkmaz, A., Argon, G. (2018). Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumlarının incelenmesi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(24), 1695-1706.
- Gaudet, C., Howett, M. (2018). Communication and technology: Ida Orlando's theory applied. *Nursing Science Quarterly*, 31(4), 369-373. doi: 10.1177/0894318418792891.
- Hiçdurmaz, D. (2017). Ida Jean Orlando: Hemşirelik süreci teorisi. A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri kitabı* içinde (s. 257-286). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kacaroğlu Vicdan, A., Gülseven Karabacak, B. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 255-259.
- McEwen, M., Wills, EM. (2011). *Theoretical basis for nursing*. United States: Lippicott Williams ve Wilkins.
- Öztürk, N., Aydın, N. (2017). Anne ruh sağlığının önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2, 29-36.
- Taşkın, L. (2014). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. (14. Baskı) Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Uslu, N., Bayat, M., Variyenli, N., Arıcan, F., Hatipoğlu, N. (2016). Orlando'nun etkileşim teorisinin uygulamada kullanımına bir örnek: tip 1 diyabetes mellitus. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 3(1), 64-70.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-25.
- Üstgörlü, S., Yanikkerem, E. (2017). Postpartum dönemde kadınların psikososyal durumları ve etkileyen risk faktörleri. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 61-68.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. (1. Baskı) İstanbul: Alaş Ofset.
- Vicdan Kacaroğlu, A. (2010). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi*, 2, 106-118.

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

DERGİ HAKKINDA

Derginin Tanımı

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (EGEHFD) 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik” bağlamında yayımlanmaktadır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından açık erişimli, Nisan, Ağustos ve Aralık olmak üzere yılda üç sayı/bir cilt hakemli bilimsel bir dergi olarak yayımlanır. Dergi bilimsel yayın hayatına 1985 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi adıyla başlayarak, ulusal alanda yayımlanan ilk hemşirelik dergileri arasında yer almaktadır. Hemşirelik Yüksekokulu’nun fakülteye dönüştürülmesi sonrası, 2011 yılında yayın adı “Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi” olarak değiştirilmiştir. Hakemli dergiler içerisinde yer alan dergi yayın kurulu, sorumlu bir baş editör, yardımcı editörler ve dokuz alan editöründen oluşmaktadır.

Dergi, Türkiye Atıf Dizini (Diğer İndeksler) ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBİAD) kapsamında taranmaktadır.

Dergi Künyesi

Önceki Başlığı: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi

Önceki Adıyla Yayımlandığı Yıl Aralığı: 1985-2011

ISSN: 2147-3463

e-ISSN:2667-6648

Amaç ve Kapsam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;

- Bilimsel araştırma ve yayın okuryazarlığını arttırma,
- Bilimsel normlara ve bilim etiğine uygun, nitelikli ve özgün araştırma sonuçlarının meslektaşlar ve ilgili disiplinlerle paylaşılmasında aracı olma,
- Bilimsel platformda iletişimi geliştirme ve güçlendirme amacı ve idealleriyle yayın hayatını sürdürmektedir.

Hemşirelik bilim alanı ve uzmanlıkları ile ilgili olmak üzere bakım etkileşimindeki disiplinleri kapsayan özgün araştırma raporları, derlemeler, ileri çözümlenme derlemeleri (sistemik derlemeler ve meta analizler) ve olgu sunumları derginin kapsamındadır. Derginin hedef kitlesi farklı uygulama alanı ve uzmanlık düzeyindeki hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve sağlık ekibinin diğer üyeleridir.

Yayın Politikası

EGEHFD’ye açık erişimli ve tam metin kayıt edilebilir şekilde, internet aracılığıyla Dergipark Dizini üzerinden ücretsiz olarak ulaşılmaktadır.

Açık Erişim Politikası

EGEHFD Açık Erişim politikası kapsamında yayımlanmaktadır. Açık Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire>

Genel İlkeler

EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen makalelerde tüm değerlendirme süreci çift-körleme ile hakemler ve yazarların kimlik bilgileri gizli tutularak sürdürülür. Süreç tamamlandıktan sonra yazının kabul edilip edilmediği sorumlu yazara bildirilir.

Değerlendirme Süreci

Makalelerin değerlendirilmesi internet üzerinden makale gönderim sistemine başvuru süreciyle başlar. Yazar ekibi, araştırmanın başlığı, araştırmacılara ait bilgiler ve araştırmayla ilgili önceki akademik geçmiş bilgisini içeren bir *Başlık Sayfası dosyasını*, Türkçe ve İngilizce başlık ve özetlerin yer aldığı yazar ve kurum bilgilerinin gizli tutulduğu bir *Ana Metin dosyasını*, özgün araştırmalar için *Etik Kurul Onay Formunu* ve *Telif Hakkı Yazar Onay Formunu* sisteme yükler. Yazar ekibinin başvuru koşullarının uygun şekilde yerine getirildiğini teyit ettikleri *Son Kontrol Listesinin* sisteme yüklenmesi ile başvuru süreci tamamlanır.

Yazar Sorumluluğu

EGEHFD’de ifade edilen beyanlar ve görüşler, yazar(lar)ın sorumluluğundadır. Yayımlanacak metnin bilimsel dili ve yürütülen araştırmanın etik gereklilikleri karşılama sorumluluğu yazarlara aittir. Yazar ekibinin araştırma yöntemlerine uygun şekilde standart uygulama kılavuzlarını dikkate alması ve metnin buna uygun bir akışla sunulması gerekmektedir (Randomize kontrollü çalışmalar için CONSORT, sistematik derleme ve meta-analiz araştırmaları için PRISMA gibi). Düzenlenmiş ana metin ilk başvuru sırasında gerekli gösterilen tüm koşulları sağlamalı ve derginin yazım kuralları çerçevesinde makale için gerekli bölümler, başlıklar ve kaynaklarda yer alan bilgiler metnin anonimlik ilkesini ihlal etmeyecek şekilde yazar ve kurum isimlerine yer verilmeden sunulmalıdır.

Yazar(lar), dergi yayın sürecine başvuru ile birlikte EGEHFD Yayın Kurulu’nun gerekli gördüğü değişikliklerin yapılacağını veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişikliklerin yapılabileceğini onaylamış olur. Değerlendirme sonucu metinlerinde düzenleme talep edilen yazar(lar), tüm hakemlere ait düzenlemeleri içerecek şekilde **kırmızı renk** ve **altı çizili** olarak vurgulanarak gerekli düzenlemenin yapıldığı tek bir Microsoft Word dokümanını **iki hafta** içerisinde sisteme yüklemekle sorumludur. Hakem değerlendirmeleri sonucu düzenlenmiş metnin sisteme yüklenmesi sırasında düzenlemelere ilişkin ayrıntılı bilginin yer aldığı *«Editör ve Hakemlere Bilgilendirme»* adlı bir notun da ayrıca sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Editör ve Hakem Sorumluluğu

Başvuruların tamamlanmasının ardından ön kontrol basamağında, derginin yardımcı editörleri aracılığıyla metnin intihal ve teknik uygunluk açısından hakem değerlendirmesine uygunluğu değerlendirilir. Özgünlüğü intihal programı aracılığıyla raporlanan ve başvuru koşullarını karşılayan metinler alan editörlerine yönlendirilerek bilimsel değerlendirme süreci başlatılır.

Bilimsel değerlendirmeye ilişkin ilk değerlendirmeyi alan editörü yaptıktan sonra hakem değerlendirmelerine sunar ve gelen değerlendirme sonuçlarını Dergipark sistemi aracılığıyla başvuruyu takip eden on iki haftalık süre içerisinde yazara bildirir. Düzenleme talebinin yerine getirilmesine ilişkin yazardan kaynaklı gecikmeler makalenin reddi için bir neden olarak kabul edilir. Her bir makale metni, alanında uzman üç bağımsız hakem tarafından incelenip yayımlanması uygun bulunan metinler alan editörünün onayının alınmasının ardından, baş editöre yönlendirilir. Makalenin yayımlanmasında son karar EGEHFD Baş Editörüne aittir.

Yayın Etiği ve Bilimsel Sorumluluk

EGEHFD, yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır ve Committee on Publication Ethics (COPE) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından geliştirilen ilkeleri benimser; konuyla ilgili aşağıdaki kılavuzların izlenmesini tavsiye eder (<http://www.icmje.org/recommendations>, <https://publicationethics.org/resources/guidelines>).

Yayımlanmak üzere gönderilen makaleler özgün, yayımlanmamış ve aynı anda farklı bir dergiye değerlendirmek amacı ile gönderilmiş olmamalıdır. Etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayımdan çıkarılır. İntihal programıyla taranan metnin, kaynaklar hariç benzeşim oranının %20’ in üzerinde olmaması gerekmektedir.

EGEHFD, 1975 Helsinki Deklarasyonu’nun 2013 yılında revize edilen İnsan Deneyleri Komitesi’nin etik standartlarına uymayı ilke edinmiş bir dergidir. Bu doğrultuda EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen özgün araştırma makalelerinin yerel ya da ulusal etik kurul onay yazılarının sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması

Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya maddi destek veren kurum varsa yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), başlık sayfasında bildirmelidir. Ayrıca yazar, çıkar çatışması söz konusu ise bu durum açıklanmalıdır. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri içinde akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik, finansal veya kurumsal bağlantılar yer almaktadır.

Dil

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi’nin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

YAZARLARA BİLGİ

MAKALENİN HAZIRLANMASINA YÖNELİK GENEL KURALLAR

MAKALENİN BİÇİMSEL ÖZELLİKLERİ

- Yayın dili, Türkçe ve İngilizcedir.
- Sözcük sayısı: Özgün Araştırma Makaleleri, Meta Analiz ve Sistemik Derlemelerde 6000-8000, Derleme ve Olgu Sunumlarında 3000-5000 kelime ile sınırlandırılmalıdır.
- Kaynak sayısı, tüm makalelerde en fazla 50 ile sınırlandırılmalıdır.
- Sayfanın kenar boşlukları sağdan, soldan, üstten ve alttan 2,5 cm olacak biçimde düzenlenmelidir.
- Başlık ve paragraf girişleri sola yaslı, makalenin tamamı ise iki yana yaslı olacak şekilde biçimlendirilmelidir.
- Ana metin 12 punto, öz, kaynaklar, tablolar ve şekiller 10 punto, çift satır aralıklı ve Times New Roman yazı tipinde yazılmalıdır.
- Ana başlıklar; tüm harfler büyük ve koyu olmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar; sola yaslı, koyu ve ilk harfleri büyük olacak biçimde, alt başlıkların altındaki diğer başlıklar; bir tab içeride, koyu ve ilk harfi büyük diğer harfler küçük olacak biçimde yazılmalıdır.
- Başlık sayfası ve ana metin ayrı iki Microsoft Word dosyası olarak sunulmalıdır. Ana metin; başlık, öz, abstract ve anahtar kelimeler ile başlamalı, metin, kaynakça, tablolar, şekiller ve varsa ekler olarak sunulmalıdır.
- Başlık sayfasından başlanarak tüm sayfalar numaralandırılmalıdır. Sayfa numarası sayfanın sağ alt köşesinde verilmelidir.
- Tablolar metinde kullanılış sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tablo numarasından sonra nokta ve bir karakter boşluk bırakılmalı, kelimelerin ilk harfi büyük olacak biçimde ismi tablonun üzerine yazılmalıdır.
- Tüm makalelerde tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş olmalıdır.
- Şekil ve grafik başlıkları yazılırken ilk harf büyük diğer harfler küçük olacak biçimde şekil ve grafiklerin altında yer almalıdır.
- Şekiller dijital formatlı, 300 DPI çözünürlüğünde ve .jpeg kayıtlı olmalıdır. Tablo, şekil ve grafikler, her biri ayrı sayfada ve kaynaklardan sonra yer almalıdır. Her bir tablo, şekil ve grafiğe metin içerisinde atıfta bulunulmalıdır.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise kaynak belirtilmelidir.
- Virgül ve noktadan önce boşluk bırakılmamalıdır.
- () ve “ ” gibi işaretlerle belirtilen cümle ya da kelimelerden önce ve sonra boşluk bırakılmamalıdır.
- Ondalık sayılar yazılırken nokta kullanılmalıdır.
- Yüzde (%) ile ifade edilen rakamlarda % ile rakam arasında boşluk bırakılmamalıdır.
- Çeşitli istatistik veriler simgeleriyle gösterilmelidir. Varyans analizi değerleri (F), istatistiksel değerler (n, %) gibi.
- Kısaltmalar Başlıkta ve Öz’de kullanılmamalı, metin içinde açıklamaları ilk kullanıldıkları yerde verilmeli ve parantez içinde kısaltması yazılmalıdır. Kısaltma sayısı mümkün olduğunca az olmalıdır.
- Yazılar “.doc” şeklinde kaydedilmeli Word belgesi olarak gönderilmelidir. “PDF” formatında gönderilmemelidir.

MAKALENİN BÖLÜMLERİ:

Başlık Sayfası

Metnin **Türkçe ve İngilizce** tam adı yalnızca ilk harfleri büyük, koyu ve ortaya hizalanmış olarak, bir alt satıra da **yazarların ismi** aynı biçimde yazılır. Yazarların, unvanları, çalıştığı kurum adı ve adresi, iletişim bilgileri (tel, fax ve e-posta adresleri ve ORCID bilgileri), tüm yazarların makaleye katkısı ve varsa çıkar çatışması hakkındaki bilgi alt satıra geçildikten sonra sola yaslı biçimde yazılmalıdır. Gönderilen makale hakkındaki bilgi (bilimsel toplantıda sunulması, fon desteği alınması veya tez çalışmasından üretilmesi gibi) yazar bilgilerinin altında yer almalıdır.

Öz/Abstract

- Tüm yayın tiplerinde ilk sayfa, en fazla 250-300 kelimedenden oluşan öz, abstract ve anahtar kelimelerden oluşur.
- Araştırma yazılarında öz “Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç ve Anahtar Kelimeler”; abstract “Objective, Methods, Results, Conclusion ve Key Words” alt başlıklarından oluşmalıdır.
- Derleme makalelerinin öz ve abstract bölümü; giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır.
- Olgu Sunumunun Öz ve Abstract bölümü; olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik bakımına yönelik süreçleri içermelidir.
- Türkçe ve İngilizce olarak en az üç en fazla beş tane anahtar kelime verilmelidir. İlk anahtar kelime büyük harfle başlamalı, diğer kelimelerin ilk harfi küçük yazılmalı, kelimeler arasında noktalı virgül (;) olmalı ve son kelimenin bitimine nokta konulmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler “Türkiye Bilim Terimleri”ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>). İngilizce anahtar kelimeler “Index Medicus: Medikal Subject Heading (MeSH)” standartlarına uygun olmalıdır (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

Ana Metin

Özgün Araştırma Makalesi

Özgün araştırma makaleleri dergi kapsamına uygun konularda, özgün ve önemli bilimsel sonuçlar sunan, bilimsel araştırma sürecini tamamlamış, raporlandırılmış çalışmalardır. Özgün Araştırma makaleleri aşağıdaki bölümlerden oluşur:

- *Giriş: Bu bölümde konunun önemi ve dayandığı bilimsel düşünceler anlaşılır ve net olarak ifade edilmeli; ortaya konulan araştırma problemi güncel çalışmalar doğrultusunda açıklanmalı; probleme yönelik bilgi açığı ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Ardından araştırmanın amacı, hipotez(ler)i ya da araştırma soru(lar)ına yer verilmelidir.
- *Yöntem: Bu bölümde, araştırmanın tipi, yapıldığı yer, evren ve örnekleme, veri toplama tekniği ve araçları, verilerin değerlendirilmesi ve etik yönü yer almalıdır.
- *Bulgular: Bulgular, istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak araştırma hipotezlerini test edecek ya da sorularına yanıt verecek şekilde ve sistematik bir biçimde sunulmalıdır. Şekil ve tablolarda verilen bilgiler, gerekmedikçe tekrarlanmamalıdır. Bu kısımda sadece analiz sonuçları yer almalıdır.
- *Tartışma: Bu bölümde bulgular değerlendirilmeli ve sistematik biçimde sunulmalıdır. Elde edilen veriler ile araştırma soruları veya hipotezlerin hangilerinin doğrulandığı ya da doğrulanmadığı gerekçeler ile açıklanmalıdır. Çalışmanın sınırlılıklarından, eksik yönlerinden söz edilmelidir.
- *Sonuç: Bu bölümde konunun önemi kısaca vurgulanmalı; tekrara yer vermeden bulgulardan elde edilen sonuçların alana sağlamış olduğu yeni bilgi ya da katkısı özetlenerek gelecek çalışmalara öneriler sunulmalıdır.
- *Kaynaklar: Kullanılan tüm kaynaklar American Psychological Association (APA) 6 (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) kurallarına göre hazırlanmalı ve metnin sonunda ayrı bir sayfada alfabetik sıraya göre verilmelidir.
- *Tablolar: Tablolar çift satır aralıklı olmalı ve dikey çizgiler sütunları ayırmak için kullanılmamalıdır. Tüm kısaltmalar p değeri için (*, **) ve diğer semboller dipnotlarda tanımlanmalıdır. Her bir tablo kaynaklardan sonra ayrı bir sayfada yer almalıdır.

Meta Analiz ve Sistematik Derleme

Meta-analiz ve sistematik derleme makaleleri PRISMA Bildirimi (PRISMA Statement: Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis) (www.prisma-statement.org) kontrol listesine göre hazırlanmalı, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Kaynaklar bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme

Alanında birikimi ve çalışmaları olan uzman kişiler tarafından yazılması tercih edilen derleme makaleleri; güncel ve gereksinimlere yönelik konularda, ulusal ve uluslararası güncel kaynaklar doğrultusunda konuyla ilgili tartışmaların ve yazar görüşlerinin ortaya koyulduğu çalışmalardır. Bölümleri; Giriş, Konu Başlıkları ve Kaynaklar olarak sıralanmaktadır.

Olgu sunumu

Alana bilimsel katkı sağlayan ve önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. Olgu sunumu yazıları; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Kaynaklar ve gerekirse tablolardan oluşur. Yazılı bilgilendirilmiş onam alınmalı ve ana metinde belirtilmelidir.

Teşekkür

Yazının hazırlanmasında veya araştırmada katkısı bulunan kişi ya da kurumlara teşekkür edilebilir.

Kaynaklar

Referans Stili ve Formatı

Yazarlar, metin içinde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA 6 kurallarına (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) uygun olarak yazmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur.

Kaynakçada bulunan tüm kaynaklar metin içinde belirtilmelidir. Metindeki yazar adı ve tarih bilgisi, kaynakçadaki yazar adı ve tarih bilgisi ile birebir aynı olmalıdır.

Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir. Alfabetik sıralama yalnızca soyadın ilk harfine göre yapılmaz, aynı ilk harfe sahip kaynakların da kendi içerisinde harfe göre alfabetik olmaları gerekir. Tek yazarlı aynı yazarın yayınları yıllara göre geçmişten günümüze doğru sıralanır.

Yayın türlerine göre kaynak gösterme örnekleri aşağıda verilmiştir.

a) Türkçe Kitap

Karasar, N. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (28. Baskı) Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

b) Editörlü Kitap

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

c) İngilizce Kitap

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

d) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

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

e) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

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

f) Türkçe Makale

Yavuz Van Giersbergen, M., Geçit, S. (2017). Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalı uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 171-181.

g) İngilizce Makale

Ter, N., Yavuz, M., Aydoğdu, S., Kaya Biçer, E. (2015). The effect of 2 adhesive products on skin integrity used for fixation of hip and knee surgical dressings: a randomized controlled trial. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 42(2), 145-150.

h) Sekizden Fazla Yazarlı Makale

Unsal Atan, Ş., Oztürk, R., Gülec Satır, D., İldan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K. ... Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 18, 13-18. doi: 10.1016/j.srhc.2018.08.001

i) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

Düzgün, G., Karadakovan, A. (2018). Palyatif bakımda kanser rehabilitasyonu ve hemşirelik yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3), 103-118. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/602453>

i) Türkçe Tezler

Yavuz, M. (1998). *Günübirlik cerrahi hastalarının bakımı için hemşire bakım formu geliştirilmesi ve formun kalite güvenliğinin izlemi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

j) Kongre Bildirisi

Yavuz Van Giersbergen, M., Şahin Köze, B. (2018, Nisan). *Hemşirelik öğrencilerinin Operating Room Nursing Dersinde video ile konu anlatımı ve Kahoot kullanımına ilişkin görüşleri*. 21. Ulusal Cerrahi Kongresi 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde sunulan bildiri, Antalya.

k) Web sayfası, makale başlığı, bölüm başlığı

Hacettepe Üniversitesi Bilgi Okuryazarlığı Programı. (2010). Erişim adresi: <http://hubo.hacettepe.edu.tr/>

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
SON KONTROL LİSTESİ

1.Makalenin Türü

- Özgün Araştırma
- Derleme
- İleri Çözümleme Derlemeleri (Sistemik derleme, meta analiz)
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2.Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı ve başlıkta kısaltma kullanılmadı.
- 3.Tüm yazarların akademik unvanları, kurumları, yazışma adresleri, iş telefonları, cep telefonları, e-posta adresleri ve ORCID bilgileri belirtildi.
- 4.Tüm yazarı(lar)ın makaleye katkıları (fikir, tasarım, veri toplama ve/veya işleme, analiz ve/veya yorum, yazıyı yazma, eleştirel inceleme veya revizyon) listelendi.
- 5.Makale bilimsel bir toplantıda sunulmuş ise sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi.
- 6. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden üretildi ise Üniversite, varsa Enstitü ve yılı belirtildi.
- 7. Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum(lar) mevcut ise; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkinin olduğu (konsültan, diğer anlaşmalar) belirtildi.

Ana Metin

- 8.Türkçe ve İngilizce ile öz /abstract yazıldı ve özlere kısaltma kullanılmadı.
- 9. Araştırma makaleleri, meta analizi ve sistemik derlemelerde; sözcük sayısı 6000-8000 sözcük, derleme ve olgu sunumlarında 3000-5000 sözcük ve kaynak sayıları 50 kaynak ile sınırlandırıldı.
- 10.Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler öz/abstract sayfasının sonuna ilgili yere yazıldı.
- 11.Özetler ana metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı. Ana metinde yazarlara ait herhangi bilgi verilmedi.
- 12.Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eşanlamlılarına yer verildi.
- 13.Kısaltmalar kullanılmışsa metin içindeki ilk açık kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14.Makalelerde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.
- 15. Makale türleri için uluslararası geçerliliği olan standart kılavuzlarca sunulmuş yönergeler kullanıldı.
- 16.Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul iznine ilişkin geçerli evrak numarası eklendi.

Kaynaklar

- 17.Kaynak gösterimi metin içinde ve kaynakçada belirtilen kurallara (APA6) uygun olarak yapıldı.
- 18.Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi.

Tablo, Şekil/Grafik ve Resimler

- 19.Tablo, şekil, grafikler ve resimler kaynaklardan sonra ve her biri ayrı bir sayfada yer alacak şekilde verildi ve metin içinde atıfta bulunuldu.
- 20.Tablo başlıkları tablonun üzerinde verildi ve kelimelerin ilk harfi büyük yazıldı. Metinde kullanılış sırasına göre numaralandırıldı.
- 21. Şekil, grafik başlıkları şekil, grafiklerin altında verildi ve kelimeler küçük harfle başladı.
- 22. Tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş tane olacak şekilde sınırlandırıldı.
- 23. Şekil, grafik ve resimler dijital formatlı, .jpeg kayıtlı ve 300 DPI çözünürlükte olacak şekilde kullanıldı.

Tüm Makale

- 24. Metin dosyaları Microsoft Word dokümanı olarak sisteme yüklendi.
 - 25. Özgün araştırma makaleleri için Etik Kurul Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 26. Telif Hakkı Yazar Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 27. Son Kontrol Listesi kontrol edildikten sonra çıktı alınarak işaretlendi. Yayın başvurusu sürecinde taranarak sisteme yüklendi.
-