



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ



HİD

Florence Nightingale
Hemşirelik Dergisi

Florence Nightingale Journal of Nursing

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi

- Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir,**
- ULAKBİM Ulusal Atıf Sistemi ve Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır,**
- Yılda 3 sayı olarak yayınlanmaktadır,**
- Elektronik ortamda da yayınlanmaktadır.**

Yayınevi / Published by

NOBEL TIP KİTABEVLERİ LTD. ŞTİ. Millet Cad. No: 111 Çapa / İstanbul

Tel: 0212 632 83 33 E-posta: dizgi@nobeltip.com

Kapak Düzeni : Prof. Dr. Süleyman Veliöđlu Dizgi / Sayfa Düzenlemesi : Nobel Tıp Kitabevleri
Yerel sürekli yayın, yılda 3 kez yayınlanır. Baskı Tarihi : Ocak 2016 Baskı : Nobel Matbaacılık



Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi
Florence Nightingale Journal of Nursing

DERGİ YAYIN KURULU
EDITORIAL STAFF

SAHİBİ / OWNER
İ.Ü. F.N.Hem.Fak.'si Adına
Prof. Dr. Sevim BUZLU

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

EDİTÖR / EDITOR IN CHIEF

Prof. Dr. Nevin KANAN

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

EDİTÖR YARDIMCISI / ASSOCIATE EDITOR

Prof. Dr. M. Nihal ESİN

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

YAYIN KURULU / STAFF

Prof. Dr. Semra ERDOĞAN

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

Yard. Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

Yard. Doç. Dr. Tuluha AYOĞLU

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

Yard. Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing

İstatistik ve Epidemiyoloji Danışmanı / Statistics and Epidemiology Consultant

Prof. Dr. Rian DİŞÇİ

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Demografik Bilim Dalı
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Medicine

EDİTÖRLER KURULU
EDITORIAL BOARD

Doç. Dr. Süheyla ABAAN (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Neriman AKYOLCU (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Gülümser ARGON (Ege Üniv.)
 Prof. Dr. Zuhal BAHAR (Dokuz Eylül Üniv.)
 Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK (Marmara Üniv.)
 Prof. Dr. Ülkü BAYKAL (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL (Ege Üniv.)
 Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. Tülin BEDÜK (Ankara Üniv.)
 Doç. Dr. Hülya BİLGİN (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Gülçin BOZKURT (İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi)
 Prof. Dr. Gülbeyaz CAN (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. İkbal ÇAVDAR (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU (Hacettepe Üniv.)
 Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU (Atatürk Üniv.)
 Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ (Celal Bayar Üniv.)
 Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ (Marmara Üniv.)
 Doç. Dr. Gülümser DOLGUN (İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR (Marmara Üniv.)
 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. Nuray ENÇ (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Behice ERCİ (İnönü Üniv.)
 Prof. Dr. Firdevs ERDEMİR (Adıyaman Üniv.)
 Prof. Dr. İsmet EŞER (Ege Üniv.)
 Doç. Dr. Duygu GÖZEN (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM (Akdeniz Üniv.)
 Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Sevil İNAL (İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi)
 Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ (Kocaeli Üniv.)
 Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniv.)
 Doç. Dr. Hatice KAYA (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Hülya KAYA (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY (Hacettepe Üniv.)
 Doç. Dr. Yasemin KUTLU (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU (Cumhuriyet Üniv.)

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Ümran OSKAY (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN (Mersin Üniv.)
 Prof. Dr. S. Deniz ÖZTEKİN (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK (Karadeniz Teknik Üniv.)
 Doç. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU (Uludağ Üniv.)
 Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER (Dokuz Eylül Üniv.)
 Prof. Dr. Ümit SEVİĞ (Erciyes Üniv.)
 Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Fatma TÜFEKÇİ (Atatürk Üniv.)
 Prof. Dr. Özge UZUN (Kilis 7 Aralık Üniv.)
 Prof. Dr. Serap ÜNSAR (Trakya Üniv.)
 Prof. Dr. Meryem YAVUZ (Ege Üniv.)
 Doç. Dr. Saadet YAZICI (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Suzan YILDIZ (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FİNDİK (Trakya Üniv.)
 Doç. Dr. Ayten ZAYBAK (Ege Üniv.)

Yazışma Adresi / Correspondence Address

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Abide-i Hürriyet Cd. 34381
 Şişli / İstanbul
 Tel: 0-212- 4400000 / 27006
 Fax: 0-212-2244990
 e-mail: iufnhd@istanbul.edu.tr
www.dergipark.ulakbim.gov.tr

Derginin kısaltılmış adı "F.N. Hem. Derg." dir. Kaynak gösteriminde bu kısaltılmış ad yazılmalıdır.

Editörden Okura

Değerli Okurlar,

Dergimizin bu sayısında hemşirelik eğitimi ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili beş araştırma ve dört derlemeden oluşan özgün yazılara yer verdik. Ergenlerin yeme davranışları ile ilgili görüşlerinin belirlendiği, gazetelerde yayınlanan bebek ölüm ve istismar haberlerinin incelendiği, yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlaması algıları ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliğinin belirlendiği, yöneticilerin görev ve çalışan odaklı liderlik davranışları ve hemşirelerin iş doyumu, örgütsel bağlılığı ve iş stresi arasındaki ilişkinin incelendiği, hemşirelik öğrencileri ve klinik hemşirelerin klinik uygulamada öğrenciye yapılan rehberlik ile ilgili görüşlerinin belirlendiği araştırmaların yanı sıra, kontinans hemşirelerinin gelişen rollerinin uluslararası düzeyde irdelendiği, karaciğer transplantasyonu planlanan bir hastanın hemşirelik bakımında Roy'un Adaptasyon Modeli'nin kullanıldığı, bağlamsal model doğrultusunda çocuklarda obeziteyi etkileyen faktörler ve yenidoğanlarda göbek bakımında kanıta dayalı uygulamaların tartışıldığı derlemeler yer almıştır.

Yeni yılın sağlık, mutluluk ve başarı getirmesini diliyor, hemşirelik bakımının tüm yönlerini kapsayan yazılarınızı bekliyoruz.

Saygılarımla.

Prof. Dr. Nevin KANAN
Editör



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA MAKALELERİ / RESEARCH ARTICLES

Ergenlerin Yeme Davranışları ile İlgili Görüşleri: Niteliksel Çalışma

The Views of Adolescent about The Eating Behaviour: A Qualitative Study

Mehtap ALTUN, Yasemin KUTLU174-184

Gazetelerde Yayımlanan Bebek Ölüm ve İstismar Haberlerinin İncelenmesi

Examination of Baby Death and Abuse News Published in Newspaper

Zekiye KARAÇAM, Müge SAĞLIK, Dilek ÖĞÜT185-194

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Alguları Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliliği

Validity and Reliability of Turkish Version of The Pretest Intensive Care Nurses' Discharge Planning Perceptions Scale

Senem KUŞELİ DOST, Hülya KAYA195-202

Yöneticilerin Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları ve Hemşirelerin İş Tatmini,

Örgütsel Bağlılığı ve İş Stresi Arasındaki İlişki

Managers' Task-Oriented and Employee-Oriented Leadership Behaviors:

Effects on Nurse Job Satisfaction, Organizational Commitment and Job Stress

Ercan ERGÜN, Selma ÇELİK203-214

Hemşirelik Öğrencileri ve Klinik Hemşirelerin Klinik Uygulamada Öğrenciye Yapılan Rehberlik ile İlgili Görüşleri

Opinions of Clinic Nurses and Nursing Students about The Guiding to The Students in Nursing Practice

Sevil BİÇER, Yasemin Şadiye CEYHAN, Filiz ŞAHİN215-223

DERLEME MAKALELERİ / REVIEW ARTICLES

Kontinans Hemşirelerinin Gelişen Rollerinin Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi

Evaluation of The Developing Nursing Roles at The International Level

Şükran BAŞGÖL, Nezihe KIZILKAYA BEJİ224-230

Karaciğer Transplantasyonu Planlanan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımında Roy'un Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı

Using the Roy's Adaptation Model in Nursing Care of a Patient Who The Planned Liver Transplantation

Hatice ÖNER, Hatice DEMİRDAĞ, Neriman AKYOLCU, Nevin KANAN231-242

Bağlamsal Model Doğrultusunda Çocuklarda Obeziteyi Etkileyen Faktörler

Factors Affecting Obesity in Children: The Contextual Model

Leyla ERDİM, Ayşe ERGÜN, Sema KUĞUOĞLU243-251

Yenidoğanlarda Göbek Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar: Derleme

Evidence Based Practices for Umbilical Cord Care in Newborns: Review

Ayşe ŞENER TAPLAK, Meral BAYAT252-261

Ergenlerin Yeme Davranışları ile İlgili Görüşleri: Niteliksel Çalışma

The Views of Adolescent about The Eating Behaviour: A Qualitative Study

Mehtap ALTUN*, Yasemin KUTLU**

İletişim/Correspondence: Yasemin KUTLU Adres/Address: İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD, Abide-i Hürriyet cad. 34381, Şişli-İstanbul Tel: 0 212 440 00 00/27008 Fax: 0212 224 49 90 E-mail: kutluy@istanbul.edu.tr

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, ergenlerin yeme davranışıyla ilgili görüşlerinin belirlenebilmesi amacı ile niteliksel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yöntem kullanılarak gerçekleştirildi.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, İstanbul’da bir lise de öğrenim görmekte olan ve amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen 13 kız, 12 erkek toplam 25 öğrenci oluşturdu. Veriler, odak grup görüşmesi ile toplandı. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi, tümevarım içerik analizi ile yapıldı.

Bulgular: Çalışma sonucunda ergenlerin yeme davranışı ile ilgili görüşleri “ dengeli-dengesiz” ikili teması ve “ farkındalık” teması olarak belirlendi. Ergenler daha çok karbonhidrat ve yağ oranı yüksek besinleri fazla tükettiklerini; protein grubu besinlerin ise sağlık için daha yararlı olduğunu belirttiler. Ayrıca ergenlerin çoğu sabahları kahvaltı yapma alışkanlıklarının olmadığını; sınavlardan dolayı gün içinde uzun süre aç kaldıklarını; ailelerin sağlıklı yeme alışkanlığı için baskı uygulamasının, ergenlerle ebeveynler arasında çatışmaya neden olduğunu; sağlıklı olmanın toplum tarafından, beğenilmek, kabul görmek olduğunu, kız ergenler fiziksel görünüşünün, erkek ergenler egzersiz yapmanın önemli olduğunu belirttiler.

Sonuç: Bu araştırma, ergenlerin yeme davranışı ile ilgili görüşlerinin belirlenmesine, kendi bakış açılarını ve deneyimlerini sunmalarına olanak sağladı. Elde edilen bulgular doğrultusunda, okul, aile ve sağlık ekibi arasında iş birliği kuru-larak, ergenlerin daha sağlıklı yeme alışkanlıklarına yönlendirilmelerinin önemli olduğu vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: Ergen, yeme davranışı, niteliksel araştırma.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to understand the eating behaviours of adolescents. A Qualitative study using a phenomenological design was conducted.

Method: Thirteen female, twelve male in total 25 students recruited from the high school in Istanbul. Data were collected by focus group interviews. The inductive content analysis was used.

Results: The factors affecting the eating behaviour of adolescents were determined as “balanced-unbalanced” double schema and “awareness” schema. The adolescents explained that, they selected the foods which are fatty and high; however they said that the foods which include protein were more useful for health. They mentioned about didn’t have a breakfast in the mornings as regularly and spent time as hungry because of exams; they conflict with parents because the parents insisted on healthy eating; the healthy was described as being approved and accepted by the society: the female are interested in their physical appearance and the male are interested in doing exercise.

Conclusion: This study provides useful insights into the view about eating behaviours of adolescents. The findings of study provide the evidence it is thought that the adolescents might be guided in having healthy eating habits by providing collaboration between school, family and medical team.

Keywords: Adolescent, eating behaviour, qualitative research.

*Uzm. Hemşire T.C Sağlık Bakanlığı, Giresun Kamu Hastaneleri Birliği Prof. A. İlhan Özdemir Hastanesi, **Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 07.09.2015

Yazının basım için kabul tarihi: 23.10.2015

GİRİŞ

Sağlığın temelini oluşturan gereksinimlerden birinin, yeterli ve dengeli beslenme olduğu bugün herkes tarafından kabul edilen bir gerçektir (Baltacı, Ersoy, Karağaoğlu, Derman ve Kanbur 2006; Dölekoğlu ve Yurdakul 2004). İnsan gereksinimlerinin başında gelen beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı, üretken olabilmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarda vücuda alınması ve kullanılmasıdır (Özmen, Çetinkaya, Ergin, Şen ve Erbay 2007).

Beslenme her yaşam döneminde önemli bir gereksinimdir ve yeme davranışı bireyin, alışkanlıklarının yerleştiği dönem olan ergenlikte belirginleşmeye başlar (Küey 2008). Bebeklik döneminden sonra en hızlı büyüme ve gelişme ergenlik döneminde görülür (Demirezen ve Coşansu 2005). Bu dönemin özellikleri, hızlı büyüme, fizyolojik, ruhsal ve sosyal yönden gelişme ve değişimdir (Yavuzer 2000). Bu gelişme ve değişimler, ergenin düşüncelerini, çalışma durumunu, davranış ve alışkanlıklarını olumlu veya olumsuz şekilde etkileyebilir.

Ergenlik çağında bedende görülen bu hızlı büyüme ve değişim nedeniyle, beslenme gereksinimleri artar, buna paralel olarak da ergenlerde beslenme yaşamsal bir önem taşır (Özmen ve ark. 2007). Yeterli ve dengeli beslenme ergenlerin okul başarısını artırır, sağlıklı davranışlar geliştirmesinde rol oynar. Ergenlerde yerleşecek yanlış yeme alışkanlıkları, öğrenme, anlama ve kavrama ile ilgili zihinsel faaliyetleri olumsuz olarak etkileyebileceği gibi zayıflık veya dengesiz beslenmeye bağlı sorunları da beraberinde getirebilir. Hatta ileriki yaşam döneminde obezite, anoreksiya ya da bulimiya gibi yeme bozukluklarına neden olabilir (Canat 1998; Lindberg ve Hjern 2003; Yiğit 2006). Sağlıklı, genç, üretken ve dinamik bir nüfusun, sağlıklı bir toplumu oluşturacağı varsayıldığında, bu dönemde ki bireylerin yeme alışkanlıklarının incelenmesi ve sorgulanması önemlidir.

Araştırmalar, ergenlerin yeme davranışının gelişiminde cinsiyet, aile, sosyo-kültürel, biyolojik ve psikolo-

jik faktörlerin önemli rolü olduğunu göstermektedir (Baylan, Erol ve Kılıçoğlu 2009).

Ergenlerin yeme davranışlarını şekillendiren ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinde onların görüşleri önemlidir. Ergenlerdeki yeme davranışlarının gözden geçirilmesinin, yeterli ve dengeli beslenmenin öneminin kavratılmasının, yeme davranışını etkileyen faktörlerin tanınmasının, onların riskli yeme davranışlarının belirlenmesine ve buna yönelik girişimlerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Pekcan 2004).

Ergenlerde yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalara sıklıkla rastlanılmaktadır. Ancak bu çalışmalarda daha çok yeme bozukluklarının görülme sıklığına, yeme bozukluklarına neden olan fizyolojik sebeplere, yeme alışkanlıklarının nasıl olduğuna yer verilmiştir; ergenlerin yeme davranışı ile ilgili görüşlerine çok fazla yer verilmemiştir. Özellikle ülkemizde bu alanda ki çalışma sayısı sınırlıdır. Bu nedenle, bu çalışmanın ergenlerin yeme davranışına ilişkin görüşlerinin anlaşılmasında yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu araştırma, ergenlerin yeme davranışı ilgili görüşlerinin, kendi deneyimleri ve kendi bakış açıları ile belirlenebilmesi amacı ile gerçekleştirildi. Bu çalışmada, "Ergenlerin yeme davranışı ile ilgili görüşleri nelerdir?" sorusuna yanıt aranmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, niteliksel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yöntem kullanılarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini, İstanbul'da bir lisede öğrenim görmekte olan öğrenciler; örneklemi ise bu okulda öğrenimine devam eden, amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen 12'si kız, 13'ü erkek olmak üzere toplam 25 öğrenci oluşturdu. Örneklem çeşitlilik gösterebilmesi için her sınıftan ve her iki cinsiyetten öğrenciler çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların birbirlerinin düşüncelerini etkilememeleri için ergenlerin farklı sınıf-

lardan olmasına, çok yakın arkadaş olmamalarına dikkat edildi.

Araştırmaya katılan ergenlerin yaş ortalaması $17,28 \pm 0,97$ (min: 14; max: 18) olup %52'si kız, %48'i erkekti. Ergenlerin %76'sının yaşlarına göre normal boy aralığında, %84'ünün normal kiloda olduğu; %92'sinin fiziksel bir hastalığının olmadığı; %60'ının başarı notunun iyi olduğu; %84'ünün çekirdek aile içinde yaşadığı belirlendi. Beden kitle indeksine göre yapılan değerlendirilmede ise %8'inin aşırı zayıf, %72'sinin normal, %16'sının aşırı kilolu ve %4'ünün obez olduğu belirlendi.

Veri Toplama Araçları

Veriler katılımcıların bireysel özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış açık uçlu sorulardan oluşan görüşme formu ile toplandı. Görüşme formunda yer alan sorular şunlardır;

1. Yeme alışkanlıklarınız nelerdir?
2. Daha sağlıklı olabilmeniz için size yardımcı olacak yeme alışkanlıkları neler olabilir?
3. Yeme alışkanlığınızı etkileyen faktörler nelerdir?

Veri Toplama Süreci

Çalışma verileri odak grup görüşmesi ile toplandı. Odak grup görüşmesi ile birden çok kişi ile aynı anda görüşme yapılması sağlanır ve veriler daha hızlı bir şekilde toplanır (Erdoğan 2014). Mevcut çalışmada odak grup görüşmelerinde en az 6 kişi olması gerektiği göz önüne alınarak, cinsiyet değişkenine göre her cinsiyetten en az iki grup oluşturacak şekilde bu çalışmada dört grupta çalışıldı. Bir grup 7, diğer 3 grup 6 katılımcıdan oluştu.

Verilerin kaydedilebilmesi için ses kayıt cihazı kullanıldı ve bunun için okul idaresinden izin alındı. Görüşmeye başlamadan önce her odak gruptaki katılımcılara ses kayıt cihazı kullanılacağı söylenerek yazılı ve sözlü onam alındı. Çok önemli görülen noktalar ayrıca yazılarak not edildi. Her bir odak grup görüşmesi yaklaşık 45-50 dakika sürdü.

Hazırlanan sorular katılımcılara numaralandırıldığı gibi soruldu. Ancak görüşmenin ilerleyen bazı yerlerinde sorular iç içe geçerek, bir soruya verilen yanıtın başka sorulara da yanıt olarak verildiği görüldü. Verilerin analizi sırasında bu yanıtların karışıklığa neden olmamasına dikkat edildi.

Veri Analizi

Verilerin analizinde, araştırma kapsamındaki tema ve kategorileri oluşturmak amacı ile tümevarımcı niteliksel içerik analizi kullanıldı. Bu analiz yöntemi ile hem ergenlerin ifadelerinden elde edilen görünen içerik, hem de araştırmacının yorumlaması ile sözel ifadelerin altında yatan gizli içerik analizi yapıldı (Lilja ve Hellzen 2008; Kümbetoğlu 2008).

Verilerin analizi gerçekleştirilirken sırası ile şu basamaklar takip edildi;

1. Ses kayıt cihazında ki görüşme konuşmaları yazılı metne dönüştürüldü ve bu görüşme metni dikkatli şekilde birden çok kez okundu.
2. Görüşme metni içeriği, görüşme soruları doğrultusunda “yeme alışkanlıkları” ve “yeme alışkanlığını etkileyen faktörler” olmak üzere iki içerik alanında ele alındı.
3. Bu alanların her birine “açık kodlama” (benzer anlam taşıyan ifadelerin belirlenmesi) ve belirlenen ifadelerin isimlendirilmesi ile “kodlama” yapıldı.
4. İsimlendirilen kodlar benzerlikleri ve farklılıkları açısından kategori ve alt kategorilere ayrıldı.
5. Kategorilerin anlamlarını birbirine bağlayarak temalar oluşturuldu.

Geçerlilik ve Güvenilirlik

Araştırma sürecinde ergenlerin seviyesine uygun ve açıklayıcı verilere ulaşılmaya çalışıldı; ergenlerin sözel ifadeleri kullanılarak alt kategori, kategori ve temalar oluşturuldu. Araştırma sonucunda katılımcıların bakış açısı ile ulaşılan yorumlar ve anlamlar ortaya konuldu.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için İstanbul İl Millî Eğitim Müdürlüğü Kültür Bölümü'ne başvuruldu ve gerekli olan izin yazısı alındı. Ayrıca ergenlerin her birinden ve ailelerinden yazılı ve sözlü onam alındı.

BULGULAR

Ergenlerle yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda, ergenlerin yeme davranışı ile ilgili görüşleri “yeme alışkanlıkları” ve “yeme alışkanlıklarını etkileyen faktörler” olmak üzere iki içerik alanına bölündü.

“**Yeme Alışkanlıkları**” içerik alanında, araştırmanın amacına yönelik olarak, ergenlerin yeme alışkanlıklarının neler olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda yeme alışkanlığı için “dengeli-dengesiz yeme alışkanlığı” şeklinde ikili tema oluşturuldu ve “Tüketilen Besinlerin Çeşitliliği”, “Yeme Sıklığı” ve “Yeme Biçimi” olmak üzere üç kategoriye bölündü.

“**Tüketilen Besinlerin Çeşitliliği**” kategorisinde, ergenlerin öğünlerde tükettiği besinlerin hangi besin grubunda yer aldığı vurgulandı. Besin grupları “karbonhidrat grubu beslenme”, “yağ oranı yüksek beslenme” ve “proteinden zengin beslenme” olmak üzere 3 alt kategoriye ayrıldı.

“**Karbonhidrat Grubu Beslenme**” alt kategorisinde ergenlerin çoğunluğu, genellikle ulaşılması ve tüketilmesi kolay olması nedeni ile karbonhidrat içeriği yüksek gıdaları tükettiklerini; bir kısmı ise kilo ve yağlanmadan dolayı tercih etmediklerini vurguladılar (1K, 3K, 8K, 10K, 12K, 16E, 20E ve 24E). Örneğin; “Sabah erken kalktığım için kahvaltı yapmıyorum, canım da pek istemiyor zaten. Okula geldiğim zaman ya simitle ya da poğaçayla doyuruyorum karnımı”(1K). “Her öğünde almaya çalışıyorum ama karbonhidratlı yiyecekler daha çok kilo ve yağlanma yapıyor diye ölçülü tüketmeye çalışıyorum. Mesela bir dilimden fazla ekmek yemiyorum bir öğünde, çikolatayı çok nadir yerim. Tabi sevmediğimden değil formumu koruyabilmem için” (20E).

“**Yağ Oranından Yüksek Beslenme**” alt kategorisinde ergenler, lezzetli olması nedeni ile yağlı besinleri tükettiklerini ifade ettiler (4K, 8K, 9K, 14E, 15E, 18E ve 19E). Örneğin; “Patates kızartması benim vazgeçilmezimdir, tek başıma bir kiloyu kızartıp yiyebilirim” (4K). “Her türlü cipsi severim, yemek yemesemde olur ama cipsim muhakkak olsun. Televizyon seyrederken şuursuz bir şekilde cips tüketiyorum. Sonra da her yerimden sivilce çıkıyor” (9K). “Ders çalışırken elimin altında muhakkak çerez ya da cips olur, karnımı bunlarla doyurduğum bile oluyor. Sonra abarttığımı fark ediyorum midem bulanıyor” (18E). “Yurtta kaldığım için ne çıkarsa onu yemek zorundayım. Ama yemekleri güzel olmuyor, sebze yemeği bile yağ içinde yüzüyor. İki kaşık yeseniz kesiliyorsunuz, yemeğe devam edemiyorsunuz.” (19E). “**Proteinden Zengin Beslenme**” alt kategorisinde ergenler, protinden zengin beslenmenin sağlıklı olabilmek için gerekli olduğunu vurguladılar (4K, 7K, 9K, 13K, 17E, 20E, 21E ve 25E). Örneğin; “Evde haftada iki kez ya yeşil ya da kırmızı mercimek muhakkak pişer, severek yerim” (K7). “Sebze yemeklerini de severim ama benim için etin yerini tutmaz. Günde üç öğün et olsun bıkmam” (K9). “Protein ağırlıklı beslenmeye dikkat ediyorum, haftada üç öğün balık tüketmeye çalışıyorum. Anneme balık yapmasını söylüyorum o da eksik olmasın yapıyor. Sabahları kahvaltıda yumurta yiyorum protein için, tereyağı ve bal yiyorum. Öğlen yemeklerinde de tavuk ve pilav tüketmeye çalışıyorum. Akşam yemeklerinde de sebze ağırlıklı bazen de et yemekleri tüketiyorum” (20E). “Süt ürünlerini, özellikle de peynirin her çeşidini çok fazla tüketiyorum. Koca adam oldum halen uyumadan önce muhakkak bir bardak süt içerim” (25E).

“**Yeme Sıklığı**” kategorisinde ergenler ara ve ana öğün alıp almadıklarına göre değerlendirildi. Ara öğün alan kişi sayısının az olduğu görüldü.

“**Ara Öğün Alımı**” alt kategorisinde sadece iki ergen ara öğünlerini düzenli ve dengeli bir şekilde aldıklarını belirttiler (8K ve 20E). Örneğin; “Lisenin başlarında çok kiloluydum, uzmana gittik bana diyet listesi verdi. Listede toplam altı öğün vardı, diyetime uy-

dum ve gayet güzel kilo verdim. Şimdi de geri alacağım korkusu ile muhakak ara öğün yiyorum. Bazen elma, salatalık, bazen yoğurt ya da galeta tüketiyorum” (8K). “*Vücut geliştirme sporuna başladığımda ilk gün beslenme konusunda eğitim vermişlerdi ve muhakkak midemizi kısa aralıklarla, az miktarda doldurmalıyız demişlerdi. O nedenle ben de vücut sağlığımın bütünlüğünü sağlayabilmek için meyve ya da yoğurtla ara öğünümü tamamlıyorum*” (20E).

“*Ara Öğünlerin Atlanması*” alt kategorisinde, ergenlerin büyük bir kısmında ara öğün alımı olmadığı gibi sağlık şartları nedeni ile ara öğün alması gerekenlerin de buna uyum sağlamadıkları görüldü (1K, 5K ve 23E). Örneğin; “*Az az ve sık sık beslenmemiz gerektiğini biliyoruz ama derslerden dolayı çokta mümkün olmuyor*” (1K). “*Aslında ben şeker hastası olduğum için uymam gereken bir diyetim var günde en az altı kez yemem gerekiyor ama buna uymuyorum, böyle bir durumum var*” (5K). “*Diyetisyenimin bana verdiği bir diyet programı var ama hiç uymuyorum. Almam gereken ara öğünlerin çoğunu atlıyorum*” (23E).

“*Yeme Biçimi*” kategorisinde daha çok ergenlerin, yeme davranışına ayırdıkları süre değerlendirildi. Buna göre “hızlı yeme” ve “yavaş yeme” şeklinde iki alt kategori oluşturuldu;

“*Hızlı Yeme*” alt kategorisinde ergenler, yemek yemeğe çok özen göstermediğini ve besinleri iyice sindirmeden tükettiklerini vurguladı (4K, 8K, 11K, 16E ve 19E). Örneğin; “*Zaten fast food tarzı tüketmeye alıştık, okulda teneffüs aralarında kısa hemen kantine gidip bir hamburger alıp koştur koştur yiyorum*” (4K). “*Lokmamı en fazla dört ya da beş kere çiğniyorum. Ben tezcanlı bir insanım her işimin çabuk olmasını isterim yemeğede bunu yansıtıyorum*” (8K). “*Çok çiğnediğim zaman yorulduğumu düşünüyorum, tabağımdaki yemeğimi bitiremiyorum. O yüzden bende tabağımda kalmasın diye hızlı hızlı, çok çiğnemedem yutuyorum ağzımdakini*” (11K). “*Dershanede teneffüs aralarında hocalara soru sorabilmek için birbirimizle yarış ediyoruz. Zaman kalsın diye elimizde ki yiyecekleri bütün bütün yutuyoruz. Sonra da midem ağırı-*

yor, doyduğumuda fark edemiyorum” (16E). “*Yemek yemek bana göre bir ihtiyaç o nedenle çokta özen göstermeme gerek yok, hızlı hızlı yutmam yeterli benim için*” (19E).

“*Yavaş Yeme*” alt kategorisinde ergenlerin bir kısmı yemeğe özen gösterdiğini ve yavaş yavaş, sindirerek yediklerini belirtti (3K, 5K, 12K, 20E, 22E ve 25E). Örneğin; “*Yemek bir eğlencedir bence, o yüzden eğlencenin tadını çıkarmak için yavaş yavaş yerim, hatta bir dönem içimden yirmiye kadar sayıp öyle yutardım lokmamı*” (3K). “*Kilo takıntımın olduğunu söylemiştim, hızlı yemek yemenin kilo almaya sebep olduğunu duyduğum için asla hızlı yemem, gereken zamanı ayırırım yememe*” (5K). “*Sofra kurmak, yemek yemek bana göre bir sanattır bende sanata saygı gösteriyorum, yemek için yeterli zaman ayırıyorum. Hızlı yediğim zaman birilerinin elinden yemeğini almış gibi hissediyorum kendimi*” (20E). “*Ne kadar yavaş yersem o kadar uzun süre tok olduğumu hissediyorum*” (25E).

“**Yeme Alışkanlığını Etkileyen Faktörler**” içerik alanında ergenler sağlığın tanımını, sağlıklı olmanın kriterlerini ve yeme alışkanlıklarını belirttikten sonra; bu alışkanlıkların meydana gelmesinde rol oynayan faktörlerden bahsettiler. Bu faktörler “farkındalık” teması altında incelenip; “fiziksel”, psikolojik” ve “sosyal faktörler” olmak üzere üç kategoriye ayrıldı;

“**Fiziksel Faktörler**” kategorisinde ergenler, yeme davranışını etkileyen fiziksel faktörlerin “beden imgesi” ve” hasta olma korkusu” olduğunu vurguladılar.

“*Beden İmgesi*” alt kategorisinde ergenler, içinde buldukları ergenlik dönemi nedeni ile fiziksel görünümünün kendileri için çok önemli olduğunu belirttiler (5K, 9K, 10K, 11K, 12K, 13K, 15E, 18E ve 21E). Örneğin; “*Biraz kronik vakayım, ne bileyim çok takıntılıyım. Özellikle kilo konusunda, beslenme konusunda. Sekizinci sınıfta başında 30 kilo birden verdim; çünkü fazla takıntılıyım. Kilo aldıkça çok sinirleniyorum, stres yapıyorum, hiçbir şey yememeye çalışıyorum açıkçası yanlış bir şey belki ama takıntı haline geldi*” (5K). “*Beslenme konusunda kendimi örnek*

verebilirim, ortaokuldayken bende arkadaşım gibi kiloluydum, 65 kilo civarındaydım. Ben de çok kafama taktım, arkadaşlarıma özeniyordum bu yüzden de tam ergenlikte, gelişme döneminde beslenmemi kısıtım. Ailem kızsız da onları dinlemedim, yemedim bu nedenle de çok fazla boyum uzamadı. Ben tam olarak beslenmenin çok önemli olduğunu gösteren bir örneğim” (10K). “Bazılarımız sağlıktan çok dış görünüşümüz için beslenmemize dikkat ediyoruz, bayanlarda bu çok fazla. Sağlıkta önemli ama ben kendi adıma sağlığını arka plana attım ve yemeği kestim”(11K). “İnsan aynaya bakınca kendini beğenmek istiyor, başkaları tarafından beğenilmek istiyor. Bunun içinde en başta ya spor yapıyoruz ya da yemeği kısıtlıyoruz” (15E). “Ben tam 20 kilo verdim, gören arkadaşlarım özellikle de kızlar çok iyi kilo vermişsin, daha yakışıklı olmuşsun dediklerinde ruhum okşanıyor, yemesemde olur diyorum” (21E).

“Hasta Olma Korkusu” alt kategorisinde ergenler, yaşamış oldukları olumsuz sağlık deneyimlerinden ve ilaç kullanımından bahsettiler (3K, 5K, 7K, 9K ve 20E). Örneğin; “Diyabet hastası olduğum için sık sık yemem gerekiyor, insülin yapıyorum kendime. Yoksa kan şekeri düşecek diye korkuyorum ama ara öğünüme de dikkat etmiyorum” (5K). “Ben çok fazla sağlık sorunu yaşadım, o nedenle sabah kalktığımda evdekiler kahvaltı yapmadan çıkartmazlar beni, küçüklüğümde beri kahvaltı yaparım. Sık sık ve düzenli yemem için baskı yapıyorlar. Özellikle de babam sağlıklı beslenmenin önemini hatırlatır, ben de o acıları çektiğim için daha çok dikkat ediyorum” (7K). “Obez olup ileride hastane köşelerinde sürünmek istemediğim için yememe, sporuma ve uykuma çok dikkat ediyorum” (20E).

“Psikolojik Faktörler” kategorisinde ergenler, bireysel deneyimleri ve görüşleri doğrultusunda çeşitli nedenler sıraladılar. Bunlar “stres”, “duygusal gerginlik”, “önyargı” ve “olumsuz yeme deneyimleri” olarak alt kategorilere ayrıldı.

“Stres” alt kategorisinde ergenler, stres nedeni ile normal yeme davranışı dışında hareket ettiklerini, en çok

stres yaratan durumun sınavlar olduğunu ve ruh sağlıklarını olumsuz etkilediğini vurguladılar (1K, 5K, 6K, 7K, 14E ve 15E). Örneğin; “Sınavlar yüzünden hep stres altındayız” (1K). “Okuldaki sınav stresinden dolayı kilo almaya başladım, on beş tatilde o kiloların hepsi birden gidecek yine. Çünkü, hem spor yapacağım, tekrar düzenli olarak diyetimi uygulayacağım. Sonra okula başlayınca tekrar kilo alacağım, tekrar vereceğim, bu şekilde gidecek” (5K). “Bence stres, çünkü ben strese girdiğim zaman daha çok yiyorum. Örneğin evde yememem için yiyecekleri saklıyorlar, ama ben gidip dışarıdan alıyorum yiyorum. Stres anında karnım çok aç oluyor” (6K). “Sınav saatleri eskkiye göre iyice arttı ilk sınav iki saat kırk dakika sürecek, hazıranda lisans yerleştirme sınavlarımız var önce 75 dakika, sonra kırk beş dakika, ondan iki hafta sonra tekrar gireceğiz. Düşününce bile karnıma kıramp giriyor, iştahım kesiliyor” (14E).

“Duygusal Gerginlik” alt kategorisinde ergenler, duygusal iniş çıkışların yeme davranışını değiştirebileceğini vurguladılar (8K, 11K, 12K, 18E ve 20E). Örneğin; “Duygusal haller, duygular önemli olabilir. Örneğin üzgün olduğumuz zaman çok fazla yiyebiliriz ya da kendimizi yemekten tamamen uzaklaştırabiliriz” (8K). “Eğer mutluyum ağzıma bir lokma bile koyamam, kendi kendime sınırlıyorum” (11K). “Sinirli olduğum zaman çok daha hızlı ve öfkeli yiyorum. Sanki ağzımda yemek değil de sinirlendiğim o kişiyi ezip parçalıyorum gibi hissediyorum” (18E).

“Önyargı” alt kategorisinde ergenler, hiç denemedikleri yiyecekleri önyargı nedeni ile denemekten çekindikleri için tüketmediklerini vurguladılar (2K, 8K, 9K, 10K, 12K, 13K, 18E ve 21E). Örneğin; “Asla kokoreç yemem. Neden yapıldığını bilince, anatomik yerinden, kokusundan dolayı yiyemiyorum” (2K). “Ben bamyaya yemem. Çünkü hem annemler baskı yapıyor, hem de uzayan sümüksü bir görüntüsü var” (8K). “Patlıcan, kereviz, pırasa, brokoli, karnı bahar hiç birini yemedim yemem de pişerken kötü kokular yayıyorlar etrafa, yemeğin kokusunda önemlidir benim için” (18E).

“Olumsuz Yeme Deneyimleri” alt kategorisinde ergenler, daha önce yemek yeme ile ilgili yaşadıkları hoşlarına gitmeyen olumsuz deneyimleri tekrar yaşamaktan endişe duyduklarını belirttiler (7K, 8K, 11K, 16K ve 18K). Örneğin; “Eskiden sütü çok içmişim, şimdi ağzıma sürmüyorum midemi bulandırıyor. Bir defasında annem süt içirirken ağzıma kaymağı denk gelmişti, o nedenle sütlaç da yiyemem. Süt içmediğim için de dişlerim çok sağlıklı, çok çabuk çürüyor ve kırılıyor. Annem kızıyor ama içemiyorum” (7K). “Ben küçüktüm, yemek yerken elektrikler gitti ve yemekte de balık vardı. O sırada balığın kulçığı boğazımda kaldı, o nedenle korkudan balık yiyemiyordum” (11K). “Olumsuz bir deneyimim yok ama kokusundan dolayı soğan, sarımsak da yiyemiyordum. Etin yağlı yerlerini yiyemem çok yemek seçerim, annem benden bıktığını söylüyor bazen” (16E).

“Sosyal Faktörler” kategorisinde ergenler, yeme alışkanlıklarının değişebilen, etkilenebilen bir davranış olduğunu belirttiler. Sosyal faktörler “ailenin tutumu”, “arkadaşlar tarafından kabul görme”, “kültür”, “medya”, “ulaşım kolaylığı” ve “yaşam alanı” şeklinde alt kategorilere ayrıldı.

“Ailenin Tutumu” alt kategorisinde ergenler, aile basısından ve ailelerinin yeme alışkanlıklarından söz ettiler (5K, 8K, 9K, 11K, 12K, 18E, 21E, 22E ve 23E). Örneğin; “Sonuçta küçükken ne yemek istediğiniz sizin elinizde değil, anne babanız ne verirse onu yemek zorundasınız, her şeyi yiyorsunuz” (18E). “Aile, sonuçta malzemeyi alan babadır, yemeği yapan annedir. Bizi onlar büyütüyor, onlar eğitiyor, onların söylediklerine göre şekilleniyoruz. O nedenle de bence ailelerin bilinçlendirilmeli” (21E). “Benim tanıdığım arkadaşlarım var evlerinde binde bir yemek pişiyor, yemek olmuyor ve sürekli dışarıdan sipariş veriyorlar, bu da sağlıklı değil. Yemek dediğin ocakta tütecek” (22E).

“Arkadaşlar Tarafından Kabul Görme” alt kategorisinde ergenler, birlikte vakit geçirdikleri arkadaşlarının etkisi altında kalabildiklerini ifade ettiler (1K, 7K, 16E, 19E, 22E, 24E ve 25E). Örneğin; “Asla kokoreç yemedim ama bir arkadaşım o kadar ballandı-

ra ballandıra anlattı ki artık severek yiyorum” (1K). “Dışarıya çıktığımız zaman arkadaşlar genellikle fast food yapan yerlere, kafelere oturuyorlar bende onlarla mecburen yağlı, katı yiyecekler yiyorum” (7K). “Normalde çok fazla çay içmem, yediklerimizin emilimini azaltıyormuş bağırsaklardan. Ama eve arkadaşım geldiği zaman onunla oturup bir demlik çayı bitiriyoruz. Sonra da hem midem ağırıyor hem de kabız oluyorum” (16E). “Arkadaş ortamı etkiler, arkadaşınla gezersin, takılırsın zaman geçirirsin yemek yemeği unutabilirsin” (24E).

“Kültür” alt kategorisinde ergenler, kültürel özelliklerin günlük yaşam alanlarına yansıdığı gibi, yeme davranışlarına da yansıdığını vurguladılar (8K, 11K, 14E, 15E, 18E ve 21E). Örneğin; “Ben Kars’a köye gittiğimde 55 kiloydum, döndüğümde 64 kilo olmuştum. Köyde yemediğim kadar yedim. Sarı yağ, kaymak, tereyağı hepsini çok tükettim zaten bizim orda bütün yemekler sarı yağ ile yapılıyor. Pek gezmedim, oturduğum yerde yedim, o nedenle de kilo aldım geldim ama şimdi kilo verdim” (8K). “Akdenizli olduğumuz için mutfakta çoğunlukla sebze ve zeytinyağlı yemekler pişer, annem eve asla margarin almaz. Başka evlere gidince eğer yemekte tereyağı ya da margarin varsa hemen kokusunu alırım ve yiyemem” (11K). “Mesela karadeniz de daha çok lahana dolması çorbası; Güneydoğu da ‘da et yemekleri yapılıyor. Bu iki bölgenin insanların davranışları kültürleri de farklı olabiliyor” (14E).

“Medya” alt kategorisinde ergenler televizyonlarda, reklamlarda, magazin programlarında gösterilen haberlerin olumsuz etkilerini vurguladılar (5K, 6K, 8K, 14E, 16E, 20E ve 24E). Örneğin; “Bir magazin programını izliyorsunuz, şu manken şöyle zayıf, böyle zarif, aman pek hoş diye zayıflığı insanın gözüne gözüne sokuyor. Eh ister istemez birden kendinizi o kişinin yerine koyup, öyle beğenilmek istiyorsunuz. Küçüklüğümüzdeki barbi bebekler gibi güzel olmak istiyoruz” (5K). “Reklamlarda kahvaltılık gevrekleri gösteriyor mesela, bence hiç sağlıklı değil insanları özellikle de genç kızları sağlıklı davranışlara itiyor” (6K). “Ga-

zetelere bakıyorum hepsinde ayrı ayrı diyet listeleri. Yok şu kadar günde şu kadar kilo verin, zayıflayın, forma girin. Bence bu diyetler çok sağlıksız, diyet kişiye özel olmalı bence uzmana başvurulmalı. Ben o şekilde yapmıştım çok da iyi kilo verdim” (8K). “Bence basın ve televizyon doğru amaç için kullanılsa sağlıklı beslenme konusunda topluma güzel bir eğitim verilebilir. Ama her kanal farklı bir şey söylüyor, farklı bir ürünü öneriyor. Haliylede insanların kafası karışıyor, en iyisi bildiğimi yapayım ben diyor. Ben bireysel bilinçlenme sonucunda yeme alışkanlığımı oturttum. Araştırdım, birçok kişiyle konuştum, sordum, öğrendim ve sonuçta da kendime bir yeme planı çizdim” (20E).

“Ulaşım Kolaylığı” alt kategorisinde ergenler, hazır ürünler ve fast foodlara ulaşımın hem kolay hem de ucuz olduğunu vurguladılar (5K, 10K, 18E ve 21E). Örneğin; “Okuldayken kantinde alıp yiyebileceğiniz tek şey bisküvi, kızartma ya da hamburger. Ben takıntılı olduğum için okula salata getirmeye başladım” (5K). “Dışarda acıkıp yemek istediğiniz zaman ya ayakta atıştırmak ya da lokantaya oturmak gerekiyor. Ama lokantalar öğrenci için pahalı, bisküvi hamburger daha ucuz hem de daha çabuk hazır oluyor. Mecburen dengesiz beslenmiş oluyorum” (10K). “Kantinde ne satılıyorsa onu yemek zorunda kalıyoruz okuldayken” (21E).

“Yaşam Alanı” alt kategorisinde ergenlerden sadece bir tanesi, ailesinden uzak olduğunu, yurttan kaldığını ifade etti (19E). Örneğin; “Sabah kahvaltı, öğlen ve akşam da yemek var. Yurt özel ama kendi kahvaltını kendin hazırlıyorsun. Ne kadar yapmaya çalışsak yemeğe bir kadının elinin değmesi var, bir de erkeğin elinin değmesi var. Yurttan ne çıksa onu yiyorum, başka seçeneğim yok” (19E).

TARTIŞMA

Ergenlik, belirgin değişimlerin gerçekleştiği bir zamandır (Kuruoğlu 2007). Bu değişimlerin her biri ergenlerde strese, zorlu yaşam deneyimlerine ve bunalıma neden olabilir. Eğer ergen bu zorluklarla baş edebilirse kendisine aynı zamanda sağlıklı bir yetişkinlik dö-

nemi için de zemin hazırlamış demektir. Ancak, bazı ergenler kendilerinden beklenen bu değişimlere uyum göstermede zorlanabilir, başa çıkamayabilir ve riskli davranışlarda bulunma eğilimi gösterebilir. Bu risklerden birisi de, son yıllarda görülme sıklığı giderek artan sağlıksız yeme davranışlarının sergilenmesidir. Eğer birey bu sağlıksız yeme davranışlarında ısrarcı olursa yeme bozukluklarının ortaya çıkması kaçınılmazdır (Akkuş 2010; Basut ve Erden 2006). Ergenlikte büyüme gelişme sürecinin tamamlanabilmesi için sağlıklı yeme alışkanlıklarının önemi çok büyüktür. Ergenlerin yeme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörlerin neler olduğunu anlamadan, ergenler için sağlıklı yeme davranışları oluşturmak mümkün değildir (Shepperd ve Dennison 1996).

Toplam 25 ergen ile gerçekleştirilen mevcut fenomenolojik çalışmada; ergenlerin görüşleri “Yeme alışkanlıkları” ve “Yeme alışkanlığını etkileyen faktörler” olmak üzere 2 içerik alanına ayrıldı. Bu içerik alanlarının her ikisine de karşılık gelen, bir ikili tema (dengeli-dengesiz yeme alışkanlığı), bir de tema (farkındalık) oluşturuldu.

Mevcut çalışma bulgularına göre, ergenlerin fiziksel görünüşlerinin, beden imgelerinin kendileri için çok önemli olduğu anlaşılmıştır. Mevcut çalışma bulguları McKinley ve ark. (2005), O’Dea (2003), Power, Bindler, Goetz ve Daratha (2009), Stein ve Medger (1997)’in çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda da beden imgesinin, çekici görünmenin ergenler için önemli olduğu vurgulanmıştır. Sakamaki, Toyama, Amamoto, Liu ve Shinfuku (2005)’nin Çin’de yaptığı, üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları konulu çalışmada da kız ergenlerin %62’sinin “her zaman zayıf olmak isterim” dediği belirtilmiştir.

Ergenlerin bir kısmı öğünlerde her bir besin grubundan dengeli oranda tüketmeye çalıştığını belirtirken; bir diğer kısmı kendilerine lezzetli gelen gıdaları daha çok tükettiklerini, hangi besin grubu içinde yer aldığını düşünmediklerini ifade ettiler. Power ve ark. (2009)’nın yaptığı çalışmada, ergenler lezzetli

olması nedeni ile yağlı yiyecekleri tükettiklerini belirtmişlerdir.

Mevcut çalışma doğrultusunda, yeme davranışını etkileyen faktörler 3 kategori altında toplandı. Bunlar; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerdir. Ergenler “beden imgesinin” ve “hasta olma korkusunun” bireysel yeme alışkanlıklarının şekillenmesinde etkili olduğunu söylediler. Özellikle kız öğrenciler, ayna karşısında kendilerini beğenmek ve başkaları tarafından beğenilmek için diyet yaptıklarını, yemelerini kısıtladıklarını ifade ettiler. Erkek öğrenciler ise formda kalabilmek için daha çok spora başvurduklarını ifade ettiler. Özmen ve ark. (2007), kız öğrencilerin erkeklere göre kendilerini şişman bulduklarını ve diyet yaptıklarını bildirmiştir. Rodrigez ve ark. (2001)’nın İspanya da 491 ergen ile yaptığı, normal kilodaki ergenlerin beslenme alışkanlıkları ve ergenlik döneminde yeme davranışındaki değişimler ile ilgili çalışmada, spor yapma konusunda kız ve erkek ergenler arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, kızların daha uzun süre egzersiz yaptıkları belirtilmiştir.

Bazı öğrenciler ise yaşamış oldukları hastalık deneyimleri sebebi ile, tekrar kötü günler yaşamamak ve hastalanmamak için yeme davranışlarına özen gösterdiklerini söylediler. Bu bulgu ergenlerin fiziksel sağlığı korumak için de yeme alışkanlıklarına önem verdiklerini düşündürmektedir. Öğrenciler yeme alışkanlıklarına şekil veren en büyük ortak psikolojik faktörün “stres” olduğunu vurguladılar. Özellikle sınavların ve derslerin ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini ve gergin zamanlar geçirmelerine neden olduğunu belirttiler. Tanrıverdi, Savaş, Gönüllüoğlu, Kurdal ve Balık (2011)’in çalışması ile Vançelik, Önal, Güraksın ve Ercüment (2007)’in yapmış olduğu çalışmada ergenler üzerinde en çok stres yaratan faktörün dersler ve sınavlar olduğu ifade edilmiştir.

Ergenler, bu dönemde karşı cinse duyulan ilginin zaman zaman duygusal gerginliklere neden olarak, duygularında dalgalanmalar yaşandığını belirttiler. Bazı ergenler ise yeme davranışının önyargı ve olumsuz yeme davranışı gibi değişik faktörlerden etkilendiği-

ni söylediler. Örneğin öğrencilerden birisinin küçükken boğazına balık kılıcı kaçtığı için o günden sonra bir daha balık yemediği; bir başka öğrencinin de misafirlğe gidildiğinde “acaba yemek yapan kişi temiz yapmış mıdır?” diye önyargıya kapılarak yemek yemeği reddettiği öğrenildi. Olumsuz yaşam olaylarının insanın ileri yaşam dönemlerinde zorluklara neden olduğu bilinmektedir. Yeme davranışı üzerinde yaşanan olumsuz geçmiş deneyimlerin de beslenme biçimi üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Sosyal faktörler açısından ele alındığında yeme alışkanlıklarının “aile tutumu”, “arkadaşlar tarafından kabul görme”, “kültür”, “medya” ve “ulaşma kolaylığı” gibi belirleyici kavramlar çerçevesinde şekillendiği görüldü. Bu bulgular, McKinley ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışma ile tutarlılık göstermiştir.

Ergenler, özellikle ebeveynlerin baskıcı, yemek için ısrarcı olması, annelerin çalışıyor olması, geç saatte yemek yiyip yatılması, hazır ve katı besinlerin tüketilmesi gibi ailesel tutum ve davranışların kendilerinin yeme alışkanlıklarını etkilediğini belirttiler. Croll, Neumark-Sztainer ve Story (2001) ile Power ve ark. (2009)’nın yapmış olduğu çalışmalarda ailelerin sağlıklı olduğuna inandıkları gıdaları tüketmeleri için çocuklarına baskı yaptıkları, onlara seçim şansı tanımadıkları ve ergen ebeveyn çatışmaları yaşandığı vurgulanmıştır.

Arkadaşlarla geçirilen zamanın uzaması nedeni ile, herhangi bir çaba göstermeksizin yaşatlarının tutum ve davranışlarından etkilendikleri vurgulandı. Ünsal (2007)’in 300 ergen ile yaptığı, ortaokul öğrencilerinin yeme davranışını etkileyen faktörler konulu çalışmasında arkadaş ortamında uzun süre vakit geçirilmesi sonucunda birbirlerinin yeme davranışlarını etkiledikleri belirtilmiştir.

Farklı bir bakış açısıyla kültürel özelliklerin damak tadını etkilediğini bu sebeple farklı yörelerin yemeklerini yemekte zorlanabildiklerini ve belirli besin gruplarını aşırı tükettiklerini belirttiler.

Bir diğer belirleyici faktör ise medya olarak belirtildi; özellikle basın ve televizyon tarafından inceliğin, zayıf görünmenin beğenilmek ve takdir edilmek için çok gerekli olduğu mesajının verilmesi, büyüme ve gelişme döneminde ki ergenlerin ister istemez kendi bedenlerine yönelmelerine ve fiziksel görünüşleri ile aşırı uğraşmalarına neden olmaktadır. Botta (1999)'nın 214 kız ergen ile yapmış olduğu televizyonda sürekli zayıflığın öne sürülmesinin ergenlerin beden imajlarına olan etkisi konulu çalışmasında; McKinley ve ark. (2005)'nin ergenlerle yapmış olduğu çalışmada televizyon, gazete ve dergilerde ki özendirici reklamların ergenlerin beslenme davranışı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı vurgulanmıştır.

Yeme davranışını etkileyen sosyal faktörler içerisinde yer alan "ulaşım kolaylığı" da ergenlerin vurguladıkları bir başka unsurdur. Okul kantinlerinde ve marketlerde bisküvi, hamburger, kızartma, döner gibi hazır gıdaların satılması ve ayrıca ucuz olması nedeni ile fast food ürünlere yöneliklerini belirttiler. Bu bulgu, Power ve ark. (2009) yapmış olduğu çalışma ile tutarlılık göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, yapılan bu çalışmada ve literatür araştırmalarında beslenmenin ergen sağlığı için hayati bir önem taşıdığı açıkça ortaya konulmuştur. Sosyal bir birey olan ergenin hem evdeki hem de okul da ki yaşam alanları içerisinde yeme alışkanlıkları ebeveynler ve öğretmenler tarafından dikkatle gözlemlenmelidir. Ergenlerin sağlıklı yeme alışkanlığı gelirtirmesinde sağlık çalışanlarına ve eğitimcilere önemli roller düşmektedir. Riskli yeme davranışı olan ergenlerle birebir görüşme yapılması, ergen ve ailelerine bu konuda eğitimler verilmesi ve zamanlarının büyük bir kısmı okulda geçtiğinden dolayı, kantinlerin ergenlerin sağlıklı yemek alışkanlıklarını destekleyecek şekilde düzenlenmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

Akkuş, D. (2010). Ergende esrar kullanımı: Toplum ruh sağlığı yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1: 43-46.

Baltacı, G., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Derman, O., Kanbur, N. (2006). *Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam*. Sinem Matbaacılık, Ankara.

Basut, E., Erden, G. (2005). Suça yönelen ve yönelmeyen ergenlerin stres belirtileri ve stresle başa çıkma örüntülerinin incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12: 48-55.

Baylan, G., Erol, A., Kılıçoğlu, A. (2009). Predictors of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 19: 407-413.

Botta, R. A. (1999). Television images and adolescent girls' body image disturbance. *Journal of Communication*, 49: 22-41.

Canat, S. (1998). Yeme bozuklukları. Güleç, C., Köroğlu, E. (Eds.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Cilt, Medico Graphics Matbaası, Ankara, 661-663.

Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. (2001). Healthy eating: What does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 33: 193-198.

Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adolesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sted*, 14: 174-178.

Dölekoğlu, C. Ö., Yurdakul, O. (2004). Adana ilinde hane halkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin logit analizi ile belirlenmesi. *Akdeniz İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8: 62-86.

Erdoğan, S. (2014). Nitel araştırmalar. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. (Eds.). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 131-164.

Kuruoğlu, A. Ç. (2007). Ergenlik dönemi. Aysev, A. S., Taner, I. T. (Eds.). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Golden Print, İstanbul, 188-205.

Küey, G. A. (2008). *Yeme Bozuklukları, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul.

Kümbetoğlu, B. (2008). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. Bağlam Yayıncılık, Ankara.

Lilja, L., Hellzen, O. (2008). Former patient's experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17: 279-286.

Lindberg, L., Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 34: 397-408.

McKinley, M. C. ve ark. (2005). It's good to talk: Children's views on food and nutrition. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59: 542-551.

O'Dea, J. A. (2003). Why do kids eat healthful food? Perceived benefit of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103: 497-501.

- Özmen, D., Çetinkaya, A. Ç., Ergin, D., Şen, N., Erbay, P. D. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıklarını ve ağırlığını denetleme davranışları. *Türk Silahlı Kuvvetleri Korumaya Hekimlik Bülteni*, 6: 98-105.
- Pekcan, G. (2004). Adolesan dönemde beslenme. *Klinik Çocuk Formu*, 4: 38-44.
- Power, T. G., Bindler, R. C., Goetz, S., Daratha, K. B. (2009). Obesity prevention in early adolescence: Student, parent, and teacher views. *Journal of School Health*, 80: 13-19.
- Rodriguez, A. ve ark. (2001). Eating disorders and altered eating behaviours in adolescents of normal weight in Spanish city. *Journal of Adolescent Health*, 28: 245-338.
- Sakamaki, R., Toyama, K., Amamoto, R, Liu, C. J., Shinfuku, N. (2005). Nutritional knowledge, food habits and health attitude of Chinese university students -a cross sectional study. *Nutrition Journal*, 4: 1-5.
- Shepherd, R., Dennison, C. M. (1996). Influences on adolescent food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 55: 345-357.
- Stein, F. K., Medger, H. K. (1997). Body weight and shape self-cognitions, emotional distress and disordered eating in middle adolescent girls. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11: 264-275.
- Tanrıverdi, D., Savaş, E., Gönüllüoğlu, N., Kurdal, E., Balık, G. (2011). Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17: 33-39.
- Ünsal, B. (2007). İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinin yeme davranışını etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Vançelik, S., Önal, S. G., Güraksın, A., Ercüment, B. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve beceri ile ilişkili faktörler. *TSK Korumaya Hekimlik Bülteni*, 4: 242-248.
- Yavuzer, H. (2000). *Çocuk Psikolojisi*. 1. basım, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Yiğit, Y. S. (2006). Düzce ili İsmet Paşa İlköğretim Okulu 6, 7, 8. sınıflara devam eden öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri, alışkanlıkları ve obezite durumları üzerine bir araştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gazetelerde Yayınlanan Bebek Ölüm ve İstismar Haberlerinin İncelenmesi

Examination of Baby Death and Abuse News Published in Newspaper

Zekiye KARAÇAM*, Müge SAĞLIK**, Dilek ÖĞÜT***

İletişim/ Correspondence: Zekiye KARAÇAM Adres/Address: Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 09100 Aydın Tel: (90) 256 2148041 Fax: (90) 256 2124219 E-mail: zkaracam@adu.edu.tr, zekiyeakaracam@yahoo.com.

ÖZ

Amaç: Araştırmanın amacı gazetelerde yayımlanan bebek ölüm ve istismar haberlerini incelemektir.

Yöntem: Araştırma, Ocak 2015’de retrospektif tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmada, 01.01.2013 ve 31.12.2014 tarihleri arasında yayınlanan, tirajı 100.000’in üzerinde olan ve baskılarına internet aracılığı ile ulaşılabilen 10 gazete incelendi. Bu gazetelerin sayılarında yer alan bebek ölüm ve istismar haberleri “bebek ölümü”, “bebek ve ölüm” “bebek ve şiddet” ve “bebek şiddeti” anahtar kelimeleri kullanılarak tarandı. Bu araştırmaya haber kaynağı Türkiye olan ve 0-12 aylık bebeklere ilişkin 80 haber dâhil edildi. Araştırma verileri haberlerdeki bebek ile ilgili bilgileri kayıt etmek için geliştirilen veri çekme aracı ile toplandı. Veriler sayı ve yüzde ile değerlendirildi.

Bulgular: Gazetelerin incelenen sayılarında 80 haberde 88 bebekten söz edilmekte idi. Bu haberlerde yer alan bebeklerin %40,91’inin 0-28 günlük, %42,05’inin kız ve %89,77’sinin ölü olduğu belirlendi. Bebeklere ilişkin yapılan haberlerin terkedilme (%31,82), sağlık bakımı sırasında (%18,18), ani beklenmedik bebek ölümü (%11,36), trafik (%9,09) ve ev kazaları (%7,95), ebeveyn cinayeti/istismarı (%7,95), karma aşı sonrası ölüm (%2,27), evde doğum (%1,14), ateşli hastalık (%1,14) ve diğer (n=8, %9,09) nedenler ile ilgili olduğu görüldü. Haberler daha çok büyük şehirlerde meydana geldiği belirlendi.

Sonuç: Bu çalışma, gazetelerde yayınlanan bebek ölüm ve istismar haberlerindeki bebeklerin daha çok yenidoğan döneminde, terk edilme, sağlık bakımı sırasında ve ani beklenmedik bebek ölümü ile ilgili olduğu sonuçlarını ortaya koymuştur. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda bu bilgilerin dikkate alınması ile bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Bebek, istismar, ihmal, bebek ölümü, haber, gazete.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to examine the baby deaths and abuse news published in the newspaper.

Methods: A retrospective descriptive study was carried out in January 2015. In this study, 10 newspapers were reviewed that these newspaper were published in between 01.01.2013 and 31.12.2014, their circulation were over 100.000, and accessible via of internet. Infant deaths and abuse reported in the numbers of these newspapers were screened using “infant mortality”, “baby and death”, “baby and violence” and “baby of violence” keywords. This research was included 80 news which the news source of these was Turkey and related to the 0-12 month old baby. Data were collected with a data extraction tool developed to record the information in the news about the baby. Data were evaluated by the number and percent.

Results: In the number of newspapers examined talked about 88 babies in the 80 news. Fourth point ninety one percent of the infants in these news were 0-28 daily, 42.05% of the babies were girls, and 89.77% were dead. It was saw that the news made to related to abandonment of infants (31.82%), while health care (18.18%), sudden unexpected infant death (11.36%), traffic (9.09%) and household accidents (7.95%), parents’ murder / abuse (7.95%), mixed vaccine after death (2.27%), home births (1.14%), fever (1.14%) and other (9.09%). A lot of news had occurred in big cities.

Conclusion: This study revealed that most of the infants in the infant mortality and abuse news published in newspapers were in the neonatal period, abandonment, during health care, sudden unexpected infant. The protection and development of children’s health might be contributed by taking into account this information in the planning and servicing of health services.

Keywords: Babies, abuse, neglect, infant death, new, newspaper.

*Prof. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, **Ebe Yalova Özel Uzmanlar Hastanesi, ***Ebe Ağrı, Eleşkirt Toplum Sağlığı Merkezi

Yazının gönderilme tarihi: 12.06.2015

Yazının basım için kabul tarihi: 19.10.2015

GİRİŞ

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre Ülkemizde halen bebek ölüm hızı 1,000 canlı doğumda 13 ve neonatal ölüm hızı 1,000 canlı doğumda 7'dir (Koç, Yüksel-Kaptanoğlu ve Eryurt 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (2014) verilerinde ise 2013 yılında 13 900 bebeğin yaşamını yitirdiği ve bebek ölüm hızının binde 10,8 olduğu bildirilmektedir. Bu oranlar halen gelişmiş ülkelerin ve Avrupa Birliği ortalamalarının üzerindedir (Sidebotham, Fraser, Fleming, Ward-Platt ve Hain 2014; Sidebotham, Frederick, Covington ve Mitchell 2014; Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı 2011). Bu oranların daha da azaltılabilmesi için bebek ölümlerinin izlenmesinin yanında, ölüm nedenlerinin de doğru olarak belirlenmesi ve bunlara yönelik koruyucu ve önleyici önlemlerin alınması gerekmektedir (Korkmaz ve ark. 2013).

Bebek ölümleri biyolojik, psikolojik, fiziksel ve sosyal çevre ve hizmet alımı olmak üzere birçok faktör tarafından etkilenebilir (Sidebotham ve ark. 2014c). Bunun gibi ulusal nedenlerin içinde ihmal ya da istismar olarak tanımlanabilecek terk edilme, çocuk cinayetleri ve kazalar gibi olumsuz fiziksel ve sosyal çevreye bağlı oluşan bebek ölümlerinden doğrudan söz edilmemektedir. Muhtemelen bu tür ölüm nedenleri diğer grubu içinde yer almış olabilir. Ancak, Demirel ve ark. (2013) geniş kapsamlı ulusal veriye dayalı olarak yaptıkları bir araştırmada geç neonatal ölüm nedenleri arasında ihmal ya da istismarı (%0,1) göstermişlerdir. Kahire'de 2006-2010 yılları arasında meydana gelen 18 yaş altı 60 çocuk cinayetinin incelendiği bir çalışmada da vakaların çoğunun (%27,45) bir yaşın altında olduğu bildirilmiştir (Alsaif ve ark. 2013). İngiltere'de 2010 ve 2011 yıllarında 18 yaş altı önlenebilir çocuk ölümleri ile ilgili yapılan bir çalışmada ise meydana gelen ölümlerin %7'sinin ani beklenmedik bebek ölümü ve %1'inin kasten yaralama, istismar ve ihmal ile ilgili olduğu rapor edilmiştir (Sidebotham ve ark. 2014a). Fransa'da bir hastanede 1991-2008 yılları arasında meydana gelen çocuk cinayetlerinin retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada da 15 yaş altı çocuk

cinayetlerinin yüz binde 0,56 oluğu ve kurbanların çoğunu (%51,4) bir yaşın altındaki bebekler oluşturduğu belirtilmiştir (Makhlouf ve Ramboud 2014). Yine Finlandiya'da yapılan bir çalışmada 25 yıllık bir sürede 200 tane 15 yaş altı çocuk ve bebeğin öldürüldüğü, anneler ya da eşleri tarafından öldürülen bebek oranlarının 100.000'de 5,09 olduğu ve bebeklerin daha çok biyolojik anneleri tarafından öldürüldüğü (52/56 bebek) rapor edilmektedir (Kauppi, Kumpulainen, Karvola, Vanamo ve Merikanto 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde 10 yıllık bir süredeki beş yaş altı çocukların öldürülme vakalarını incelendiği bir epidemiyolojik çalışmada 59 vakadan 24'ünün bir yaşın altında olduğu ve daha çok erkek oldukları bildirilmiştir (Fajardo ve Hanzlick 2010). New Mexico'da çocuk istismarlarının incelendiği bir çalışmada 6 yılı kapsayan sürede 0-18 yaşlarında olan 142 vakanın bulunduğu, bu ölümlerin %73'ünün bir yaşın altındaki çocuklarda şiddet ile ilişkili olduğu ve cinsiyetler arasında fark bulunmadığı rapor edilmiştir (Lee ve Lathrop 2010).

Yenidoğan cinayetleri yaşamın ilk günlerinde en yüksektir. Amerika'da her yıl yüz binde 2,1 bebek öldürülmekte ya da ölmesi için terk edilmektedir. Bu oran Finlandiya'da yüz binde 0,07-0,18'dir (Friedman ve Resnick 2009). Friedman ve Resnick (2009) kayıt ve bilgilenmedeki karmaşadan dolayı yenidoğan cinayetleri ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda yanlış hesaplamaların yapıldığının düşünüldüğünü bildirmişlerdir. Yenidoğan cinayetlerinin öncelikli olarak genç, evli olmayan, psikiyatrik bozukluğu olan, istenmeyen gebelikler, ilaç kullanan ve HIV enfekte olan bireylerde görüldüğü bildirilmektedir (Friedman ve Resnick 2009; Mueller ve Sherr 2009). Gebeliğin inkâr edilmesi yenidoğanın öldürülmesi için en önemli risk faktörüdür (Gheorghe, Banner, Hansen, Stolborg, ve Lynnerup 2011; Mueller ve Sherr 2009). Çin'de "ulusal bir bebek politikası" da özellikle kız bebekler için yenidoğan öldürülme ve terk edilmesi ile ilişkili risk olmuştur (Mueller ve Sherr 2009).

Dış faktörlere bağlı olan çocuk ölümlerinin önlenmesi için çocuğun içinde bulunduğu koşulların bilinme-

si ve çocuk için mortalite ya da morbidite oluşturan olayların anlaşılması gerekmektedir (Hammond, Miller ve Griffin 2010). İngiltere’de son yıllarda bebek ölüm oranlarındaki düşme hızının yavaşlaması nedeni ile bebek ölümlerinin nasıl olduğunun anlaşılmasının bebek ölümlerinin azaltılmasında etkili olabileceğinden hareketle önemli derleme çalışmaları yapılmıştır (Sidebotham ve ark. 2014a; Sidebotham ve ark. 2014b). Bu çalışmalarda dış faktörlere bağlı ergen ve çocuk ölümlerinin en fazlasını trafik ve diğer kazaların oluşturduğu bildirilmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmali her yaş grubunda yaygın olarak görülebilen, karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları ile tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur (Alsaif ve ark. 2013; Pavey, Gorman, Kuehn, Stokes ve Hisle-Gorman 2014). Dünya Sağlık Örgütü, çocuk istismarını bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan, fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik boyutları olan, çocuğun fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini ve sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışlar olarak tanımlamaktadır (WHO 2006). Bu durum parçalanmış aile, eşler arası geçimsizlik, işsizlik, düşük sosyo-kültürel düzey, genç anne, tek ebeveyn ve üvey anne/baba gibi durumlarda daha sık görülmektedir (Erkol, Albek, Cantürk ve Erkol 2014). Ayrıca kötü doğum sonuçları ve yenidoğanın hastaneye yatırılması da ebeveyn istismarı yaşama olasılığını artırmaktadır (Pavey ve ark. 2014). Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirildiği çalışmada ise geç neonatal ölümlerin %0,1’inin istismar ve ihmal ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Korkmaz ve ark. 2013). Ülkemizde 0-1 yaş 328 bebek ölümünün incelendiği bir diğer çalışmada ise bu ölümlerin %7,9’unu istismar ve ihmal vakalarının oluşturduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve ark. 2010).

Bir diğer önemli ihmal suçu da bebeğin ölmesi ya da başkaları tarafından bulunması için terk edilmesidir. Bebekler istenmedikleri için terk edilmektedirler (Hammond ve ark. 2010). Bu terk edilme yaygın olmasa da vardır ve genellikle polis, itfaiye, hastaneler

ya da acil servisleri tarafından kriminal vaka olarak bildirilirler. Amerika Birleşik Devletlerinde bu bebekler “yuvaya bırakılan bebekler”, “terk edilmiş bebek” ve “atılan bebekler” olmak üzere üç grupta gösterilmiş ve gruplar arasındaki fark tanımlanmıştır (U.S. Department of Health and Human Services 2001). Terk etmenin ilk iki türü (yuvaya bırakılan bebekler, terk edilmiş bebek) hastanede bırakılan beklendir ve bu bebekler 12 ay ya da daha uzun süre yuvada bakılırlar. Atılan bebekler ise bakım veya gözetim olmadan halka açık yerlerde terk edilmiş ve öldürülmüş vakaları içermektedir (Mueller ve Sherr 2009). Son yıllarda bebeklerin güvenli ortamlarda terk edilmesini sağlamak ve bebek ölümlerini önlemek için Amerika Birleşik Devletlerinde “Safe Haven Lowes” ya da “Baby Moses” kanunları çıkarılmıştır (Friedman ve Resnick 2009; Harding 2009; Kunkel 2007). Avrupa’daki birçok ülkede ise bu amaçla “isimsiz doğum tercihi” ya da “baby hotches” bulunmaktadır (Friedman ve Resnick 2009). Ülkemizde de çocukların korunmasına ilişkin önemli yasal düzenlemeler bulunmaktadır (Çocuk Koruma Kanunu 2005; Ulusal Çocuk Mevzuatı 2013). Ebe ve hemşireler annelerin bebeklerini güvenli bir şekilde terk etmeleri konusunda mevcut yasal düzenlemeleri bilmeli ve danışmanlık yapmalıdırlar.

Tanılanması ve kayıt altına alınmasında güçlük yaşanan bir diğer bebek ölüm nedeni ise ani beklenmedik bebek ölümleridir. Amerikan Pediatri Akademisi (2011) ani beklenmedik bebek ölümü (Sudden unexpected infant death) kavramını bebeklik süresince görülen, açıklanan ya da açıklanamayan herhangi bir ani ve beklenmedik ölümünü tanımlamak için kullanmaktadır. Ülkemizde yapılan 0-1 yaş arası ölümlerin ani beklenmedik bebek ölümü bakımından değerlendirildiği bir çalışmada, incelenen 207 bebekten 52’sinin ani beklenmedik bebek ölümü olduğu bildirilmiştir (Pakiş, Turan, Yılmaz, Yıldız ve Gürpınar 2009). Ani beklenmedik bebek ölümü için risk faktörleri ise uyku pozisyonu, yatağın paylaşılması, yumuşak yatak, yastık kullanımı, bebeğin yatağında oyuncakların bulunması, sakinleştirici kullanımı, gebelik süresince sigara içme ve evde sigara içilmesi olarak bildirilmiştir

(Yikilkan ve ark. 2011). Ayrıca DBT aşısının da ani beklenmedik bebek ölümü için risk faktörü olduğunu bildiren çalışma bulunmaktadır (Müller-Nordhorn, Hettler-Chen, Keil ve Muckelbauer 2015).

Ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelere göre ebe ve hemşirelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemli sorumlulukları bulunmaktadır (ICM 2010; Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik 2014). Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (2014)'de ebelerin, 0-6 yaş çocuklarının bakım ve izlemlerinden sorumlu oldukları bildirilmektedir. Uluslararası Ebeler Federasyonu ise bu süreyi 0-2 ay olarak belirtmektedir (ICM 2010). Ebe ve hemşireler bu sorumluluklarını yerine getirirken çalışmalarının planlaması ve sunumunda bazı bilimsel verilere gereksinim duymaktadırlar. Bu bağlamda ebelerin bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında yararlanmak için, daha fazla bebek istismar ve ihmali konusunda bilimsel bilgiye gereksinimleri bulunmaktadır. Ayrıca bebeklik dönemi terk edilme, ani beklenmedik bebek ölümleri, istismar / ihmali ve kazalar gibi olağan dışı durumlara bağlı ölümler hakkında daha fazla ve ayrıntılı bilgiye sahip olmak, bebek ölümlerini azaltmak için gerekli önlemleri almada ve sağlık çalışanlarının bu konuya duyarlılığını artırmada önemlidir (Hammond ve ark. 2010).

Son yıllarda ülkemizde bebek sağlığı ile ilgili ulusal göstergelerde önemli olumlu gelişmeler olmuştur. Ancak günlük gazete ya da televizyon haberlerini izlerken olumsuz fiziksel ve / veya sosyal çevre koşullarına bağlı oluşan bazı olağan dışı bebek ölüm ve yaralanma öykülerine rastlamaktayız. Ulusal ya da uluslararası veriler, bu olumsuz koşullar nedeni ile oluşan bebek ölümleri ile ilgili sınırlı bilgileri içermektedir. Literatürde bu özellikteki bebek ölümleri ile ilgili verilerin daha çok adli tıp raporları ve basın haberinde yer aldığı görülmektedir (Sherr, Mueller ve Fox 2009; Yılmaz ve ark. 2010). Ancak bebek ölüm oranlarının azaltıl-

ması için bu olumsuz koşulların ve gelişen olayların daha fazla anlaşılması gerekmektedir (Hammond ve ark. 2010; Sidebotham ve ark. 2014c). Bu çalışmada, çalışma alanımıza daha uygun olması, ülkemizin tüm bölgelerinde ve farklı sosyokültürel özelliklerini yansıtan vakalar hakkında genel bir bilgi ortaya koyması nedenleri ile veri kaynağı olarak gazete haberlerinden yararlanılmıştır. Elde edilen verilerin bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgili çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir. Araştırmamızın amacı, gazetelerde yayımlanan bebek ölüm ve istismar haberlerini incelemektir.

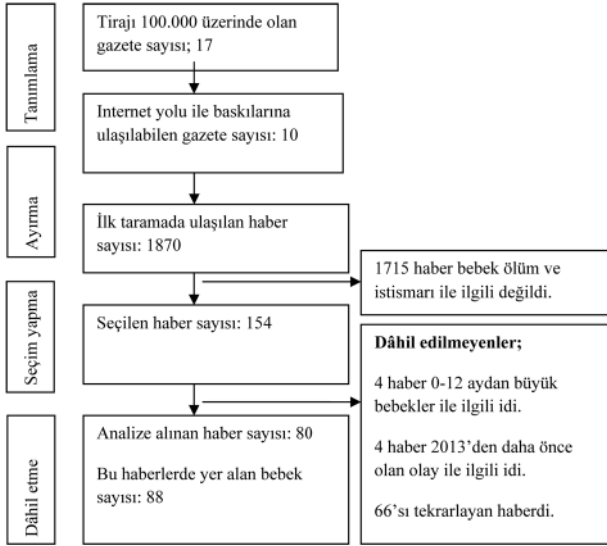
YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri: Araştırma retrospektif tanımlayıcı olarak, 80 gazete haberinde yer alan 88 bebek ile yapılmıştır. Bu araştırma için taramalar Ocak 2015'de internet aracılığı ile yapılmıştır. Araştırmada 01-07 Aralık 2014 tarihleri aralığında tirajı 100.000'in üzerinde olan 17 gazete incelenmiştir. Bu gazeteler tiraj sayı sırasına göre Zaman, Posta, Hürriyet, Sözcü, Sabah, Haber Türk, Fotomaç, Türkiye, Milliyet, Fanatik, Bugün, Yeni Şafak, Takvim, Star, Vatan, Akşam ve Güneş idi. Bu gazetelerin sadece 10 tanesinin (Zaman, Posta, Hürriyet, Sözcü, Haber Türk, Milliyet, Bugün, Yeni Şafak, Star, Vatan) baskılarına internet aracılığı ile ulaşılmakta idi.

Verilerin Toplanması: İnternet yolu ile ulaşılabilen gazetelerin 01.01.2013 ve 31.12.2014 tarihleri arasında yayımlanan sayılarında yer alan bebek ölüm ve istismar haberleri "bebek ölümü", "bebek ve ölüm" "bebek ve şiddet" ve "bebek şiddeti" anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. Tarama sonucunda toplam 155 habere ulaşılmıştır. Bu araştırmaya, haber kaynağı Türkiye ve 0-12 aylık bebeklere ilişkin olan 80 haberde sözü edilen 88 bebek dâhil edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen haberlerin seçimi ile ilgili ayrıntılı bilgi Şekil 1'de verilmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından araştırmaya dâhil edilen gazete haberlerindeki bebekler ile ilgili bilgileri elde etmek için geliştirilen veri çekme aracı ile toplanmıştır. Her bir haber incelenerek olayın meydana

na geldiği tarih, ili, bebek yaşı (gün/ay/yıl), haber özelliği, ebeveyn özelliği, cinsiyet ve sağlık durumuna ilişkin veriler veri çekme aracına kayıt edilmiştir. Veriler sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ani beklenmedik bebek ölümlerinin belirlenmesinde Amerikan Pediatri Akademisi (2011)'nin tanımından yararlanılmıştır.



Şekil 1. Araştırmaya Dâhil Edilen Haberlerin Seçim Akışı

BULGULAR

Ülkemize 01-07 Aralık 2014 tarihlerinde tirajı 100.000'in üzerinde olan 10 gazetede 01.01.2013 ve 31.12.2014 tarihleri arasında yayımlanan 80 bebek ölüm ve istismar haberi saptanmıştır. Bu haberlerden bazılarında birden fazla bebekten söz edildiği için, bu çalışmada 88 bebek ile ilgili haber yer almıştır. Bu haberlerde yer alan bebeklerin %40,91'inin 0-28 günlük, %42,05'inin kız ve %89,77'sinin ölmüş olduğu belirlenmiştir. Bebeklere ilişkin yapılan haberlerin terk edilme (n=28, %31,82), sağlık bakımı sırasında gelişen durum (n=16, %18,18), ani beklenmedik bebek ölümü (n=10, %11,36), trafik kazaları (n=8, %9,09), ev kazaları (n=7, %7,95), ebeveyn cinayeti/istismarı (n=7, %7,95), karma aşı sonrası ölüm (n=2, %2,27), evde doğum (n=1, %1,14), ateşli hastalık (n=1, %1,14) ve diğer (n=8, %9,09) nedenler ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu haberler daha çok İstanbul (n=6, %8,75), Ada-

na (n=7, %8,75), Ankara (n=6, %7,50), Antalya (n=5, %6,25), Kocaeli (n=5, %6,25), Bursa (n=5, %6,25), Tekirdağ (n=4, %5,00), Mersin (n=4, %5,00) ve Şanlıurfa (n=4, %5,00) illerinde meydana gelmişti (Tablo 1).

Tablo 1. Gazetelerde Yayınlanan Bebek Haberlerine İlişkin Veriler

Veriler	Sayı (%)
Bebeğin yaşı, (n=88)*	
0-28 gün	36 (40,91)
1-6 ay	28 (31,82)
7-12 ay	15 (17,05)
Bilinmiyor	9 (10,22)
Cinsiyeti, (n=88)*	
Kız	37 (42,05)
Erkek	29 (32,95)
Bilinmiyor	22 (25,00)
Hayati durumu, (n=88)*	
Yaşayan	9 (10,23)
Yaşamayan	79 (89,77)
Haber Özelliği, (n=88)*	
Terk edilmiş	28 (31,82)
Sağlık bakımı sırasında gelişen durum	16 (18,18)
Ani beklenmedik bebek ölümü	10 (11,36)
Trafik kazası	8 (9,09)
Ev kazaları	7 (7,95)
Ebeveyn cinayeti/istismarı/ihmali	7 (7,95)
Karma aşı sonrası ölüm	2 (2,27)
Evde doğum	1 (1,14)
Ateşli hastalık	1 (1,14)
Diğer	8 (9,09)
İller, (n=80)	
İstanbul	7 (8,75)
Adana	7 (8,75)
Ankara	6 (7,50)
Antalya	5 (6,25)
Kocaeli	5 (6,25)
Bursa	5 (6,25)
Şanlıurfa	4 (5,00)
Tekirdağ	4 (5,00)
Mersin	4 (5,00)
Manisa	3 (3,75)
Zonguldak	3 (3,75)
Niğde	2 (2,50)
Burdur	2 (2,50)
Konya	2 (2,50)
Aydın	2 (2,50)
İzmir	2 (2,50)
Bir haber olan iller*	17 (21,50)

*Kilis, Hatay, Diyarbakır, Aksaray, Adıyaman, Batman, Erzurum, Giresun, Kayseri, Nevşehir, Ordu, Gaziantep, Osmaniye, Muğla, Yozgat, Kütahya ve Mardin illerinden birer haber bulunmakta idi.

TARTIŞMA

Ülkemizde tirajı 100.000'in üzerinde olan gazetelerde yayımlanan bebek ölüm ve istismar haberlerini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırmada başlıca gazetelerde yayımlanan bebek ölüm ve istismar haberlerindeki bebeklerin daha çok yenidoğan döneminde, kız ve ölmüş olduğu, yapılan haberlerin daha çok terk edilme, sağlık bakımı sırasında, ani beklenmedik bebek ölümü, trafik ve ev kazaları ve ebeveyn cinayeti/istismarı ile ilgili ve büyük şehirlerde meydana geldiği sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlar bebek sağlığına ilişkin kayıtlarda görünmeyen ve sadece günlük sıradan bir haber olarak izlenen verileri ortaya koyması bakımından önemlidir.

Araştırmada, bu haberlerde yer alan bebeklerin önemli bir bölümünün (%40,91) yenidoğan (0-28 günlük) oldukları görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da yaşamını yitiren bebeklerin %48,4'ünün 0-30 günlük olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve ark. 2010). Bu sonuçlar bu tür olayların daha çok yenidoğan döneminde görüldüğünü göstermektedir.

Bu çalışmada yer alan cinsiyeti bildirilen bebeklerin çoğunun (37'si kız ve 29'u erkek) kız olduğu ve önemli bir bölümünün de (22 bebek) cinsiyetinin bilinmediği saptanmıştır. İzmir'de 1999-2007 yıllarına ait, 0-12 aylık bebeklerin otopsislerinin incelendiği çalışmada ise 373 bebeğin %41,8'sinin kız olduğu bildirilmiştir (Kaya ve ark. 2010). İstanbul'da 0-5 yaş grubu çocuk ölümlerinin adli tıp boyutunun incelendiği bir çalışmada da çocukların %42,5'inin kız olduğu rapor edilmiştir (İnanıcı ve Birgen 2001). Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan beş yaş altı öldürülen vakaların incelendiği bir çalışmada da çocukların %40,8'sinin kız olduğu bildirilmiştir (Fajardo ve Hanzlick 2010). Bu sonuçlar bu çalışmanın aksine diğer çalışmalarda kız bebeklerin oranının daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu farklılık bu çalışmada cinsiyeti bilinmeyen bebeklerin oranının yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada gazete haberlerinde yer alan bebeklerin çok büyük bir bölümünün (%89,77) ölmüş olduğu bil-

dirilmiştir. Yılmaz ve ark. (2010) da adli tıp uygulamalarında 0-1 yaş grubu bebek ölüm nedenlerini inceledikleri çalışmada bebeklerin %41,1'inin ölü bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlar bebekler için hayatı tehlikenin ciddiyetini göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

Bu çalışmada bebeklere ilişkin yapılan haberlerde söz konusu edilen 28 bebeğin terk edilmiş olduğu ve bu bebeklerin 25'inin yaşamını yitirdiği görülmüştür. İngiltere'de medya raporlarına dayalı olarak yapılan benzer bir çalışmada ise 1998-2005 yılları arasında 16 terk edilmiş bebek olduğu rapor edilmiştir (Sherr ve ark. 2009). Danimarka'da 1997-2008 yıllarını kapsayan bir çalışmada da 12 terk edilmiş bebek vaka-sının olduğu, terk edildiğinde sadece beşinin hayatta olabileceğinin tahmin edildiği, bu durumun genç, evli olmayan, primipar, gebeliğini inkâr eden kadınlarda daha sık karşılaşıldığı bildirilmiştir (Gheorghe ve ark. 2011). Bu bulgular terk edilmenin bebekler için çok ciddi tehlike oluşturduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada bazı bebeklerin (n=16, %18,18) sağlık bakımı sırasında değişik sağlık sorunları nedeni ile yaşamalarını yitirdikleri için haber konusu edildikleri belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da bebeklerin %23,0'ının hastalık şikâyeti sonrası öldüğü bildirilmiştir (Yılmaz ve ark. 2010). Bu vakaların ölüm nedenlerinin ayrıntılı değerlendirilmesi bebek ölüm oranlarının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada 10 tane bebeğin ölüm öykülerinden, onların ani beklenmedik bebek ölümü nedeni ile yaşamalarını yitirdikleri anlaşılabilir. Yılmaz ve ark. (2010)'nın adli tıp kurumu raporlarına dayalı olarak 2000-2006 yılları arasındaki 0-1 yaşındaki 328 vakayı inceledikleri çalışmada da bir bebeğin (%0,3) ani beklenmedik bebek ölümü olduğu rapor edilmiştir. Kaya ve ark. (2010) da incelenen 373 bebek otopsisinden 1'inde ve Balcı ve ark. (2008) ise 112 bebekten 2'sinin ani beklenmedik bebek ölümü olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada Pakiş ve ark. (2009), 2000-2006 yılları arasında meydana gelen ve adli tıp kurulunda incelenen 207 vakadan 52'sinin ani beklenmedik

bebek ölümü olduğunu ifade etmişlerdir. Korkmaz ve ark. (2013)'nın bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirildiği çalışma ise ani beklenmedik bebek ölümlerinin olmadığını bildirmiştir. Bu sonuçlar ani beklenmedik bebek ölümü oranlarının çalışmanın özelliklerine göre değişiklik gösterdiğini, bebek ölümlerini azaltmak için bu tür ölümlere ait kapsamlı verilere ve ölüm öykülerinin detaylarına gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Yine bu çalışmada iki bebeğin karma aşı sonrası ölüm öykülerinden söz edilmekte idi. Amerika'da yapılan bir çalışmada da DBT aşının ani beklenmedik bebek ölümü ile ilişkili olduğu, uyku pozisyonu hesaba alındıktan sonra ani beklenmedik bebek ölümü görülme oranının %10 kadar bu aşı ile ilişkili olarak artış gösterdiği bildirilmiştir (Müller-Nordhorn ve ark. 2015). Bu sonuçlara göre karma aşı sonrası bebekler için ani beklenmedik bebek ölümü ile ilişkili risk faktörlerinin göz önünde bulundurulması ve gerekli önlemlerin alınması gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmada 8 bebeğin (%9,09) trafik kazaları ve 7 bebeğin (%7,95) de ev kazaları nedeni ile haber konusu edildikleri görülmüştür. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirildiği çalışmada da bebek ölümlerinin %0,2'sinin kazalara bağlı olduğu bildirilmiştir (Korkmaz ve ark. 2013). Kaya ve ark. (2010)'nın İzmir'de 373 bebeğin otopsilerini inceledikleri çalışmada bebek ölümlerinin %8,5'inin ev kazalarına bağlı olduğu rapor edilmiştir. Yılmaz ve ark. (2010) da inceledikleri 328 bebekten 26 (%7,9)'sının travma, suda boğulma, zehirlenme ve dehidratasyon gibi ihmal ve istismar nedeni ile oluşan kazalara bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlar trafik ve ev kazalarının bebekler için ciddi tehlike oluşturduğu ve bu konulara ilişkin önlemlerin titizle alınması gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada 7 bebeğe ait haber özelliklerinde ebeveyn cinayeti / istismarından söz edildiği ve bunların çoğunun (4 cinayet ve 1 şiddet) baba tarafından uygulandığı saptanmıştır. İzmir'de 373 bebek otopsisinin

değerlendirildiği bir çalışmada ise 3 bebek ölümünün cinayete bağlı olduğu belirtilmiştir (Kaya ve ark. 2010). Ülkemizde vaka bildirimlerinin yapıldığı diğer çalışmalarda da 11 yaşında bir erkek ve 9 yaşında bir kız çocuğunun ağır fiziksel şiddete bağlı (Erkol ve ark. 2014) ve 4 aylık bir kız bebeğin de plastik poşetle boğulması (Derinöz, Emirlioğlu ve Güzelküçük 2012) sonucu yaşamlarını yitirdikleri bildirilmiştir. Kahire'de 2006-2010 yılları arasında meydana gelen 18 yaş altı 60 çocuk cinayetinin incelendiği çalışmada ise vakaların çoğunun (%27,45) bir yaşın altında olduğu, cinayetlerin daha çok baba (%30), üvey baba (%20) ve anne (%17) tarafından işlendiği bildirilmiştir (Alsaif ve ark. 2013). İngiltere'de de her yıl 5-15 yenidoğanın şiddete bağlı olarak öldüğü tahmin edilmektedir (Sidebotham ve ark. 2014a). Fransa'da yapılan bir çalışmada ise bir yaşın altında öldürülen bebeklerin çoğunun baba (%38,5) ve anneleri (%34,6) tarafından öldürüldükleri bildirilmiştir (Makhlof ve Ramboud 2014). Şili'de yapılan bir çalışmada da 1988-2009 yılları arasında 98 çocuk cinayeti vakası bulunduğu ve bunların 66'sının kadınlar ve 32'sinin erkekler tarafından işlendiği bildirilmiştir (Benitez-Borrego, Guàrdia-Olmos ve Aliaga-Moore 2013). Finlandiya'da yapılan bir diğer çalışmada da 25 yıllık bir sürede 200 tane 15 yaş altı çocuk ve bebeğin öldürüldüğü, anneler ya da eşleri tarafından öldürülen bebek oranlarının 100.000'de 5,09 olduğu ve bebeklerin daha çok biyolojik anneleri tarafından öldürüldüğü (52/56 bebek) rapor edilmektedir (Kauppi ve ark. 2010). Çin'de yapılan bir çalışmada da 1998 ve 2010 yılları ebeveynleri tarafından öldürülen 14 vaka olduğu bildirilmiştir (Hon 2011). Bu sonuçlar cinayetin / istismarın çok sayıda masum bebeğin ölümüne neden olduğunu ve bu durumun daha çok ebeveynler ile ilişkili olduğunu göstermesi bakımından dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada bir bebeğin evde doğum sonucu yaşamını yitirdiği görülmüştür. Benzer şekilde, Arslan ve ark. (2013)'nın 167 bebeğin ölümlerini inceledikleri araştırmada da 1 (%0,6) bebeğin evde doğum sonrası yaşamını yitirdiği bildirilmiştir. Bu sonuçlar sağlık çalışanlarının yardımda bulunamadığı ev doğumlarının

tehlikesini bir kez daha gündeme getirmesi bakımından önemlidir.

Çalışmada bir bebeğin ateşli hastalık ile ilgili olarak ölümü haber edilmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise bebeklerin %21,6'sının enfeksiyon hastalıkları sonucu yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (Yılmaz ve ark. 2010). Bu sonuçlara göre yenidoğan enfeksiyonlarının bebek ölümleri için önemini sürdürdüğü söylenebilir.

Bu çalışmada incelenen haberlerin daha çok büyük şehirlerde meydana geldiği saptanmıştır. Bu sonuç büyük şehirlerdeki nüfus yoğunluğu ve sosyo-kültürel farklılıklar ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmanın sınırlılıklarından birisi, verilerin gazete haberlerine dayalı olarak elde edilmesidir. Bu nedenle araştırma verilerinin güvenilirliği yayınlanan haberlerin doğruluğuna bağlı olarak değişebilir. Diğer ise araştırma sonuçları genellenemez ve sadece bu çalışmada sözü edilen bebekleri temsil etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma gazetelerde yayımlanan bebek ölüm ve istismar haberlerindeki bebeklerin daha çok yenidoğan döneminde, kız ve ölü olduğu, yapılan haberlerin daha çok terk edilme, sağlık bakımı sırasında, ani beklenmedik bebek ölümü, trafik ve ev kazaları ve ebeveyn cinayeti / istismarı ile ilgili ve büyük şehirlerde meydana geldiği sonuçlarını ortaya koymuştur. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda bu bilgilerin dikkate alınması ile bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlanabilir. Ayrıca bebeklerin niyet edilmeyen dış faktörlere bağlı ölümlerinin önlenmesi için sağlık çalışanları, polis, yerel yönetimler ve diğer gönüllü sosyal kuruluşların işbirliği yapmaları gerekmektedir. Diğer yandan ani beklenmedik bebek ölümleri ile ilgili risk faktörlerine ilişkin önlemlerin alınması için sağlık çalışanlarının ve ebeveynlerin bilgilendirilmesi hayati önem taşımaktadır. Ebe ve hemşireler uyku pozisyonu ile ilgili ani beklenmedik bebek ölümlerini önlemek için, annelere bebeklerini sırt üstü pozisyonda yatmalarını konusunda APA'nın önerile-

rine göre bilgi vermelidirler (Patton, Stiltner, Wright ve Kautz 2015). Bebeklerin terk edilmesi ve bu duruma bağlı ölümlerini önlemek için ise istenmeyen gebeliklerin önlenmesi zorunlu görünmektedir. Bu bağlamda etkili aile planlaması yöntem kullanımının evlilik dışı aktif cinsel yaşamı olanlar gibi özel risk gruplarında yaygınlaştırılması için yaygın eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu gerekli ve önemlidir. Ayrıca terk edilen bebeklerin güvenliğini sağlamak için gelişmiş ülkelerde olduğu gibi yasal düzenlemelerin yapılması önerilebilir (Hammond ve ark. 2010). İlave olarak bu konudaki çalışmalara kaynak oluşturabilecek daha kapsamlı nicel ve nitel araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Alsaif, D. ve ark. (2013). Child homicide in Cairo from 2006 to 2010: Characteristics and trends. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20: 929-932.

American Academy of Pediatrics (2011). Technical report SIDs and other sleep-related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping. *Environment Pediatrics*, 128(5): e1341-e1367.

Arslan, S. ve ark. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beş yıllık sürede (2007-2011) neonatal ölüm nedenleri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 47(1): 16-20.

Balcı, E. ve ark. (2008). Kayseri ili Melikgazi ilçesinde 2006 yılında meydana gelen bebek ölümleri. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.*, 22(6): 323-326.

Benitez-Borrego, S., Guàrdia-Olmos, J., Aliaga-Moore, A. (2013). Child homicide by parents in Chile: A gender-based study and analysis of post-filicide attempted suicide. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36: 55-64.

Çocuk Koruma Kanunu (2005). 3.7.2005 kabul tarihli ve kanun numarası 5395 olan Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-1.htm> (31.05.2015).

Demirel, G. ve ark. (2013). Rapid decrease of neonatal mortality in Turkey. *Matern Child Health J*, 17: 1215-1221.

Derinöz, O., Emiralioğlu, N., Güzelküçük, Z. (2012). Bir bebekte plastik poşet ile boğulma: Suffokasyon. *Türkiye Çocuk Hast. Derg.*, 6(2): 116-120.

Erkol, Z., Albek, E., Cantürk, N., Erkol, H. (2014). Ölümle sonuçlanan iki fiziksel çocuk istismarı olgusu. *Medicine Science*, 3(2): 1277-1288.

Gazetelerde Yayınlanan Bebek Ölüm ve İstismar Haberlerinin İncelenmesi

- Fajardo, G. C., Hanzlick, R. L. (2010). A 10-year epidemiologic review of homicide cases in children younger than 5 years in Fulton County, Ga: 1996-2005. *Am J Forensic Med Pathol*, 31(4): 355-358.
- Friedman, S., Resnick, P. J. (2009). Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32: 43-47.
- Gheorghe, A., Banner, J., Hansen, S. H., Stolborg, U., Lynnerup, N. (2011). Abandonment of newborn infants: A Danish forensic medical survey 1997-2008. *Forensic Sci Med Pathol*, 7: 317-321.
- Harding, A. (2009). Safe haven laws. *J Emerg Nurs*, 35: 352-353.
- Hammond, M., Miller, M. K., Griffin, T. (2010). Safe haven laws as crime control theater. *Child Abuse & Neglect*, 34: 545-552.
- Hon, K. L. (2011). Dying with parents: An extreme form of child abuse. *World J Pediatr*, 7(3): 266-268.
- İnanıcı, M. A., Birgen, N. (2001). 0-5 yaş grubu çocuk ölümlerinin adli tıp boyutu. *Adli Tıp Bülteni*, 6(2): 70-75.
- International Confederation of Midwives (ICM) (2010). International Confederation of Midwives: Essential competencies for basic midwifery practice 2010, Revised 2013, <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>. (13.05.2015).
- Kauppi, A., Kumpulainen, K., Karkola, K., Vanamo, T., Merikanto, J. (2010). A retrospective review of filicides in Finland. *Am Acad Psychiatry Law*, 38(2): 229-238.
- Kaya, A. ve ark. (2010). İzmir'de yapılan bebeklik dönemi adli otopsiler: 1999-2007. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3): 177-184.
- Koç, İ., Yüksel-Kaptanoğlu, İ., Eryurt, M. A. (2014). *Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. 2013 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
- Korkmaz, A. ve ark. (2013). Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56(3): 105-121.
- Kunkel, K. A. (2007). Safe haven laws focus on abandoned newborns and their mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(5): 397-401.
- Lee, C. K., Lathrop, S. L. (2010). Child abuse-related homicides in new Mexico: A 6-year retrospective review. *J Forensic Sci*, 55(1): 100-103.
- Makhlouf, F., Ramboud, C. (2014). Child homicide and neglect in France: 1991-2008. *Child Abuse & Neglect*, 38: 37-41.
- Mueller, J., Sherr, L. (2009). Abandoned babies and absent policies. *Health Policy*, 93: 157-164.
- Müller-Nordhorn, J., Hettler-Chen, C. M., Keil, T., Muckelbauer, R. (2015). Association between sudden infant death syndrome and diphtheria-tetanus-pertussis immunisation: An ecological study. *BMC Pediatrics*, 15(1): 1-8.
- Pakış, I., Turan, N., Yılmaz, R., Yıldız, N., Gürpınar, S. (2009). 0-1 yaş arası ölümlerin ani beklenmedik bebek ölümü sendromu açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(5): 1178-1182.
- Patton, C., Stiltner, D., Wright, K. B., Kautz, D. D. (2015). Do nurses provide a safe sleep environment for infants in the hospital setting? An integrative review. *Advances in Neonatal Care*, 15(1): 8-22.
- Pavey, A. R., Gorman, G. H., Kuehn, D., Stokes, T. A., Hisle-Gorman, E. (2014). Intimate partner violence increases adverse outcomes at birth and in early infancy. *J Pediatr*, 165: 1034-1039.
- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (2014). 22 Mayıs 2014 tarihli 29007 sayılı Resmî Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>. (01.04.2015).
- Sherr, L., Mueller, J., Fox, Z. (2009). Abandoned babies in the UK: A review utilizing media reports. *Child: Care, Health and Development*, 35(3): 419-430.
- Sidebotham, P., Fraser, J., Fleming, P., Ward-Platt, M., Hain, R. (2014a). Child death in high-income countries 2: Patterns of child death in England and Wales. *Lancet*, 384: 904-914.
- Sidebotham, P., Frederick, J., Covington, T., Mitchell, E. A. (2014b). Child death in high-income countries 1: Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *Lancet*, 384: 894-903.
- Sidebotham, P. ve ark. (2014c). Child death in high-income countries 3: Understanding why children die in high-income countries. *Lancet*, 384: 915-927.
- Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı (2011). Bir Bakışta Sağlık-Avrupa 2010, Ankara, <http://www.ab.gov.tr/index.php?p=46502&l=1> (31.05.2015).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Ölüm İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16050> (31.05.2015).
- Ulusal Çocuk Mevzuatı (2013). Adalet Bakanlığı Türkiye Adalet Akademisi Hâkimler ve Savcılar Yüksek Kurulu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı UNICEF Türkiye, Ankara, <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/3.%20ULUSAL%20C3%87OCUK%20MEVZUATI.pdf> (31.05.2015).

U.S. Department of Health and Human Services (2001). *1998 National Estimates of The Number of Boarder Babies, Abandoned Infants, and Discarded Infants*. DC: Government Printing Office, Washington,

World Health Organization (WHO) (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence, Geneva, Switzerland, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf?ua=1 (31.05.2015).

Yılmaz, R ve ark. (2010). Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'nca ölüm sebebi verilen 0-1 yaş grubu bebeklerin ölüm sebebi açısından değerlendirilmesi. *Türk Ped Arşivi*; 45: 31-36.

Yıkilkan, H. ve ark. (2011). Sudden infant death syndrome: How much mothers and health professionals know. *Pediatrics International*, 53: 24-28.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliliği

Validity and Reliability of Turkish Version of the Pretest Intensive Care Nurses' Discharge Planning Perceptions Scale

Senem KUŞELİ DOST*, Hülya KAYA**

İletişim/ Correspondence: Hülya KAYA Adres/Adress: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet cd. 34381 Şişli/ İstanbul Tel: 0212 440 00 00/ 27040 Fax: 0212 224 49 90 E-mail: hulyakay@istanbul.edu.tr

ÖZ

Amaç: Bu araştırma Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Türkçe dil eşdeğerliliğini sağlamak, güvenirliliğini ve geçerliğini belirlemek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin dil eşdeğerliği geri-çeviri yöntemi; içerik geçerliği (content validity) uzman görüşüne başvurulmuş; güvenirliliği, zamana göre değişmezliği (test-tekrar test güvenirlilik/test-retest reliability) ve iç tutarlılığı (internal consistency) test edilerek; geçerliği ise ölçüte bağlı geçerlik (eş zamanlı ölçek geçerliği) yöntemi ile sınandı. Araştırmanın örneklemini, özel, devlet, üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler oluşturdu. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliliği 33, iç tutarlılığı ve ölçüte bağlı geçerliği 332 hemşireden toplanan veriler ile belirlendi.

Bulgular: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin 4 hafta ara ile yapılan test-tekrar testi pearson korelasyon analizinde; iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0,001$). Ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde madde-toplam puan korelasyonunun değerlerinin 0,31 ile 0,62 arasında olduğu belirlendi. Ölçeğin Cronbach değeri 0,70 olarak bulundu.

Sonuç: Araştırmanın sonuçları, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği Türkçe Formunun, yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlamasına ilişkin algılarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, Taburculuk Planlaması Algı Ölçeği, güvenirlilik, geçerlik.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this methodological study was to assess the validity and reliability of Turkish version of the Intensive Care Nurses Perceptions of Discharge Planning Scale.

Method: The adaptation of the scale to Turkish language was performed via back-translation, content validity was examined by refer to experts, reliability was examined with test-retest reliability and internal consistency, validity was examined with criterion - related validity. The population of the study consisted of nurses who accept to participation of study at private, state and university hospital. Test-retest reliability was examined with 33 nurses; internal consistency and concurrent validity were examined with 332 nurses.

Results: The test-retest reliability for the Intensive Care Nurses' Discharge Planning Perceptions Scale was measured with an interval of 4 weeks. Between the two measurement points were found positive connection very strong and statistically significant relationship at very high levels ($p < 0.001$). For internal consistency, Scale's item total correlation was 0.31 -0.62 and Cronbach's Alpha was 0.70.

Conclusion: The findings concern in the reliability and validity of the Turkish version of the Pretest for Intensive Care Nurses' Discharge Planning Perceptions Scale indicates that this instrument can be used in the studies that will be conducted in Turkey.

Keywords: Intensive care, Discharge Planning Perceptions Scale, validity, reliability.

*Bil.Uzm. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, **Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 26.05.2015

Yazının basım için kabul tarihi: 26.10.2015

GİRİŞ

Günümüzde bakımda kaliteyi yükseltme çabaları ile birlikte ileri teknolojinin kullanımı hizmetlerin maliyetini yükseltmekte, hastaların hastanede dolayısıyla yoğun bakımda yatış süresini kısaltmakta ve bu durum erken taburculuğu gündeme getirerek, bakımın sürdürülmesinde etkin bir taburculuk planlamasına duyulan gereksinimin giderek artmasına yol açmaktadır (Avşar 2006; Hager 2010; Kaya 2003; Kaya 2009; Taşocak 2007).

Hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını sürdürebilmeleri, öz bakımlarını gerçekleştirebilmeleri ve gelişebilecek komplikasyonlardan korunabilmeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile baş edebilmeleri etkin bir taburculuk planının yapılması ve bunun yaşama geçirilmesine bağlıdır (Paul 2008; Şenyuva ve Taşocak 2007; Yıldırım 2007). Etkin olmayan taburculuk planlaması hastanın bakım gereksinimlerinin karşılanmamasına, yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve hastaneye tekrarlı yatışlara yol açmaktadır. Özellikle Türkiye gibi henüz yoğun bakım sayısının ve kişi başına düşen yoğun bakım yatak sayısının az olduğu ülkelerde bu durum daha büyük bir önem kazanmaktadır (Eroğlu 2002; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2011).

Çalışmalarda hastaların taburculuğa yönelik gereksinimlerinin birçoğunun yoğun bakımda (YB) yattığı sürede ortaya çıktığı saptanmış ve taburculuk planlamasının yoğun bakımdaki önemine dikkat çekilmiştir (Bowles, Foust ve Naylor 2003; Chaboyer ve ark. 2002; Özel 2010; Yılmaz 2006; Yıldırım 2007; Watts, Gardner ve Pierson 2005a; Watts, Gardner ve Pierson 2005b; Watts, Gardner ve Pierson 2007). Bunun yanı sıra, etkin bir taburculuk planlamasının, hastanede kalış süresini kısalttığı, bakımın maliyetini düşürdüğü, hastaneye geri dönüş oranlarını azalttığı, evde bakım hizmetlerinden yararlanma oranını, yaşam kalitesini, hasta ve ailesinin memnuniyetini arttırdığı saptanmış, iyi koordine edilmiş taburculuk planlamasının etkili ve maliyet etkili sağlık bakımında anahtar rol oynadığı belirtilmiştir (Atwall 2002; Collier ve Harrington

2005; Han, Barnard ve Chapman 2009a; Han, Barnard ve Chapman 2009b; Özel 2010; Tomura ve ark. 2010).

Türkiye’de konu ile ilgili araştırma ve ölçüm araçlarına ulaşılamamıştır. Herhangi bir tutumu ölçmek için yeni bir araç geliştirmenin zorlukları bilinmekte, bu nedenle yayınlarda tanıtılan geçerliği-güvenirliği iyi belirlenmiş ölçekleri Türk toplumuna uyarlayarak kullanma eğilimi yaygınlığını korumaktadır (Erefe 2004). Bu açıklamalar ışığında araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlaması algılarını belirlemek amacı ile İngilizce olarak geliştirilmiş bir ölçeğin Türkçeye uyarlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu araştırma Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Türkçe eşdeğerliğini sağlamak, güvenilirliğini ve geçerliğini belirlemek amacı ile metodolojik türde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini İstanbul’da yer alan devlet, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise, bu evrenden basit rastgele yöntemle seçilen ve ölçekteki madde sayısının en az beş katı olarak belirlenen yedi devlet (262 hemşire), iki özel (37 hemşire) ve bir üniversite hastanesinde (33 hemşire) çalışan 332 hemşireden oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Görüşme Formu: Bu formda; hemşirelerin cinsiyeti ve yaşı gibi bireysel özelliklerin yanı sıra eğitim durumu, çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi yoğun bakımdaki görevi, yoğun bakım hemşireliğine yönelik hizmet içi eğitim programına katılma, yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma, yoğun bakım taburculuk planlaması sürecine aktif katılma durumu ile ilgili veriler yer almıştır.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği (Intensive Care Unit Nurses Perceptions of Discharge Planning Scale): Ölçek Chaboyer ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiş ve Cron-

bach Alfa katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur. Ölçek yoğun bakımda çalışan hemşirelerin taburculuk planlamasına ilişkin algı durumlarını belirlemeye yönelik 14 ifadeyi içermektedir. Beşli likert tipindeki ölçek; 1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Kararsızım 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekte ters ifadede oluşan 10 madde (1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, ve 14. Madde) puanları tersine çevrilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlamasına ilişkin algılarını yansıtmaktadır. Toplam puan arttıkça algılar olumlu yönde artmaktadır. Ölçekten alınabilecek olası en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir.

Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikle ölçeği geliştiren Chaboyer ile yazılı iletişim kurulmuş ve ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve Türkiye'deki hemşirelerde kullanılabilmesi için kaynak göstermek koşulu ile yazılı izin alınmıştır. Araştırmada, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Etik Kurul Onayı (02.02.2011 tarih B.30.2.İST.0510000-30 sayılı) ve araştırmanın uygulanacağı kurumlar için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni, hemşirelerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Dil Eşdeğerliği ve İçerik Geçerliği: Ölçeğin dil eşdeğerliğini sağlamak amacı ile bu konuda uzman ve İngilizceyi iyi derecede bilen iki kişi bağımsız olarak ölçeğin Türkçe çevirisini yapmıştır. Daha sonra Türkçeye çevrilen ölçek, taburculuk planlaması konusunda uzman bir öğretim üyesi ve bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından incelenmiş, çelişen ifadeler görüşülerek düzeltilmiştir. Türkçe Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği İngilizceyi ve ilgili kültürü ve aynı zamanda Türkçeyi iyi bilen bir kişi tarafından İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır. İngilizceye geri çevirisi yapılan yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlaması algı ölçeği ile özgün ölçek karşılaştırılarak mantık ve ifadelerin tutarlılığı saptanmıştır. Bu yöntemle Türkçeye uyarlanan ölçeğin içerik geçerliği 'content

validity index' kullanılarak sınanmıştır. Daha sonra ölçek 16 uzman tarafından ifadelerin Türkiye'deki sağlık bakım sistemine ve kültürüne uygunluğu değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede ölçekte yer alan 14 maddeden sadece birisinin (5. Madde) kapsam geçerlik indeksinin 0,69, diğer 13 maddenin kapsam geçerlik indeksinin 0,81 ile 1.0 arasında yer aldığı saptanmıştır. Toplam ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0.91 (%91) olarak bulunmuştur. 5. madde tekrar gözden geçirilerek uzman görüşü doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin maddeleri için uzman görüşleri arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla 16 uzmandan elde edilen veriler sınıf içi korelasyon katsayısı (iki yönlü random etki, tutarlılık modeli) yöntemiyle incelenmiştir. Ölçeğin sınıf içi korelasyon katsayısı = Intraclass correlation (SKK=ICC) 0,78 olarak bulunmuştur. Bu sonuç uzmanlar arasında görüş birliği olduğunu göstermiştir. ICC için kabul düzeyi 0,70'dir. Ölçeğin anlaşılabilirliğinin test edilmesi için pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrası ölçekte herhangi bir değişikliğe ihtiyaç duyulmamıştır. Elde edilen veriler sonucunda Türkçe Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin istatistiksel güvenirlik ve geçerlik çalışmalarında kullanılabilirliğine karar verilmiştir.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenirliği: Test-tekrar test ve iç tutarlılık yöntemleri ile sınanmıştır. Güvenirlik için üç yöntem kullanılmıştır. Bu kapsamda iç tutarlılık analizlerinden; madde güvenirliliği için madde toplam puan korelasyonları, homojenliğin belirlenmesi için Cronbach Alfa değerlendirmesi, ölçeğin zamana karşı değişmezliği ise test-tekrar test korelasyonları kullanılmıştır.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, Stastical Package for Social Science for Windows (SPSS 16.0) paket programı kullanılarak oluşturulan veri tabanına kaydedilmiş ve bu program ile verilerin analizi yapılmıştır.

Tablo 1. Ölçeğin Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (N: 33)

Ölçeğin Uygulama Zamanı	$\bar{x} \pm SS$	t	P	r	P
İlk Uygulama	40,06 ± 5,51	,150	0,882*	,84	0,000**
İkinci Uygulama	39,97 ± 6,38	(sd: 32)			

(*p>0,05), **p<0,001)

Ölçeğin dil eşdeğerliği geri-çeviri yöntemi; içerik geçerliği (content validity) uzman görüşüne başvurulmuş; güvenilirliği, zamana göre değişmezliği (test-tekrar test güvenilirlik/test-retest reliability) ve iç tutarlılığı (internal consistency) test edilerek; geçerliği ise ölçüte bağlı geçerlik (eş zamanlı ölçek geçerliği) yöntemi ile sınanmıştır. Verilerin test- tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluğun değerlendirilmesinde, ölçekteki maddelerin toplam puan analizlerinde ve eş zamanlı ölçüte bağlı geçerliğinin değerlendirilmesinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi, test- tekrar test puan ortalamaları arasındaki farkın değerlendirilmesinde bağımlı gruplarda t testi analizi, ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde ise Cronbach Alfa çözümlenmesi yöntemi kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneklem Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin %34,9'unun 20-25 yaş aralığında, %79,8'inin kadın, %60,5'inin bekar, %58,1'inin lisans mezunu, %39,5'inin toplam çalışma süresinin 1,5-4 yıl arasında, %47,0'ının yoğun bakımda çalışma süresinin 1,5-4 yıl arasında olduğu, %81'inin yoğun bakım hemşireliğine yönelik sertifika programlarına katıldığı, %58,1'inin yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmadığı, %70,8'inin yoğun bakımda taburculuk planlamasına aktif şekilde katıldığı saptanmıştır.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenirliği

Zamana Göre Değişmezlik: Türkçe Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin güvenilirliği 'Test-tekrar test' yöntemi ile sınanmış ve 33 hemşireye 4 hafta ara ile ölçek uygulanmış-

tır. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır. Yoğun bakım hemşirelerinin 4 hafta ara ile yapılan iki ölçümden elde edilen taburculuk algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği'nin güvenilirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; 4 hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,001; Tablo 1).

İç Tutarlılık: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin iç tutarlılığı madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach yöntemlerine göre değerlendirilmiştir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için 14 maddenin madde toplam puan korelasyonları Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir.

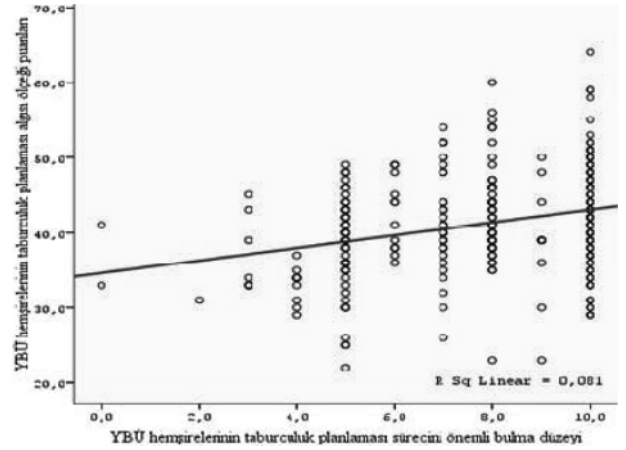
Maddelerin korelasyon güvenilirlik katsayılarının $r = 0,31$ ile $0,62$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001; Tablo 2). Ölçeğinin güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde maddelerin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayılarının $0,65$ ile $0,69$ arasında olduğu ve ölçek toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının $0,70$ olduğu saptanmıştır. Chaboyer ve ark. (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $0,73$ olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Ölçeğin Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach' Alpha Değerleri (N: 332)

Maddeler	Madde-Toplam Korelasyonu		Cronbach's Alpha
	r	p	
Yoğun bakımda taburculuk planlaması yeterince gelişmemiştir.	0,44	0,000	0,682
Yoğun bakımdaki hastanın durumunun aniden değişmesi taburculuk planlaması için zamanı sınırlar.	0,42	0,000	0,680
Taburculuk planlaması yatak başı hemşiresinin sorumluluğudur.	0,40	0,000	0,687
Yoğun bakım taburculuk planlaması için uygun değildir.	0,62	0,000	0,653
Yoğun bakımdaki hastanın durumundaki ani değişimler taburculuk planlamasını güçleştirir.	0,39	0,000	0,685
Hekimler hemşireleri taburculuk planlaması için yönlendirir.	0,31	0,000	0,699
Yoğun bakımdaki hemşireler taburculuk planlamasını yeterince kavrayamamışlardır.	0,36	0,000	0,691
Yoğun bakımda taburculuk planlaması yararlıdır.	0,41	0,000	0,684
Taburculuk planlaması zaman alır.	0,51	0,000	0,670
Taburculuk planlaması daha fazla kayıt işi demektir.	0,49	0,000	0,675
Taburculuk planlaması hastalar için yararlıdır.	0,36	0,000	0,686
Hastanın iyileşeceğinden emin olunmadığında taburculuk planlaması güçtür.	0,46	0,000	0,677
Yoğun bakımda taburculuk planlaması öncelikli değildir	0,58	0,000	0,659
Taburculuk planlaması servis hemşirelerinin sorumluluğudur.	0,51	0,000	0,672
(p<0,001)			

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Geçerliği

Ölçüte bağlı geçerlik ölçeğin karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçek ile karşılaştırılmasıdır. Araştırmada daha önce geliştirilmiş geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek bulunmadığı için Visual Analog Scala kullanılarak hemşirelere “Bir yoğun bakım hemşiresi olarak taburculuk planlamasının önemini nasıl değerlendirirsiniz?” şeklinde sorularak 0-10 arasında puan vermeleri istenmiştir. Yoğun bakımda çalışmakta olan hemşirelerin taburculuk planlamasını önemli bulma puanları ile taburculuk planlamasına ilişkin algıları ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, ilişkinin pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (r: 0,29; p<0,001; Grafik 1). Hemşirelerin, yoğun bakımda taburculuk planlamasını önemli bulma düzeyi arttıkça yoğun bakımda taburculuk planlaması konusunda algıları da olumlu yönde artmaktadır.

**Grafik 1.** Ölçeğin Serpme Grafiği ve Regresyon Doğrusu

TARTIŞMA

Bu çalışma, özgün şekli İngilizce olan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlamasını yapmak, güvenirliğini ve geçerliğini test etmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenirliği

Zamana Göre Değişmezlik: Güvenirlik, aracın değişik zamanlardaki yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilenir (Erefe 2004). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin 4 hafta ara ile yapılan test-tekrar testi pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; yapılan iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Türkçeye çevrilen Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin oldukça güvenilir olduğu, zamansal olarak değişim göstermediği saptanmıştır. Chaboyer ve ark. (2002) tarafından ölçeğin orijinal şeklinin geliştirilmesi çalışmalarında zamana göre değişmezliğin değerlendirildiğine dair bulguya ulaşılamamıştır. Ölçeğin Türkçe şeklinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması kapsamında zamana göre değişmezliğin yordanmasının literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İç Tutarlılık: Ölçme araçlarının iç tutarlılığı (internal consistency) aracın belli bir amaçla bağımsız birimlerinden oluştuğu ve bunların, bütün içinde bilinen ve birbirine eşit ağırlıklı olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır. İç tutarlılığa bu nedenle aracın benzeşikliği (homojenlikte) denmektedir. Ölçeğin bütün birimlerinin ilgilinenilen değişkeni ölçme yeteneğinde olduğunu belirleyen güvenilirliktir. Alfa Katsayısı (Cronbach) ve Madde–Toplam Puan Korelasyonu iç tutarlılık güvenilirliğini sınamada kullanılan yöntemlerden ikisidir (Akgül ve Çevik 2005; Erefe 2004). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği'nin Maddelerin korelasyon güvenilirlik katsayılarının $r=0,31$ ile $0,62$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; Tablo 2). Literatürde madde-toplam puanının pozitif yönde ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini göstermektedir. Genel olarak madde-toplam korelasyonu 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği be-

lirilmektedir. Çalışmamızdaki madde korelasyon katsayılarının 0.30 'un üzerinde olması, ölçek maddelerinin ayırt edici özelliğe sahip olduğunu göstermesi açısından oldukça önemlidir (Büyüköztürk 2008). Ölçeğinin güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde maddelerin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayılarının $0,65$ ile $0,69$ arasında olduğu ve ölçek toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının $0,70$ olduğu saptanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı 0.40 'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değil, $0.40-0.59$ arası düşük güvenilirlikte, $0.60-0.79$ arası oldukça güvenilir, $0.80-1.00$ arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirildi. (Akgül ve Çevik 2005). Elde edilen bu veriler Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği'nin Türkçe şeklinin iç tutarlılığının korunduğunu düşündürmüştür. Chaboyer ve ark. (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin maddelerinin korelasyon güvenilirlik katsayılarının $r = 0,25$ ile $0,70$ arasında olduğu ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının $0,73$ olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre Türkçe Ölçeğin maddelerinin korelasyon güvenilirlik katsayıları ile Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı orijinal ölçeğin verileri-ne oldukça yakın düzeyde olduğu görülmektedir.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Geçerliği

Geçerlik (validity) bir veri toplama aracının, incelemeyi amaçladığı kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derecede kapsadığını ya da yansıttığını yargılamayı sağlayan ikinci önemli niteliktir. Aracın çok doğru ölçümler yapması, onun istenileni tam olarak yaptığını kanıtlamaz. Geçerlik sorunu araştırmacının ölçtüğünü düşündüğü değişkeni, gerçekten ölçüp ölçmediği sorusu ile ilgilidir. Buna karşılık, ölçüm yanlılığı veren, değişken ölçümler yapan, yani güvenilirliği sınırlı bir aracın en geçerli göstergeleri içeriyor olsa bile yanıltıcı sonuçlar vermesi kaçınılmazdır. Bu nedenle geçerlik ve güvenilirlik, bir aracın birbirinden bağımsız olarak düşünülemeyen iki önemli niteliğidir (Erefe 2004). Geçerliğin sınanması için geliştirilmiş birden fazla yöntem vardır. Geçerliği bir

ölçüte göre belirleme yaklaşımı oldukça kullanışlı bir yöntemdir. Literatürde ölçüte bağlı geçerlik sınamadaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olması olarak belirtilmiştir (Erefe 2002). Araştırmada daha önce geliştirilmiş geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek bulunmadığı için Visual Analog Scala kullanılarak hemşirelere “Bir yoğun bakım hemşiresi olarak taburculuk planlamasının önemini nasıl değerlendirirsiniz?” şeklinde sorularak 0-10 arasında puan vermeleri istendi. Yoğun bakımda çalışmakta olan hemşirelerin taburculuk planlamasını önemli bulma puanları ile taburculuk planlamasına ilişkin algıları ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, ilişkinin pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($r: 0,29; p < 0,001$; Grafik 1). Hemşirelerin, yoğun bakımda taburculuk planlamasını önemli bulma düzeyi arttıkça yoğun bakım taburculuk planlaması konusunda algıları da olumlu yönde artmaktadır. Teorik olarak, hemşirelerin yoğun bakımdaki hastalar için taburculuk planlaması sürecini ne kadar önemli buluyorlar ise ölçekten aldıkları puanların da o kadar yüksek olması beklenmektedir. Literatürde iki değişken arasında ilişki varsa bu ilişkinin doğrusal olması gerektiği belirtilmiştir (Akgül 2005). İki değişkenin serpm grafiğinin pozitif yönde doğrusal ilişki ile uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır (Grafik 1).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, özgün şekli İngilizce olan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Türkçe eşdeğerliğini ve içerik geçerliğini sağlamak, güvenirlik ve geçerliğini test etmek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek, hemşireler tarafından okunabilir, kolay anlaşılır ve uygulama açısından basit bulunmuştur. Özgün şekli İngilizce olan ve Türkçe’ye uyarlanan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği’nin güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçek yoğun bakımdaki hemşirelerin taburculuk planlamasına ilişkin algısını belirlemek için kullanılabilir. Bununla birlik-

te, ölçeğin kullanılacağı çalışmalarda temel geçerlik ve güvenirlik analizlerinin tekrarlanması önerilir.

KAYNAKLAR

- Akgül, A., Çevik, O. (2005). *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Emek Ofset, Ankara.
- Avşar, G. (2006). Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Atwal, A. (2002). Nurses’ perceptions of discharge planning in acute health care: A case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5): 450-458.
- Bowles, K. H., Foust, J. B., Naylor, M. D. (2003). Hospital discharge referral decision making: A multidisciplinary perspective. *Applied Nursing Research*, 16(3): 134-143.
- Büyüköztürk, Ş. (2008). *Veri Analizi El Kitabı*. 9. basım. Pegem Akademi, Ankara.
- Chaboyer, W. ve ark. (2002). ICU nurses’ perceptions of discharge planning a preliminary study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18: 90-95.
- Collier, E. J., Harrington, C. (2005). Discharge planning, nursing home placement, and the internet. *Nursing Outlook*, 53: 95-103.
- Erefe, İ. (Ed.). (2004). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. 3. basım, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme (HEMAR-GE) Derneği Yayınları, İstanbul.
- Eroğlu, A. (2002). Yoğun bakım hastasında destek yaklaşımlar: Yoğun bakım hastasının maliyeti ve maliyete infeksiyonun katkısı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2: 139-142.
- Han, C., Barnard, A., Chapman, H. (2009a). Emergency department nurses’ understanding and experiences of implementing discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6): 1283-1292.
- Han, C., Barnard, A., Chapman, H. (2009b). Discharge planning in the emergency department: A comprehensive approach. *Journal of Emergency Nursing*, 35(6): 525-527.
- Hager, S. J. (2010). Effects of a discharge planning intervention on perceived readiness for discharge. *Doctor of Nursing Practice Systems Change Projects*, St. Catherine University, Sophia.
- Kaya, N. (2003). Yoğun bakım ünitesinden hastanın taburcu edilmesinin planlanma ve uygulanması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7: 109-115.
- Kaya, H. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nurse Science*, 1(1): 19-23.

Özel, S. (2010). Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Paul, S. (2008). Hospital discharge education for patient with heart failure: What really works and what is the evidence? *Critical Care Nurse*, 28(2): 66-82.

Şenyuva, E. ve Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İ.Ü. F. N. Hem. Der.*, 7(15): 100-105.

Taşocak, G. (2007). *Hasta Eğitimi*. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Tomura, H. ve ark. (2010). Creating an agreed discharge: Discharge planning for clients with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 444-453.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

Yıldırım, M. (2007). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yılmaz, M. Ç. (2006). Bilgi ve fiziksel gereksinimlerine yönelik planlı taburculuk programı ve evde bakımın kanserli çocuklarda etkililiği. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Watts, R., Gardner, H., Pierson, J. (2005a). How do critical care nurses define the discharge planning process? *Intensive and Critical Care Nursing*, 21: 39-46.

Watts, R., Gardner, H., Pierson, J. (2005b). Nurses' perceptions of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*, 7: 175-183.

Watts, R., Gardner, H., Pierson, J. (2007). Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 194-202.

Yöneticilerin Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları ve Hemşirelerin İş Tatmini, Örgütsel Bağlılığı ve İş Stresi Arasındaki İlişki*

Managers' Task-Oriented and Employee-Oriented Leadership Behaviors: Effects on Nurse Job Satisfaction, Organizational Commitment and Job Stress

Ercan ERGÜN**, Selma ÇELİK***

İletişim/Correspondence: Ercan ERGÜN Adres/Address: Gebze Teknik Üniversitesi İşletme Fakültesi P.K. 141 41400 Çayırova/Gebze
Tel: 0262 6051419 Fax: 0262 653 84 90 E-mail: eergun@gtu.edu.tr, aybarsel@hotmail.com

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı, yöneticilerin görev ve çalışan odaklı liderlik davranışlarının, hemşirelerin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve iş stresi düzeyleri ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan çalışmanın örneklemini Kocaeli ilinde faaliyet gösteren 10 farklı sağlık kuruluşunda görev yapan 300 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada, veri toplama araçları olarak; görev ve çalışan odaklı lider davranışları anket formu, iş stresi, iş tatmini ve duygusal bağlılık ölçekleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, yöneticilerinin görev odaklı liderlik davranışlarını daha fazla sergiledikleri, görev odaklı liderliğin iş tatmini ve örgütsel bağlılığa etki etmediği ancak, iş stresi üzerinde etkili olduğu, çalışan odaklı liderliğin ise iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş stresi üzerinde etkili olduğu görülmüştür.

Sonuç: Hastane yöneticilerinin çalışan odaklı liderlik davranışlarından takdir etme-ödüllendirme ve danışmanlık (mentorlük) yapma davranışını, görev odaklı liderlik davranışlarından ise iş sorumluluklarını tanımlama ve kontrol etme davranışlarını geliştirmeleri hemşirelerin işyerinde daha etkin olmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Liderlik, liderlik davranışları, iş tatmini, örgütsel bağlılık, iş stresi.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study is to determine effect of task-oriented and employee-oriented leadership behaviors on the job satisfaction organizational commitment and job stress of health care service employees are examined.

Method: This descriptive and correlational study was conducted 300 employees (nurse) from 10 different health care facilities in Kocaeli. In this study questionnaire form was used as data collection method. This form items were included task and employee-oriented leadership behavior job satisfaction, organizational commitment and job stress.

Results: As a result of this study; Task-oriented leadership behavior is higher than employee-oriented leadership behavior. Task-Oriented Leadership has no affect on job satisfaction and organizational commitment however, it does have more affect on job stress. On the other side, Individual Oriented Leadership is observed to have effect on job satisfaction, organizational commitment and job stress.

Conclusion: Promoting the reinforcement and consulting (mentorship) behavior of the employee oriented leadership behavior and defining responsibility of job and controlling the behavior of the task oriented behavior by the hospital managers will procure the opportunity to be more efficient at workplace for the nurses.

Keywords: Leadership, leadership behavior, job satisfaction, organizational commitment, job stress.

*Beykent Üniversitesi İşletme Fakültesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013, **Yard. Doç. Dr. Gebze Teknik Üniversitesi, ***Sağ. Bak. Hiz. Sor. Kocaeli Seka Devlet Hastanesi.

Yazının gönderilme tarihi: 01.04.2014

Yazının basım için kabul tarihi: 17.08.2015

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin daha verimli bir şekilde sunulabilmesi, özellikle sağlık işletmelerinde büyük sorun haline gelen personel devir hızının, iş stresinin azaltılması, çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılıklarının arttırılabilmesi için, liderlerin uygun politika ve davranışlar sergilemesi önem kazanmaktadır. Pekçok çalışmada liderlik davranışlarının çalışanın davranışsal sonuçlarına etkili olduğu görülmektedir. (McNeese-Smith 1999; Sellgren, Ekvall ve Tomson 2008; Wong ve Laschinger 2012). Sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin liderlik davranışları görev ve çalışan odaklı liderlik temel boyutları olarak alınmaktadır. Çalışanın davranışsal sonuçları ise çalışanın iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve iş stresi boyutlarıdır. *İş tatmini*, çalışan bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve işyerindeki çalışma koşullarını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepkidir. (Kuzulugil 2012). İş tatmin düzeyini; bireysel, kültürel, sektörel pekçok faktör etkilemektedir. *Örgütsel bağlılık* genel olarak bir çalışanın örgütüyle bütünleşme ve örgütün değerlerini benimseme derecesini ve örgütün bir üyesi olarak kalma istekliliğini ifade etmektedir. Meyer ve Allen (1997)'in uzun yıllar süren çalışmaları sonucunda örgütsel bağlılığı duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık üzere üç boyuta açıklamışlardır. Bu boyutlara göre güçlü bir duygusal bağlılığa sahip olanlar, kalmak istedikleri için; güçlü bir normatif bağlılık hissedenler, kalmaları gerektiği için ve güçlü bir devam bağlılığı duyanlar, buna gereksinimleri oldukları için örgütte kalırlar (Çakınberk ve Demirel 2010). Örgütsel Bağlılık düzeyi, bireysel, iş deneyimi, çalışma ortamı, örgüt yapısı, iş ve role ilişkin faktörlerden etkilenmektedir (Özdevecioğlu 2003). *İş stresi*, iş çevresinden kaynaklanan gergin durumlara kişinin verdiği cevaptır. Birçok iş çevresi faktörü iş stresiyle yakından ilgilidir. İşin tehlike derecesi, aman baskısı, rol belirsizliği, rol çatışması, yetki ve sorumluluğun denk olmaması, iş güvencesinin olmaması, ücretlerin düşük olması, yükselme ve gelişme konusunda zorlukların bulunması, yetersiz ya da hızlı terfi yaşanması, örgütsel yapı stres kaynağı olabilmektedir. Örgüt ortamında stres, çalışanların verimlerinin düşmesine, işten ayrılma, işe devamsızlık oranlarının artmasına, kazalara, yaralanmalara yol açmakta, çalışanlarda çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmakta, yöneticilerin etkin karar vermelerini engellemektedir (Çınar 2010).

Liderlik davranışları içinde en çok tanınanlar Ohio State Üniversitesi ve Michigan Üniversitesi araştırmalarıdır (Tağraf ve Çalman 2009; Yulk 2010). Ohio State Üniversitesi çalışmalarında liderlik davranışları, göreve dönük ve bireye dönük olarak iki grupta incelenmiştir. liderlik bir kişinin örgüt amaçlarını gerçekleştirmek doğrultusunda, bir grubun eylemlerini yönetme davranışı olarak tanımlanmış ve liderlik davranışı iki bağımsız boyutta toplanmıştır. Bunlardan ilki; göreve odaklı veya yapıyı harekete geçirme (initiating structure). Göreve odaklı davranış, liderin iş ve görevleri planlayıp örgütlemesini içerir. İkincisi ise; çalışana odaklı veya anlayış (consideration). Çalışana odaklı liderle örgüt üyeleri arasındaki arkadaşlığı, karşılıklı güveni, saygıyı ve sıcaklığı belirlemektedir (Tağraf ve Çalman 2009). Son yıllarda öne çıkan liderlik modellerinden dönüştürücü (transformatif) liderlik ve işlemsel (transactional) liderlik sınıflaması, görev ve çalışan odaklı liderlik boyutu ile ilişkilidir (Bass 1990) Çalışana odaklı liderlik davranışlarının çalışan davranış ve sonuçlarına (iş tatmini, motivasyon) ve liderlik etkinliği ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülürken, görev odaklı liderlik davranışlarının ekip ve örgüt performansına daha yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir (Judge, Piccolo ve Ilies 2004).

Görev Odaklı Liderlik Davranışları ve Çalışanlardaki İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İş Stresi Üzerine Etkisi

Görev odaklı lider davranışı grup üyelerinin rollerini tanımlaması ve örgütlemesi; iyi tanımlanmış örgüt modelleri, haberleşme kanalları ve işi bitirme yolları bulmak için çaba harcaması olarak belirtilebilir. Lider üyelerin her birinin hangi işleri, ne zaman, nerede yapacağını ve işlerin nasıl tamamlanacağını belirtmek-

tedir (Eren 2004; Judge ve ark. 2004). Görev odaklı liderlerin davranışları genel hatları ile ele alındığında bu yaklaşımın özellikle planlama yapma, işe açıklık getirme ve kontrol etme davranışları ile karakterize edildiği ortaya çıkmaktadır (Yukl 2010). Görev odaklı liderlik davranışlarından; planlama yapma davranışı, işin sorumluluklarını ve gerekliliklerini tanımlama davranışı, hedef belirleme davranışı ve kontrol etme davranışı çalışan davranışları (İş tatmini, örgütsel bağlılık, iş stresi) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Çalışan Odaklı Lider Davranışları ve Çalışanlardaki İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İş Stresi Üzerine Etkisi

Çalışan odaklı lider davranışı liderin kendisi ile grup üyeleri arasındaki kişisel ilişkileri, haberleşme kanallarını açarak, sorumluluk devrederek, kararlara katılımını sağlayarak ve böylece astlara kendi güçlerini kullanma olanağı vererek sürdürebildiği, karşılıklı güven, arkadaşlık ve sosyo-duygusal destek sağlamaya çalıştığı davranışların tamamından oluşmaktadır (Eren 2004; Judge ve ark. 2004). Çalışan odaklı liderlik tarzında; desteklemek, geliştirmek ve takdir etmek- ödüllendirmek öne çıkan davranış şekilleridir (Yukl 2010). Çalışan odaklı liderlik davranışlarından; çalışana destekleme davranışı, koçluk yapma davranışı, danışmanlık yapma davranışı ve takdir etme ve ödüllendirme çalışan davranışları (iş tatmini, örgütsel bağlılık, iş stresi) ile ilişkilidir.

Sağlık yöneticilerinin liderlik davranışları hemşirelerin iş stresi, örgütsel bağlılığı ve iş tatmini üzerinde etkilidir. Bunun hemşirenin bireysel sağlığı ve hasta bakımı üzerinde doğrudan veya dolaylı etkileri olduğu belirtilebilir. İlgili literatür değerlendirildiğinde sınırlı sayıda bilgi bulunmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, görev ve çalışan odaklı liderlik davranışlarının hemşirelerin iş tatmini, işe bağlılığı ve iş stresi ile ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır. Çalışma evrenini, Kocaeli’de faaliyet gösteren devlet

hastaneleri ve sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise resmi izin alınabilen 10 farklı devlet hastanesi ve sağlık kuruluşunda çalışan 300 hemşireden oluşturmuştur. Ancak 286 hemşire veri toplama formlarını tamamlayabilmiştir. Bu nedenle örneklem 286 hemşireden oluşmuştur.

Veri Toplama Araçları

Görev odaklı ve çalışan odaklı liderlik davranışlarını belirlemek için Yukl (2010) tarafından geliştirilen “**Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları anket formu** kullanılmıştır. Anket, iki bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde **görev odaklı lider davranışları** (Planlama Yapmak, İşin Sorumluluklarını ve Gerekliliklerini Belirlemek, Hedefleri Belirlemek, Kontrol Etmek) ile ilgili 27 kapalı uçlu soru ve ikinci bölümünde **çalışan odaklı lider davranışları** (Desteklemek, Koçluk Yapmak, Danışmanlık Yapmak, Takdir Etmek –Ödüllendirmek) ile ilgili 32 kapalı uçlu soru yer almaktadır. Her iki bölüm bağımsız olarak kullanılmaktadır. Formun maddeleri 5’li Likert tipi sorulardan oluşmaktadır. Ölçeklerde 1 “kesinlikle katılmıyorum”, 5 “kesinlikle katılıyorum” anlamına gelmektedir.

Anket formunun güvenilirlik ve geçerlik bilgileri bulgular bölümünde gösterilmiştir.

İş Stresini ölçmek için House ve Rizzo (1972)’nin geliştirdiği **iş stresi ölçeği** kullanılmıştır. Örgütsel Bağlılığın ölçümünde Allen ve Meyer (1997)’in geliştirdiği **Duygusal Bağlılık ölçeği** ve İş tatmininin ölçümünde Brayfield ve Rothe (1951)’in geliştirdiği **iş tatmini ölçeği** kullanılmıştır. Ölçeklerin maddeleri 5’li Likert tipi sorulardan oluşmaktadır. Ölçeklerde 1 “kesinlikle katılmıyorum”, 5 “kesinlikle katılıyorum” anlamına gelmektedir. Ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlik bilgileri bulgular bölümünde gösterilmiştir.

Ayrıca, demografik bilgilere ilişkin kapalı uçlu sorular içinde bir form kullanılmıştır.

Veri Analizi

Çalışma verilerinin analizinde, SPSS 11,5 programı kullanılmıştır. Kullanılan istatistik testler; frekans dağılımları, güvenilirlik analizi, faktör analizi, korelasyon analizi ve regresyon analizlerinden oluşmaktadır. Çalışmadaki bulgular $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeylerinde sınınanmıştır.

Etik Özellikler

Ankete katılan çalışanlara anketi dolduran kişinin isminin olmamasına, demografik bilgilerin bireysel değil genel olarak değerlendirileceği belirtilmiştir. Uygulama için kurum izinleri alınmıştır.

BULGULAR

Tanıtıcı Özellikler

Çalışmaya katılan 286 çalışanın, %85'i kadın, %15'i erkek çalışandır. Ayrıca, çalışmaya katılan çalışanların %19,9'u lise, %37,4'ü önlisans, %35,0'i lisans, %7,7'si lisansüstü eğitime sahiptir. Hemşirelerin %40'ı 24-30 yaş arasındadır ve %55,5'i 1-5 yıldır çalışmaktadır. Çalışmaya katılanların iş yerindeki pozisyonu değerlendirildiğinde ise, %81,8 birim çalışanı, %11,8 bölüm sorumlusu, %6,2 orta kademe yöneticidir.

Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İş Stresi Ölçeklerinin Geçerlik Bulguları

Görev Odaklı Liderlik Davranışı Ölçeğinin Geçerliliği

İçsel geçerliliği ölçmek için keşfedici/açıklayıcı (exploratory) faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizleri sonuçlarında tüm ifadelerin 0,50 yük değerinin üzerinde olması arzu edilir. Faktör analizi sonucu 0,50 yük değerinin altında olan sorular analizine dâhil edilmemiştir.

Faktör analizi sonucunda, görev odaklı liderlik davranışları boyutlarından dört boyutu içeren toplam 27 soruyla birlikte açıklanan varyans değeri %65,35'dir (Tablo 1).

Tablo 1. Görev Odaklı Liderlik Davranış Boyutları ile İlgili Faktörler

FAKTÖRLER SORULAR	F 1	F 2	F3	F 4
Planlama Yapmak (PY) (F1)	1	2	3	4
PY1	0,752			
PY2	0,740			
PY3	0,713			
PY4	0,617			
PY7	0,585			
İşin Sorumluluklarını ve Gerekliklerini Tanımlama ve Belirleme (İSGB) (F2)	1	2	3	4
İSGB1		0,706		
İSGB2		0,686		
İSGB3		0,670		
İSGB4		0,568		
İSGB5		0,717		
İSGB6		0,721		
İSGB7		0,671		
Hedefleri Belirlemek (HB) (F3)	1	2	3	4
HB1			0,635	
HB2			0,634	
HB3			0,778	
HB4			0,723	
HB5			0,614	
Kontrol Etme (KE) (F4)	1	2	3	4
KE2				0,667
KE3				0,667
KE4				0,605
KE5				0,792
KE6				0,675
KE7				0,588
KE8				0,521
Toplam Açıklanan Varyans: %65,35				

Bağımsız değişkenler olarak görev odaklı liderlik davranış boyutlarıyla ilgili 27 soru sorulmuş olup, faktör analizi sonucunda beklendiği gibi dört faktöre ayrılmıştır. Bu faktörler; planlama (7 soru ör: Birim yö-

neticimiz/Liderimiz gerekli iş süreçlerinin her bir aşamasını belirler), işin sorumluluk ve gerekliliklerini tanımlama ve belirleme (8 soru ör: Birim yöneticimiz/liderimiz yapılacak işle ilgili her çalışanın sorumluluklarını açıklar), hedefleri belirleme (4 soru ör: Birim yöneticimiz/Liderimiz belirlenen hedeflerle yürütülen işin çıktıları (performans kriterleri) arasındaki ilişkiyi belirler) ve kontrol etme (8 soru ör: Birim yöneticimiz/Liderimiz iş süreçlerini ve sonuçlarını takip eder) olarak dört faktördür.

Çalışan Odaklı Liderlik Davranışı Ölçeğinin Geçerliliği

Bağımsız değişkenler olan, çalışan odaklı liderlik davranışları ile ilgili 32 soru sorulmuş olup, faktör analizi sonucunda dört faktöre ayrılmıştır. Bu faktörler ise; desteklemek (9 soru Ör: Birey Yöneticimiz/Liderimizin çalışana karşı olumlu ve anlayışlı bir tavrı vardır), koçluk yapmak (7 soru Ör: Birim yöneticimiz/liderimiz çalışanların her türlü olumlu ve olumsuz davranışlarına yapıcı çözümler üretir), danışmanlık yapmak (8 soru Ör: Birim yöneticimiz/liderimiz çalışanların yeteneklerini açığa çıkarmalarına yardımcı olur) ve takdir etmek – ödüllendirmek (8 soru Ör: Çalışanların iş ile ilgili katkı ve başarılarının farkındadır) olarak dört faktördür.

Faktör analizi sonucunda, çalışan odaklı liderlik davranışları boyutlarından dört boyutu içeren toplam 32 soruyla birlikte açıklanan varyans değeri %73,72'dir (Tablo 2).

İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık, İş Stresi Ölçeğinin Geçerliliği

Bağımlı değişkenler olan, iş tatmini, örgütsel bağlılık, iş stresi ile ilgili 23 soru sorulmuş olup, faktör analizi sonucunda üç faktöre ayrılmıştır. Bu faktörler ise; iş tatmini (9 soru Ör: İşim tüm koşulları düşündüğümde beni memnun ediyor), örgütsel bağlılık (7 soru Ör: İş hayatımın geri kalan kısmını bu kurumda geçirmek beni memnun eder) ve iş stresi (7 soru Ör: Çalışırken yüksek düzeyde gerilim yaşıyorum) olarak üç faktördür.

Tablo.2. Çalışan Odaklı Liderlik Davranış Boyutları ile İlgili Faktörler

FAKTÖRLER SORULAR	F 1	F2	F 3	F 4
Lider-Çalışan Desteği (LÇD)	1	2	3	4
LÇD1	0,729			
LÇD2	0,750			
LÇD3	0,759			
LÇD4	0,712			
LÇD5	0,725			
LÇD6	0,731			
LÇD6	0,627			
LÇD7	0,579			
LÇD 8	0,528			
KY1	0,539			
KY2	0,563			
Koçluk Yapmak (KY)				
KY3		0,651		
KY4		0,691		
KY5		0,700		
KY6		0,699		
KY7		0,670		
Danışmanlık Yapmak (DY)	1	2	3	4
DY1			0,631	
DY2			0,632	
DY3			0,662	
DY4			0,665	
DY5			0,700	
DY6			0,690	
DY7			0,628	
DY8			0,533	
Takdir Etmek-Ödüllendirmek (TEÖ)	1	2	3	4
TEÖ1				0,579
TEÖ2				0,568
TEÖ3				0,580
TEÖ4				0,665
TEÖ5				0,617
TEÖ6				0,711
TEÖ7				0,694
TEÖ 8				0,750
Toplam Açıklanan Varyans :%73,72				

Yapılan faktör analizi sonucunda iş tatmini, iş stresi ve örgütsel bağlılık boyutlarını içeren toplam 23 soruyla açıklanan varyans değeri %67,13 olarak hesaplanmıştır (bkz. Tablo.3)

Tablo 3. Çalışanın İş Tatmini İş Stresi ve Örgütsel Bağlılık Boyutları ile İlgili Faktörler

FAKTÖRLER SORULAR	F 1	F 2	F 3
İş Tatmini (İT) (F1)	1	2	3
İT1	0,600		
İT3	0,706		
İT4	0,807		
İT5	0,868		
İT6	0,832		
İT7	0,870		
İT8	0,871		
Örgütsel Bağlılık (ÖB) (F2)	1	2	3
ÖB1		0,660	
ÖB2		0,683	
ÖB3		0,813	
ÖB4		0,824	
ÖB5		0,778	
ÖB6		0,627	
ÖB7		0,660	
İş Stresi (İS) (F3)	1	2	3
İS1			0,738
İS2			0,842
İS3			0,811
İS4			0,843
İS5			0,803
İS6			0,855
İS7			0,766
Toplam Açıklanan Varyans: %67,13			

Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları ve İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık, İş Stresi Ölçeklerinin Güvenirlik Analizleri

Araştırmada ölçek güvenirliliği saptama yöntemleri içinde yaygın olarak kullanılan Cronbach Alfa katsayısı kullanılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı için ge-

nel kabul 0.70 ve üzeridir (Nunnally 1978). Tablo.4’de görüleceği üzere değişkenlere ait “Cronbach Alfa katsayısı” 0.85 ile 0.95 arasındadır.

Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları ile İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İş Stresi Arasındaki İlişki

Aşağıdaki tablolarda değişkenlere ait Pearson korelasyon katsayıları, ortalama, standart sapma, güvenilirlik katsayıları ve korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Değişkenlere ait standart sapma değerleri 0,77 ile 0,99 arasında hesaplanmış olup, bu değerler arasındaki varyans (değişkenlik) miktarının, geçerli analiz yapılması için yeterli seviyede olduğunu göstermektedir.

Tablo 4’deki korelasyon tablosuna göre; görev odaklı liderlik davranışları boyutları arasında en yüksek ilişki hedefleri belirlemek ile kontrol etmek arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,754) düzeyinde anlamlıyken, en düşük ilişki hedefleri belirlemek ile planlama yapmak arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,558) düzeyinde anlamlıdır. Örgütsel bağlılık ile görev odaklı liderlik davranışları arasında en yüksek ilişki kontrol etmek ve hedefleri belirlemek davranışları arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,203, 0,175) düzeylerinde anlamlıdır. Ayrıca, örgütsel bağlılık ile planlama yapmak arasında pozitif korelasyon $p<0,05$ (0,146) düzeyinde anlamlıdır. İş tatmini ve iş stresi ile görev odaklı davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Tablo.4’deki korelasyon tablosuna göre; çalışan odaklı liderlik davranışları boyutları arasında en yüksek ilişki birbirine yakın değerlerle takdir etmek-ödüllendirmek ile danışmanlık yapmak arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,850), koçluk yapmak ile desteklemek arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,825) ve danışmanlık yapmak ile koçluk yapmak arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,821) düzeyinde anlamlıdır. İş tatmini ile birbirine yakın değerlerde takdir etmek ödüllendirmek, danışmanlık yapmak arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,204, 0,183) ayrıca; koçluk yapmak arasında pozitif korelasyon $p<0,05$ (0,133) düzeyinde anlam-

lıdır. Bu verilere göre; iş tatmini ile çalışan odaklı lider davranış boyutlarından olan takdir etmek ödüllendirmek, danışmanlık yapmak, koçluk yapmak arasında düşük fakat pozitif ilişki olduğu değerlendirilmiştir yapılmaktadır. Örgütsel bağlılık ile en yüksek ilişki birbirine yakın değerlerde, çalışan odaklı liderlik davranış boyutlarından, danışmanlık yapmak, takdir etmek-ödüllendirmek, koçluk yapmak, desteklemek $p<0,01$ (0,344, 0,312, 0,312) düzeylerinde anlamlıdır.

Tablo.4'deki korelasyon tablosuna göre; iş stresi ile bağımsız değişkenler arasında en yüksek ilişki ise takdir etmek-ödüllendirmek arasında negatif korelasyon $p<0,01$ (-0,189) düzeyinde anlamlıdır. Çalışan odaklı liderlik davranışlarından koçluk yapmak desteklemek davranışları ile iş stresi arasında negatif korelasyon

$p<0,01$ (-0,197, -0,233) düzeyinde anlamlıdır. Ayrıca, İş stresi ile danışmanlık yapmak arasında negatif korelasyon $p<0,05$ (-0,152) düzeyinde anlamlıdır. Çalışanın iş tatmini ile örgütsel bağlılık arasında pozitif korelasyon $p<0,01$ (0,586) düzeyinde anlamlıdır. İş stresi ile iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında negatif korelasyon $p<0,01$ (-0,241, -0,216) düzeyinde anlamlıdır.

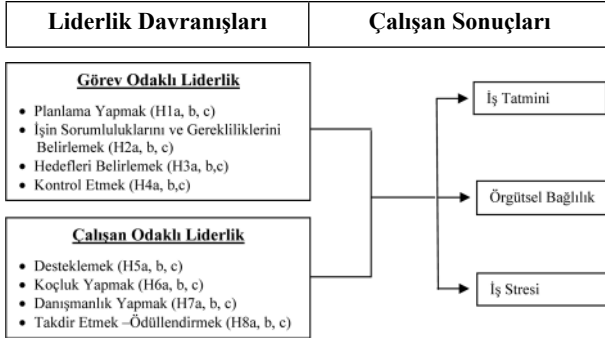
Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları ile İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İş Stresine İlişkin Regresyon Analizleri ve Hipotez Testleri

Şekil 1'de yöneticilerin görev ve çalışan odaklı davranışlarının çalışanlar üzerindeki etkileri gösteren model gösterilmiştir. Ayrıca şekil üzerinde hipotez testleri ile ilgili olarak geliştirilen hipotez adları da gösterilmiştir.

Tablo 4. Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık, İş Stresi Korelasyon Tablosu

	Ortalama	Standart sapma	Alfa(α) Katsayısı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Planlama (1)	3,53	,77	0,85	1									
İşin Sorumluluklarını Tanımlama (2)	3,60	,78	0,91	,719**	1								
Hedefleri Belirleme (3)	3,43	,80	0,85	,558**	,696**	1							
Kontrol Etme (4)	3,45	,74	0,89	,628**	,706**	,754**	1						
Lider-Çalışan Desteği (5)	3,44	,84	0,95	,527**	,497**	,567**	,708**	1					
Koçluk Yapmak(6)	3,31	,92	0,93	,535**	,500**	,536**	,704**	,825**	1				
Danışmanlık Yapmak (7)	3,21	,90	0,95	,533**	,488**	,526**	,667**	,792**	,821**	1			
Takdir etmek – Ödüllendirmek (8)	3,33	,85	0,93	,559**	,467**	,525**	,662**	,765**	,738**	,850**	1		
Çalışanın İş Tatmini (9)	2,82	,95	0,92	,110	,060	,115	,099	,085	,133*	,183**	,204**	1	
Örgütsel Bağlılık(10)	3,00	,82	0,87	,146*	,112	,175**	,203**	,237**	,296**	,344**	,312**	,589**	1
İş Stresi (11)	3,21	,99	0,91	-,019	,066	,036	-,052	-,233**	-,197**	-,152*	-,189**	-,241**	-,216**

** Korelasyon 0,01 derecesinde anlamlı, * Korelasyon 0,05 derecesinde anlamlı,



Şekil 1. Liderlik Davranışları ve Çalışan Üzerine Etkileri Modellemesi

Tablo 6'daki bağımsız değişken olan çalışan odaklı liderlik davranışlarından çalışanı bireysel destekleme ile model 4'deki bağımlı değişken iş tatmini arasında $p < 0,05$ düzeyi (-2,154) kadar negatif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Dolayısı ile çalışanı bireysel destekleme davranışı 1 (bir) birim artığı zaman, iş tatmini bu davranışa bağlı olarak -0,244 azalmaktadır. Bu anlamda, bağımsız değişkenlerden olan çalışanı bireysel destekleme derecesindeki artış iş tatmininin azalmasına neden olmaktadır.

Aynı şekilde destekleme davranışı ile model 5'deki bağımlı değişken örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ayrıca, bireysel destekleme davranışı ile model 6'daki iş stresi arasında $p < 0,05$ düzeyi (-2,049) kadar negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Dolayısıyla, çalışanı bireysel destekleme davranışı 1 (bir) birim artığı zaman iş stresi bu davranışa

nişya bağlı olarak -0,232 kadar azalmaktadır. **H5a, H5b hipotezleri desteklenmedi, H5c hipotezi desteklendi.**

Tablo 6'ya göre; bağımsız değişken olan çalışan odaklı liderlik davranışlarından koçluk yapmak davranışı ile model 4, 5 ve 6'daki iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. **H6a, H6b, H6c hipotezleri desteklenmedi.**

Tablo 6'daki bağımsız değişken olan çalışan odaklı liderlik davranışlarından danışmanlık yapmak ile model.4 ve 6'daki bağımlı değişken iş tatmini ve iş stresi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Fakat model.5'deki örgütsel bağlılık arasında $p < 0,05$ düzeyi (2,244) kadar pozitif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Dolayısı ile danışmanlık yapmak davranışı 1 (bir) birim artığı zaman, örgütsel bağlılık bu davranışa bağlı olarak 0,286 kadar artmaktadır. Bu anlamda örgütsel bağlılıktaki artış; bağımsız değişkenlerden olan danışmanlık yapmak derecesinin artmasına bağlı olmaktadır. **H7a, H7c hipotezleri desteklenmedi, H7b, hipotezi desteklendi.**

Tablo 6'ya göre; bağımsız değişken olan çalışan odaklı liderlik davranışlarından takdir etmek – ödüllendirmek davranışları ile model.5 ve 6'daki örgütsel bağlılık ve iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ancak model.4'deki iş tatmini ile arasında $p < 0,05$ düzeyi (2,167) kadar pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. Dolayısı ile takdir etmek–ödüllendirmek 1 (bir) birim artığı zaman, iş

Tablo 5. Görev Odaklı Liderlik Davranışlarının İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İş Stresi Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişkenler	Model 1 İş Tatmini		Model 2 Örgütsel Bağlılık		Model 3 İş Stresi	
	β	T	β	T	β	T
Bağımsız Değişkenler						
Planlama (1)	,118	1,348	,118	1,348	-,091	-1,051
İşin Sorumluluklarını Tanımlama (2)	-,122	-1,201	-,122	-1,201	,220	2,177*
Hedefleri Belirlemek (3)	,116	1,210	,116	1,210	,111	1,161
Kontrol Etmek (4)	,023	,233	,023	,233	-,234	-2,356**
F	1.525		3.604**		2.357*	
R ²	0.021		0.049		0.032	
Düzeltilmiş R ²	0.017		0.035		0.019	

Tablo 6. Çalışan Odaklı Liderlik Davranışlarının İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İş Stresi Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişkenler	Model 4 İş Tatmini		Model 5 Örgütsel Bağlılık		Model 6 İş Stresi	
	β	T	β	T	β	T
Lider-Çalışanı Bireysel Destekleme (5)	-,244	-2,154*	-,182	-1,666	-,232	-2,049*
Koçluk Yapmak(6)	,046	,389	,128	1,136	-,083	-,707
Danışmanlık Yapmak (7)	,128	,965	,286	2,244*	,208	1,572
Takdir Etmek – Ödüllendirmek (8)	,249	2,167*	,113	1,025	-,127	-1,109
F	4.446**		10.353**		4.698**	
R ²	0.060		0.128		0.063	
Düzeltilmiş R ²	0.046		0.116		0.049	

*Katsayı 0.05 düzeyinde anlamlı ** Katsayı 0.01 düzeyinde anlamlı

tatmini bu davranışa bağlı olarak 0,249 kadar artmaktadır. Bu anlamda iş tatminindeki artış; bağımsız değişkenlerden takdir etmek–ödüllendirmek derecesinin artmasına bağlı olmaktadır. **H8a hipotezi desteklendi, H8b, H8c hipotezleri desteklenmedi.**

Tablo 6'ya göre; bağımsız değişken olan çalışan odaklı liderlik davranışlarından koçluk yapmak davranışı ile model.4, 5 ve 6'daki iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. **H6a, H6b, H6c hipotezleri desteklenmedi.**

Tablo 6'daki bağımsız değişken olan çalışan odaklı liderlik davranışlarından danışmanlık yapmak ile model 4 ve 6'daki bağımlı değişken iş tatmini ve iş stresi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Fakat model.5'deki örgütsel bağlılık arasında $p<0,05$ düzeyi (2,244) kadar pozitif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Dolayısı ile danışmanlık yapmak davranışı 1 (bir) birim arttığı zaman, örgütsel bağlılık bu davranışa bağlı olarak 0,286 kadar artmaktadır. Bu anlamda örgütsel bağlılıktaki artış; bağımsız değişkenlerden olan danışmanlık yapmak derecesinin artmasına bağlı olmaktadır.

Tablo 6'ya göre; bağımsız değişken olan çalışan odaklı liderlik davranışlarından takdir etmek–ödüllendirmek davranışları ile model.5 ve 6'daki örgütsel bağlılık ve

iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ancak model.4'deki iş tatmini ile arasında $p<0,05$ düzeyi (2,167) kadar pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. Dolayısı ile takdir etmek–ödüllendirmek 1 (bir) birim arttığı zaman, iş tatmini bu davranışa bağlı olarak 0,249 kadar artmaktadır. Bu anlamda iş tatminindeki artış; bağımsız değişkenlerden takdir etmek–ödüllendirmek derecesinin artmasına bağlı olmaktadır. **H8a hipotezi desteklendi, H8b, H8c hipotezleri desteklenmedi.**

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, çalışan sonuçları ile ilgili ortalamalarına baktığımızda (Tablo 4) çalışanların örgütsel bağlılıklarının (3,00), iş tatminlerinin (2,82) düzeylerinin düşük, iş stres (3,21) düzeylerinin ise kısmen yüksek olduğu görülmüştür. Bu duruma saygınlık, fark edilme, işyeri olanakları, iş yükü, monotonluk gibi örgütsel bağlılığın, iş tatmininin ve iş stresinin etkilendiği diğer faktörlerin sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, (Tablo 5) planlama yapma ve hedefleri belirleme davranışının iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bunun sebebinin sağlık kuruluşlarında planların Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması, birim bazında yazılı planların olmayışı, çalışanların ya-

pılan planlara dâhil edilmemesi, merkeziyetçi bir yapının olması, ortak bir vizyon oluşturulamaması, çalışanların ortak bir amaca sahip olmanın önemini ve yaptığı işin, hedefleri gerçekleştirmedeki yerini kavrayamaması olabilir (Loke 2001).

İşin sorumluluklarını tanımlama davranışı ile iş stresi arasında $p < 0,05$ düzeyi (2,177) kadar da pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığı görülmektedir. Çalışmanın sağlık sektöründe yapılması ve bu sektörün yapılan işin riskli ve geri dönüşlerin çok hızlı olduğu bir yapıya sahip olması sorumluluk olgusunun önemini arttırmaktadır. Sorumluluğun yaratacağı kaygı iş stresinin oluşmasına sebep olabilir. Aynı zamanda görev kapsamını bilen çalışana ayrıca kuralları, talimatları çalışana sürekli belirtme çalışanın daha gergin olmasına yol açmaktadır. Ayrıca işin sorumluluklarını belirleme davranışı ile örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. İşin doğasının yüksek risklere ve sorumluluklara sahip olması bağlılığın ve tatminin sağlanmasında, çalışanların mesleki gelişim için gerekli kurs ve eğitim programlarına yönlendirilmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi gibi faktörleri daha önemli hale getirebilir.

Liderin, yürütülen işin planlandığı şekilde gittiğini kontrol etmesi ve gerekli müdahale ve bilgiyi zamanında yapması çalışanın iş stresini $p < 0,05$ düzeyinde (-2,356) (düşürdüğü) azalttığı görülmektedir. Kontrol etme davranışı ile lider görevle ilgili sorumluluğu üstlenmektedir. Aldığı sorumluluktan dolayı iş stresi artan çalışanların kontrol etme davranışı ile sorumluluğu liderle paylaşması iş stresinin düşmesine neden olabilir. satış elemanları üzerinde yapılan bir çalışmada çalışanların iş davranışlarını takip edip, fazla müdahalede bulunmadan, yapılan kontrolün stresi azalttığı değerlendirilmiştir (Bülbül 2002; Loke 2001). Ayrıca kontrol davranışı ile iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bunun sebebinin kontrol etme davranışının aynı zamanda çalışanın iş durumu üzerindeki etkisini ve karar verme yetisini kısıtlaması olabileceği düşünülmektedir. Yürütülen işin yapısı gereği yönetinin yakın kontrolün yürü-

tebileceği hiyerarşik, disiplinin olduğu örgütsel yapısında bu liderlik davranışı desteklendiği söylenebilir (Loke 2001).

Liderin çalışana bireysel olarak destekleme davranışı ile çalışanın iş stresi arasında $p < 0,05$ düzeyinde (-2,049) negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Liderin çalışanlarına pozitif tutum ve davranışlar sergilemesi, onlara karşı nazik, anlayışlı ve yardımsever olup, kişisel problemlerine çözüm yolları bulması, çalışan ile arasında yakın ilişki kurması huzurlu bir çalışma ortamı oluşmasına ve yaşanabilecek çatışmaların, kişisel ve örgütsel stres faktörlerinin azalmasına, iş stresinin düşmesine neden olabilir (Çatulaş, Baz, Kaya ve Savaş 2011; Ekinci ve Ekici 2003; Sığır 2007). Ayrıca liderin çalışana (psikolojik olarak) destekleme davranışlarının çalışanların iş tatminlerini azalttığı görülmüştür. Liderin, ikili ilişkiler üzerine yoğunlaşması işin arka planda kalmasına ve başarısız sonuçlar alınmasına, dolayısıyla iş tatminsizliğine yol açabilir. Singapurda ve ABD yürütülen çalışmalarda da liderin çalışana yakın ilgisinin hemşirilerin işyerine bağlılığı ve iş tatminini negatif etkilediği sonucu görülmüştür (Loke 2001; McNeese 1997). Loke (2001) belirttiği gibi işin disiplinli, hiyerarşik ilişkinin olması, riskin yüksek olması ile yönetiminin çalışana yakın ilgisi onun stresi azaltmakla beraber, çalışanın işini etkin yürütmesi konusunda zafiyat oluşturabilir.

Koçluk yapma davranışı ile örgütsel bağlılık, iş tatmini ve iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Koçluk davranışı çalışanın, iş becerilerini geliştirmek ve deneyimlerini arttırmak için kendisinden daha yeterli ve nitelikli olan liderinden bu yönde yönlendirme almasıdır. Çalışmaya katılan sağlık kuruluşlarında liderlerin çalışanlardan daha yeterli ve nitelikli olmaması, koçluk davranışını etkin bir şekilde kullanmaması mümkündür. Nitekim korelasyon sonuçlarına baktığımızda koçluk davranışının ortalamasının düşük düzeyde (3,31) olması dikkat çekicidir. Ayrıca çalışmaya katılan sağlık personelinin yaş ortalamalarının ve eğitim seviyelerinin yüksek olma-

sı, mesleki yaşamda belli bir tecrübeye sahip olmaları da koçluk davranışından beklenen etkiyi azaltmış olabilir.

Danışmanlık davranışı ile örgütsel bağlılık arasında $p<0,05$ düzeyi (2,244) kadar pozitif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Danışmanlık davranışı ile lider, çalışanların gelişimine ilgi gösterir, yetersiz kaldıklarında yeni beceriler elde etmelerine yeteneklerini geliştirmelerine, kariyer planlarına yardımcı olur, işleri ile ilgili kurs ve eğitim programlarına katılmalarını destekler, çalışanlara tavsiyelerde bulunup, rol model olur. Danışman davranışı ile lider çalışana kariyeri ve mesleki gelişimi konusunda yardımcıdır ve aralarında uzun vadeli bir ilişki söz konusudur. Kişi danışman liderle çalışmaya devam ettiği müddetçe kendi geleceğini, mesleki gelişimini garanti altına almış olur. Bu durum örgütsel bağlılığı etkilerken iş tatmini ve iş stresini etkileyebilir. Yapılan bazı çalışmalarda danışmanlık davranışının örgütsel bağlılığı artırdığı değerlendirilmiştir (Özutku, Ağaca ve Cevrioglu 2008; Sayın 2008).

Takdir etmek ödüllendirmek davranışı ile iş tatmini arasında $p<0,05$ düzeyi (2,167) kadar pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. İnsan doğası gereği başarılarının takdir edilmesini bekler. İş yerinde kendini başarılı hissedebilmesi için geribildirim alması önemlidir. Bu geri bildirimler takdir etme ödüllendirme ile sağlanabilir. Takdir etme-ödüllendirme ile çalışanın motivasyonunu ve çalışma arzusunu artırarak iş tatmininin artması sağlanabilir (Livi, Kenny, Albright ve Pierro 2008; Loke 2001; Tengilimoğlu 2005; Yukl 2010). Ayrıca takdir etmek, ödüllendirmek davranışı ile örgütsel bağlılık ve iş stresi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Çalışanlar performansa dayalı iş göstergeleri sonuçlarına göre takdir görür. Dolayısıyla kişi başarıyla tamamladığı işin sonucunda ödül alır. Bu durum kısa vadede yaptığı işten zevk almasını mutlu olmasını sağlar. Fakat örgütsel bağlılık uzun süreli ilişkilerden kaynaklanır. Bu kapsamda takdir etme ödüllendirme davranışı bağlılık üzerinde istenilen etkiyi gösterememiş olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmada görev ve çalışan odaklı liderlik davranışları ile iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş stresi arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar ışığında, lider davranışlarının, çalışanların iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve iş stresi düzeyini etkilediği görülmüştür. Bazı liderlik davranışlarının çalışanın davranışsal sonuçlarını negatif ilişkili olduğu da görülmektedir. Liderin çalışana (duygusal, psikolojik) desteği, çalışanın iş tatminini negatif etkilemiştir. Singapurda ve ABD yürütülen çalışmalarda da liderin çalışana yakın ilgisinin hemşirelerin işyerine bağlılığı ve iş tatminini negatif etkilediği sonucu görülmüştür (Loke 2001; McNeese 1997). Loke (2001) bu durumun kültürel faktörlerden kaynaklandığını belirtmiştir. Fakat ABD yine hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda benzer sonuç çıkmasının, aynı zamanda farklı çalışmalarda liderin yürütülen işi kontrol etmesinin çalışanın davranışsal sonuçlara olumlu etkisi kültürel faktörlerden daha çok yürütülen iş ve sektörün etkisinden kaynaklandığı söylenebilir. Lider davranışının etkisinin hemşirelere olan etkisinin diğer sektörlerde çalışanlardan bazı yönlenden farklılaşma sebebi gelecekteki çalışmalarda işin ve organizasyon yapısı açısından incelenebilir.

Sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin danışman lider davranışları sergileyerek, çalışanların yeteneklerinin geliştirilmesine önem vermesi, mesleki gelişimleri için gerekli olan eğitim programlarına yönlendirmesi, yol göstermesi örgütsel bağlılıklarının artmasına olumlu yönde katkı sağlayabilir. Örgüt içerisinde teşvik amacıyla kullanılan para ödülü, ikramiye, prim gibi maddi ödüllerin yanında, takdir etme, plaket verme gibi manevi ödüllerin verilmesi, çalışanların iş tatminlerinin artmasında önemli yere sahip olduğu çalışma sonucunda görülmüştür. Bu kapsamda yüksek iş tatmini için takdir etme, ödüllendirme davranışlarının artırılarak sürdürülmesi gerektiği düşünülmektedir. Liderin duygusal destekleme davranışlarının iş stresini azaltması sebebiyle, bu davranışların sürekliliği sağlanmalıdır. Süreç yönetiminde destekleme davranı-

şının tek başına uygulanmasının iş tatmininde azalmalara sebep olabileceği göz önüne alınmalıdır. Çalışanların kendi fikirlerini, liderlerinden beklenti ve önerilerini açık bir şekilde dile getirebilecekleri iletişim ortamlarının oluşturulması ile süreç boyunca ortaya çıkabilecek problemlere gerçek çözümler üretilmesinin ve yaratıcılıklarının geliştirilmesinin sağlanabileceği değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning the share the vision. *Organizational Dynamics*, 18(3): 19-31.

Brayfield, A., Rothe, H. F., (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 35: 307-311.

Bülbül, M. (2007). Örgütsel bağlılık ve kamu kuruluşlarına yönelik bir araştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.

Çakınberk, A., Demirel, T. E. (2010). Örgütsel bağlılığın belirleyicisi olarak liderlik: Sağlık çalışanları örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 24: 103-135.

Çatulay, Ü., Baz, M., Kaya, S., Savaş, K. (2011). Örgüt içi stres. *Uluslar Arası Hakemli Akademik Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1): 1-11.

Çınar, O. (2010). Eğitim ve sağlık alanı çalışanlarının iş stresi düzeyleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(33): 101-121.

Ekinci, H., Ekici, S. (2003). İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(1): 109-129.

Eren, E. (2004). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. 8. baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul.

House, R., Rizzo, J. (1972). Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organizational behavior. *Organizational Behavior and Human Performance*, 7: 467-505.

Judge, T. A., Piccolo, R. F., Iliès, R. (2004). The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research. *The Journal of Applied Psychology*, 89: 36-51.

Kuzulugil, Ş. (2012). Kamu hastaneleri çalışanlarında iş tatmini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, 41(1): 129-141.

Livi, S., Kenny, D. A., Albright, L., Pierro, A. (2008). A social relations analysis of leadership. *The Leadership Quarterly*, (19): 235-248.

Loke, J. C. F. (2001). Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 9(4): 191-205.

McNeese, S. (1999). The relationship between managerial motivation, leadership, nurse outcomes and patient satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 20: 243-259.

McNeese, S. (1997). The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *The Journal of Nursing Administration*, 27(9): 47-55.

Meyer, J. P., Allen, N. J. (1997). Commitment in the workplace: Theory, research and application. *Sage Publications*, 9(3): 309-312.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. 2. baskı, McGraw-Hill, New York.

Özdevecioğlu, M. (2003). Algılanan örgütsel destek ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkilerin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*, 18(2): 113-130.

Özutku, H., Ağaca, V., Cevrioğlu, E. (2008). Lider-üye etkileşimi teorisi çerçevesinde, yönetici-ast etkileşimi ile örgütsel bağlılık boyutları ve iş performansı arasındaki ilişki: Ampirik bir inceleme. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(2): 193-210.

Sayın, Ç. (2008). Yönetici hemşirelerde algılanan liderlik tarzlarının hemşirelerin örgütsel bağlılıkları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sellgren S. F., Ekvall G., Tomson G. (2008). Leadership behavior of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management*, 16: 578-587.

Sığırı, Ü. (2007). Geçici ve daimi personelin stres faktörlerinin, belirtilerinin, yatkınlıklarının ve stresle baş etme tarzlarının mukayeseli analizi. *Marmara Üniversitesi Dergisi*, 7(28): 177-188.

Tağraf, H., Çalman, İ. (2009). Ohio üniversitesi liderlik modeline göre oluşan liderlik biçimlerinin işletmelerin ihracat performansı üzerine etkisi ve Gaziantep ilinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(2): 135-154.

Tengilimoğlu, D. (2005). Hizmet işletmelerinde liderlik davranışları ile iş doyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1): 23-45.

Wong, A. C., Laschinger, K. S. H. (2012). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4): 947-959.

Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations*. 7th. ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey.

Hemşirelik Öğrencileri ve Klinik Hemşirelerin Klinik Uygulamada Öğrenciye Yapılan Rehberlik ile İlgili Görüşleri*

Opinions of Clinic Nurses and Nursing Students about The Guiding to The Students in Nursing Practice

Sevil BİÇER**, Yasemin Şadiye CEYHAN***, Filiz ŞAHİN**

İletişim/ Correspondence: Sevil BİÇER Adres/Adress: Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 40100 Kırşehir Tel: 0386 211 48 30
Fax: 0386 211 48 18 E-mail:sevinurse@mynet.com

ÖZ

Amaç: Bu araştırma; hemşirelik öğrencilerinin ve klinikte çalışan hemşirelerin klinik uygulamada öğrenciye yapılan rehberlik ile ilgili görüşlerini belirlemek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Çalışma Kırşehir'de bulunan bir Devlet Hastanesi'nde ve Sağlık Yüksekokulu'nda yapıldı. Araştırmanın evrenini 160 klinisyen hemşire ve 2010-2011 eğitim öğretim yılında bu hastanede iç hastalıkları hemşireliği dersi stajına çıkan 84 öğrenci hemşire, örneklemi ise çalışmaya katılmayı kabul eden 107 hemşire ve 84 öğrenci oluşturdu. Anket formları öğrenciler ve hemşireler için araştırmacılar tarafından ayrı ayrı oluşturuldu, hemşirelere klinik ortamda, öğrencilere derste uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde ise SPSS 16.0 programındaki yüzdeler ve frekans testleri kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin; %85'i öğrencileri soru sormaya cesaretlendirdiklerini ve sordukları soruları yanıtladıklarını, %77,6'sı öğrencilerin klinik becerilerini gözlemlediğini ve gözlem sonucu uygulama becerilerinde güçlü ve geliştirilmesi gereken kısımları geri bildirim şeklinde verdiklerini, %79,4'ü uygulama becerisi zayıf/yetersiz öğrenciye doğrusunu gösterdiğini ifade ederken; öğrencilerin %45,2'si sordukları sorulara cevap alamadıklarını, %60,7'si klinik uygulamalarının hemşireler tarafından gözlemlenmediğini, %63,1'i ise klinik beceri sonrası herhangi bir geribildirim olmadığını belirtti. Öğrencilerin yalnızca %8,3'ü yetersiz/zayıf uygulamaların doğrusunun gösterildiğini ifade etti.

Sonuç: Sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin klinik hemşirelerinin eğitimlerine katkılarının az olduğunu ve klinik eğitimlerinde hemşirelerin yeterince sorumluluk almadıkları görüşünde olduğu bulunmuştur. Buna karşın, klinik hemşireleri ise öğrencilere hasta bakımı, takip ve tedavisinde, servis işleyişinde yeterince destek olduklarını ve klinik öğretimde kendilerini öğrenciler için iyi bir rol modeli olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Çalışmanın sonuçları sadece tanımlayıcı bulguları içermektedir ve çalışma verilerinin konu ile ilgili temel veri sağladığı düşünülmektedir. Konu ile ilgili araştırma yapacak araştırmacılara farklı örneklem gruplarında ve farklı araştırma tasarımlarını kullanarak çalışmalarını önerilir.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci hemşire, klinik hemşire, klinik eğitim.

ABSTRACT

Aim: The aim of the present study was to determine the opinions of clinic nurses and nursing students about the guiding to the students in nursing practice.

Method: Research took place in a State Hospital and a School of Health Sciences in Kırşehir. The universe of the study consists of 160 clinic nurses and 84 trainee student nurses having done their internal medicine training program in this hospital in 2010-2011 educational year. The sample of the research consists of 107 nurses accepting to take part in the research and 84 students. The questionnaires were designed separately for students and nurses by the researchers and were applied to the nurses in clinic and to the students during class. In the assessment of the datum, percent and frequency tests in SPSS 16.0 program were used.

Results: While % 85.0 of the nurses stated that they encouraged students to ask questions and replied to them, %77,6 of the nurses stated that they observed the students' clinic skills and as a result of this observation, they informed the students about the weak and strong points of their skills in order to improve via feedback, % 79,4 of the nurses stated that they taught the right to the student with a weak or lack skill in application, %45,2 of the students stated that they couldn't get any answer to their question, %60,7 stated that clinic applications were observed by the nurses, % 63,1 of the students stated that they didn't get any feedback following the clinic skill, only % 8,3 of the students stated that the correct form of the weak or lack application skills was shown.

Conclusion: Consequently, while students of nursery think that clinic nurses contribute little to their training and that clinic nurses do not take enough responsibility, in clinic trainings, clinic nurses state that they support clinic students enough in patient care, watch and treatment, and that they see themselves as good role models in clinic education.

Keywords: Student nurse, clinic nurse, clinic education.

*10. Ulusal&Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (28-30 Nisan 2011, Gaziantep), **Öğr. Gör: Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, ***4. Sınıf Öğr. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Yazının gönderilme tarihi: 15.04.2013

Yazının basım için kabul tarihi: 06.07.2015

GİRİŞ

Çağımızda bilim ve teknoloji alanında yaşanan hızlı değişim ve gelişmeler sağlık alanını da etkilemekte ve mesleki bilgiler sürekli değişmektedir. Hemşirelik de bu değişimin devamlı olduğu mesleklerden biridir (Akdolun 1997; Erdoğan ve Oktay 1997; Özkan 2001). Mesleğin ilerlemesinde en önemli etkenler; yeni bilgiler üretilmesini sağlama ve nitelikli personel yetiştirmektir (Kaya ve Akçin 2005; Taşocak 1997).

Hemşirelik eğitiminde klinik uygulama, eğitim sürecinin önemli bir bölümünü oluşturur. Klinik deneyim, öğrenciye teoriyi uygulamaya aktarma ve öğrencilikten profesyonelliğe geçme fırsatı veren bir eğitim sürecidir. Öğrenci hemşire, mesleki uygulamaları sırasında psikomotor beceriler açısından yetkinlik kazanır (Gökçebay, Bakır, Mutlu ve Kaya 1997; Ulupınar ve Genç 1997). Sürekli eğitimle gelişimini devam ettiren öğrenci hemşirelerde psikomotor becerinin yanı sıra karar verme, kararını uygulayabilme, iletişim, ekip ruhu gibi nitelikler ön plana çıkar (Gökçebay ve ark. 1997; Özgür, Karaaslan ve Kılıç 1997; Taşocak 1997). Hemşirelik eğitiminde, öğrenme hem sınıf ortamında hem de uygulama alanında gerçekleşir (Bayraktar 1996). Sınıf ortamında aldığı teorik bilgilere, uygulama ortamında kazandığı pratik becerileri ekleyerek kaliteli bir hemşirelik uygulaması gerçekleştirmek hemşireliğin temel ilkelerindedir (Fadıloğlu, Esen ve Akyol 1997). Öğrenci, uygulama alanında, özellikle beceri gerektiren uygulamalarda destek, rehberlik ve yardım beklemektedir (Ay 2007; Khorshid, Eşer, Zaybak, Güneş ve Çınar, 2007). Özellikle beceride yeterliliğin sağlanabilmesi için özellikle uygulama alanında öğrencinin hem öğretim elemanları hem de klinik hemşireler tarafından desteklenmesi gerekir (Chapple ve Aston 2004; Hughes 2004).

Başlangıçta hemşirelik öğrencisi, hem tüm mesleki uygulamalarda acemidir hem de uygulama alanına tamamen yabancıdır ve kendisine yol gösterecek yardım/desteğe ihtiyacı vardır (Dalton 2005). Klinik hemşire, öğrencinin mesleki bakış açısı geliştirmesinde ve

mesleği anlamasında önemli ve temel bir role sahiptir (Andrews ve Roberts 2003; Higgins ve Margaret 2005; Hughes 2004). Ülkemizde pek çok öğretim elemanı yetersizliği yaşayan okullarda; klinik uygulamalardan dersin teorik bölümünden sorumlu öğretim elemanları sorumlu olup öğretim elemanı sayısının yeterli olmadığı durumlarda lisans mezunu, tercihen yüksek lisans yapmış, ilgili kliniklerde tecrübesi olan hemşirelerin klinik uygulamalarda görevlendirilmesi yoluna gidilmektedir. Uygulamalı öğrenim alanları olarak seçilen kliniklerdeki hemşireler, hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde ve denetiminde eğitici hemşirelere yardımcı olmalıdırlar. Öğrenci hemşirelerin eğitiminde öğretim elemanlarının klinik hemşireleriyle işbirliği önemli olup, hemşireler öğrenci hemşirelere örnek olmaktadır. Öğrenci hemşirelerin eğitiminde öğretim elemanlarının klinik hemşireleriyle işbirliği önemli olup, hemşireler öğrenci hemşirelere örnek olmaktadır (Küçük 2011). Eğitim süresince ve tüm uygulama alanı ile ilgili deneyimlerde klinik hemşirelerin destekleyici tavır sergilemesi öğrencinin klinik uygulamalarda kendini iyi hissetmesi, kaygılarının azalması, eğitim etkinliklerinden doyum sağlanması ve olumlu hastane deneyimi açısından önemlidir (Bayar, Çadır ve Bayar 2009). Günümüzde hemşireler öğrenci eğitimine uygun ortam sağlamak konusunda yasal bir sorumluluğa da sahiplerdir. Resmi Gazete’de 8 Mart 2010 tarihinde yayınlanan 27515 No’lu Hemşirelik Yönetmeliği (2011)’nin “Hemşirelerin Görev Yetki ve Sorumlulukları” Madde 6/g bendinde “Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur” ifadesi yer almaktadır. Ancak, Türkiye’deki ilgili literatürde klinikte çalışan hemşirelerin öğrenci hemşireleri klinik uygulamaları sırasında ne düzeyde destekledikleri ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu bağlamda bu araştırma; hemşirelik öğrencilerinin ve klinikte çalışan hemşirelerin klinik uygulamada öğrenciye yapılan rehberlik ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Yeri ve Örneklemi

Basit tanımlayıcı araştırma tipinde planlanan araştırma Kırşehir’de bir devlet hastanesi ve bir Sağlık Yüksekokulu’nda yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini amaçlı örnekleme ile seçilen 160 klinisyen hemşire ile 2010–2011 Eğitim-Öğretim yılında bu hastanede dahiliye, cerrahi, göğüs, kardiyoloji, ortopedi, nöroloji, intaniye, yoğun bakım ve acil servislerinde İç Hastalıkları Hemşireliği dersi stajına çıkan 84 öğrenci oluşturmuştur. Hemşirelerin 53’ü nöbet durumları, servis yoğunlukları ve diğer nedenlerle çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Bu nedenle araştırma örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 107 hemşire oluşturmuştur. Öğrencilerde ise 84 öğrencinin tamamı dâhil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak geliştirilen anket formu ile toplanmıştır (Bayraktar 1996; Burns ve Patersn 2005; Dalton 2005). Anket formu sosyo-demografik özellikleri, hemşire ve öğrenci görüşlerini değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Hemşireler için, klinikte öğrenci eğitimlerine katkılarını değerlendiren 10 belirleyici soru yer almaktadır. Sorular, evet, hayır, kısmen olarak cevaplanmaktadır. Öğrenci hemşireler için ise benzer şekilde klinik hemşirelerin klinik eğitime katkılarını değerlendiren 10 soru öğrencilere uyarlanarak sorulmuş ve cevapların yine aynı şekilde verilmesi istenmiştir. Anket formları öğrencilere sınıfta dağıtılmış ve yirmi dakika süre verildikten sonra toplanmıştır. Hemşireler ise anket formlarını çalıştıkları kliniğin hemşire odalarında yaklaşık 10-15 dakika içerisinde doldurmuşlardır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çalışmaya katılan öğrenci ve çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ait farklı sorulara, ikinci bölümde ise hemşirelerin klinik eğitime sağladığı katkı ile ilgili görüşleri değerlendiren 10 değerlendirme cümlesine (servis hakkında bilgi verme, öğ-

renme hedeflerini açıklama, soru sormaya cesaretlendirme, yardım edici iletişim kurma, servisi öğrenmeye uygun hale getirme, klinik uygulamaları gözlemleme, gözlem sonrası geri bildirim verme, uygulama becerilerini gösterme, sağlık ekibinin bir parçası olarak görme, iletişimde rica cümleleri kullanma) yer verildi.

Etik Özellikler

Çalışmanın yapılması için ilgili kurumlardan yazılı izin ve klinisyen hemşireler ve öğrenci hemşirelerden sözel izinler alınmıştır.

Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS 16.0 programında yüzdelik ve frekans testleri ile değerlendirildi.

BULGULAR

Hemşire ve Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin; % 83,2’si 30–49 yaş grubunda (yaş ortalaması 37,74±7,61), % 82,2’si kadın, % 80,4’ü evli, % 42,1’i sağlık meslek lisesi mezunu olduğu ve % 11,2’sinin dahiliye servisinde çalıştığı, % 42,1’inin 15 yıl ve daha fazla süredir hemşirelik yaptığı, % 66,6’sının ise servis hemşiresi olarak çalıştığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin; yaş ortalaması 20,51±2,33 olup %75’i kadın, %100’ü bekâr, %63,1’i lise mezunu, %45,2’si öğrenci yurdunda kalmaktadır. %38,1’i hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini belirtmiştir. %47,6’sı ise hemşirelerin klinikte ki tavırlarından dolayı hemşireliği seçtiği için pişman olduğunu ifade etmiştir.

Hemşirelik Öğrencilerinin ve Klinikte Çalışan Hemşirelerin Klinik Uygulamada Öğrenciye Yapılan Rehberlik ile İlgili Görüşleri

Hemşirelerin öğrenci hemşirelerin klinik eğitimlerine verdikleri katkı ile ilgili görüşleri Tablo 1’de, Öğrencilerin bakış açısı ile hemşirelerin kendilerine sağladıkları katkı ile ilgili görüşleri ise Tablo 2’de gösterilmiştir.

Hemşirelerin %91,6'sı, uygulamanın ilk günü servisin işleyişi, tedavi protokolü gibi konularda öğrenci hemşirelere bilgi vererek oryantasyonu sağladıklarını ifade ederken (Tablo 1), öğrencilerin %64,3'ü servisin protokolüne ilişkin herhangi bir bilgi almadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %94,4'ü, öğrencilerden uygulamada neler beklenildiğinin açıkladığını ifade etmişlerdir (Tablo 1). Ancak, öğrencilerin %50'si beklentilerin açıklanmadığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %85,0'ı öğrencileri soru sormaya cesaretlendirdiklerini ve sordukları soruları yanıtladıklarını belirtirken (Tablo 1), öğrencilerin %45,2'si sordukları sorulara cevap alamadıklarını belirtmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %79,4'ü öğrenciler ile iletişimde olumlu kişilerarası iletişim tekniklerini kullandıklarını belirtirken (Tablo 1), öğrencilerin %45,2'si kendileri ile nasihat, öğüt veya azarlama şeklinde konuşulduğunu bu nedenle kendileri ile uyumlu bir iletişim kurulmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Hemşirelerin %63,6'sı servisi öğrenciler için öğrenmeye hazır hale getirdiklerini ifade ederken (Tablo 1), öğrencilerin %64,3'ünün bu konuda kendilerine yardımcı olunmadığını (Tablo 2).

Hemşirelerin %77,6'sı öğrencilerin klinik becerilerini gözlemlediğini ve gözlem sonucu uygulama becerilerinde güçlü ve geliştirilmesi gereken kısımları geri bildirim şeklinde verdiklerini ifade ederken (%76,6) (Tablo 1), öğrencilerin %60,7'si klinik uygulamalarının hemşireler tarafından gözlemlenmediğini, %63,1'i ise klinik beceri sonrası herhangi bir geribildirim almadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %79,4'ü uygulama becerisi zayıf/yetersiz öğrenciye doğrusunu gösterdiğini belirtirken (Tablo 1), öğrencilerin yalnızca %8,3'ü yetersiz/zayıf uygulamaların doğrusunun gösterildiğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %68,2'si öğrenci hemşireleri sağlık ekibinin bir parçası olarak gördükleri ve o şekilde davrandıklarını belirtirken (Tablo 1), öğrencilerin %70,2'si ekibin içinde görülmediklerini ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Klinik Hemşirelerin Öğrencilerin Klinik Eğitimine Katkılarına İlişkin Görüşleri

Rehber Hemşire Özellikleri	Evet % / (N)	Hayır % / (N)	Kısmen % / (N)
1. Öğrenci hemşireler servise ilk geldikleri zaman servisin işleyişi, tedavi protokolü gibi konularda bilgi vererek servise oryantasyonunu sağlıyorum.	91,6 (98)	0,9 (1)	7,5 (8)
2. Öğrencilere onlardan neler beklediğimizi açıkça ifade ediyorum	94,4 (101)	1,9 (2)	3,7 (4)
3. Öğrencilerin soru sormalarına cesaretlendiriyorum, sordukları soruları cevaplıyorum	85,0 (91)	3,7 (4)	11,2 (12)
4. Öğrencilerle yardım edici iletişim kuruyorum (gülümseme, içtenlik, samimiyet vb)	79,4 (85)	3,7 (4)	16,8 (18)
5. Servisi öğrenci hemşireler için öğrenmeye uygun bir çevre haline getiriyorum.	63,6 (68)	6,5 (7)	29,9 (32)
6. Öğrencilerin klinik uygulama becerilerini gözlemliyorum	77,6 (83)	0 (0)	22,4 (24)
7. Gözlem sonucu uygulama becerilerinde güçlü ve geliştirmesi gereken yönlerini geri bildirim veriyorum	76,6 (82)	0 (5)	18,7 (20)
8. Uygulama becerisi yetersiz/zayıf olan öğrenciye doğrusunu gösteriyorum	79,4 (85)	0 (0)	20,6 (22)
9. Öğrenci hemşireleri sağlık ekibinin bir parçası olarak görüyorum ve o şekilde davranıyorum	68,2 (73)	24,3 (26)	7,5 (8)
10. Öğrenci hemşirelere genellikle emir cümlesi ile değil, rica cümleleri ile hitap ediyorum	68,2 (73)	5,6 (6)	26,2 (28)

Tablo 2. Öğrenci Hemşirelerin Klinik Hemşirelerin Eğitimlerine Verdiği Katkıya İlişkin Görüşleri

Rehber Hemşire Özellikleri	Evet %/ (N)	Hayır %/(N)	Kısmen %/(N)
1. Servise ilk geldiğim zaman servisin işleyişi, tedavi protokolü gibi konularda bilgi vererek servise oryantasyonumu sağlıyorlar	6,0 (5)	4,3 (54)	29,8 (25)
2. Bizlerden neler beklediklerini açıkça ifade ediyorlar	15,5 (13)	50,0 (42)	34,5 (29)
3. Sorduğumuz sorulara cevap veriyorlar, soru sormamız için cesaretlendiriyorlar	19,0 (16)	45,2 (38)	35,7 (30)
4. Bizimle yardım edici iletişim kuruyorlar (gülümseme, içtenlik, samimiyet vb)	11,9 (10)	45,2 (38)	42,9 (36)
5. Servisi öğrenmeye uygun bir çevre haline getiriyorlar.	6,0 (5)	64,3 (54)	29,8 (25)
6. Klinik uygulama becerilerimizi gözlemliyorlar	7,1 (6)	60,7 (51)	32,1 (27)
7. Gözlem sonucu uygulama becerilerimde güçlü ve geliştirmesi gereken yönlerimi geri bildirim veriyorlar	14,3 (12)	63,1 (53)	22,6 (19)
8. Uygulama becerim yetersiz/zayıfsa doğrusunu gösteriyorlar	8,3 (7)	65,5 (55)	26,2 (22)
9. Bizleri sağlık ekibinin bir parçası olarak görüyorlar ve o şekilde davranıyorlar	15,5 (13)	70,2 (59)	14,3 (12)
10. Bizlere genellikle emir cümlesi ile değil, rica cümleleri ile hitap ediyorlar	9,5 (8)	76,2 (64)	14,3 (12)

TARTIŞMA

Hemşirelik okullarında eğitim programlarının önemli bir bölümünü, uygulamalı eğitim oluşturmaktadır (Snelson ve ark. 2002). Bugünün sağlık sistemi içinde lisans eğitimi almış hemşirelerden daha üst düzeyde uygulama yapmaları, daha etkin çalışmaları beklenmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin nitelikli yetiştirilmesinde öğretim elemanları kadar klinisyen hemşirelere de büyük rol düşmektedir (Chapple ve Aston 2004).

Ülke sağlık sorunlarının çözümünde bakım verecek her türlü sağlık ekibi üyesinin yetiştirildiği eğitim programlarında, sıkı bir iletişim içinde olan klinik hemşire ve öğrenci ilişkileri büyük önem taşımaktadır (Terakye 1998). Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu öğrenci hemşirelerin servise ilk başladıkları zaman servisin işleyişi, tedavi protokolü gibi konularda bilgi vererek oryantasyonu sağladıklarını ifade ederken öğrencilerin ise büyük çoğunluğu servisin protokolüne ilişkin herhangi bir bilgi verilmediğini belirtmektedir. Bu durum klinik çevreyle yeni ta-

nışan öğrencinin hastane ortamına ve ekip arkadaşlarına uyumunu zorlaştırmaktadır. (Özgür ve ark. 1997).

Klinik ortam, hasta ya da hasta gruplarına sağlık hizmetlerinin sunulduğu, kendine özgü normları, kuralları, değerleri ve grup anlayışları olan sosyal bir ortamdır (Gökçebay ve ark. 1997). Bu ortamda, öğrencilerin öğrenimini büyük ölçüde etkileyebilecek fizik, sosyal ve psikolojik öğeler bulunmaktadır; bunlar arasındaki ilişkide ortamın öğrenme ortamı olarak etkinliğini belirlemektedir (Burns ve Patersn 2005). Klinik ortama yeterince adapte olamayan öğrenci ise gün geçtikçe kendini dışlanmış hissetmekte ve hastane ile arasındaki mesafe açılmaktadır. Klinik öğretim sadece öğretim elemanı ile öğrencinin birlikte yürüttüğü bir uygulama olmayıp, öğrencinin deneyimli ve yeterli klinik hemşireleri ile yoğun ve kaliteli bağlantılar kurmasını gerektiren bir eğitim yaşantısıdır (Chapple ve Aston 2004). Hemşirelerin önemli bir oranı öğrencilerden neler beklenildiğini ifade ettiklerini söylerken, öğrencilerin yarısı beklentilerin açıklanmadığını be-

lırtmektedirler. Öğrenci henüz yeni alışmaya başladığı bir ortamda hasta ile olan ilişkisini geliştirmeye çalışırken, aynı zamanda neler yapması gerektiğini bilmemenin karmaşıklığıyla bocalamaktadır. Bu konuda önemli olan, klinik hemşirelerin açık ve net bir şekilde öğrenciden beklenen sorumlulukları onlara uygun bir şekilde ifade etmeleridir.

Klinikte hemşirelerden öğrencilerin gereksinimlerini karşılamada profesyonel yeterliliği göstermesi beklenmektedir (Çavuşoğlu 1991). Çalışmamızda hemşirelerin büyük bir oranı öğrencileri soru sormaya cesaretlendirdiklerini ve sordukları soruları yanıtladıklarını belirtirken, öğrencilerin ise yarıdan azı sordukları sorulara cevap alabildiklerini belirtmiştir. Gerek tıbbi uygulamalar gerek farmakolojik bilgiler olsun teorik bilgisini yeni öğrenen bir öğrenci hemşirenin klinikte bunları uygulayarak bilgilerini her zaman doğru ve taze tutması sağlık alanında ki en önemli unsurlardandır (Eskimez, Alparşlan ve Öztunç 2005). Çünkü insan sağlığı ile uğraşılan hiçbir meslekte hata yapabileme şansı yoktur. Hemşirelik hasta ile en yakın ve en uzun süre birlikte olmayı gerektiren ve de aynı zamanda tedaviyi uygulayan meslek grubu olması hemşireliğin sorumluluğunu kat ve kat artırmaktadır (Kaya ve Akçin 2005). Bu denli dikkat ve beceri isteyen bir mesleği öğrenmeye çalışan öğrenci hemşireler bu sorumluluğa alışana kadar pek çok soru sormak ve doğru cevaplar almak zorundadırlar. Öğrencilere ise doğru ve eksiksiz yanıtları verebilmek yine hemşirelerin en önemli sorumlulukları arasındadır. Yapılan bir araştırmada öğrencilere stajlarda “en çok kimden yardım almaktasınız” sorusu sorulduğunda %47.6 oranında klinikteki hemşirelerden yardım aldıklarını, oysa %70.5 oranında öğrenci ise öğretmenlerden yardım almak istediklerini ifade etmişlerdir (Fadıloğlu ve ark. 1997). Bu sonuç, beceri eğitiminin yürütüldüğü kliniklerde hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin, öğrencilerin eğitimini bir görev olarak benimsememesi nedeniyle yeterince destekleyici olmamasına, öğrenci sayısının fazlalığı nedeniyle öğretim ve danışmanlık için öğretim elemanlarının her öğrenciye ayırdıkları zamanın az olmasına bağlanabilir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu öğrencilerle yardım edici iletişim tekniklerini kullandıklarını belirtirken, öğrencilerin neredeyse yarısı kendileri ile yardım edici olmayan iletişim kurulduğunu belirtmektedirler. Yardım edici iletişimde bireyin düşüncelerine, duygularına ve deneyimlerine odaklanılır. Yardım edici iletişim kurabilmek için sağlık bakım profesyonellerinin kendilerini iyi tanımaları gerekmekte ve iletişim yetkinliklerini bilmeleri gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada mesleği öğrencilere sevdirmede klinik hemşirelerle iletişimin %58 oranında etkili oldukları saptanmıştır (Bayar ve ark. 2009). Klinik hemşireler ile öğrenci arasında iletişimin uyum içinde olması öğrencilerin mesleğe bağlılık duygularının yerleşmesi açısından önemlidir (Özbayır ve ark. 2011).

Öğrencilikten profesyonel kişiliğe geçiş fırsatı veren ortamda öğrencileri etkileme gücünde olan tüm öğelerin kontrol altında tutulması gerekmektedir (Bayraktar 1996). Bu doğrultuda araştırma grubumuzdaki hemşirelerin büyük bir oranı servisi öğrenciler için öğrenmeye hazır hale getirdiklerini ifade ederken, öğrencilerin de büyük bir oranı bu konuda kendilerine yardımcı olunmadığını ifade etmektedirler. Klinikte servis sorumlu hemşireleri öğrenci eğitiminden, öğrencinin klinikteki çalışmalarından ve klinik alanda doyum sağlayıcı bir öğrenme ortamı oluşturmaktan sorumludurlar (Dalton 2005). Klinikte hemşirelerden öğrencilerin gereksinimlerini karşılamada profesyonel yeterliliği göstermesi beklenmektedir (Çavuşoğlu 1991).

Hemşirelerin çoğunluğu öğrencilerin klinik becerilerini gözlemlediği, gözlem sonucu uygulama becerilerinde güçlü ve geliştirilmesi gereken kısımları geri bildirim şeklinde verdiklerini ve uygulama becerisi zayıf/yetersiz öğrenciye doğrusunu gösterdiğini belirtirken, öğrencilerin ise büyük bir kısmı klinik uygulamalarının hemşireler tarafından gözlemlenmediğini, klinik beceri sonrası herhangi bir geribildirim almadıklarını ve yetersiz/zayıf uygulamaların doğrusunun gösterilmediğini belirtmişlerdir. Hemşirelik eğitiminin ve hemşireliğin amacı, hemşirelerin rolleri doğrultusunda

da hemşirelere/hemşire adaylarına bilgi, beceri ve değer kazandırmaktır (Gökçebay ve ark. 1997). Bu kazanımlarda eksik olanın görülmesi sorunun giderilmesinde önemlidir. Yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %56.7'si, klinik ortamda uyguladıkları bakım girişimlerini dershanede/ laboratuvarında öğrendikleri şekilde gerçekleştiremediklerini ve bu konuda klinisyen hemşirelerden yeterince destek göremedikleri belirtilmiştir (Karaöz 1997). Öğrenciye verilmesi gereken mesleki bilgileri anlatmak kadar, işlemlerin uygulanmasını sağlamak ta önemlidir. Bu amaçla uygulamaya çıkan öğrenciler yaptıkları uygulamalarda destek ve rehberliğe ihtiyaç duymaktadırlar. Yaptıkları doğru uygulamalarda öğrencilerin desteklenerek teşvik edilmesi, yanlış uygulamalarda ise hatanın uygun bir geri bildirimle doğruya çevrilmesi, öğrencinin tüm meslek hayatı boyunca sıfır hata ile çalışmasının en önemli adımlarını oluşturmaktadır (Gibbons, Adamo ve Padden 2002).

Yapılan araştırmalarda öğrencilerin klinisyen hemşirelerden anlayış ve hoşgörü beklediği, kendilerine saygı gösterilmesini, sağlık meslek lisesi öğrencisi gibi davranılmamasını, hatalarının olumlu karşılanmasını ve kendilerine güven duyulmasını istediği, klinik hemşireler ile ilişkilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Özbayır ve ark. 2011; Özhan, Bulut ve Demir 2010; Ulupınar ve Ekizler 1997). Bizim çalışmamızda hemşirelerin büyük bir kısmı öğrenci hemşireleri sağlık ekibinin bir parçası olarak gördükleri ve o şekilde davrandıklarını dile getirirken, öğrencilerin ise çok az bir kısmı ekip tarafından kabul edildiklerini belirtmiştir. Sağlık ortamında hastaya en iyi bakımın verilebilmesi için sağlık ekip elemanları arasında iyi bir işbirliğinin olması şarttır (Higgins ve Margaret 2005; Terakye 1998). Hastanedeki en büyük sağlık ekip üyelerini oluşturan hemşirelerin öncelikle kendi içlerinde sıkı bir şekilde işbirliğine geçmeleri hastaya verilecek etkin tedavinin temel parçasıdır (Özcan 2006). Bu durumda hemşirelerin, geleceğin sağlık bakım profesyonelleri olan öğrenci hemşireleri kendi ekipleri ve çalışma birimleri içinde benimsemeleri öğrencilerin mesleki sosyalizasyonun sağlanması, sağlık ekibi, hasta

ve hasta yakınları ile arasındaki iletişim becerilerinin geliştirilmesi açısından önemli bir noktadır (Tavşanlı, Arslan ve Taşpınar 2012).

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan pek çok çalışmada; öğrencilerin mesleki eğitimlerini yeterli bulmadıkları; bunun nedeni olarak; öğretim elemanı sayısının az olması, her grubun başında uygulama saatlerinde sürekli sorumlu bir öğretim elemanı bulunamaması, kliniklerin fiziki kapasitesinin yetersiz olması, uygulama alanındaki çalışanlarla iletişim bozukluğu/ kabul görmeme olarak belirlenmiştir (Gümral ve Coşar 2006; Kırkjebqa ve Hage 2005; Özhan ve ark. 2010; Tavşanlı ve ark. 2012). Eğitimlerini tamamladıktan sonra göreve başlayacak olan öğrenciler, kendilerine uygun rehberlik yapılmadığında çalışma ortamında karşılaşılabilecekleri sorunlara karşı tedirgin olmakta ve mesleğe bakış açıları olumsuz etkilenmektedir (Özgür ve ark. 1997). Çalışan hemşirelerin, çalıştıkları kurumlardaki görevleri sadece servis düzeni ve işleyişini sağlamak değil aynı zamanda yakında meslektaşları olacak öğrenci hemşirelere uygun birer rol modeli olmalıdır. Yasalarla da desteklenmiş olan bu durumun hemşirelerin öğrenci hemşirelerin klinik eğitimine yadsınamaz katkısını ortaya koymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hemşirelik öğrencileri, klinik hemşirelerinin eğitimlerine katkılarının az olduğunu, klinik eğitimlerinde hemşirelerin yeterince sorumluluk almadıklarını düşünürken klinik hemşireleri öğrencilere hasta bakımı, takip ve tedavisinde, servis işleyişinde yeterince destek olduklarını ve klinik öğretimde kendilerini öğrenciler için iyi bir rol modeli olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin öğrenci hemşirelere karşı tutum ve davranışlarının, iletişim becerilerinin hemşirelik eğitiminin kalitesini önemli derecede etkilediği, öğrencilerin bakış açısıyla hemşirelerin sahip olması gereken niteliklerin bilinmesi, hem öğrencinin fikirlerine değer verildiğini hem de klinik hemşirelerin kendilerini geliştirmesi için gerekli ve önemli olduğu görülmüştür.

Etkili klinik eğitim ortamı sağlanması ve klinik eğitimin amacına ulaşabilmesi için, klinik hemşirelerle akademisyen hemşirelerin bir araya gelerek klinik uygulama protokollerinin belirlenmesi, klinik öğretim öncesinde, klinik hemşire ve öğrenci hemşireleri içine alan bir oryantasyon programlarının yapılması, hemşireler ve öğrenci hemşireler arasında karşılıklı beklentilerin paylaşılması, klinik hemşirelerinin yetkili birimler tarafından öğrenci eğitimi konusundaki yasal sorumlulukları hakkında bilgilendirilmesi ve bu konuda eğitimlerinin sağlanması, klinik hemşirelerinin öğrenci eğitimleri konusunda yönetici hemşireler tarafından denetlenmesi önerilebilir (Ünsar 2008). Çalışmanın sonuçları sadece tanımlayıcı bulguları içermektedir ve çalışma verilerinin konu ile ilgili temel veri sağladığı düşünülmektedir. Konu ile ilgili araştırma yapacak araştırmacılara farklı örneklem gruplarında ve farklı araştırma tasarımlarını kullanarak çalışmalarını önerilir.

KAYNAKLAR

Akdolun, N. (1997). Temel sağlık hizmetleri doğrultusunda hemşirelik eğitimi ve hemşire eğitimcinin rolü. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Sempozyum Kitabı*, Kıbrıs, 337-341.

Andrews, M., Roberts, D. (2003). Supporting student nurses learning in and through clinical practice: The role of the clinical guide. *Nurse Education Today*, 23: 474-481.

Ay, F. (2007). Hemşirelik eğitiminde yeterliliğin sağlanması için yeni bir yaklaşım: Rehber hemşire (koçluk) sistemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5): 52-65.

Bayar, K., Çadır, G., Bayar, B. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya yönelik düşünce ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 8(1): 37- 42.

Bayraktar, N. (1996). Öğrenci hemşirelerin klinik ortamda öğrenimlerine etki eden faktörlere ilişkin düşünceleri. *III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyum Kitabı*, İstanbul Üniversitesi Basın ve Film Merkezi, İstanbul, 462-471.

Burns, I., Paterson, I. M. (2005). Clinical practice and placement support: Supporting learning in practice. *Nurse Education in Practice*, 5: 3-9.

Chapple, M., Aston, E. S. (2004). Practice learning teams: A partnership approach to supporting student' clinical learning. *Nurse Education in Practice*, 4: 143-149.

Çavuşoğlu, H. (1991). Hemşire eğitimcinin klinik öğretime ilişkin sorumlulukları. *Türk Hemşireler Dergisi*, 41(4): 21-27.

Dalton, L. (2005). Use of clinical space as an indicator of student nurse's professional development and changing need for support. *Nurse Education Today*, 25: 126-131.

Erdoğan, N., Oktay, S. (1997). Hemşirelik yükseköğretiminde eğitimin yönetimi. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Sempozyum Kitabı*, Kıbrıs, 177-181.

Eskimez, Z., Alparslan, N., Öztunç, G. (2005). Hemşirelerin Adana Sağlık Yüksekokulu öğrencileri ve öğretim elemanlarının klinik uygulamalarına ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik Bilimleri Dergisi /Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 8(3): 30-39.

Fadıloğlu, Ç., Esen, A., Akyol, A. D. (1997). Öğrenci ve mezun hemşirelerin klinik uygulamalara ilişkin beklentilerinin karşılaştırılması. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Sempozyum Kitabı*, Kıbrıs, 30-36.

Gibbons, S. W., Adamo, G., Padden, D. (2002). Clinical evaluation in advanced practice nursing education. *Journal of Nursing Education*, 41(5): 215-221.

Gökçebay, N., Bakır, S., Mutlu, G., Kaya, B. (1997). Hemşirelikte sürekli eğitim ve klinik. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Sempozyum Kitabı*, Kıbrıs, 294-296.

Gümrall, N., Coşar, F. (2006) Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin okul-hastane işbirliği ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 13: 21-24.

Hemşirelik Yönetmeliği (2010). Hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-yonetmeliği.aspx> (05.06.2012)

Higgins, A., Margaret, M. C. (2005). Psychiatric nursing student' experiences of having a mentor during their first practice placement: An Irish perspective. *Nurse Education in Practice*, 5: 218-224.

Hughes, S. J. (2004). The mentoring role of the personal tutor in the "Fitness for practice" curriculum: An all wales approach. *Nurse Education in Practice*, 4: 271-278.

Karaöz, Ş. (1997). Hemşirelik esasları dersi alan öğrencilerin klinik uygulamaya ilişkin değerlendirmeleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(1): 23-30.

Kaya, H., Akçin, E. (2005). İşbirliğine dayalı öğrenme nedir? Hemşirelik eğitimindeki yeri nedir?. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 13(54): 10-16.

Hemşirelik Öğrencileri ve Klinik Hemşirelerin Klinik Uygulamada Öğrenciye Yapılan Rehberlik ile İlgili Görüşleri

- Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Güneş, Ü. Y., Çınar, Ş. (2007). Hemşirelik yüksekokulu mezunlarının aldıkları lisans eğitimine ilişkin görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23(1): 1-14.
- Küçük, L. (2011). İletişim ve terapötik iletişim. Ay-Akça, F. (Ed.). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. 3. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul.
- Kyrkjebq, J. M., Hage, I. (2005). What we know and what they do: Nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice. *Nurse Education Today*, 25: 167-175.
- Özbayır, T. ve ark. (2011). Cerrahi hastalıkları hemşireliği intörn öğrencilerinin klinik uygulamayı değerlendirmeleri ve akademik başarı durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(1): 1-9.
- Özcan, A. (2006). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. Sistem Ofset, Ankara.
- Özgür, G., Karaaslan, A., Kılıç, M. (1997). Eğitimci hemşirelerin uygulamalı eğitim ile ilgili görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1-3): 33-44.
- Özhan, E. N., Bulut, H., Demir, S. G. (2010). Nursing students' opinions regarding the clinical practice guide. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(2): 2162-2165.
- Özkan, S. (2001). Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. *1. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongresi Kitabı*, Nevşehir, 275.
- Snelson, C. M. ve ark. (2002). Caring as a theoretical perspective for a nursing faculty mentoring program. *Nurse Education Today*, 22: 654-660.
- Taşocak, G. (1997). Hemşirelik Eğitiminin Açık Bir Sistem Olarak İrdelenmesi. Hemşirelik Lisans Eğitiminin İrdelenmesi Workshop'u, Sivas.
- Taşanlı, N. G., Arslan, G. G., Taşpınar, A. (2012). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim alanında temel yetkinliklerinin değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(1): 43-52.
- Terakye, G. (Ed.) (1998). *Hasta Hemşire İlişkileri*. Genişletilmiş 5. basım, Zirve Ofset, Ankara.
- Ulupınar, S., Ekizler, H. (1997). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin okulları ile ilgili görüşlerine ilişkin niteliksel bir çalışma. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Sempozyum Kitabı*, Kıbrıs, 188-194.
- Ulupınar, S., Genç, Z. (1997). Özel bir hastanede yapılan hizmet içi eğitim programının değerlendirilmesi. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Sempozyum Kitabı*, Kıbrıs, 311-314.
- Ünsar, S. (2008). Hemşirelerin performanslarını geliştirmeye yönelik bir koçluk model önerisi, http://www.universitetoplum.org/pdf/pdf_UT_356.pdf (06.06.2012)

Kontinans Hemşirelerinin Gelişen Rollerinin Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi

Evaluation of The Developing Nursing Roles at The International Level

Şükran BAŞGÖL*, Nezihe KIZILKAYA BEJİ**

İletişim/ Correspondence: Şükran BAŞGÖL Adres/Adress: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet cad. 34381 Şişli/ İstanbul Tel: 0212 440 00 00/ 27140 E-mail: sukranbasgol@gmail.com

ÖZ

Dünyada yaşam süresinin uzaması, yaşlanan nüfusun giderek artması ve daha kaliteli bir yaşam isteği inkontinans bakımının önemini arttırmıştır. İnkontinanslı bireylerin bakımının sağlanması ve kontinansın sürdürülmesi ise multidisipliner ekip gerekmektedir. Hemşireler de sürekli gelişen rolleri ile bu ekibin vazgeçilmez üyeleridir. Anahtar konumundaki kontinans hemşirelerinin araştırma, klinisyen/uygulayıcı, danışmanlık, sağlığı koruma/geliştirme, eğitim, karar verme, tedavi yönetimi, yönetici, koordinasyon ve iletişim gibi temel rol ve sorumlulukları vardır. Nitekim, ülkemizde hemşirelerin rollerine ilişkin standartlar/protokollerin geliştirilmesi, eğitim programlarının düzenlenmesi ve yasal düzenlemelerin yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Böylece, hemşirelikte uzmanlık seviyesi artacak ve istenilen uluslararası düzeydeki kontinans bakımına ulaşılabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Kontinans hemşireliği, gelişen rolleri, rol, sorumluluk, inkontinans.

ABSTRACT

Increased lifespan, aging population and desiring better quality of life has increased the importance of incontinence care. Ensuring care to individuals with incontinence and maintaining continence are required a multidisciplinary team. Nurses are the essential members of the team with their constantly developing roles. Continence nurses in a key position, have some roles and responsibilities that they have to perform. They are making research, clinician / practitioner, counseling, health protection / development, training, decision making, care management, manager, co-ordination and communication. Indeed, developing standards / protocols about nursing roles, training programs, and making legal arrangements are needed. Thus, level of the nursing expertise will increase and continence care at the international level will be achieved.

Keywords: Continence nursing, developing roles, role, responsibility, incontinence.

GİRİŞ

İnkontinans medikal, psikososyal ve hijyenik sorunlara neden olan, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen, önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur (Abrams ve ark. 2002). Hemşirelerin, inkontinans sorununun çözümünde, evde bakım uygulamalarında, maliyetin azaltılmasında ve bakım kalitesinin yüksel-

mesinde etkin rol oynadıkları kanıtlanmıştır (Moulin, Hamers, Paulus, Berendsen ve Halfens 2005). İnkontinans sorununun önlenmesi ve giderilmesi ürolog, jinekolog, nörolog, psikiyatrist, gastroenterolog, pediatrist, diyetisyen, fizyoterapist, hemşire ve ebe gibi çeşitli sağlık profesyonellerinden oluşan multidisipliner ekip çalışmasını gerektirmektedir. Hemşireler, bu ekibin en temel ve vazgeçilmez üyelerinden olup, rolle-

*Arş. Gör: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, **Prof. Dr. Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Yazının gönderilme tarihi: 15.04.2014

Yazının basım için kabul tarihi: 17.08.2015

ri sürekli genişlemektedir. Holistik bakımı amaçlayan ve sadece klinik bakımdan sorumlu olmayan hemşirelerin, hastanın tanı, tedavi ve izlem/ kontrollerinin yanı sıra kontinansın geliştirilmesi ve önlenmesinde de önemli sorumlulukları vardır (Beji 2002; Palmer 2008).

Kontinans hemşireliği 1980 yılından itibaren Birleşik Krallıklarda hızla gelişerek, İngiltere, Avustralya, Singapur, Kanada ve Almanya gibi ülkelerin sağlık sistemi tarafından oldukça desteklenmiştir (Newman 2006). Kontinans hemşireleri, bireyleri kapsamlı değerlendiren, uygun konservatif ve farmakolojik yönetim planlarını hem tedavi hizmeti sunan kurumlarda, hem de evde bakım hizmetleri olarak uygulayabilen sağlık bakım profesyonelleridir. Kontinans hemşiresinin rolleri arasında; sağlığı koruma, klinik bakım, eğitim ve araştırma yanı sıra yaşam kaliteleri olumsuz etkilenen hastalara danışmanlıkta yer almaktadır. Bu doğrultuda, hastalara etkin bakım sunulabilmesi amacıyla kontinans bakımında çeşitli hemşirelik uzmanlık alanları geliştirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Kontinans Bakımında Hemşirelik Uzmanlık Alanları

Genel kontinans uzman hemşiresi
Ürojinekoloji uzman hemşiresi
Üroloji uzman hemşiresi
Kolorektal uzman hemşiresi
Stoma uzman hemşiresi
Pediyatrik kontinans uzmanı
Geriyatrik kontinans uzmanı
Nöroloji uzman hemşiresi (inme, multipl skleroz, parkinson gibi)

Kaynak: Rantell, A. (2010). The role of continence nurse. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 3rd ed., Informa Healthcare, UK, 388.

Kontinans Hemşiresinin Sorumluluk Alanları

Kontinans hemşireleri multidisipliner ekip içerisinde primer olarak koordinasyonu ve iletişimi sağlayan, bireyleri yönlendiren ve onlara rehberlik eden referans konumundadır. Bu önemli konumda, kontinans hemşirelerinin hasta bakım kalitesini arttırmak amacıyla yerine getirdikleri temel sorumlulukları mevcuttur. Rol ve sorumluluklar; araştırma, klinisyen/uygulayıcı,

danışmanlık, sağlığı koruma/geliştirme, eğitim, karar verme, tedavi yönetimi, yönetici, koordinasyon ve iletişim başlıkları kapsamında incelenecektir.

Araştırma: Hemşirelik uygulamalarını geliştirecek araştırmaların yapılması ve sonuçlarının uygulama alanına yansıtılması, konferans, kitap ve araştırma makaleler ile de bu mevcut bilginin paylaşılması hemşirelerin sorumluluklarındandır. Hemşireler kendi profesyonel bilgilerini, bakımdaki teorik ve pratik sorunları araştırarak arttırabilmektedirler. Aynı zamanda, hemşireler farklı çalışmalarını da değerlendirerek inkontinansın tanı ve tedavi seçeneklerini değerlendirirler.

Lisans, master ve doktora programları ve kurslar ile eğitim alan kontinans hemşireleri kliniklerde hastalarla ilk buluşan sağlık bakım profesyonelleri olduklarından, epidemiyoloji, etiyoloji, semptomlar ve tedavi yönetimine ilişkin çok çeşitli veriyi de hastalardan kolaylıkla elde edebilir (Carcio 2003; Rantell 2010).

Klinisyen/Uygulayıcı: Alanında uzmanlaşan klinik hemşireler, başvuran hastaları değerlendirmek amacıyla idrar tahlili, üroflowmetre, anorektal manometri, sistometri, mesane taraması ve ürodinami vb. testleri uygulayabilmektedirler. Bilgi ve tecrübeleri olan donanımlı bu hemşirelerin, klinikte hastalara uyguladıkları testleri değerlendirmeleri, sonuçlarını analiz etmeleri ve yorumlamaları sorumlulukları arasındadır (Rantell 2010; Wells 2000).

Danışmanlık: İnkontinans şikayeti olan bireyler genellikle bu durum ile baş etmeyi benimsemektedirler. Baş etme stratejileri ve inkontinans semptomları bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek, yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır. İnkontinans şikayeti olan bireyler, yolculuk yapmaktan, arkadaş/aile ziyaretlerinden ve utanç korkusuyla sosyal faaliyetlerden kaçınabilir. Bireyler aynı zamanda düşük benlik algısından depresyona kadar çeşitli psikolojik sorunlarla da karşılaşabilirler. Uygulanan baş etme yöntemleri de zor ve zahmetli olmasının yanı sıra zaman zaman tıbbi sorunlara da neden olabilmektedir. İnkontinans şikayeti olanlar bireyler ise

yaşadıkları semptomlara rağmen utandıkları için sağlık kurumuna başvurmamaktadırlar (Basu ve Duckett 2009; Wang ve ark. 2014).

Bireylerin tedaviye başvurmasındaki engeller aşağıda sıralanmıştır:

- Utanma
- Mevcut durum ve yönetimi hakkında bilgi eksikliği
- İnkontinansı yaşanmanın doğal bir süreci olarak görme- tıbbi bir sorun olarak görmeme
- Fizik muayeneden, invaziv testlerden ve cerrahi girişimlerden korkma
- Tedaviye ilişkin beklentinin düşük olması
- İnkontinansa ilişkin ürünlerin ulaşılabilirliği (pedler vb.)

Kontinans hemşireleri, yukarıda belirtilen engelleri kaldırmak, bireylerde inkontinansın semptom ve tedavisine ilişkin farkındalığı arttırmak ve bireylerin korku ve yanlış anlamalarını gidermek amacıyla hasta eğitimini-danışmanlığını her alanda geliştirmelidir (Rantell 2010).

Danışmanlık, toplumdaki sağlık kurumları ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile sürekli iletişim halinde olan hemşirelerin bağımsız rollerindedir. Çalışma alanları çoğunlukla hastaneler, toplum, koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştiği kurumlar ve kontinans ürünleri ile ilgili firmalar olabilir (Newman 2006).

Sağlığı Koruma/Geliştirme: Kontinans hemşireleri, diyet, yaşam tarzı, kilo kontrolü, sigara bırakma, bağırsak/mesane alışkanlıkları vb. konularda hasta ve yakınlarına sağlığı korumaya ilişkin bilgi sunmada birincil konumdadır.

Günümüzde internetten bilgi ve yardım talep eden kadın sayısındaki artış, sağlık bakım profesyonellerinin ve ilgili kuruluşların (dernek/vakıf) bu konuda daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda, ilgili birçok kuruluş tarafından aynı sorunları yaşayan kadınların tecrübelerini paylaştığı destek grupları oluşturulmuştur (Rantell 2010; Terzoni, Montanari, Mora ve Destrebecq 2011).

Eğitim: Eğitim, kontinans hemşiresinin rollerinin büyük bölümünü oluşturmaktadır. Kontinans hemşireleri hastalara eğitim vermekle beraber hasta yakınlarına, bakıcılarına ve diğer sağlık bakım profesyonellerine de eğitim vermektedirler. Hasta eğitimi bazen en zoru olabilmektedir çünkü hemşire bireyin bilgi ihtiyacının yanında bireyin anlama düzeyini ve kültürel değerlerini de değerlendirmektedir (Lomas 2009; Rantell 2010).

Kontinans hemşirelerinin alanlarında geniş bilgi ve tecrübeye sahip olmaları nedeniyle klinik danışman ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin eğitmeni olarak da işlevleri bulunmaktadır. Tablo 2’de kontinans hemşirelerinin eğitime ilişkin sorumlulukları yer almaktadır.

Tablo 2. Kontinans Bakımında Uzman Hemşirelerin Eğitim Sorumlulukları

- Hasta, hasta yakınları ve bakıcılarının inkontinansa ilişkin ilk eğitimlerini değerlendirme, planlama ve sunum aşamalarında diğer sağlık bakım profesyonelleri ile birlikte olma
- İnkontinansı olan hastalara sürekli eğitim sağlanması ve alanda eğitim programlarının düzenlenmesi
- Hemşirelere ve diğer alanlarda çalışanlara (üniversiteler, hemşirelik eğitimi veren okullar, hastaneler ve toplum vb.) kontinans bakımına ilişkin konularda eğitim planlama ve sunma
- İnkontinans ile mücadele eden herkes (hasta, hemşire, sağlık bakım elemanı, kuruluşlar vb.) için görüş sunan uzman olarak rol oynama

Kaynak: Rantell, A. (2010). The role of continence nurse. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 3rd ed., Informa Healthcare, UK, 395.

Karar Verme

Hamilton ve Martin (2007) bilgi edinmenin bakımında son nokta olmadığını belirtmektedir. Sahip olunan bilgi ile ne yapılabileceğine karar vermenin hemşirelikte profesyonelliğin bir yansıması olduğunu bildirir. Hemşire, inkontinansın yönetiminde hastanın bireysel gereksinimlerini ve tercihlerini dikkate almalıdır. Hasta bakımında, hastaya yetki verilmesi en dinamik, en etkin ve en verimli yaklaşımı oluşturmaktadır; bu da

hastaların kendi seçimlerini ve kararlarını almaları ile gerçekleşebilmektedir (Hamilton ve Martin 2007).

Mesleki otonomiye sahip, uygulayıcı rolündeki kontinans hemşireleri karar vermede büyük role sahiptirler. Hastaya tanı konulduğunda, kontinans hemşiresi hastayı ve bakım veren kişileri inkontinansın tipi ve tedavi konusunda bilgilendirerek önerileri ve hastanın yasal çerçevedeki tercihlerine dayalı olarak sorunu çözmeye yönelik bir yönetim planı sunar (Rantell 2010).

Kurtz, Silverman, Benson ve Draper (2003), 5 aşamada sürekli öğrenmeyi ve hemşirelerin değerlendirme yeteneklerini geliştirmeyi amaçlayan Calgary Cambridge Gözlem Rehberi Modelini (Calgary Cambridge Observation Guide Model of Consultation) geliştirmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Calgary Cambridge Gözlem Rehberinin 5 Aşaması

1. <u>Açıklama ve planlama</u> : Hastalara bilgi verme, doğruluğunu kontrol etme ve hasta öyküsünün alındığından emin olma
2. <u>Bilginin anlaşılmasına ve doğru hatırlanmasına yardımcı olma</u> : Hasta için bilgiyi anlaşılır hale getirme
3. <u>Ortak anlayışa/karara varma</u> : Tek yönlü iletişim yerine hasta bakış açısının da etkileşime dahil edilmesi
4. <u>Ortak karar vermeyi planlama</u> : Hastanın anlamasına destek olarak, karar verme sürecine hastanın da dahil edilmesi
5. <u>Değerlendirmenin sonlandırılması</u> : Açıklama, kontrol etme, hastanın beklenti ve gereksinimleri doğrultusunda uygun plan sunma

Kaynak: Rantell, A. (2010). The role of continence nurse. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 3rd ed., Informa Healthcare, UK, 394.

Tedavi Yönetimi

Konservatif tedavi: Günümüzde, pelvik taban kas egzersizleri ve mesane eğitimi gibi yaşam biçimi değişiklikleri uluslararası kanıta dayalı rehberler tarafından önerilmektedir. Kontinans hemşireleri eğitici ve sağlığı koruma/geliştirme rollerinin yanı sıra konservatif tedavi stratejilerinin uygulanmasında da büyük role sahiptirler (Haslam 2004; Kelly ve Byrne 2006).

Farmakolojik tedavi: Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD'de) Birleşik Krallık'da kontinans hemşireleri

mesleki otonomiye sahiptir ve inkontinans tedavisine yönelik belirli ilaçların reçetesini yazabilmektedir.

Pedler, kataterler ve kontinans ürünleri: Birçok hasta için pedler, kataterler ve girişimsel olmayan ürünler uygun olabilmektedir. Kontinans hemşireleri hastalar için bunların gerekliliklerini değerlendirerek kullanılmalarına ilişkin eğitim vermekten sorumludurlar. Bütçeden sorumlu kontinans hemşireleri ise alınacak ürünlerin ihtiyacını değerlendirerek, ürünlerin temini için yasal çerçevede kurumlarla anlaşma yapmaktadırlar.

Minör cerrahi: ABD ve UK gibi bazı ülkelerde uzman hemşirelerin genişleyen rolleri arasında esnek sistoskopi uygulaması, suprapubik kateterizasyon, lokal anestezi ya da orta derece sedasyon altında kolonoskopi gibi uygulamalar yer almaktadır. Kontinans hemşiresinin bu sorumlulukları yerine getirebilmesi için ileri anatomi ve fizyoloji bilgisine, yeterli klinik tecrübeye sahip olması gerekmektedir (Rantell 2010).

Yönetici: Kontinans hemşireleri, bütçeyi yöneterek araç ve malzemelerin satın alınmasında en uygun ücreti sağlar, servislerde uygulanan protokolleri düzenler ve hastalara verilen bakımı/hizmet değerlendirir. Kontinans hemşireleri, liderlik ve yönetici özellikleri dolayısıyla risk değerlendirmesi ve kalite yönetiminden de sorumludur. Servislerin işleyişini denetleyerek, kanıta dayalı klinik rehberler ve bakım protokolleri geliştirir (Rantell 2010).

Koordinasyon: Multidisipliner ekip içerisinde kilit rol oynayan kontinans hemşireleri bakımın sürekliliğini ve entegrasyonunu sağlamayı hedefler. Kontinans hemşireleri hastaların ilk değerlendirilmesini yaparak, ilgili birimlere (ürojinekolog, ürolog, psikolog, kolorektal cerrah vb.) sevk ve yönlendirmeyi gerçekleştirir (Keren 2000; Spencer 2012).

İletişim: Hasta, hasta yakınları ve sağlık bakım profesyonelleri ile sürekli iletişim halinde olan hemşireler, etkin iletişim tekniklerini kullanarak bireylerle güven ilişkisini de geliştirir. Böylece, hastaları ile terapötik iletişim kurarak anksiyete düzeylerinin düşürülmesini sağlar, hasta ve hemşirelere eğitim verir, eleştirel düşünmeye teşvik eder, multidisipliner ekip ile kontinans bakımını destekler.

Kontinans bakım hizmetleri ve poliklinikleri gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasının zor olduğu alanlardır. Bazı hastalar için özellikle fizik muayene ve öykü vermek oldukça güç olduğundan, kontinans hemşireleri uygun klinik alanda, doğru yaklaşım ile mevcut güçlükleri aşabilmektedir (Spencer 2012).

Kontinans hemşireliğinin gelişimde en önemli nokta eğitimidir. Eğitim, hemşirelikte uygulanması gereken diğer rollerin de zeminini oluşturur. İngiltere, Avustralya, Singapur, Kanada, Almanya, ABD gibi çeşitli ülkelerde düzenlenen ulusal ve uluslararası sempozyumlar, hemşirelerin inkontinansa ilişkin farkındalığını ve bilgi düzeylerini arttırmıştır. 2002’de ABD’de düzenlenen ulusal sempozyumda, kontinans hemşireliğinin geleceği tartışılmıştır. 2004’te ise düzenlenen uluslararası sempozyumda inkontinansa ilişkin bilgi ve klinik uygulamalarındaki eksiklikler açığa çıkarılmıştır. İngiltere, ABD, Avrupa, Avustralya, Kanada, Asya, Hong Kong, Singapur gibi çeşitli ülkelerde eğitim kursları ve sertifika programları düzenlenmeye başlanmıştır (Rantell 2010).

ABD’de, Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşireler Derneği tarafından sertifika programları düzenlenmiş ve inkontinansla ilgili birimlerde çalışan hemşireler al-

dıkları eğitim ve görevleri bakımından 4 gruba ayrılmıştır (Tablo 4).

Kontinans hemşireliğine ilişkin düzenlenen kurslar 2-4 hafta süren yüz yüze didaktik eğitim programlarından, 4-6 ay süren, web tabanlı uzaktan eğitim programlarına kadar çeşitlilik göstermektedir. Düzenlenen eğitim programlarındaki ortak amaç ise;

- Kontinans hemşiresinin rollerini anlamak ve sağlığın korunması amacıyla konservatif tedaviyi kavramak,
- Anatomi, fizyoloji ve inkontinans patofizyolojisini anlamak,
- Hasta değerlendirmesinde bütüncül yaklaşımı benimsemek,
- İnkontinans yönetiminde yeterli bilgiye sahip olmak,
- İnkontinansın bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmektir (Bates ve Porter 2002).

Bu doğrultuda, Kanada’da McMaster Üniversite tabanlı oluşturulan “The Nursing Continence Advisor Distance Education Certificate Program”ı iki kurs tan oluşmaktadır: Kontinans sürdürme ve inkontinans yönetimi kursu (Continence Promotion and Management of Incontinence); toplam on modül ve probleme dayalı öğrenme yöntemine dayanır.

Tablo 4. ABD’de İnkontinansla İlgili Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Eğitim ve Görev Tanımlamaları

Hemşire	Eğitim	Görev
Registered Nurse (RN)	Önlisans – lisans diploması olan hemşireler	<ul style="list-style-type: none"> • Üriner inkontinansın belirlenmesi • Temel tanılama işlemlerini yapma; anamnez, fizik muayene ve temel ürolojik tanımlama • Hasta, hasta yakını ve bakıcı eğitimi • Mesane eğitimi, davranışsal tedavi uygulama, inkontinans araç ve ürünlerini uygulama • Profesyonel olmayan çalışanların denetimi • Sağlığı koruyucu stratejilerin uygulanması
Advanced Practice Nurse (APN)	Master eğitimi olan hemşireler	<ul style="list-style-type: none"> • Üriner inkontinansın belirlenmesi, temel tanılama işlemlerini yapma, anamnez, mental, fonksiyonel ve çevresel tanılama, fizik muayene (genital prolapsusu kapsayan) ve temel ürolojik tanılama
Nurse Practitioner (NP)	Amerikan Hemşire Kredilendirme Merkezi tarafından sertifikası olan	<ul style="list-style-type: none"> • Ürodinami uygulama ve verilerin yorumlanması, laboratuvar testleri uygulama, konsültasyon gereken hastaları belirleme • Hasta, hasta yakını ve bakıcı eğitimi • Mesane eğitimi, davranışsal tedavi uygulama, pelvik kas rehabilitasyonu, biofeedback, nöromusküler pelvik kas stimülasyonu
Clinical Nurse Specialist (CNS)	Eyaletin gerekli gördüğü koşulları sağlayan	<ul style="list-style-type: none"> • Farmakolojik ilaçların reçetelenmesi • İnkontinans araç ve ürünlerinin kullanımı • Profesyonel olmayan çalışanların denetimi • Sağlığı koruyucu stratejilerin uygulanması

Kaynak: Stewart, E. (2006). The roles of the continence nurse specialist. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 2nd ed., Informa Healthcare, UK, 94.

Kontinans bakımında klinik uygulama kursu (Clinical Practice in Continence Care) ise; bir yıllık program, klinik deneyim ve vaka çalışmalarını içeren, kanıta dayalı eğitime dayanır (McMaster University, Education 2013). Avustralya’da Flinders Üniversitesi tarafından düzenlenen “Graduate Certificate in Continence Nurse Advisor” mezuniyet sonrası eğitim programı da altı ay süren, teorik bilgi ve klinik uygulamayı içeren 18 üniteden oluşan bir sertifika programıdır (Flinders University-Courses and Programs 2013).

Aşağıda uluslararası kontinans hemşirelik kuruluşlarından örnekler görülmektedir:

Uluslararası Kontinans Hemşireliği Örgütleri

- Association for Continence Advice (ACA) <http://www.aca.uk.com>
- Australian Nurses for Continence (ANC) <http://www.anfc.org.au>
- Australian and New Zealand Urological Nurses Society (ANZUNS)
- Brazilian Stomal Therapy Association: Wound, Ostomy, and Continence Care (SOBEST)<http://www.sobest.com.br>
- British Association of Urological Nurses (BAUN) <http://www.baun.co.uk>
- Canadian Nurse Continence Advisor Association (CNCA) <http://www.cnca.ca>
- International Continence Society <http://www.ics.org>
- Society for Urologic Nurses and Associates (SUNA) <http://www.sun.org>
- Urology Nurses Association of Hong Kong (UNAHK) <http://www.unahk.org>
- Urology Nurses of Canada (UNC) <http://www.unc.org>
- Victorian Urological Nurses Association (VUNS) <http://www.vuns.org>
- World Council of Enterostomal Therapists (WCET) <http://www.wcetn.org/>
- Wound, Ostomy, and Continence Nurses (USA) <http://www.wocn.org>

Kontinans Hemşireliğinde Türkiye’deki Durum

Ülkemizde, özellikle son 10 yıl içinde inkontinansa ilişkin araştırma ve gelişmelerin artması, hemşirelerin bu alanda da aktif olmalarını gerekli kılmıştır. Yaşlı nüfusun artması ve daha kaliteli bir yaşam isteği, kontinansla ilgili çalışan birimlere gereksinimi ve sağlık profesyonellerinin alana ilişkin farkındalığını arttırmıştır (Ateşkan, Mas, Doruk ve Kutlu 2000).

Bazı hastanelerin ürojinekoloji ünitelerinde görev alan hemşireler; ürodinamik çalışmaları, sıvı/diyet değişiklikleri, mesane eğitimleri, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, elektromanyetik sandalye, tibial sinir uyarısı ile nöromodülasyon gibi tanı ve tedavi işlemlerini yerine getirmektedirler (Kaplan ve Demirci 2010). Ürojinekoloji birimlerinde hemşirelerin bu yeni rolleri, beraberinde yasal düzenlemeleri de gerektirmektedir. Ancak; ülkemizde henüz kontinans hemşireliğine yönelik sertifika programları ve yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. İhtiyacın karşılanmasında, İstanbul, Marmara, Bahçeşehir, Trakya gibi bazı üniversitelerin, lisansüstü hemşirelik eğitim programlarında “ürojinekoloji hemşireliği” ders olarak verilmektedir. Ülkemizde bu konuda “Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Bakımı” yayınlanan ilk ve tek kitaptır (Beji 2002). Aynı zamanda, düzenlenen kongre/sempozyumlarda alana özgü hemşirelik oturumlarına da yer verilmesi, kontinans hemşireliğinin tartışılmasını ve sağlık bakım profesyonellerinde farkındalığın artmasını sağlamaktadır.

Aşağıda, ülkemizdeki gelişmelere paralel olarak kontinans alanında aktif çalışan mesleki örgütlere yer verilmiştir:

Ulusal Mesleki Örgütler

- Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği (multidisipliner-1995) <http://www.urojinekoloji.org>
- Kontinans Derneği (sadece uzman hekimler-2003) <http://www.kontinansderneği.org>
- Üroloji Hemşireleri Derneği (2006) <http://www.uroturk.org.tr>
- Nefroloji ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği (1991) <http://www.ndthd.org>
- Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği (2008) <http://www.yoihd.org.tr>

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kontinans hemşireleri sadece klinik bakımdan sorumlu olmamakla beraber, hastalara holistik bakımın verilmesi amacıyla diğer sağlık bakım personelleri içerisinde de eğitici ve danışman rolleri ile ön plandadırlar. Bu doğrultuda, hemşireler yeni bilgi ve uygulamaları takip etmeli, sağlık profesyonelleri ve bu konuyla ilgili kuruluşlarla etkin koordinasyonu sağlamalıdır.

Sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak kontinans hemşireleri de bu alandaki talepleri karşılamak için kendileri geliştirmeye devam etmelidirler. Nitekim, hemşirelerin rollerine ilişkin standartlar/protokollerin geliştirilmesi, eğitim programlarının düzenlenmesi ve yasal düzenlemelerin yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Bu doğrultuda, hemşirelikte uzmanlık seviyesi artacak ve istenilen kontinans bakımına ulaşılabilecektir.

KAYNAKLAR

Abrams, P. ve ark. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21: 167-178.

Ateşkan, Ü., Mas, M. R., Doruk, H., Kutlu, M. (2000). Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(2): 45-50.

Basu, M., Duckett, J. R. (2009). Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116: 726- 730.

Bates, F., Porter, G. (2002). The role of the nurse incontinence advisor in a urology wellness clinic. *Urologic Nursing*, 22(1): 23-26.

Beji, N. K. (Ed.) (2002). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İstanbul Üniversitesi yayınları, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, İstanbul.

Carcio, H. (2003). Comprehensive continence care: The nurse practitioner's role. *Advance for nurse practitioners*, 11(10): 26-36.

Hamilton, S., Martin, D. (2007). A framework for effective communication skills. *Nursing Times*, 103(48): 30-31.

Haslam, J. (2004). Nursing management of stress urinary incontinence in women. *British Journal of Nursing*, 13(1): 32- 40.

Kaplan, S., Demirci, N. (2010). Üriner inkontinansda konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13): 1-14.

Kelly, A. M., Byrne, G. (2006). Role of the continence nurse in health promotion. *British Journal of Nursing*, 15(4): 198-205.

Keren, D. (2000). Urinary incontinence promotion: A role for all nurses. *Collegian*, 7(4): 40-42.

Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., Draper, J. (2003). Marrying the content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary- Cambridge guides. *Academic Medicine*, 78: 802- 809.

Lomas, C. (2009). Nurses must receive sufficient continence education and training. *Nursing Times*, 105(21): 32- 33.

Moulin, D., Hamers, J. P. H., Paulus, A., Berendsen, C., Halfens, R. (2005). The role of the nurse in community continence care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 42: 472- 492.

Newman, D. K. (2006). The roles of the continence nurse specialist-global perspective. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 2nd ed., Informa Healthcare, UK, 92-97.

Palmer, M. H. (2008). Urinary incontinence quality improvement in nursing homes: Where have we been? Where are we going? *Urologic Nursing*, 28(6): 439- 444.

Rantell, A. (2010). The role of continence nurse. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 3rd ed., Informa Healthcare, UK, 388-397.

Spencer, J. (2012). Continence promotion: How nurses can educate women. *Nurse Womens Health Journal*, 16(4): 337-340.

Stewart, E. (2006). The roles of the continence nurse specialist. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 2nd ed., Informa Healthcare, UK, 82- 97.

Terzoni, S., Montanari, E., Mora, C., Destrebecq, A. (2011). Urinary incontinence in adults: Nurses' beliefs, education and role in continence promotion, a narrative review. *Archivio Italiano Di Urologia, Andrologia*, 83(4): 213-216.

Wang ve ark. (2014). Disease stigma and intentions to seek care for stress urinary incontinence among community-dwelling women. *Maturitas*, 77(4): 351-355.

Wells, M. (2000). The role of the nurse in urinary incontinence. *Baillieres Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(2): 335-354.

McMaster University Education (2013). Nurse Continence Advisor Program, http://fhs.mcmaster.ca/nursing/education_nca_program.html (15.03.2013).

Flinders University, Courses and Programs (2013). Graduate Certificate in Nursing (Continence Nurse Advisor), <http://www.flinders.edu.au/courses/rules/postgrad/gcng/gcngcn.cfm> (15.03.2013).

Karaciğer Transplantasyonu Planlanan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımında Roy'un Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı

Using The Roy's Adaptation Model in Nursing Care of A Patient Who The Planned Liver Transplantation

Hatice ÖNER*, Hatice DEMİRDAGÇ**, Neriman AKYOLCU***, Nevin KANAN***

İletişim/Correspondence: Hatice ÖNER Adres/Adress: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Adnan Menderes Bulvarı Vatan Caddesi 34093 Fatih/ İstanbul Tel: 0 212 523 22 88/ 1177 E-mail:htcnr8878@gmail.com

ÖZ
Hemşirelik bakımının bireye özgü ve nitelikli olabilmesi için, hemşirelik model/ kuramlarına temellendirilmiş bir hemşirelik süreci doğrultusunda uygulanması önemlidir. İnsanın uyumu üzerine odaklanan Roy'un Adaptasyon Modeli'nin amacı, bireyin adaptasyon sürecini hızlandırmak ve geliştirmektir. Büyük bir cerrahi girişim olan Karaciğer Transplantasyonu (KT), hasta birey ve ailesinin yaşamını etkileyen önemli bir deneyimdir. KT, yaşamın geri kalan kısmını etkilemesi nedeniyle, hastanın özellikle ameliyat öncesi dönemde fiziksel, sosyal, psikolojik ve emosyonel olarak birçok duruma uyum sağlamaları gerekmektedir. Ameliyat öncesi dönemde, Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak gerçekleştirilecek hemşirelik bakımı ile hastanın ameliyat sürecine uyumu kolaylaştırarak, ameliyata ilişkin risk ve komplikasyonlar azaltılabilir. Sunulan bu vaka çalışmasında, KT planlanan bir hastanın ameliyat öncesi hemşirelik bakımında bireyin uyumu üzerine odaklanan Roy'un Adaptasyon Modeli kullanıldı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Roy Adaptasyon Modeli, karaciğer transplantasyonu.

ABSTRACT

Because the nursing care to be individual specific and qualified, is important to be provided with nursing models/ theories driven in accordance the nursing process. Roy's Adaptation Model's purpose which is focus on human's adaptation is speeding up and developing individual adaptation process. Liver Transplantation which is a big surgery is the very important experience in the patient and their family life. Liver transplantation affects the next part of the life therefore patient should adapt to many situations as physical, social, psychological and emotional. In preoperative period, surgical risk and complications may be reduced with nursing care compliance to surgical process facilitated by using the Roy's adaptation model. The present case study Roy's Adaptation Model, which focused on the individual adaptation for the preoperative period of the patient who planned liver transplantation, was used.

Roy 's Adaptation Model which focusing on the harmony of the individual in the nursing care in preoperative period of the patient who planned liver transplantation.

Keywords: Nurses, Roy Adaptation Model, liver transplantation.

* Araş. Gör. MSc. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ** Uzm. Hemşire Üsküdar Devlet Hastanesi Acil Servis, ***Prof. Dr. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 04.11.2013

Yazının basım için kabul tarihi: 28.09.2015

GİRİŞ

Nitelikli bir hemşirelik bakımı, hemşirelik süreci ile eleştirel düşünme ve kritik karar verme becerilerinin birlikte kullanılmasıyla gerçekleşmektedir (Korkmaz 2011). Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanınması ve bireye özgü nitelikli bakım verilmesinde kullanılan bilimsel bir yöntemdir (Birol 2002; Kaya, Babadağ, Yeşiltepe-Kaçar ve Uygur 2010). Hemşireliğin bilimsel bilgi içeriğinin önemli bir bileşeni olan hemşirelik model/kuramları, hemşirelik sürecinin her aşamasında hemşireye yol göstericidir (Kaya 2008; Kaya ve ark. 2010; Velioğlu 1999). Bu anlamda Hemşirelik uygulamalarının bilimsel tabanlı, sistemli olması ve bireyin gereksinimine uygun bakımın verilebilmesi için hemşirelik sürecinin bir hemşirelik modeli doğrultusunda oluşturulmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kaya 2008). Hemşirelikte model/kuram kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasına yön vererek çözüm önerileri geliştirilmesini, hemşirenin tıbbi uygulamalardan çok hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını ve hemşirelik bakımının sistematik, kontrollü, amaçlı ve etkili olmasını sağlar (Kacaroğlu-Vicdan ve Gülseven-Karabacak 2014a; Kacaroğlu-Vicdan 2010; Özkaraman, Özer ve Balcı-Alpaslan 2012; Ursavaş, Karayurt ve İşeri 2014). Hemşirelikte sık kullanılan model/kuramlardan biri de Roy'un Adaptasyon Modeli'dir. Roy'un Adaptasyon Modeli'nin amacı, sağlık ve hastalık durumlarında bireylerin adaptasyon süreçlerini hızlandırmak, geliştirmek ve arttırmaktır (Dawson 2000). Bireyin hastalık ve tedavi sürecine uyumunun oldukça önemli olduğu durumlardan biri de KT'dir. KT, akut ve kronik karaciğer yetmezliğinin son döneminde uygulanan en etkili tedavi yoludur. Günümüzde, geliştirilen yeni yöntemler ve ek tedavilerle birlikte bu tedavinin başarı oranı artmış ve karaciğer hastalıklarının daha erken dönemlerinde de uygulanmaya başlanmıştır. KT, hasta birey için yeni bir yaşam anlamına gelebilmektedir. Ancak, ameliyat korkusu, belirsizlik, cerrahi girişim sonrası gelişebilecek greft rejeksiyonu gibi ciddi komplikasyonlar, ekonomik kaygıların hastalarda psikolojik semptom-

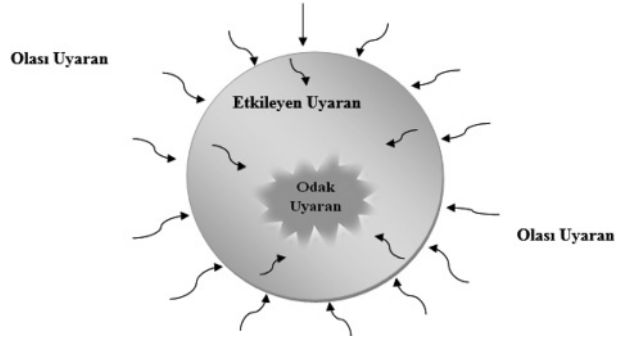
lar ve ölüm korkusuna neden olabildiği bildirilmektedir (Bean 2005; Bryce ve ark. 2004; Dudley, Chaplin, Cliford ve Mutimer 2007; Saab, İbrahim, Shpaner ve Younossi 2006; Sarıgöl 2008). Bunun yanı sıra alıcıda, başkasının organını alma ile ilgili suçluluk duygusu, donörün sağlığına ilişkin kaygı, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir. Transplantasyon sonrasında ise hastalar; rejeksiyon, enfeksiyon, malignite, kardiyovasküler problemler, hipertansiyon gibi komplikasyonlar, karaciğer transplantasyonuna bağlı psikolojik sorunlar, tıbbi tedaviye uyumsuzluk, karaciğer hastalığının yeniden ortaya çıkması ve nörolojik komplikasyonlar gibi ciddi problemlerle karşılaşabilmektedir. Bunun yanı sıra, transplantasyon sonrası immunosupresif tedavide kullanılan kortikosteroidlerin etkileri sonucu belirgin kilo alma, ay dede yüzü, akne, osteoporoz, hafıza ve düşünce süreçlerinde değişim ve cinsel istek kaybı da görülebilmektedir (Aras 2006; Drent, Geest, Dobbels, Kleibeuker ve Haagsma 2009; Forsberg, Backman ve Möller 2000; Karabulut ve Aktaş 2012). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları yoğun stresin yanında fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak birçok duruma uyum sağlamaları gereken bu hastalara verilen bakım girişimlerinin temelini hastanın uyumunu kolaylaştırmak ve arttırmak oluşturur. Bu bağlamda, hastanın baş etme mekanizmalarının etkili ya da etkisiz olma durumunu değerlendiren cerrahi hemşiresi uygun ve gerekli bilgileri sunarak, hasta ile işbirliği içerisinde hastanın uyuma yönelik baş etme mekanizmalarını arttırabilir (Dawson 2000). Hasta birey ve ailesinin yaşamlarında önemli bir deneyim olan KT'nin, büyük bir cerrahi girişim olması, önemli komplikasyonların gelişebilmesi ve yaşamın geri kalan kısmını etkilemesi nedeniyle ameliyat öncesi ve sonrası dönemde nitelikli bir hemşirelik tanınması ve bakımı oldukça önemlidir. Ayrıca, yapılacak olan ameliyatın hasta üzerindeki etkisi ve iyileşme süreci, bireyin uyumu ile yakından ilişkilidir (Karabulut ve Aktaş 2012; Grogan 2011). Bu bilgiler doğrultusunda, KT planlanan bir hastanın ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, insanın uyumu üzerine odaklanan Roy'un Adaptasyon Modeli doğrultusunda oluşturuldu (Tablo 1).

Roy'un Adaptasyon Modeli

Sister Callista Roy tarafından geliştirilen ve insanın adaptasyonu (uyumu) üzerine odaklanan Adaptasyon Modeli, 1970 yılında uygulamaya konulmuştur. Model son olarak 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır (Kacaroğlu-Vicdan ve Gülseven-Karabacak 2014b). Model/kuramın temelini "adaptasyon (uyum)" oluşturmaktadır ve bu model/kurama göre insan, çevresindeki sürekli değişen uyaranlarla etkileşimde bulunarak, çevresine uyum gösteren açık bir sistemdir (Biro 2002; Kacaroğlu-Vicdan ve Gülseven-Karabacak 2014a; Velioglu 1999).

Roy'un, bireyi etkileyen ve stresör olarak da nitelendirildiği, bireyin çevresindeki iç ve dış uyaranlar, bireyde uyum yapıcı ya da uyumlu olmayan/etkisiz davranışa neden olur. Roy, insanı etkileyen çevresel uyaranları odak, etkileyen ve olası uyaran olmak üzere üç bölümde sınıflandırmaktadır (Kacaroğlu-Vicdan ve Gülseven-Karabacak 2014a; Mumcu-Boğa 2013). Odak uyaranlar, dıştan gelen ve bireyin derhal yanıt verdiği, doğrudan uyum davranışına neden olan uyarılardır (Kacaroğlu-Vicdan 2010; Ordin, Karayurt ve Wellard 2013; Rogers ve Keller 2009). Etkileyen uyaranlar; bireyin iç ve dış dünyasından gelen, davranışın doğrudan nedeni olmayan ancak davranışa etki eden uyarılardır (Ordin ve ark. 2013; Kacaroğlu-Vicdan 2010; Dawson 2000). Olası uyaranlar ise, birey üzerinde sürekli etkiye sahip olan ancak etkisi tam olarak açıklanamayan inanç, davranış, kişisel deneyimler gibi iç ya da dış faktörlerdir (Kacaroğlu-Vicdan 2010; Dawson 2000; Rogers ve Keller 2009).

Bireyin uyaranlara cevap verme yeteneği, bu uyaranların tipi ve o anda birey üzerindeki etkisine bağlıdır. Birey uyaranla karşılaştığında başa çıkma mekanizmalarını kullanır. Roy, doğuştan olan ve sonradan kazanılan bu mekanizmaları, regülatör ve kognatör alt sistem ile açıklamaktadır. Regülatör alt-sistem, nöral, kimyasal ve endokrin başa çıkma yolları ile otomatik olarak cevabın oluşmasıdır. Bu yolla, bireyde farkında olmadan cevap oluşur. Kognatör alt-sistem



Şekil 1. Odak, Etkileyen ve Olası Uyaran

Kaynak: Dawson, S. (2000). Principles of preoperative preparation. Mannley, K., Bellman, L. (Eds.). *Surgical Nursing Advanced Practice*. 1. basım, Churchill Livingstone, London, 395.

ise, öğrenme, karar verme ve duygusal kanallar yoluyla cevap üretilmesini sağlar (Kacaroğlu-Vicdan ve Gülseven-Karabacak 2014a; Mumcu-Boğa 2013). Bu anlamda hemşirelik girişimleri ya uyaranları kontrol etmeyi ya da kişinin uyarana uyumu arttırmayı amaçlar. Roy'un modelinde hemşireliğin hedefi, 4 alanda uyumu arttırmayı sağlamaktır (Dawson 2000). Bu alanlar; Fizyolojik Alan, Benlik Kavramı Alanı, Rol Fonksiyon Alanı, Karşılıklı Bağlılık Alanı'dır (Kacaroğlu-Vicdan 2010; Roy 2009; Dawson 2000; Ordin ve ark. 2013; Özkaraman ve ark. 2012). Fizyolojik Alan, çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı bedensel olarak verilen cevap ile ilişkilidir ve solunum, dolaşım, beslenme, boşaltım, egzersiz ve dinlenme, sıvı-elektrolit dengesi, duyuşal, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içerir. Benlik Kavramı Alanı, bireyin kendisi ile ilgili edindiği inanç ve duyguların bileşimidir ve beden imajı, spiritüel durum, kişisel tutarlılık ve kişisel beklenti gibi ruhsal bütünlük ile ilgili temel gereksinimlerle ilişkilidir. Rol fonksiyonu alanı, bireyin toplumdaki pozisyonundan doğan ve bu pozisyonu sürdürebilmesi için toplumun beklediği anne, baba olma gibi rollere davranışları göstermesidir. Karşılıklı bağlılık alanı, sevgi, saygı ve değer etkileşimi ile ilişkilerdeki bütünlüğü içerir (Kacaroğlu-Vicdan ve Gülseven-Karabacak 2014a; Özkaraman ve ark. 2012). Hemşire, uyumlu olmayan/etkisiz davranışı belirlemeli ve hemşirelik girişimleri ile uyumu sağlamaya çalışmalıdır.

Karaciğer Transplantasyonu Planlanan Bir Hastanın Roy'un Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı

Hasta Öyküsü

Hasta bireye ilişkin bilgiler, hastanın kendisinden, eşinden ve hasta dosyasından elde edildi. Hasta ile görüşmeden önce, hasta ve ailesine bilgilerin alınmasının amacı açıklandı ve sözel olarak izinleri alındı. Hasta, ameliyat öncesi 5 gün süresince izlendi.

Bay S.M., 53 yaşında, evli, 30 yaşında bir kızı ve 32 yaşında bir oğlu var, tekstil mağazasında işçi, lise mezunu, geliri orta düzeyde, kendilerine ait bir evde yaşamaktadır. Herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. 2010 yılında aşırı zayıflama ve karında gerginlik şikayeti ile hastaneye başvurmuştur. Bu şikayetlere yönelik olarak hastaya ilaç tedavisi verilmiş (Aldactone tb, Lasix tb) ve tedavi sonrası hasta rahatlamıştır. Hasta, 1.5 yıl sonra karında şişlik, aşırı zayıflama, halsizlik ve yorgunluk şikayetleri ile tekrar hastaneye başvurduğunda Hepatit C Virüsü'nün (HCV) pozitif (+) olduğu tespit edilmiş, ileri tetkiklerde HCV'ye bağlı Dekompanse Karaciğer Sirozu tanısı konulmuş ve bu yönde tedavisi başlamıştır. Uygun kadavra bulunamadığından kız kardeşi karaciğer vericisi olmuştur. Kız kardeşi, 42 yaşında, bekar, ilköğretim mezunu ve çalışmamaktadır. Hastanın babası, 5 yıl önce Miyokard İnfarktüsü nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Hastanın annesi ve donör olan kızkardeşi birlikte yaşamaktadır.

a) Fizyolojik Alan Değerlendirmesi

Roy modelinde, hastanın fizyolojik durumunu 11 temel başlık altında değerlendirmiştir (Dawson 2000). Buna göre bu hastanın fizyolojik durum değerlendirilmesi:

Oksijenasyon: Bay S.M., 10-15 adet/gün sigara içmekte ve bazen nefes almakta zorluk yaşadığını ifade ediyor. pH:7.45, pCO₂: 33.9, pO₂: 97.4, tırnak ve du-

daklar normal görünümde ve siyanoz yoktur. Solunum sesleri doğal (inspiryum ve ekspiryumda eşit uzunlukta), solunum sayısı: 22/dk'dır.

Kardiyovasküler Fonksiyon: Hastanın; Kan Basıncı: 110/70 mmHg, Nabız Hızı: 92/dk, kardiyak fonksiyon değerlendirmesinde anormal bir bulgu saptanmamıştır.

Sıvı-Elektrolit Dengesi: Günde 1-1.5 litre sıvı alıyor. Aldığı-çıkardığı sıvı oranı dengelidir.

Laboratuvar Bulguları: Glukoz: 118 mg/dl, Albumin: 3.2 g/dl, ALT: 81 U/L, AST: 122 U/L, T. Bilirubin: 1.55 mg/dl, Ca: 9 mg/dl, K: 4 mmol/l, Na: 140 mmol/l, Cl: 99 mmol/l.

Nörolojik Fonksiyon: Bilinci açık, yere zamana ve kişiye oryante, konuşma içeriği ve akışı normal, refleksler normal, soruları anlamlı yanıtlamaktadır.

Endokrin Fonksiyon: FT3: 3.4 pmol/l, FT4: 17.1 pmol/l, TSH: 3.14 µU/ml, endokrin fonksiyona ilişkin yapılan test sonuçları normal sınırlar arasındadır.

Beslenme: Boy: 1.78 m, Kilo: 73.2 kg, Beden Kitle İndeksi: 23.10, Beden Yapısı: Normal'dir. Günde 3 öğün yemek yediğini ve ortalama 1-1.5 lt sıvı aldığını ifade etmektedir. Son 2 yıldır ciddi hazımsızlık şikayetleri var.

Boşaltım: Mesane kontrolü var ve günde 4-5 kez idrara, özellikle kahvaltıdan sonra olmak üzere günde 1 kez defekasyona çıkmaktadır.

Aktivite ve Dinlenme: Günlük yaşam aktivitelerini (banyo, tuvalet, özbakımı vb) kendisi yapabiliyor ancak 15-20 dk'dan uzun süren aktivitelerde yorgun ve halsizlik yaşıyor. Gün içerisinde sıklıkla yatarak dinlenme ihtiyacı hissettiğini belirtiyor. Ameliyat stresinden dolayı gece sık aralıklarla uyandığını, bazen uykuya dalmada güçlük yaşadığını, sabah uyandığında kendini dinlenmiş hissetmediğini ifade ediyor.

Koruma: Fiziksel olarak kendini koruyabilecek durumda ancak ameliyattan sonra gücünün azalacağını bu nedenle de kendini ve ailesini koruyamayacağından endişeli olduğunu ifade ediyor.

Duyular: Yalnızca kitap okumak için yakın gözlüğü kullanıyor, diğer duylulara ilişkin bir sorun bulunmamaktadır.

b) Benlik Kavramı Alanı Değerlendirmesi

Roy modelinde, hastanın benlik kavramı durumunu 4 temel başlık altında değerlendirmiştir (Dawson 2000). Buna göre bu hastanın benlik kavramı (saygısı) durumu değerlendirilmesi:

Beden İmajı: Bay S.M.'nin daha önce hiç hastanede yatma deneyimi olmamış, bu nedenle kendini ne beklediği ve neler yaşayabileceği konusundaki endişe ve korkularını rahatlıkla dile getiriyor. Ameliyattan sonra artık asla eski güç ve kuvvetinde olamayacağını ifade ediyor. Karnındaki şişlikten dolayı rahatsızlık duyduğunu ancak bunun beden imajını etkilemediğini, hastalığın ilerlediğini düşündüğünden korku yarattığını belirtiyor.

Spiritual Durum: Bay S.M., müslüman ve Allah inancı oldukça güçlü. İnancının güçlü olduğu ve Hepatit C virüsünün kendine bulaşmasına neden olacak hiç bir şey yapmadığı halde bu hastalığın neden başına geldiğini anlamadığını ifade ediyor. Eşi ve çocuklarına çok bağlı, kendini ayakta tutan gücün çocukları ve Allah inancı olduğunu belirtiyor. İbadetlerini yerine getirmeye devam ediyor. Dua etmenin kendini oldukça rahatlattığını belirtiyor. Kız kardeşinin kendisine verici olmasından dolayı vicdan azabı çektiğini ifade ediyor. Kardeşinin hayatının bu ameliyat nedeniyle kötü etkilenmesinden korktuğunu ifade ediyor. Yıllardır hep özgür yaşadığını, ancak kardeşi karaciğerini ona verdi diye ona kul olmak zorunda kalacağını düşündüğünü ifade ediyor.

Kişisel Tutarlılık: Genellikle sakin bir yapıya sahipken, son 1 aydır daha agresif olduğunu, özellik-

le eşinin, kendisinin bütün kahrını çektiğini ifade ediyor.

Kişisel Beklenti: Yeniden eski sağlığına kavuşmayı istediğini ancak tam eskisi gibi olmasa da kendinin ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek güçte olmayı istiyor.

c) Rol Fonksiyonu Alanı Değerlendirmesi

Roy modelinde, hastanın rol fonksiyonu durumunu 3 temel başlık altında değerlendirmiştir (Dawson 2000). Buna göre hastanın rol fonksiyonu durumu değerlendirilmesi:

Birincil Rol: S.M., 53 yaşında bir erkek.

İkincil Rol: Evli ve 2 çocuğu var. Daha uzun yıllar onlarla birlikte olmak ve onların evlendiklerini görmek istiyor.

Tersiyer Rol: Bir tekstil mağazasında işçi ve sevdiği arkadaşları var. Haftanın en az bir akşamı toplanıyorlar.

d) Karşılıklı Bağlılık Alanı Değerlendirmesi

Bay S.M., kendine önerilen cerrahi tedaviyi kabul etti. Eşini çok seviyor, son 1 ayda daha agresif bir yapıya sahip olsa da eşini kırmaktan çok sakındığını ifade ediyor. Bu hastalığın gerçekten zor olduğunu, hem kardeşi hem kendisi için çok üzüldüğünü ifade ediyor. İletişime açık, konuşmaya ve anlaşılmaya ihtiyacı olduğunu açıkça belirtiyor. Çocukları ile ilişkisi oldukça iyi, onlardan güç bulduğunu ifade ediyor. Annesinin, kızkardeşinin donör olmasını istemediğini ve hastanede bir defa bile görmeye gelmediğini, bu nedenle de "Bir anne nasıl böyle olabilir" diyerek ve ağlayarak annesine olan kırgınlık ve öfkesi anlaşılıyor. Hasta, kızkardeşinin sağlığına zarar verebileceğini düşündüğü için kendisini suçlarken, annesinin davranışının da hastaya kendini değersiz hissettirdiğini ifade etmektedir.

Tablo 1. Ameliyat Öncesi Dönemde Roy' un Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakım Planı

Fizyolojik Alan							
Semptom	Odak Uyarı	Etkileyen Uyarı	Olası Uyarı	Hemşirelik Tanısı	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Karında distansiyon, halsizlik, güçsüzlük, çabuk yorulma, günlük yaşam aktivitelerini yapmaktan öteye gidecek enerjisi kendinde bulamama	Karaciğer fonksiyonlarında bozulma	-Karaciğer fonksiyonlarında bozulmaya bağlı anemi (Hgb: 9.4g/dl) -Karında asit birikimi nedeniyle akciğer kapasitesinde azalma	Yorgunluk ve güçsüzlük hissi nedeniyle aktivite yapmaya ilişkin isteksizlik	Aktivite intoleransı	Hastanın yapabildiği günlük aktiviteleri yorgunluk ve güçsüzlük olmadan yapabilmesi	-Oksijen tüketimini azaltmak için hasta ile aktivite-istirahat zamanları belirlendi. Bunun önemi aileye açıklandı. -Aktivitelere ilişkin tolerasyonu izlendi (Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebiliyor ancak, daha fazlasını yapamıyor ve uzun süre ayakta kalamıyor) -Yürümekte zorlandığı zamanlarda desteklendi. -Yapamadığı aktivitelerde destek olundu.	Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yapabildiği en üst düzeyde, yorgunluk hissetmeden yapması sağlandı.
Trombosit: 62.000/mm3	Hepatit C nedeniyle karaciğer fonksiyonlarında bozulma	Karaciğer fonksiyonlarında bozulmaya bağlı trombosit düzeyinin düşmesi	-----	Kanama riski	Hastada kanama gelişmemesi	-Kanama belirtisi ve bulguları yönünden gözlemlendi (peteşi, ekimoz, purpura) -Laboratuvar bulguları takip edildi. -Yaşam bulguları özellikle nabız ve kan basıncı takip edildi. -Travmadan korumak amacıyla; yumuşak dış fırçası kullanması, kaygan olmayan terlik giymesi, traş için makine kullanması, sert burun temizliğinden kaçınması konusunda hasta uyarıldı.	Hastada kanama belirtisi ve bulgusuna rastlanmadı.

Tablo 1. Ameliyat Öncesi Dönemde Roy' un Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakım Planı-Devam

Fizyolojik Alan							
Semptom	Odak Uyarı	Etkileyen Uyarı	Olası Uyarı	Hemşirelik Tanısı	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Gece sık aralıklarla uyanma, sabahları dinlenmiş olarak uyanamama, gün içerisinde kısa süreli uyuma	Yapılacak olan KT	Ameliyat ve ölüm korkusu	Kardeşinin ameliyat nedeniyle zarar görme olasılığını düşünmesi	Uyku düzeninde bozulma	Hastanın yeterli uyuyabildiğini ifade etmesi, sabah dinlenmiş olarak uyanabilmesi	<p>-Hastanın, ameliyat ve ölüme ilişkin duygularını ifade etmesi sağlandı.</p> <p>-Transplantasyon yapılmış ve iyi durumda olan bir hasta ile görüşmesi, ameliyata ilişkin korkularını azaltmaya yardımcı olabileceğinden aynı tanıya sahip bir hasta ile görüşürüldü.</p> <p>-Ameliyat ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olması için desteklendi.</p> <p>-Hastanın gün içinde uyumamasının, gece uykuyu düzenini kazanmasına yardımcı olacak, hasta ve ailesi ile konuşuldu.</p> <p>-Hastanın rahat ettiği pozisyonda ve çevresel koşullarda uykuya dalması için girişimler kısmen uygulanabildi.</p>	Gün içinde uyumamanın engellenmesi ile geceleri uyku süresinin biraz daha arttığını belirtti.
----	Ameliyat sırasında anestezi alacak olması, ameliyat sonrası immobilizasyon	Sigara kullanması (10-15 adet/gün)	Derin solunum egzersizlerinin gereksiz olduğuna dair inancı	Ameliyat sonrası dönemde olası akciğer enfeksiyonu	Hastada ameliyat sonrası dönemde akciğer enfeksiyonu gelişmemesi	<p>-Öncelikle hastanın solunum sayısı, derinliği, sesleri değerlendirildi (Solunum sayısı: 22/dk, derinlik ve sesleri normal)</p> <p>-Hastanın parsiyel oksijen saturasyonu değerlendirildi (PaO₂ : %98)</p> <p>-Hasta, sigaranın yol açacağı sorunlara ilişkin bilgilendirildi.</p> <p>-Hastaya derin solunum ve öksürük egzersizlerinin önemi ve yapılmasının gereklilikleri anlatıldı. Konunun önemini kavraması ve uyum sağlaması yolunda hastaya zaman ayrıldı.</p> <p>-Derin solunum ve öksürük egzersizlerini ameliyat öncesi dönemde öğretmek hastanın ameliyat öncesi dönemde yapması sağlandı.</p>	<p>-Hastanın en azından ameliyata kadar olan sürede sigara içmemesi sağlandı.</p> <p>-Hasta aktif olarak derin solunum ve öksürük egzersizlerini ameliyat öncesi dönemde öğrenerek uyguladı.</p>

Tablo 1. Ameliyat Öncesi Dönemde Roy' un Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakım Planı-Devam

Benlik Saygısı Alanı							
Semptom	Odak Uyarı	Etkileyen Uyarı	Olası Uyarı	Hemşirelik Tanısı	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Suçluluk (kendini suçlama) duygusunu ifade etmesi, kendi hakkında negatif geri bildirimlerin olması	Yapılacak olan KT	Kronik hastalığın varlığı	Kendisinin bundan sonra bir işe yaramayacağı inancı	Benlik kavramında rahatsızlık	Hastanın sağlıklı uyum ve baş etme becerilerini sergileyebilmesi	-Hastanın duygularını ve kendine ilişkin düşüncelerini ifade etmesi sağlanarak, terapötik bir yaklaşımla dinlendi. -Sağlık durumu, uygulanacak tedavi ve sonrası ile ilgili soru sormasına fırsat verilerek gerçekçi cevaplar verildi. -Güvenli bir çevre ve ortamda olduğunu hissetmesi sağlandı. -Gerçekçi olmayan ve olumsuz ifadelerden kaçınıldı. -Bir birey olarak herkes gibi kendinin de özel ve önemli olduğu vurgulandı. -Kendi gibi KT olacak bir hasta ile görüşmesi sağlandı.	- Hasta kendini ifade etmekte daha rahatladığı gözlemlendi. -Kendisi ile özel olarak ilgilenilmesi hastanın kendi gücünü ve değerini fark etmesi açısından faydalı oldu. -Kendi ile aynı hastalığa sahip biriyile konuşmanın hastanın uyum gücünü daha da arttırdığı gözlemlendi.
Ameliyat sonrası uyanamama korkusuna ilişkin kaygılı sözel ifade, ağlama	Yapılacak olan karaciğer transplantasyonu	Anksiyete	Ameliyatın başarısız olacağına dair olan düşüncesi	Ölüm anksiyetesi	Anksiyete ve korkusunun azaldığını ifade etmesi	-Bireyin ölüme ilişkin duygularını anlatmasına fırsat verildi. -Yaşamından öyküler anlatmasına fırsat verildi. -Düşünsel aktivitelere (yazma, dua etme) yönlendirildi. -Spiritüel ilişkileri belirleterek eşi, çocukları ve sevdiği arkadaşları ile bir arada olması sağlandı. -Aynı ameliyatı olmuş bireylerle görüşmesi sağlandı.	Ölüm hakkında daha az konuştuğu, ameliyatı ile ilgili daha olumlu düşüncelere sahip olduğu gözlemlendi.

Tablo 1. Ameliyat Öncesi Dönemde Roy' un Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakım Planı-Devam						
Benlik Saygısı Alanı						
Semptom	Odak Uyarı	Etkileyen Uyarı	Olası Uyarı	Hemşirelik Tanısı	Hedef	Hemşirelik Girişimleri
İnancının yeterli olmasına rağmen bu hastalığın neden başına geldiğini anlamadığını ifade etti. (Çünkü Hepatit C'nin kendine bulaşmasına neden olacak bir şey yapmadığını belirtti).	Yapılacak olan karaciğer transplantasyonuna bağlı ölüm korkusu	Gittikçe güçsüz bırakan hastalık durumu	İyileşeceğine dair inancında azalma	Spirituel Distres	Spirituel doyuma ilişkin durumunu ifade etmesi	<p>-İnancı doğrultusunda yaptığı ibadetlerin onu oldukça rahatlattığını ifade etti. Ne olursa olsun bu hastalığın Allah' tan geldiğini, çocukları için bu acılara dayanması gerektiğini belirtti.</p> <p>-Sevdiği insanlarla bir arada olmanın onu biraz daha güçlendirdiği gözlemlendi.</p>
						<p>-Spirituel inanç ve uygulamalarını rahatlıkla gerçekleştirebileceği, buna karşı ön yargının olmayacağı anlatıldı.</p> <p>-Kendini yaşamak için iten gücün ne olduğu belirlenmeye çalışıldı. Birey, çocuklarının ve Allah'ın kendini yaşamak için ayakta tuttuğunu ifade etti. Bu nedenle de eşi ve çocukları ile vakit geçirmesi sağlandı.</p> <p>-Eşi ile görüşülerek değer verdiği arkadaşları ile görüşmesi sağlandı.</p> <p>-Bireyin hastalıkla mücadele etmesi için onu seven ve ihtiyacı olan insanların olduğu ifade edildi.</p> <p>-Birey kendini iyi hissettiği dini uygulamaları yerine getirdi (Dua etmek ve namaz kılmak).</p>

Tablo 1. Ameliyat Öncesi Dönemde Roy' un Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakım Planı-Devam

Rol Fonksiyonu Alanı							
Semptom	Odak Uyarı	Etkileyen Uyarı	Olası Uyarı	Hemşirelik Tanısı	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
---	Yapılacak olan KT	-Hastalık nedeniyle uzun süre hastanede yatacak olma -Tedavinin taburcu olduktan sonra da devam edecek olması -Süreklili kullanılması gereken ilaçların hayatını etkileyebilecek olması	Ameliyat başarılı geçse de eskisi gibi çalışamayacağı, evin geçimini sağlayamayacağına dair inancı	Rol performansında etkisizlik riski	Rol performansını sürdürebileceğine ilişkin daha olumlu düşüncelere sahip olması	-Bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı. -Birey, kendi gücünün farkında olması için cesaretlendirildi. -Ailenin geçime ilişkin destekleri belirlendi. -Bu konuda destek vermeleri için aile üyeleri ile görüşüldü.	Hastanın daha olumlu düşünmeye yöneldiği görüldü.

Tablo 1. Ameliyat Öncesi Dönemde Roy' un Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakım Planı-Devam

Karşılıklı Bağlılık Alanı							
Semptom	Odak Uyarı	Etkileyen Uyarı	Olası Uyarı	Hemşirelik Tanısı	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Ağlama, özel olarak ifade etme	Yapılacak olan Karaciğer Transplantasyonu	Kız kardeşinin pişman olacağı, onun hayatını etkileyecek olumsuz bir duruma yol açacağı düşüncesi	Annesinin, kardeşinin karaciğerini vermesini onaylamaması, ailesinin kendisine değer vermediği düşüncesi	Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	Bireyin sahip olduğu olumsuz düşüncelerden uzaklaşması ve aile üyelerinin birbirlerini karışıklı olarak destekleyerek fonksiyonelliğin sürmesi	-Hastanın duygularını anlatması için gerekli ve yeterli zaman ayrıldı. -Hasta ve ailesi ile ayrı ayrı görüşmeler yapıldı. Ancak annesi ile görüşülemedi. -Kız kardeşin yaklaşımı bireyin rahatlaması açısından önemli olduğundan, özellikle onunla gerçek duyguları konusunda görüşüldü. Herhangi olumsuz bir düşüncesi yoktu ve abisinin sağlığına kavuşmasının her şeyden önemli olduğu görüldü.	-Hasta annesinin bu düşüncesini affedemediğini, kendini ailesi tarafından dışlanmış hissettiğini ifade etti. Bunun yanı sıra deşersiz hissettiğini belirtti. -Kardeşi ile daha yakın olması sağlanarak hem kendinin hem de kardeşinin daha iyi hissettikleri gözlemlendi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Karaciğer Transplantasyonu planlanan hastaların yaşadıkları fiziksel, sosyal, ruhsal, emosyonel sorunlar nedeniyle hastalık ve tedavi sürecine adaptasyonun sağlanması, tedavi ve bakımın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hasta ve ailelerinin bu dönemde yaşadıkları yoğun kaygı, ölüm anksiyetesi, suçluluk, bağımlı olma korkusu gibi duygularla baş edebilmesi için ameliyat öncesi dönemde nitelikli bir hemşirelik tanılması doğrultusunda bakım girişimlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu çalışmada KT yapılacak bir hastanın ameliyat öncesi hemşirelik tanılması Roy'un Adaptasyon Modeli doğrultusunda yapıldı ve hastanın hastalığa, yapılacak cerrahi girişime uyumunun arttığı gözlemlendi. Bu anlamda ameliyat öncesi dönemde hemşirelik tanı ve bakım girişimlerinin, Roy'un Adaptasyon Modeli doğrultusunda belirlenmesi fiziksel, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağımlılık durumu alanlarında bireyin uyumunu artırabilir. Böylece uyaranların azaltılması ya da hastalığa uyum sağlanması ile ameliyatın hasta üzerindeki olumsuz etkisi ve ameliyata ilişkin komplikasyon gelişiminin azaltılabileceği söylenebilir.

KAYNAKLAR

Aras, G. (2006). Karaciğer transplantasyonunda hastaların ve ailelerin sorunları, gereksinimleri ve bakıma katılım düzeylerinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bean, K. B. (2005). An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. *Prog. Transplant.*, 15: 392-396.

Biröl, L. (2002). *Hemşirelik Süreci*. 5. basım, Etki Matbaacılık, İzmir.

Bryce, C. L. ve ark. (2004). Health status versus utilities of patients with end-stage liver disease. *Quality of Life Research*, 13: 773-782.

Dawson, S. (2000). Principles of preoperative preparation. Mannley, K., Bellman, L. (Eds.). *Surgical Nursing Advanced Practice*. 1. basım, Churchill Livingstone, London, 391-397.

Drent, G., Geest, S. D., Dobbels, F., Kleibeuker, J. H., Haagsma, E. B. (2009). Symptom experience, nonadherence and quality of life in adult liver transplant recipients. *J. Med.*, 67: 161-168.

Dudley, T., Chaplin, D., Clifford, C., Mutimer, J. (2007). Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection. *Qual Life Res.*, 16: 1299-1308.

Forsberg, A., Backman, L., Möller, A. (2000). Experiencing liver transplantation: A phenomenological approach. *J. Adv. Nurs*, 32: 327-334.

Grogan, G. A. (2012). Liver transplantation: Issues and nursing care requirements. *Crit care Nurs Clin North Am.*, 23(3): 443-456.

Kacaroglu-Vicdan, A. (2010). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 106-118.

Kacaroglu-Vicdan, A., Gülseven-Karabacak, B. (2014a). *Hemodializ Hasta Eğitiminde Roy'un Adaptasyon Modeli*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Kacaroglu-Vicdan, A., Gülseven-Karabacak, B. (2014b). Hemşirelik modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 255-259.

Karabulut, N., Aktaş, Y. Y. (2012). Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik girişimleri. *Balikesir Sağlık Bil. Derg.*, 1(1): 37-42.

Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe-Kaçar, G., Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/ kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3): 24-33.

Kaya, N. (2008). Yaşam modeli. Babadağ, K., Aştı, T. (Eds.). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 1-8.

Korkmaz, F. (2011). Meslektaş ve ülkemizde hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-67.

Mumcu-Boğa, N. (2013). Cerrahi menopozdaki kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü depresyon sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi. *Doktora Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Ordin, Y. S., Karayurt, Ö., Wellard, S. (2013). Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. *Nursing and Health Sciences*, 15: 31-38.

Özkaraman, A., Özer, S., Balcı-Alpaslan, G. (2012). Romatoidartiritli bir vakanın hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi/Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 1(3): 138-152.

Rogers, C., Keller, C. (2009). Roy's Adaptation Model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatr Nurs.*, 30(2): 21-26.

Roy, C. (Ed.) (2009). *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed., Pearson Prentice Hall Health, New Jersey Upper Saddle River, USA.

Saab, S., Ibrahim, A. B., Shpaner, A., Younossi, Z. M. (2005). MELD fails to measure quality of life in liver transplant candidates. *Liver Transplantation*, 11(2): 218-223.

Sarıgöl, Y. (2008). Karaciğer transplantasyonu öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Ursavaş, F. E., Karayurt, Ö., İşeri, Ö. (2014). Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi yapılan bir hastaya Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımı. *J Breast Health*, 10: 134-140.

Velioğlu, P. (Ed.) (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 1. baskım, Alaş Ofset, İstanbul.

Bağlamsal Model Doğrultusunda Çocuklarda Obeziteyi Etkileyen Faktörler

Factors Affecting Obesity in Children: The Contextual Model

Leyla ERDİM*, Ayşe ERGÜN**, Sema KUĞUOĞLU***

İletişim/Correspondence: Ayşe ERGÜN Adres/Adress: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Tel: 0 216 418 16 06/ 1135 E-mail: ayergun@gmail.com

ÖZ

Çocukluk çağı obezitesi yüzyılımızın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Obezitenin çocuk sağlığı üzerinde fizyolojik ve psikolojik birçok olumsuz etkisi vardır. Bu makalenin amacı, günümüzde çocukluk çağında sık görülen kronik sorunlardan biri olan obezitenin nedenlerinin bağlamsal model kapsamında incelenmesidir. Günümüzde obezite oranında ki hızlı artışın genetik nedenlerden çok çevresel nedenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bağlamsal modelde çocuğun tartısını etkileyen birey, aile ve toplum bazında birçok çevresel değişken tanımlanmaktadır. Özellikle çocuğun tartı durumuna etki eden aşırı ve yanlış beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği ve sedanter yaşam biçimi gibi değiştirilebilir faktörler en önemli nedenler olarak kabul edilmekte ve modelin merkezinde yer almaktadır. Bu faktörler ebeveynlik uygulamaları ve aile özellikleriyle birlikte eğitim sistemi de dâhil olmak üzere toplumsal, demografik ve sosyal özelliklerle ilişkilendirilmektedir. Obezite ile mücadelede, sağlık profesyonelleri obeziteye neden olan bireysel, ailesel, toplumsal faktörleri iyi anlamalı, özellikle etkin korunma ve tartı yönetimi için değiştirilebilir faktörler üzerinde durmalıdır. Çocukluk çağı obezitesine neden olan değiştirilebilir çevresel faktörlerin belirlenmesi obeziteyi önleme çalışmalarına öncülük edebilir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, çocuk, fiziksel aktivite, obezite, bağlamsal model.

ABSTRACT

Childhood obesity is one of the most important public health problems of the 21st century. Obesity has many negative physiological and psychological consequences for children. The aim of the current study is to investigate the reasons of childhood obesity in terms of the contextual model. In recent years, rapidly increasing obesity has been associated with environmental causes rather than genetic causes. Many environmental variables are defined on the basis of individuals, families and communities, which are acting on the child's weight status in the contextual model. Modifiable factors which affect children's weight, including excessive and wrong feeding, lack of physical activity, and a sedentary lifestyle are considered as the most important reasons of obesity and are central to the contextual model. These factors are associated with populational, demographic, and social characteristics including parenting practices and family characteristics as well as education systems. In the fight against obesity, health professionals should understand individual, familial, and populational factors that lead to obesity and should place emphasis on modifiable factors in order to achieve effective protection and weight management. Determination of modifiable environmental factors that lead to childhood obesity can guide studies aimed at preventing obesity.

Keywords: Child, diet, obesity, physical activity, the contextual model.

*Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, **Doç. Dr. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ***Emekli Prof. Dr. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yazının gönderilme tarihi: 08.07.2014

Yazının basım için kabul tarihi: 09.09.2015

GİRİŞ

Çocukluk obezitesi 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Sorun küreseldir ve yaygınlığı endişe verici oranlara ulaşmıştır (WHO 2014). Obezite son 30 yılda çocuklarda iki kattan daha fazla, adolesanlarda ise dört kattan daha fazla artmıştır. ABD’de 6-11 yaş arasındaki çocuklarda obezite oranı 1980’lerde %7 iken 2012 yılında yaklaşık %18’e, aynı dönemlerde 12-19 yaş arasındaki adolesanlarda ise %5’den yaklaşık %21’e çıkmıştır (CDC 2014). Ülkemizde yapılan “Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013” sonuçlarına göre ise 7-8 yaş grubundaki çocuklarda fazla tartıllık oranı %14.2, obezite oranı %8.3 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2014a).

Fazla tartılı çocukların ve adolesanların obez yetişkin olma ihtimalleri daha yüksektir (Freedman, Khan, Dietz, Srinivasan ve Berenson 2001). Obez çocukların 1/3’ünün, obez adolesanların ise % 80’inin erişkin yaşa ulaştıklarında obez kaldığı belirtilmektedir (Cinaz 2010). Tüm dünyada her yaş grubundaki obezitedeki hızlı artış genetik nedenlerden çok çevresel nedenlerle ilişkilendirilmektedir (International Obesity Task Force European Association for the Study of Obesity 2002; The Report of the National Task Force on Obesity 2005). Obezitenin önlenmesinde bireylerin karşılaştığı en önemli zorluk, mevcut ve değişmeyen çevresel koşullar içinde davranışları değiştirmeye çalışmaktır. Çevresel koşulları değiştirmek obeziteyi önlemeye yönelik davranışların sürekliliğini sağlayacaktır (Gedik 2003). Bunun için obeziteye neden olan çevreyi tanımak ve bireysel çözümler yerine obeziteye neden olan birey ve çevre arasındaki karmaşık etkileşimin incelenmesi önemlidir (Zhang ve Wang 2004).

Bu makalenin amacı, günümüzde çocukluk çağında sık görülen kronik sorunlardan biri olan obezitenin nedenlerinin bağlamsal model kapsamında incelenmesidir.

Bağlamsal (Contextual) Model

Davidson ve Birch tarafından Ekolojik Sistem Teorisi (EST) temel alınarak geliştirilen Bağlamsal Model; çocuğun tartısını etkileyen risk faktörlerini çocuğun için-

de bulunduğu çevre ile bağlantılı olarak açıklamaktadır. Modelin her seviyesi için çocuğun tartısını etkileyen değişkenler, pediatri literatürüne dayanılarak geliştirilmiştir. Model; çocukluk çağı obezitesi üzerine bireysel, ailesel ve toplumsal faktörlerin kombine etkisini değerlendirmektedir (Davison ve Birch 2001).

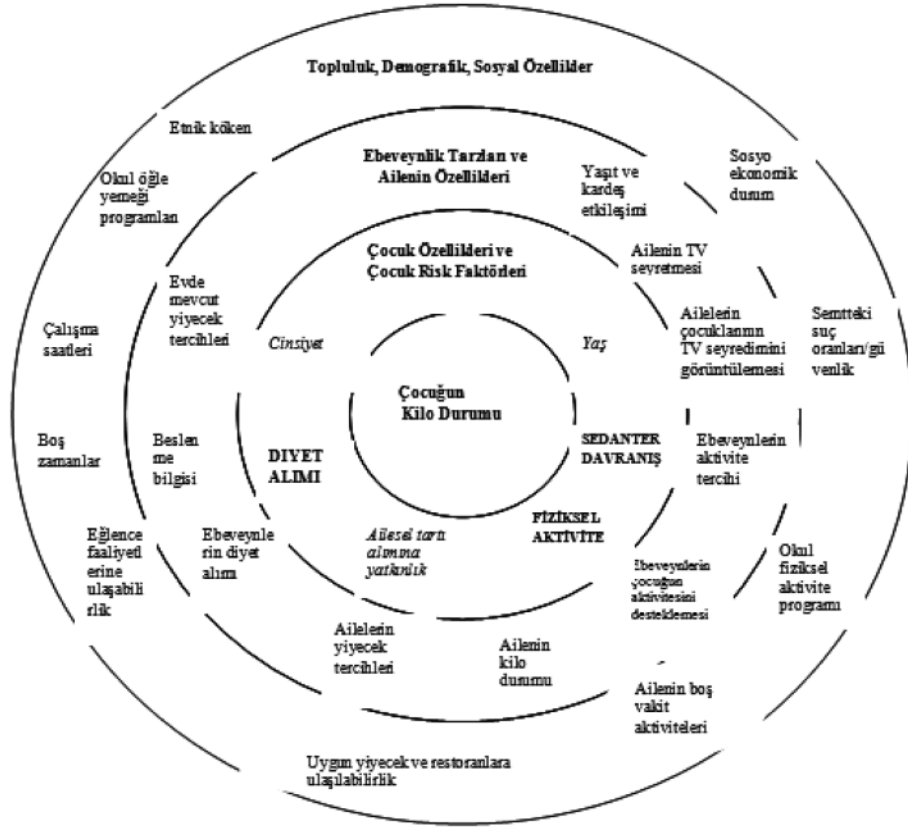
Modelin birinci seviyesindeki; çocuğun diyet alımı/beslenme, fiziksel aktivite ve sedanter davranışlar gibi çocuğa ait risk faktörlerinin obezite üzerindeki etkisi çocuğun yaş, cinsiyet ve tartı alımına yatkınlık gibi özellikleriyle ilişkilidir. Çocuğa ait risk faktörlerinin gelişimi, ikinci seviyede ebeveynlerin diyet alımı/beslenme, aktivite tercihi, beslenme bilgisi, çocuk besleme uygulamaları, yaşıtlı ve kardeş etkileşimi gibi değişkenleri içeren ebeveyn uygulamaları ve aile özellikleri ile şekillenir. Okul fiziksel aktivite programı, öğle yemeklerinin kalitesi gibi okul çevresinin özellikleri ve ailenin iş durumları (örn; çalışma saatleri ve boş zaman), etnik köken ve eğlence faaliyetlerine ulaşılabilirlik gibi topluluğa, demografik özelliklere ve daha geniş çevreye bağlı üçüncü seviyedeki faktörler, ebeveynlerin uygulamalarını, çocukların günlük yemeklerini ve aktivite davranışlarını etkileyerek sonuçta çocuğun tartı durumunu etkilemektedir (Şekil 1).

Çocukluk çağı obezitesini etkileyen farklı seviyelerdeki birçok faktör tek başına çocuğun fazla tartılı olmasıyla ilişkilendirilemezler. Çünkü bu faktörler çocuğun aşırı tartılı olma riski üzerine topluca etki ederler. Bu model; çocukluk çağı obezitesi üzerinde toplumun, ailenin ve bireysel faktörlerin kombine etkisini değerlendirirken sistematik olarak bilgi toplanmasını sağlar. Bağlamsal model; çocukluk çağı obezitesinin oluşumuna neden olan risk faktörlerini değerlendirmek ve önleyici-tedavi edici programları geliştirilmek için uygun bir çalışma çerçevesidir (Davison ve Birch 2001).

1. Çocuğa Ait Bireysel Özellikler

Cinsiyet

Çocuk ve adolesanlarda obezitenin görülme sıklığı cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölge ofisi tarafından üye ülkelerde yü-



Şekil 1. Bağlamsal (Contextual) Model

Kaynak: Davison, K. K., Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev*, 2(3): 159-171. (Şeklin kullanımı için yazardan izin alınmıştır)

rütülen ve 6-9 yaş grubu çocuklarda yapılan “Avrupa Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (2009-2010)” sonuçlarına göre fazla tartıllık oranı kızlarda %18 ile %50, erkeklerde %18 ile %57, obezite oranı ise kızlarda %5 ile %21, erkeklerde %6 ile %31 arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES 2011-2012)’na göre 2-19 yaş gurubu çocuk ve adolesanlardaki fazla tartıllık kızlarda %31.6, erkeklerde %32, obezite ise kızlarda %17.2, erkeklerde %16.7 olarak saptanmıştır (Ogden, Carroll, Kit ve Flegal 2014; Wijnhoven ve ark. 2014). Ülkemizde yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010” (TBSA) sonuçlarına göre 0-5 yaş grubu çocuklarda obezite erkeklerde %10.1, kızlarda %6.8, fazla tartıllık ise erkeklerde %17.8, kızlarda %18 olarak belirlenmiştir. Aynı araştırmaya göre 6-18 yaş grubu çocuklarda ise obezite erkeklerde %9.1, kızlarda %7.3, fazla tartıllık erkeklerde

%14.2, kızlarda %14.4 olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014a). İlkokul ikinci sınıfları kapsayan “Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013” sonuçlarına göre de 7-8 yaş grubu çocuklarda obezite erkeklerde daha fazla belirlenmiştir (E:%23.3, K: %21.6) (Sağlık Bakanlığı 2014b).

Yaş

Çocuklukta obezite en sık yaşamın ilk yılında, 5-6 yaşları arasında ve puberte döneminde artış göstermektedir (Cinaz 2007). Diğer yandan kızlar ve erkekler arasında obezite prevalansı cinsel matürasyona göre farklılık göstermektedir. Genel olarak, erken matürasyon gösteren erkeklerde orta ve geç matürasyon gösterenlere göre obezite prevalansı daha düşüktür, erken matürasyon gösteren kızlarda bu oran daha yüksektir (Lobstein, Baur ve Uauy 2004; Saka ve Neyzi 2005).

Ailesel tartı alımına yatkınlık-Genetik

İkizlerde yapılan çalışmalar ve bazı ailelerde obezitenin daha sık görülmesi, genetik faktörlerin obezitenin etiolojisinde rol oynadığını göstermektedir. Kilo almaya yatkın kişiler, aynı miktarda yemek yeseler bile, obezite genlerine sahip olmayanlara göre daha fazla tartı alırlar. Tartı alımında etkili olan genler genellikle direk etkilerinden çok bireyin riskli ortamlarda bulunmasına göre kilo artışına olan katkısını artırmaktadır (Aydın 2008; Demattia ve Denney 2008). Obez ebeveynlere sahip olan çocukların obez olma riski diğer çocuklara göre daha yüksektir. Çocuğun obez olma ihtimali her iki ebeveyn obez ise % 80, sadece biri obez ise % 40, ikisi de obez değilse % 14'dür (Cinaz 2010).

2. Çocuğa Ait Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Beslenme/ Diyet: Çocuğun enerji harcamasına oranla aşırı kalori alımı ve bunun sonucunda vücutta aşırı miktarda yağ birikimi, obezite gelişiminde en önemli risk faktörüdür. Yüksek oranda yağlı besinlerle beslenme yağ depolanmasını hızlandırır. Çünkü besin olarak tüketilen yağ, karbonhidrat ve proteinlerden farklı olarak doğrudan depolanabilir. Sonuç olarak çocukların yağ alımındaki artış, vücut kitle indekslerinde daha fazla artışa neden olmaktadır (Davison ve Birch 2001).

Fiziksel Aktivite: Hareketsizlik çocukluk çağı obezitesinin artışını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Normal ağırlığa sahip gençlerle karşılaştırıldığında fazla tartılı gençlerin fiziksel aktivite düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Al-Hazzaa 2007). Çocukların yaş ve cinsiyet gibi özellikleri; fiziksel aktivitelere ve spora katılımlarını etkilemektedir. Araştırmalar, kızlara göre erkeklerin fiziksel olarak daha aktif olduğunu ve çocukluktan ergenliğe geçişte spor / egzersizlere katılımda bir düşüş olduğunu göstermektedir (Erginöz ve ark. 2011; Rivera, Silva, Silva, Oliveira ve Carvalho 2010).

Sedanter Davranış: Sedanter yaşam biçimi hem enerji kullanımını hem de enerji gereksinimini azaltır (Aydın 2008). Televizyon ve bilgisayarların kolay ulaşılabilir olması, çocuk programları ve oyunlarının artması, ebeveynlerin gözlemleme ve müdahaledeki eksiklikleri, özellikle büyük şehirlerde yeşil alanların azalması, yeterli oyun alanlarının bulunmaması, sokakların güvenli olmaması, annelerin çalışıyor olması sedanter davranışı etkileyen faktörlerdir (Davison ve Birch 2001; Garipağaoğlu 2007).

3. Ebeveynlik Tarzları ve Aile Özellikleri

Ebeveynler, çocuklarının yeme davranışlarının oluşmasında merkezi role sahiptirler (Patrick ve Nicklas 2005). Annelerin eğitim düzeyi ve beslenme bilgisi, çocuklarına hazırladıkları yiyecek çeşitleri, yemek yendirirken sergiledikleri yaklaşımlar ve belli yeme davranışlarının ebeveynlerce modellenmesi çocukların beslenme alışkanlıklarının oluşmasında önemli olan unsurlardır (Davison ve Birch 2001).

3. Ebeveynlik Tarzları ve Aile Özellikleri

Ebeveynlerin eğitim düzeyi ve beslenme bilgisi ile çocukluk çağı obezitesi arasında ilişki bulunmaktadır. Üniversite eğitimi almış ailelerin çocuklarında 12 yıldan daha az eğitimlilere göre obezite prevalansı 3.1 kez daha az saptanmıştır (Singh ve Kogan 2011). Ebeveynleri yüksek eğitilmiş olan adolesanların daha fazla protein, karbonhidrat, lif, folat, A vit, kalsiyum ve sebze tükettiklerini ve süt ürünlerini de önerilen düzeylerde aldıkları belirlenmiştir (Xie, Gilliland, Li ve Rockett 2003).

Ebeveynler ile çocuklarının **yiyecek tercihleri** ve alımları arasında benzerlik bulunabilmektedir (Patrick ve Nicklas 2005). Çocuklar sürekli gördükleri davranışların etkisinde kalarak yeme davranışları geliştirebilirler. Ebeveynlerinin yedikleri yiyecekleri görerek yemek ister ve bunları sevmeyi öğrenirler. Campbell ve ark. (2007)'nin adolesan ve anneleriyle yaptıkları bir çalışmada; çocukların yüksek kalorili içecek ve paketlenmiş (tuzlu ve şekerli) hazır yiyecek tüketimlerinin annelerinininki ile yüksek oranda benzerlik gösterdiği belirtilmiştir.

Çocuklara neyin, ne kadar, ne zaman yeneceği konusunda uygulanan **aşırı ebeveyn kontrolü**, çocuğun açlık ve tokluğa ilişkin kendi kendine karar verme yete-

neğine zarar vererek açlık hissini görmezden gelmesine neden olur. Bu durum çocuğun enerji alımını kendi kendisine düzenleme yeteneğini bozarak sonuçta vücut ağırlığını etkiler (Birch ve Fisher 1998; Rolls, Engell ve Birch 2000). Aşırı kontrol uygulamaları; bazı yiyeceklere ulaşımı kısıtlamak ve yiyeceği ödül olarak kullanmak şeklinde olabilir (Ventura ve Birch 2008).

Ebeveynlerin *yiyecekleri kısıtlama* davranışları, çocuklarının fazla tartılı olması ile bağlantılı olabilmektedir (Birch, Fisher ve Davison 2003; Fisher ve Birch 1999). Moens, Braet ve Soetens (2007)'ın yaptıkları çalışmada; yemek sırasında çocukları fazla tartılı olan annelerin, çocukları normal tartılı olan annelere göre iki kat daha fazla yanlış kontrol davranışları (kısıtlama, izlem) uyguladıklarını belirlemişlerdir. Ancak çocuklar kısıtlamanın olmadığı zamanlarda, bu yiyecekleri daha çok tercih etmekte ve tüketebilmektedir (Moens ve ark. 2007).

Çocuklara bir yiyeceği yedirmek için diğer bir *yiyeceği ödül olarak kullanmak* çocuğun tartı riskini artırabilmektedir. Ödül olarak seçilen yiyeceklerin çoğu enerjisi yüksek, abur cubur gibi yiyecekleri içerdiğinden, bu yaklaşım çocukta ödül olarak kullanılan yiyeceğin tercih edilmesine ancak tadı beğenilmeyen diğer besinlerin tercih edilmemesine neden olabilmektedir. Örneğin “sebzeni bitirmeden tatlıyı yiyemezsin” gibi bir ifade bu davranışın gelişmesini artırabilmektedir (Newman ve Taylor 1992). Bu davranışlar çocukların bu tür yiyecekleri tüketmesini fazlalaştırarak aşırı tartı riskini artırabilir (Davison ve Birch 2001).

Annenin çocuğunun tartısını algılayışı da çocukluk çağı obezitesini etkileyebilmektedir. Olvera, Suminski ve Power (2005)'ın Meksika kökenli Amerika'lı 80 anne ve onların 6-12 yaş aralığındaki 80 çocuğu ile yaptıkları çalışmada, kız çocukların % 34'ü obez bulunmasına rağmen annelerin kız çocuklarının tartılarını ve vücut ölçülerini ideal olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Algıdaki bu farklılık annelerin çocuklarını besleme uygulamalarını etkileyebilmektedir (Olvera ve ark. 2005).

Aileler beslenme alışkanlıklarında olduğu gibi, çocuklarının *fiziksel aktivite* alışkanlıkları ve tercihlerinin oluşmasında da etkilidirler. Ebeveynlerin ve kardeşlerin aktivite düzeyi, ebeveynin çocuğun aktivite davranışını desteklemesi, ailelerin maddi olanakları ve sportif alanlara ulaşım kolaylıkları çocukların fiziksel aktiviteleri üzerinde etkilidir (Sallis, Prochaska ve Taylor 2000).

Çocuk ve ebeveynlerin *televizyon izleme süreleri* arasında benzerlik bulunmaktadır (Belviranlı ve ark. 2008). Amerikan Pediatri Akademisi (APA) ebeveynlerin çocuklarının toplam televizyon izleme süresini günde bir-iki saatle sınırlamalarını önermektedir (AAP 2003). Televizyon ya da bilgisayar başında geçirilen zamanın artması çocuklarda obezitenin en önemli nedenlerinden biridir. Jago, Fox, Page, Brockman ve Thompson (2010) 6 yaş grubunda 441 anne-çocuk çifti ile yaptıkları çalışmada, annelerinin televizyon izleme süreleriyle çocuklarının ki arasında benzerlik bulmuşlardır. Günde dört ve daha fazla saat televizyon izleyen annelerin çocuklarının da dört saat ve üzerinde televizyon izledikleri belirlenmiştir (Jago ve ark. 2010).

Arkadaş çevresi ve akran grubu çocuk ve adolesanların beslenme ve aktivite alışkanlıkları üzerinde etkili olabilmektedir. Salvy, Howard, Read ve Mele (2009)'nin 23 fazla tartılı, 42 normal tartılı, 26 yakın arkadaş, 39 birbirini tanımayan gençlerle yaptıkları çalışmada, tartılarına bakmaksızın adolesanların tanıdık olmayan akranlarından ziyade yakın arkadaşlarının yanındayken daha fazla atıştırma tükettikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada, fazla tartılı bir çocuğun kendisi gibi fazla tartılı olan arkadaşıyla birlikte olduğunda en yüksek kalorili besinleri tükettiği belirlenmiştir (Salvy ve ark. 2009). Efrat (2009)'ın ilkökul çağı çocuklarının fiziksel aktivite davranışları üzerine akran ve arkadaş desteğinin etkisini incelediği makalesinde; çocukların fiziksel aktivitesi ile akran desteği arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Akran desteğinin; özellikle fiziksel aktiviteye başlama ve sürdürmeye teşvik etme şeklinde olduğu sonucuna varılmıştır.

4. Toplumsal, Demografik ve Sosyal Özellikler

Ebeveynlerin çocuklarını beslediği yiyecek çeşitleri, evde yemek hazırlamak için harcadıkları zamanla ilişkilidir (Davison ve Birch 2001). Günümüz ailelerinde çoğunlukla her iki ebeveynde çalışmakta ve evde yemek hazırlamaya çok fazla zaman ayırlanamamaktadır. Sonuç olarak ailelerin birçoğu çabuk hazırlanan ya da fast food tarzı yiyecekleri tercih etmektedir. Ancak ailelerin hazır yiyeceklere fazla rağbet etmeleri, sık fast-food tüketmeleri ve yemeklerini restoranlarda yemeleri çocukluk obezitesiyle ilişkilendirilmektedir (Guthrie, Lin ve Frazao 2002).

Sosyoekonomik durum ve etnik yapı obezite gelişimi üzerinde etkili olan diğer bir çevresel faktördür (Cinaz 2007). Amerika'da 2007 Ulusal Çocuk Sağlığı Anketi (NSCH) sonuçlarına göre 2003 ve 2007 yılları arasında aile gelir düzeyi ve eğitimin azalmasıyla birlikte çocuklarda obezite ve fazla tartınlık sıklığının arttığı belirlenmiştir. Obezite prevalansı düşük gelirli ailelerin çocuklarında, yüksek gelirli ailelerin çocuklarına göre 2.7 kat daha fazla saptanmıştır (Singh ve Kogan 2011). Araştırmalara göre besin alımı bakımından kıyaslandığında düşük gelirli ailelerin çocukları yüksek gelirli ailelerin çocuklarına göre daha az sebze ve meyve tüketmekte, buna karşın daha fazla yağlı besinler almaktadırlar. Çünkü enerji bakımından zengin yiyecekler daha ucuz ve ulaşılması daha kolaydır (Wang ve ark. 2010).

Obezite gelişmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik durumdaki ailelerde ve çocuklarında sık iken gelişmekte olan ülkelerde ise ekonomik düzeyi yüksek olan ailelerde fazla görülmektedir (Lobstein ve ark. 2004; O'Dea 2008). Ülkemizde Tola, Akyol, Eren, Dündar ve Dündar (2007)'in 5026 okul çocuğu ile yaptıkları çalışmada, obez olan çocukların sosyoekonomik durumu normal tartılı çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çocukların beslenme alışkanlıkları sosyoekonomik düzeyden etkilendiği gibi etnik kökenden de etkilenebilmektedir. Bazı etnik gruplarda sebze ağırlıklı bes-

lenme alışkanlıkları sık tüketilirken bazılarında unlu ve yağlı yiyecekler daha fazla tüketilmektedir (Davison ve Birch 2001).

Yaşanılan çevrede bulunan market/pazarlarda besinlere ulaşılabilirlik ile çocuğun meyve ve sebze tüketme durumu arasında da yakın ilişki bulunmaktadır. Baker, Schootman, Barnidge ve Kelly (2006) bir araştırmalarında yoksul etnik grupların yaşadığı bölgelerde, yüksek gelirli grupların yaşadığı bölgelere göre sebze ve meyve satan marketlerin daha az olduğunu ve özellikle düşük gelirli Afrika'lı-Amerika'luların sebze ve meyve erişimlerinin daha az olduğunu tespit etmişlerdir.

Çocukluk çağı obezitesi gelişiminde okullar ve yaşanılan semtin yapısı ile güvenliği önemli rol oynamaktadır. Günümüzdeki çarpık kentleşme ve uzak mesafeler nedeniyle yürüyüş ve bisiklet parkurlarına, parklara ve genel dinlenme-eğlence-spor tesislerine erişim azalmıştır (Davison ve Birch 2001). Yaşanılan çevrenin güvenliği özellikle çocukların fiziksel aktivite düzeylerini etkileyebilmektedir (Demattia ve Denney 2008). Burdette ve Whitaker (2005) Amerika'nın 20 ayrı şehrinde yaşayan 3326 anne ve onların üç yaşındaki çocuklarıyla yaptıkları çalışmada, yaşadığı çevreyi güvensiz bulan annelerin çocuklarının daha fazla televizyon izledikleri (günde iki saatten fazla) belirlenmiştir (Burdette ve Whitaker 2005).

Obezite için okulların yemekhane ve kantinlerinde sunulan gıda seçeneklerinin yağ içeriği (doymuş yağlardan zengin gıdalar) önemli bir risk faktörüdür (Ayдын 2008). Aynı zamanda okul saatlerinde ve boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite obezitenin gelişimini etkilemektedir (Kudaş, Ülkar, Erdoğan ve Çırçı 2005). Okulda hareketsiz olan çocukların fazla tartılı veya obez olma olasılıkları daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri İnsan Sağlığı Servisleri Bölümü (USDHHS) çocuk ve adolesanların günde en az 60 dakikalık orta ve yüksek şiddete egzersiz yapmasını önermektedir (USDHHS 2008). Önerilen günlük 60 dakikalık egzersizin en az 30 dakikasının ise okullarda yapılması gerektiği bildirilmektedir. Ancak okullarda son 15 yıl içinde, beden eğitimi derslerine ayrılan

zaman azalmıştır. 2000 yılında yapılan bir çalışmaya göre ilköğretim okullarının sadece % 6.4'ü, ortaokul ve liselerin ise % 5.8'i günlük beden eğitimi derslerine ya da önerilen haftalık aktiviteye zaman ayırmaktadır (Pate ve ark. 2006).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmalarda kuram ve model kullanımı bir davranışı etkileyebilecek faktörleri bir bütün olarak görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır (Mert ve Barutçu 2013). Ayrıca sonuçların bilimsel bir çerçeve içinde açıklanması ve değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır (Mock ve ark. 2007). Bağlamsal model; çocukluk çağı obezitesini etkileyen bireysel, ailesel ve toplumsal faktörlerin kombine etkisini değerlendirmekte ve sistematik olarak bilgi toplanmasını sağlamaktadır. Modelde değiştirilemeyen faktörler değiştirilebilir faktörlerle ilişki içindedir (Demattia ve Denney 2008).

Bağlamsal modele göre çocuklarda tartıyı etkileyen faktörlerin merkezinde çocuğa ait değiştirilemeyen yaş, cinsiyet ve genetik yatkınlık gibi faktörler ile birlikte beslenme, fiziksel aktivite ve sedanter davranışlar gibi çocuğa ait risk faktörleri yer almaktadır. Bu faktörleri ebeveyn uygulamaları ve aile özellikleri çevreler. Ebeveynlerin beslenme ve aktivite tercihleri, beslenme bilgisi, çocuğu beslemeye yönelik uygulamaları ve kardeş etkileşimi aile çevresinde çocuklarda obeziteyi etkileyen faktörler olarak yer alır. Toplumsal, demografik ve sosyal özellikler üçüncü halkayı oluşturur. Bu faktörler okul fiziksel aktivite programı, öğle yemeklerinin kalitesi gibi okul çevresi özellikleri, ebeveynlerin çalışma saatleri gibi iş ile ilgili özellikler, boş zaman aktiviteleri, eğlence faaliyetlerine ulaşılabilirlik, etnik köken ve çevre güvenliğidir (Davison ve Birch 2001).

Obezite nedenlerinin açıklanmasında bu modelin kullanılması çocukluk çağında fazla tartılı olmanın karmaşık yapısının anlaşılmasına ve önleyici-tedavi edici programların geliştirilmesinde rehber olabilir (Davison ve Birch 2001).

KAYNAKLAR

- Al-Hazzaa, H. M. (2007). Pedometer-determined physical activity among obese and non-obese 8 to 12 year old Saudi schoolboys. *Journal of physiological anthropology*, 26(4): 459-465.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, 112(2): 424-430.
- Aydın, A. (2008). Çocukluk çağı obezitesi. *Klinik Çocuk Forumu*, 8(1): 38-45.
- Aydın, Ş. (2008). Okul çağındaki çocuklarda beslenme. *Klinik Çocuk Forumu*, 8(1): 30-32.
- Baker, E. A., Schootman, M., Barnidge, E., Kelly, C. (2006). The role of race and poverty in access to foods that enable individuals to adhere to dietary guidelines. *Prev Chronic Dis*, 3(3): 1-11.
- Belviranlı, S. ve ark. (2008). Annelerin televizyon izleme konusundaki davranışları ve akıllı işaretler. *TAF Prev Med Bull*, 7(3): 191-198.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr*, 78(2): 215-220.
- Birch, L. L., Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(S2): 539-549.
- Burdette, H. L., Whitaker, R. C. (2005). A national study of neighborhood safety, outdoor play, television viewing and obesity in preschool children. *Pediatrics*, 116(3): 657-662.
- Campbell, K. J. ve ark. (2007). Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviors in adolescence. *Obesity*, 15(3): 719-730.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Adolescent and school health, <http://www.cdc.gov/healthyyouth/obesity/facts.htm> (23.03.2014).
- Cinaz, P. (2007). Obezite. *Clinic Pediatri*, 2(6): 19-23.
- Cinaz, P. (2010). Çocukluk çağında obezite. Hasanoğlu, E., Düşünsel, R., Bideci, A. (Eds.). *Temel Pediatri*. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 59-65.
- Davison, K. K., Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev*, 2(3): 159-171.
- Demattia, L., Denney, S. L. (2008). Childhood obesity prevention: Successful community-based efforts. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 615(1): 83-99.
- Efrat, M. W. (2009). The relationship between peer and/or friends' influence and physical activity among elementary school children: A review. *Californian Journal of Health Promotion*, 7: 48-61.

- Erginöz, E. ve ark. (2011). Türkiye'deki 11, 13, 15 yaşındaki okul çocuklarının fiziksel etkinlik düzeylerinin demografik özellikler, beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam davranışlarıyla ilişkisi. *Türk Ped Arş*, 46(1): 12-19.
- Fisher, J. O., Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr*, 69(6): 1264-1272.
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., Berenson, G. S. (2001). Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: The Bogalusa heart study. *Pediatrics*, 108(3): 712-718.
- Garipağaoğlu, M. (2007). Çocuklarda şişmanlığın tedavisi ve önlenmesi. *Çocuk Dergisi*, 7(3): 158-165.
- Gedik, O. (2003). Obezite ve çevresel faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 7(2): 1-4.
- Guthrie, J. F., Lin, B. H., Frazao, E. (2002). Role of food prepared away from home in the American diet, 1977-78 versus 1994-96: Changes and consequences. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 34(3): 140-150.
- International Obesity Task Force European Association for the Study of Obesity (2002). Obesity in Europe, http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/Sep_2002_Obesity_in_Europe_Case_for_Action_2002.pdf (7.06.2014).
- Jago, R., Fox, K. R., Page, A. S., Brockman, R., Thompson, J. L. (2010). Parent and child physical activity and sedentary time: Do active parents foster active children? *BMC Public Health*, 10(1): 194.
- Kudaş, S., Ülkar, B., Erdoğan, A., Çırçı, E. (2005). Ankara ili 11-12 yaş grubu çocukların fiziksel aktivite ve bazı beslenme alışkanlıkları. *Spor Bilimleri Dergisi*, 16(1): 19-29.
- Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5(S1): S4-S85.
- Mert, H., Barutçu, C. D. (2013). Neuman sistemler modelinin kalp yetersizliğinde kullanımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(2): 64-70.
- Mock, V. ve ark. (2007). Using a conceptual model in nursing research- mitigating fatigue in cancer patients. *J Adv Nurs*, 58(5): 503-512.
- Moens, E., Braet, C., Soetens, B. (2007). Observation of family functioning at mealtime: A comparison between families of children with and without overweight. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1): 52-63.
- Newman, J., Taylor, A. (1992). Effect of a means-end contingency on young children's food preferences. *J Exp Child Psychol*, 53(2): 200-216.
- O'Dea, J. A. (2008). Gender, ethnicity, culture and social class influences on childhood obesity among Australian schoolchildren: Implications for treatment, prevention and community education. *Health and Social Care in the Community*, 16(3): 282-290.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*, 311(8): 806-814.
- Olvera, N., Suminski, R., Power, G. T. (2005). Intergenerational perceptions of body image in Hispanics: Role of BMI, gender, and acculturation. *Obesity Research*, 13(11): 1970-1979.
- Pate, R. R. ve ark. (2006). Promoting physical activity in children and youth a leadership role for schools: A scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Physical Activity Committee) in collaboration with the councils on cardiovascular disease in the young and cardiovascular nursing. *Circulation*, 114(11): 1214-1224.
- Patrick, H., Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2): 83-92.
- Rivera, I. R., Silva, M. A. M. D., Silva, R. D., Oliveira, B. A. V. D., Carvalho, A. C. C. (2010). Physical inactivity, TV-watching hours and body composition in children and adolescents. *Arq Bras Cardiol*, 95(2): 159-165.
- Rolls, B. J., Engell, D., Birch, L. L. (2000). Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(2): 232-234.
- Sağlık Bakanlığı (2014a). Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) (2013). 2013 Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014b). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
- Saka, H. N., Neyzi, O. (2005). Puberte başlangıç yaşı değişiyor mu? *Türk Pediatri Arşivi*, 40: 7-14.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc*, 32(5): 963-975.
- Salvy, S. J., Howard, M., Read, M., Mele, E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90(2): 282-287.

Singh, G. K., Kogan, M. D. (2011). Contemporary racial/ethnic and socioeconomic patterns in U.S childhood obesity. Bagchi, D. (Ed.). *Global Perspectives on Childhood Obesity*. 1. basım, TNQ Books and Journals Pvt Ltd., San Diego, 71-85.

The Report of the National Taskforce on Obesity (2005). Obesity the Policy Challenges, <http://www.hse.ie/eng/health/child/healthyeating/taskforceonobesity.pdf> (18.03.2014).

Tola, H. T., Akyol, P., Eren, E., Dünder, N., Dünder, B. (2007). Isparta'daki çocuk ve adolesanlarda obezite sıklığı ve obeziteyi etkileyen faktörler. *Çocuk Dergisi*, 7(2): 100-104.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans, <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf> (11.04.2014).

Ventura, A. K., Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1): 15.

Wang, Y. ve ark. (2010). Dietary intake patterns of low-income urban African-American adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(9): 1340-1345.

Wijnhoven, T. M. A. ve ark. (2014). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: Body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*, 14: 806.

World Health Organization (WHO) (2014). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, <http://www.who.int/> (23.03.2014).

Xie, B., Gilliland, F. D., Li, Y. F., Rockett, H. R. H. (2003). Effects of ethnicity, family income, and education on dietary intake among adolescents. *Preventive Medicine*, 36(1): 30-40.

Zhang, Q., Wang, Y. (2004). Trends in the association between obesity and socioeconomic status in U.S. adults: 1971 to 2000. *Obesity Research*, 12(10): 1622-1632.

Yenidoğanlarda Göbek Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar: Derleme

Evidence Based Practices for Umbilical Cord Care in Newborns: Review

Ayşe ŞENER TAPLAK*, Meral BAYAT**

İletişim/ Correspondence: Ayşe ŞENER TAPLAK Adres/Adress: Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Erdoğan Akdağ Kampüsü, Merkez / YOZGAT Tel: (0354) 242 10 34 Fax: (0354) 242 10 38 E-mail: hem.ayse_3886@hotmail.com

ÖZ

Yenidoğan enfeksiyonları içerisinde önemli bir yere sahip olan göbek güdüğü enfeksiyonlarından, yenidoğanları korumada verilecek göbek bakımı önemlidir. Bu çalışmada yenidoğan göbek bakımında kullanılan uygulamalar ve bu uygulamaların etkinliklerinin karşılaştırılmaları ile ilgili bilgiler bilimsel kanıtlardan yararlanılarak sunulmuştur. Bunun için taramalar "Pubmed, Cochrane Library ve Science Direct" den, "Yenidoğan" sözcüğü için "Neonatale", "Newborn" ya da "Infant" ve "Göbek bakımı" için, "Umbilical Cord Care" anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. 2008-2013 yılları arasındaki randomize kontrollü, çift kör randomize kontrollü ve küme randomize kontrollü; toplum ya da hastane tabanlı, deneysel ya da yarı deneysel çalışmalar incelenmiş olup toplam 21 araştırma çalışma kapsamına alınmıştır. Bu araştırmalardan yola çıkılarak özellikle son beş yılda göbek bakımında en sık kullanılan uygulamalar (Alkol, Povidon İyot, Klorheksidin, Üçlü Boya, Eozin, Topikal Antibakteriyal Ajanlar, Salisilik Şeker Tozu, Zeytinyağı, Anne Sütü ve Doğal Kurumaya Bırakma) hakkında bilgiler sunulmuştur.

Kanıta dayalı araştırma ve rehberler doğrultusunda göbek güdüğü bakımında gelişmiş ülkelerde doğal kuruma yöntemi ve özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise Klorheksidin kullanımı etkili bir yöntemdir. Ancak göbek bakımında en etkili, en güvenilir ve daha düşük maliyetli yöntemin tespiti için Klorheksidin'in anne sütü, zeytinyağı gibi yöntemlerle kıyaslandığı çalışmalara gerek vardır. Hemşireler bu alanda çalışmalar yaparak bakımın kalitesine ve hemşireliğin bilimsel birikimine katkı getirebilirler.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, göbek bakımı, kanıta dayalı uygulama.

ABSTRACT

Umbilical cord care has an important place to protect newborns umbilical cord infections which has an important place among neonatal infections. In the present study, practices in newborn umbilical cord care and information about comparisons of those practices' efficiency were presented by scientific evidences. Search was done on "Pubmed, Cochrane Library and Science Direct databases with the following keywords; "Neonatal", "Newborn" or "Infant" and "Umbilical Cord Care". Community or hospital based, experimental or quasi-experimental, randomised controlled, double blind randomised controlled and cluster randomised controlled researches conducted between the years of 2008-2013 were reviewed, being totally 21 studies included. Information about the most applied umbilical cord care practices of last five years (Alcohol, Povidone Iodine, Chlorhexidine, Triple Dye, Eosin, Topical Antibacterial Agents, Salicylic Sugar Powder, Olive oil, Breastmilk and Naturally Drying) which were derived from those studies, was presented.

Dry cord care is recommended for newborns born in developed countries and Chlorhexidine application to the umbilical cord stump is recommended for newborns who are born at the least developed countries in accordance with Evidence-based research and guidelines, Nurses can make studies in this area to improve the quality of care and to contribute to the scientific accumulation of nursing.

Keywords: Newborn, umbilical cord care, evidence based practice.

*Arş. Gör. Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, **Doç. Dr. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 09.05.2014

Yazının basım için kabul tarihi: 17.03.2015

GİRİŞ

Neonatalojideki gelişmeler çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin dahi yaşatılmasına olanak sağlarken, bazı riskleri de kaçınılmaz hale getirmiştir. Bunların en önemlilerinden biri neonatal enfeksiyonlardır. Neonatal enfeksiyonlar, yenidoğan döneminde önemli morbidite ve mortalite nedenlerindedir (Perk 2008). Dünyada büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, neonatal dönemde yaşamını kaybeden yaklaşık 4 milyon yenidoğanın %36'sının ölümünden neonatal enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır (Bulut ve ark. 2005; Lawn, Cousens ve Zupan 2005; Mullany, Darmstadt ve Tielsch 2003). Bu enfeksiyonlar arasında 460.000 yenidoğanın ölümüne neden olan göbek kordonu enfeksiyonu sonucunda gelişen şiddetli bakteriyel enfeksiyonlar yer almaktadır (Mullany ve ark. 2003; Erenel ve ark. 2010). Nepal'de 17.198 yenidoğanın incelendiği bir çalışmada 954 yenidoğanın (%5.5) göbek kordonu enfeksiyonu tanısı aldığı saptanmıştır (Mullany ve ark. 2007). Türkiye'de neonatal dönem ölüm nedenlerinin araştırıldığı bölgesel bir çalışmada, neonatal ölümlerin %15.9'unun enfeksiyonlar nedeni ile olduğu bildirilmiştir (Gunay, Kılıç, Keskinoglu, Konakçı ve Pabuccuoğlu 2008). Ülkemizde 1991-1997 yılları arasında bir üniversite hastanesinde göbek kordonu enfeksiyonlarının araştırıldığı bir çalışmada, neonatal tetanoz nedeniyle başvuran 55 yenidoğanın, %44'ünde göbek kordonu enfeksiyonu bulunduğu ve ölüm hızının %40 olduğu belirlenmiştir (Gurkan ve ark. 1999).

Göbek kordonu enfeksiyonlarının başlıca nedeni, enfeksiyona karşı direncin çok düşük olduğu yenidoğan döneminde göbek kordonunun deride açık bir giriş oluşturmasıdır. Bebeğin göbeği düştükten sonra (ortalama 7-10 gün) geride kalan granülasyon dokusu ile kaplı alan iki ya da üç gün içinde epitelize olmaktadır. Özellikle bu dönemde omfalit gelişme riski yüksek olduğu için göbek güdüğünün temizliğine özen gösterilmesi gerekmektedir (Demirtola ve Özen 2005; Devcioglu, Önes ve Ünüvar 2005).

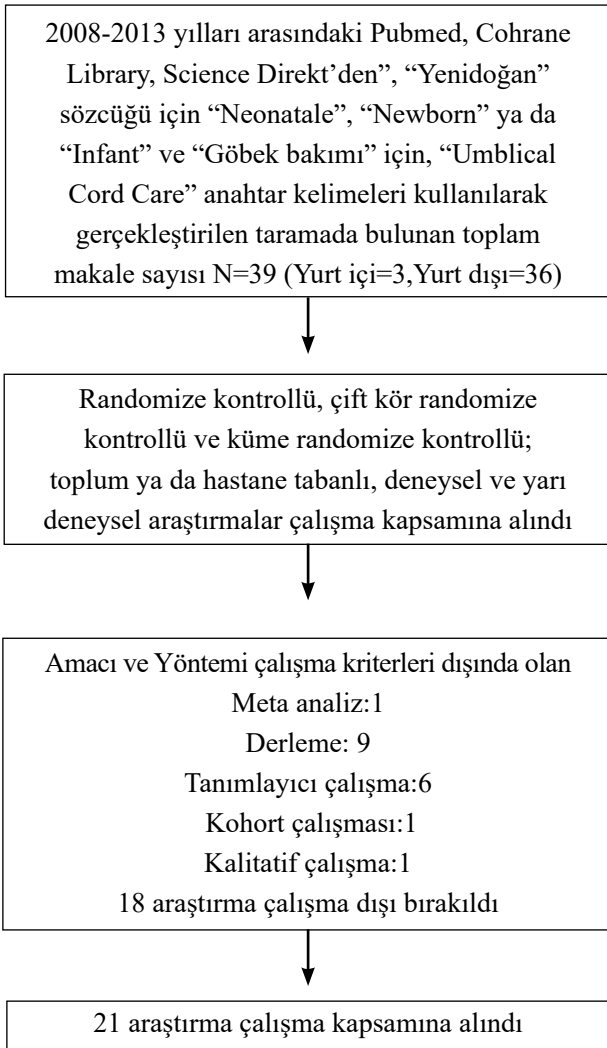
Dünya Sağlık Örgütü (WHO), göbek bakımına büyük önem vermekte ve göbek bakımında hiçbir yönte-

min göbek güdüğünün doğal olarak kuru bırakılmasına üstün olmadığını bildirmektedir (Kul ve ark. 2005; WHO 1999; WHO 2013). Ancak dünyada her yıl 4 milyon yenidoğan ölümü görülmekte ve bunların 1.2 milyonu geleneksel uygulamaların yaygın olduğu, doğumların evde ve steril olmayan şartlarda gerçekleştirildiği Sahra altı Afrika ülkeleri gibi gelişmemiş ülkelerde gerçekleşmektedir. Bakteriyel kolonizasyon sonrası ortaya çıkan göbek güdümü enfeksiyonu, bu ülkelerde yenidoğan morbidite ve mortalitesinin en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır (Kul ve ark. 2005; Lawn ve ark. 2005). Bu nedenle özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde patolojik bakterilerin bebekten bebeğe yayılmasını ve yenidoğan ölümlerini önlemek için antiseptik deri ve göbek güdümü bakımı üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (Karumbi, Mulaku ve Aluvaala 2013; Kültürsay 2003; Zupan, Garner ve Omari 2004). Bu doğrultuda ve kanıta dayalı çalışmalar ışığında Dünya Sağlık Örgütü, neonatal ölümlerin bin canlı doğumda 30 ve üzerinde olduğu, doğumun evde ve steril olmayan şartlarda gerçekleştirildiği ülkelerde yenidoğan enfeksiyonlarının önlenmesinde yaşamın ilk haftasında, günde bir kez antiseptik solüsyonlarla (özellikle %4 klorheksidin) göbek bakımı uygulamasını önermektedir (WHO 2013).

YÖNTEM

Bu çalışmada, yenidoğanın göbek bakımında kullanılan yöntemler ve bu yöntemlerin etkinliklerinin karşılaştırılmaları (Tablo 1) ile ilgili bilgiler, bilimsel kanıtlardan yararlanılarak sunulmuştur. Bunun için konu ile ilgili yayınlar geriye dönük olarak taranmıştır. Taramalar, "Pubmed, Cochrane Library, Science Direkt'den", "Yenidoğan" sözcüğü için "Neonatale", "Newborn" ya da "Infant" ve "Göbek bakımı" için, "Umbilical Cord Care" anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada 2008-2013 yılları arasında yayınlanmış makaleler taranmış olup, randomize kontrollü, çift kör randomize kontrollü ve küme randomize kontrollü; toplum ya da hastane tabanlı deneysel ve yarı deneysel araştırmalar incelenmiştir. Çalışma kriterlerine uyan 21 araştırma çalışma kapsamına alınmıştır.

Bu çalışmalardan yola çıkılarak (Bkz Tablo 1) özellikle son beş yılda göbek bakımında en sık kullanılan uygulamalar hakkında bilgiler sunulmuştur. Bu uygulamalar, “Alkol (Isopropil Alkol ya da Ethanol Şeklinde), Povidon İyot, Klorheksidin, Üçlü Boya, Eozin, Topikal Antibakteriyal Ajanlar, Salisilik Şeker Tozu, Zeytinyağı, Anne Sütü ve Doğal Kurumaya Bırakma” yöntemleridir.



Göbek Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar

Hemşireler, göbek kordonu enfeksiyonu ve sonucunda gelişen şiddetli bakteriyel enfeksiyonlardan yenidoğanları koruyabilmeleri için göbek bakımına önem

vermelidirler (WHO 1999). Hemşirelerin etkin göbek bakımı uygulayabilmeleri için kanıta dayalı bilgi ve uygulamalardan yararlanmaları gereklidir. Yenidoğanların göbek bakımında kanıta dayalı bilgi kullanımı ile görülebilecek komplikasyonlar azaltılabilir ve böylece yenidoğan morbiditesi ve mortalitesi azaltılarak sağlık bakım maliyetinin azaltılması sağlanabilir.

Göbek bakımı yenidoğan cilt bakımının en önemli bölümüdür. Göbek bakımı için önerilen çok sayıda antiseptik sıvı bulunmaktadır. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, göbeğe uygulanan bakımla umbilikal bakteriyel kolonizasyon, omfalit gelişme durumu ve göbeğin düşme süresi karşılaştırılmıştır. Göbek güdüğü bakımında kullanılan yöntemler ve bunlar arasındaki farklılıkları değerlendiren çalışmaların özetleri Tablo 1’de yer almaktadır.

Bu uygulamalardan biri olan Alkol, İzopropil alkol olarak göbek güdüğü bakımı için yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak normal deri tarafından absorbe edilmeden önce buharlaştığı için kolonizasyonu azaltmada yeterli görülmemektedir (Aydemir, Alpaslan ve Demirel 2012; Shoaib, All ve El-Barrawy 2005). Alkolün kolonizasyonu azaltmada sınırlı etkisinin olduğu ve göbek güdüğü düşme zamanını uzattığı yapılan çalışmalarda da bildirilmektedir (Ahn, Sohn, Jun, Lee ve Lee 2013; Aydemir ve ark. 2012; Chamnanvanakij, Desharachakul, Rasamimaree ve Vanprapar 2005; Covas-Mdel ve ark. 2011; Evens, George ve Angst 2004; Golsahan ve Hossein 2013; Guala ve ark. 2003; Hsu ve ark. 2010; Liu, Lee, Kuo ve Lien 2012; Mahrous, Darwish, Dabash, Marie ve Abdelwahab 2012; Nourian, Allai ve Heidari 2009; Shoaib ve ark. 2005). Ayrıca zararlı etkilerinin (hemorajik deri nekrozu, merkezi sinir sistemi disfonksiyonu, metabolik asidoz, hipoglisemi) olması nedeni ile göbek güdüğü bakımında kullanımı önerilmemektedir (Mcconnell, Lee, Coillard ve Sherril 2004; Şilfeler 2011).

Antimikrobiyal spektrumu en geniş ve etkili antiseptiklerden biri Povidin İyot’dur. Ancak yenidoğanda perkutan emilimi, iyot yüklenmesi ile geçici ve ciddi hipotiroidiye neden olduğundan, iyotlu bileşikler-

le yapılan uygulamanın kısa süreli olması ve dikkatli kullanılması gerekmektedir. Pretermelerde ise kullanımından kaçınılmalıdır. Povidon iyot ile temas gerçekleşmiş ise özellikle preterm bebeklerde Povidon iyot steril su ile silinmeli ve bebeğin tiroid hormonu düzeyleri takip edilmelidir (Karabulut 2011; Usluer ve ark. 2006). Kul ve ark. (2005)'nin çalışmasında; sağlıklı term yenidoğanlarda Povidon iyot ile yapılan göbek güdüğü bakımı uygulamalarında steril gazlı bez ile kuru göbek bakımı, steril gazlı bez ile birlikte alkol kullanımı (günde iki kez), Eozin ve Povidon-iyot yöntemleri karşılaştırılmış, göbek güdüğü düşme zamanı ve enfeksiyon açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Vural ve Kısa (2006)'nin çalışmasında ise göbek güdüğü bakımında, anne sütü, Povidon İyot ve doğal kuruma yöntemleri bakteri kolonizasyonu ve göbek güdüğü düşme zamanları açısından karşılaştırılmış; enfeksiyon gelişimi açısından gruplar arasında fark bulunmazken, göbek güdüğü düşme zamanı açısından anne sütü ve doğal kuruma yöntemleri Povidon iyot'a göre üstün bulunmuştur.

Göbek güdüğü bakımında kalıcı etkisi, nadiren alerjik reaksiyon geliştirmesi ve özellikle yenidoğan mortalitesini azaltması Klorheksidini tercih edilir bir antiseptik ajan haline getirmiştir. Klorheksidin derinin stratum corneum tabakasına bağlanarak 6 saat gibi uzun bir süre kalıcı etkinlik sağlamaktadır. Antimikrobiyal spektrumu geniş olan klorheksidinin gram-pozitif bakterilere etkinliği daha iyiyken, gram-negatif bakterilere ve mantarlara olan etkinliği düşüktür. Mikobakterilere karşı ise zayıf aktivite göstermektedir (Usluer ve ark. 2006). Girişim alanının sabun ile temizliği ve steril su ile durulanmasının ardından topikal olarak uygulanmaktadır. Ancak pretermelerde; Klorheksidin topikal uygulamayı takiben 30 saniye süreyle kuruma bırakılmalı ardından steril su ile uzaklaştırılmalıdır (Karabulut 2011). Klorheksidinin omfalit gelişimi üzerinde etkili olduğu ve %26 -%56 oranında enfeksiyon gelişimini azalttığı bildirilmektedir (Imdat ve ark. 2013). Mullany ve ark. (2012)'nin, 1.923 bebekle yaptıkları çalışmalarında göbek güdüğünü %4 Klorheksi-

din ile temizlemenin bakteri kolonizasyonunu azalttığını, özellikle birden fazla kere temizlemenin (7 gün, günlük bir kere silme) bazı spesifik bakterilere karşı (Escherichia Coli, Klebsiella Pneumoniae ve Staphylococcus Aureus) daha da etkili olduğunu belirlemiştir. Yapılan çalışmalarda klorheksidinin göbek güdüğü düşme zamanına etkisi ise tartışmalıdır; bazı çalışmalar göbek düşme süresini kısalttığı bazıları ise özellikle fazla dozda (birden fazla kere) kullanımının göbek güdüğü düşme zamanını uzattığı yönünde sonuçlar bildirmişlerdir (Gathwala, Sharma ve Bhakhari 2013; Mullany ve ark. 2013; Sharma ve Gathwala 2013). Ancak yenidoğan mortalitesini azaltmadaki etkisi oldukça önemlidir (Arifeen ve ark. 2012; Sharma ve Gathwala 2013; Soofie ve ark. 2012). Nepal'de yapılan bir çalışmada, %4 klorheksidin grubunda, kuru pansumanlı göbek bakımı grubuna göre omfalit oranının %32-75, yenidoğan mortalitesinin ise %24 oranında azaldığı tespit edilmiştir (Mullany ve ark. 2006a)

Dünya Sağlık Örgütü 2013 yılında yayınladığı, "Postnatal dönemde anne ve bebek bakımına ilişkin öneriler" adlı rehberinde özellikle neonatal mortalitenin 1000 canlı doğumda 30 ve üzerinde olduğu ülkelerle; doğumun ev ortamında, steril olmayan şartlarda gerçekleştirildiği ve göbeğe gübre sürme gibi zararlı geleneksel uygulamaların yaygın olduğu ülkelerde yaşamın ilk haftasında göbek güdüğünün günlük bakımının klorheksidin (%4 klorheksidin içeren, %7.1 klorheksidin glukonat solüsyon ya da jel formu) ile yapılmasını önermektedir (Healthy Newborn Network 2014; WHO 2013).

Hem gram pozitif, hem de gram negatif bakteriler için bakterisidal etkiye sahip bir ajan olan üçlü boya (Triple Dye) parlak yeşil, kristal menekşe ve proflavin hemisülfat bileşenlerinden oluşmaktadır. Üçlü boyanın avantajı antibakteriyel etkisinin uzun olmasıdır, ancak göbek güdüğü etrafındaki deride dikkatsiz kullanımı sonucunda deri nekrozlarına yol açabilmektedir. Ayrıca kristal menekşenin çok uzun süre kullanılmasının yetişkinlerde bulantı, kusma, diare ve mukozal ülserlere yol açtığı bildirilmiştir. Üçlü boyanın yenidoğan-

larda da aynı yan etkilere yol açabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle göbeğe uygularken dikkatsiz kullanımından kaçınılmalı, karın duvarına sızma önlenmeli ve gerekirse bölge hemen yıkanmalıdır (Janssen, Selwood, Dobson, Peacock ve Thiessen 2003; Mcconnell ve ark. 2004). Ayrıca göbek güdüğünün düşme zamanını uzattığı da belirtilmektedir (Nelli 2014). Chamnanvanakij ve ark. (2005), alkol ve üçlü boya yöntemlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında göbek düşme zamanını üçlü boya grubunda daha uzun bulmuşlardır.

Akoz bir boya maddesi olan eozin göbek kordonu bakımında yaygın olarak kullanılmasına rağmen, ürün kutusunun açılmasını takiben kısa sürede kontamine olması ve bu nedenle çok sayıda ciddi neonatal enfeksiyondan sorumlu tutulması nedeniyle kullanımı önerilmemektedir (Lahmiti, El Fakiri ve Aboussad 2010; Karabulut 2011).

Bacitracin, neomisin, gentamisin ve gümüş sülfadiazin (Silvadene) gibi lokal antibakteriyel ajanlar topikal antibiyotikler arasında yer almaktadır. Alerjik kontakt dermatitis, anafleksis (nadiren) ve nöral sağırılık gibi toksik etkilerinin bulunması ve özellikle sistemik olarak kullanılan antibiyotiklerin topikal olarak da kullanılması ile bakteriyel direnç neden olmaları nedeniyle kullanımları tartışmalıdır (Mcconnell ve ark. 2004).

“Salisilik Şeker Tozu”, 2002 yılından bu yana göbek güdüğü bakımında kullanılan bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar güvenilir ve etkili bir uygulama olduğunu bildirmektedir (Liu ve ark. 2012; Pezzati ve ark. 2002; Pezzati ve ark. 2003). Liu ve ark. (2012), 143 yenidoğan ile yaptıkları çalışmada, alkol, doğal kuruma, salisilik şeker tozunu karşılaştırmışlar ve salisilik şeker tozunda kolonizasyon hızı ve göbek güdüğü düşme zamanını en düşük bulmuşlardır. Salisilik şeker tozu ve doğal kuruma göbek güdüğü bakımında çok nemli bölgelerde güvenli ve etkilidir sonucuna varmışlardır.

Zeytinyağının içeriğinde bulunan dialdehydic ve decarboxymethyl oleuropein ile güçlü bir antimikrobial etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (Kiechl-Kohlendorfer, Berger ve Inzinger 2008; Medina, De

Castro, Romero ve Brenes 2006; Tripoli ve ark. 2005). Erenel ve ark. (2010), doğal kuruma yöntemi ile zeytinyağını karşılaştırdıkları çalışmalarında; göbek güdüğü düşme zamanı ve enfeksiyon gelişimi açısından gruplar arasında fark olmadığını bulmuşlardır. Bu sonuçlar göbek güdüğü bakımında zeytinyağının güvenli bir yöntem olduğunu gösterse de, konu ile ilgili başka çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Anne sütünün zengin içeriğinde bulunan laktoferrin, laktoperoksidaz, lizozim ve N-asetil-b-D-glukozaminidaz proteinlerinin antimikrobial etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Goldman 1993). Göbek bakımında anne sütü kullanan çalışmalar anne sütünün göbek güdüğü düşme zamanını kısalttığı ve güvenli bir yöntem olarak göbek güdüğü bakımında kullanılabilirliği bildirilmektedir (Abd El Hamid, El Fadil ve Azzam 2011; Ahmadpour-Kacho, Zahedpasha, Hajian, Javadi ve Talebian 2006; Aghamohammadi, Zafari ve Moslemi 2012; Farahani, Mohammadzadeh, Tafazzoli, Esmaeli ve Ghazvini 2008; Golshan and Hossein 2013; Mahrous ve ark. 2012; Vural ve Kısa 2005).

Doğal kurumaya bırakma yöntemi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilen bir yöntem olması nedeniyle pek çok çalışmada antiseptik ajanlar, doğal kurumaya bırakma yöntemiyle karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda göbek güdüğünü temiz ve doğal kurumaya bırakma yöntemi hem göbek güdüğünün düşme zamanını kısaltması hem de bakteri kolonizasyonu riskinin düşük olması nedeniyle tercih edilen bir yöntem olarak bildirilmektedir (Ekici, Ergin ve Şahiner 2007; Evens ve ark. 2004; Hsu ve ark. 2010; Mullany ve ark. 2006b). Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün, 2013 yılında yayınladığı rehberde neonatal mortalitenin düşük olduğu ülkelerde hastane şartlarında ve sağlıklı koşullarda gerçekleştirilen doğumlarda göbek güdüğü bakımında doğal kurumaya bırakma yöntemi önerilmektedir (WHO 2013). Bu işlemin göbek güdüğü bir şekilde kirlendiğinde su ile ıslatılmış bir gazlı bez ile göbek temizlendikten sonra kuru başka bir gazlı bezle kurularak açıkta bırakılması şeklinde gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu işlem sırasında mutlaka el te-

Tablo 1. Yenidoğanda Kanıta Dayalı Göbek Bakımı Uygulamaları

Makaleler	Araştırma Tipi	Örneklem Sayısı	Uygulama	Sonuçlar
Sharma and Gathwala (2013)	Randomize çalışma	140 bebek	*Klorheksidin, (n=70) *Doğal kurumaya bırakma, (n=70)	* Klorheksidin uygulanan grupta göbek güdüğü düşme zamanı daha kısadır (Klorheksidin uygulanan grupta göbek düşme zamanı 8.92±2.77 gün, doğal kurumaya bırakılan grupta 10.31±3.23 gündür). *Klorheksidin yenidoğan mortalitesini azaltmada daha etkilidir.
Golshan and Hossein (2013)	Çift Kör Randomize çalışma	300 yenidoğan	*Etanol, (n=100) *İnsan sütü, (n=100) *Doğal kurumaya bırakma, (n=100)	* Omfalit görülme sıklığı açısından gruplar arasında fark yoktur. *Göbek güdüğü düşme zamanı anne sütü grubunda diğer iki gruba göre daha kısadır.
Gathwala ve ark. (2013)	Randomize çalışma	140 bebek	*Klorheksidin, (n=70) *Geleneksel kuru kord bakımı, (n=70)	* Klorheksidin uygulanan grupta doğal kurumaya bırakılan gruba göre göbek güdüğü düşme zamanı daha kısa ve kan kültürü ile kanıtlanmış sepsis insidansı açısından da daha etkilidir.
Mullany ve ark. (2013)	Küme Randomize Çalışma	133 yenidoğan	*%4 klorheksidin ile bir kere temizleme (bir kere doğumdan hemen sonra), (n=44) *Birkaç kere %4 klorheksidin ile temizleme (İlk 7 gün, hergün bir kere), (n=45) *Kuru bakım (doğal kuruma), (n=44)	*Kuru bırakılan grupta göbek güdüğü düşme zamanı daha kısa, klorheksidin göbek güdüğü düşme zamanını ~%50 oranında artırmaktadır (Kuru bırakma, 4.78 gün, klorheksidin ile bir kere silme 6.90 gün, 7 gün silme 7.49 gün). *Klorheksidin ile göbek güdüğü bakımı enfeksiyonu azaltmaktadır.
Ahn ve ark. (2013)	Randomize klinik çalışma	72 preterm yenidoğan	*Su ile temizleyip kuru bırakılan grup, (n=37) * Alkol, (n=35)	*Hidrasyon, sıcaklık, ph ve flora açısından gruplar arasında fark yokken; göbek güdüğü düşme zamanı alkol grubunda daha uzundur.
Aghamohammadi ve ark. (2012)	Randomize Klinik Çalışma	130 term yenidoğan	*İnsan sütü, (n=65) *Kuru bakım, (doğal kurumaya bırakma), (n=65)	*İnsan sütü kullanılan grupta göbek güdüğü düşme zamanı daha kısadır.
Arifeen ve ark. (2012)	Küme Randomize Çalışma	29760 bebek	*%4 Klorheksidin ile bir kere temizleme, (n=9423) *%4 Klorheksidin ile günlük temizleme, (7 gün boyunca), (n=10329) *Doğal kurumaya bırakma, (n=10008)	*Yenidoğan mortalitesi bir kere silme yapılan grupta kuru güdük bakımı yapılan gruptan daha azdır. *Yenidoğan mortalitesi açısından çoklu temizleme ile kuru güdük bakımı arasında ise fark saptanmamıştır. *Enfeksiyonu azaltma açısından kuru bakım ile çoklu temizleme arasında fark varken, bir kere temizleme arasında fark saptanmamıştır. Çok kere temizleme enfeksiyonu azaltmada en etkilidir.

Tablo 1. Yenidoğanda Kamta Dayalı Göbek Bakımı Uygulamaları-Devam					
Liu ve ark. (2012)	Randomize Çalışma	143 yenidoğan	*Alkol, (n=51) *Doğal kuruma, (n=40) *Salisilik şeker tozu, (n=52)	*Her üç grupta da omfalit gelişmemiştir. *Salisilik şeker tozuyla kolonizasyon hızı ve göbek güdüğü düşme zamanı en düşüktür. *Salisilik şeker tozu ve doğal kurumaya bırakma, göbek güdüğü bakımında çok nemli bölgelerde güvenli ve etkilidir.	
Mahrous ve ark. (2012)	Yarı deneysel çalışma	100 yenidoğan	*İnsan sütü, (n=50) *Ethanol, (n=50)	*Göbek güdüğü düşme zamanı ve bakteriyel kolonizasyonunu azaltmada anne sütü daha etkilidir.	
Mullany ve ark. (2012)	Küme Randomize çalışma	1923 bebek	*%4 klorheksidin ile bir kere temizleme, (n=569) *Birkaç kere %4 klorheksidin ile temizleme (İlk 7 gün, hergün bir kere), (n=705) *Doğal kurumaya bırakma, (n=646)	*%4 Klorheksidin ile temizleme bakteriyel kolonizasyonu azaltmaktadır; özellikle birkaç kere temizleme bazı spesifik bakterilere karşı (escherichia coli, klebsiella pneumoniae ve staphylococcus aureus) daha da etkilidir.	
Soofi ve ark. (2012)	Küme randomize Çalışma	9741 yenidoğan	*Göbek bakımından önce ellerin yıkanması+%4 Klorheksidin ile göbek bakımı, (n=2.165) *Sadece el yıkama, (n=2.378) *Sadece %4 Klorheksidin ile temizleme, (n=2.578) *Kontrol grubu (standart kuru bırakma), (n=2.312)	*Yenidoğanlarda göbek güdüğü bakımında %4 Klorheksidin uygulaması omfalit ve yenidoğan mortalite riskini azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir.	
Aydemir ve ark. (2012)	Prospektif, Randomize, klinik çalışma	120 yenidoğan	*% 70'lik alkol, (n=40) *% 10'lük povidon iyodin, (n=40) *% 0.4'lük klorheksidin, (n=40)	*%70'lik alkol ile verilen bakımda önemli oranda üreme olduğu ve göbek güdüğü düşme süresinin diğer iki solüsyona göre daha uzun olduğu tespit edilmiştir (Alkol grubunda, 7.10 gün, povidon iyot grubunda 6.77 gün ve klorheksidin grubunda 6.22 gün).	
Covas Mdel ve ark. (2011)	Prospektif, Klinik Randomize Çalışma	362 sağlıklı term yenidoğan	*Nötral sabun ile banyo ardından doğal kurumaya bırakma, (n=181) *%70 Alkol, (n=181)	*Göbek güdüğü düşme zamanı banyo grubunda daha kısa iken; enfeksiyon insidansı açısından gruplar arasında fark yoktur.	
Abd El Hamid ve ark. (2011)	Randomize çalışma	100 yenidoğan	*Anne sütü, (n=50) *Distile su, (n=50)	*Göbek güdüğü düşme zamanı anne sütü grubunda daha kısa, bakteriyel kolonizasyonu ve omfalit açısından gruplar arasında fark yoktur.	
Hodgins ve ark. (2010)	Randomize çalışma	653 yenidoğan	*%4 Klorheksidin sıvı form (n=326) *%4 Klorheksidin jel form (n=327)	*Jel versiyon bakteriyel kolonizasyonunu azaltmada sıvı versiyon kadar etkili olduğu bulunmuştur.	
Suliman ve ark. (2010)	Randomize çalışma	90 yenidoğan	*Üçlü boyama, (n=44) *Üçlü boyama+İsopropyl Alkol, (n=46)	*Göbek güdüğü düşme zamanı, kord ilişkili morbidite ya da kord ilişkili acil bakım açısından gruplar arasında fark yoktur.	

Tablo 1. Yenidoğanda Kanıta Dayalı Göbek Bakımı Uygulamaları-Devam					
Erenel ve ark. (2010)	Kontrol gruplu deneysel çalışma	150 bebek	*Zeytinyağı, (n=75) *Kontrol grubu, (Kuru- temiz bakım), (n=75)	*Göbek güdüğü düşme zamanı ve enfeksiyon riski açısından gruplar arasında fark yoktur.	
Hsu ve ark. (2010)	Randomize çalışma	142 bebek	*%95 Alkol, (n=71) *Doğal kurumaya bırakma, (n=71)	*Göbek güdüğü düşme zamanı doğal kurumaya bırakılan grupta daha kısa, alkol göbek düşme zamanını kısaltmada etkilidir.	
Kapellian ve ark. (2009)	Randomize çalışma	669 yenidoğan	*Klorheksidin tozu, (n=337) *Doğal kurumaya bırakma, (n=332)	*Göbek güdüğü düşme zamanı klorheksidin tozu kullanılan grupta daha kısadır (CX: 7.0 ± 2.5 gün - doğal kuruma 7.8 ± 2.9 gün).	
Nourian ve ark. (2009)	Randomize çalışma	77 yenidoğan	*%70 alkol, (n=41) *Kuru bırakma, (n=36)	*Göbek güdüğü düşme zamanı açısından gruplar arasında fark yokken, doğal kurumaya bırakılan grupta bakteriyel kolonizasyonu, alkol grubuna göre daha yüksek oranda bulunmuştur.	
Farahani ve ark. (2008)	Randomize Klinik çalışma	118 yenidoğan	*Topikal anne sütü uygulanan, (n=61) *Doğal kurumaya bırakılan, (n=57)	*Göbek güdüğü düşme zamanı anne sütü grubunda daha kısadır (Anne sütü grubu 6.35 gün, doğal kurumaya bırakma, 7.31 gün). *Bakteriyel kolonizasyonu üzerinde anne sütü daha etkilidir.	

mizliğine dikkat edilmesi ve göbek güdüğü ve çevresini her bir silmede ayrı gazlı bez kullanılması da vurgulanmaktadır (Great Ormond Street Hospital Clinical Guidelines 2014).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanıta dayalı araştırma ve rehberler doğrultusunda göbek güdüğü bakımında gelişmiş ülkelerde doğal kuruma yöntemi ve özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise Klorheksidin kullanımı etkili bir yöntemdir. Ancak göbek bakımında en etkili, en güvenilir ve daha düşük maliyetli yöntemin tespiti için Klorheksidin'in anne sütü, zeytinyağı gibi yöntemlerle kıyaslandığı çalışmalara gerek vardır. Göbek bakım uygulamalarının bilimsel kanıtlara dayalı verilerden yararlanılarak yapılması ve standartların geliştirilmesiyle sağlık bakım kalitesi artırılabilir ve yenidoğanın sağlık bakım sonuçları geliştirilebilir. Bu nedenle etkin bir göbek bakımı gerçekleştirebilmek için hemşireler, göbek bakımında maliyeti azaltan, enfeksiyonu önleyen, göbek düşme zamanını kısaltan yöntemlerin tespiti için kanıta dayalı çalışmalara yer vermeli, kanıta dayalı uygulamaları değerlendirebilmeli ve hemşirelik bakımında kullanmalıdırlar.

KAYNAKLAR

- Abd El Hamid, A. A., El Fadil, A. N., Azzam, F. H. (2011). Effect of two different cord care regimens on umbilical cord stump separation time among neonates at Cairo University Hospitals. *Journal of American Science*, 7(12): 920-926.
- Ahn, Y., Sohn, M., Jun, Y., Lee, E., Lee, S. (2013). Two methods of cord care in high-risk newborns: Their effects on hydration, temperature, pH, and florals of the cord area. *J Child Health Care*, 12: 2-10.
- Ahmadpour-Kacho, M., Zahedpasha, Y., Hajian, K., Javadi, G., Talebian, H. (2006). The effect of topical application of human milk, ethyl alcohol 96%, and silver sulfadiazine on umbilical cord separation time in newborn infants. *Arch Iran Med*, 9: 33-38.
- Aghamohammadi, A., Zafari, M., Moslemi, L. (2012). Comparing the effect of topical application of human milk and dry cord care on umbilical cord separation time in healthy newborn infants. *Iran J Pediatr*, 22(2): 158-162.
- Arifeen, S. ve ark. (2012). The effect of cord cleansing with chlorhexidine on neonatal mortality in rural Bangladesh: A community-based, cluster-randomised trial. *Lancet*, 379: 1022-1028.

- Aydemir, H., Alpaslan, Ö., Demirel, Y. (2012). Comparison of the effects of 70% alcohol, 10% povidone-iodine and 0.4% chlorhexidine which are used in umbilical care on colonization and umbilical cord separation time. *African Journal of Microbiology Research*, 6(13): 3112-3118.
- Bulut, M. O. ve ark. (2005). Neonatal sepsisli olguların retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2): 63-68.
- Chamnanvanakij, S., Desharachakul, K., Rasamimaree, P., Vanparar, N. A. (2005). Randomized study of 3 umbilical cord care regimens at home in Thai neonates: Comparison of time to umbilical cord separation, parental satisfaction and bacterial colonization. *J Med Assoc Thai*, 88(7): 967-972.
- Covas-Mdel, C. ve ark. (2011). Alcohol versus bath and natural drying for term newborns umbilical cord care: A prospective randomized clinical trial. *Arch Argent Pediatr*, 109: 305-313.
- Demirtola, A., Özen, O. (2005). Göbek ve göbek kordonu anomalileri. *Sted Dergisi*, 14(3): 47-49.
- Devecioglu, Ö., Önes, Ü., Ünüvar, E. (2005). *Pediatric Rutinler*. 2. basım, Medikal Yayıncılık, İstanbul.
- Erenel, Ş. A. ve ark. (2010). Comparison of olive and dry-clean keeping methods in umbilical cord care as microbiological. *Matern Child Health J.*, 14: 999-1004.
- Evens, K., George, J., Angst, D. (2004). Does umbilical cord care in preterm infant influence cord bacterial colonization or detachment? *Journal of Perinatology*, 24: 100-104.
- Ekici, B., Ergin, B. A., Şahiner, P. (2007). Yenidoğanların göbek bakımında kullanılan yöntemlerin etkinliğinin karşılaştırılması. *Çocuk Dergisi*, 7(3): 191-196.
- Farahani, A. L., Mohammadzadeh, A., Tafazzoli, M., Esmaeli, H., Ghazvini, K. (2008). Effect of topical application of breast milk and dry cord care on bacterial colonization and umbilical cord separation time in neonates. *Journal of Chinese Clinical Medicine*, 3(6): 327-332.
- Gathwala, G., Sharma, D., Bhakhri, B. K. (2013). Effect of topical application of chlorhexidine for umbilical cord care in comparison with conventional dry cord care on the risk of neonatal sepsis: A randomized controlled trial. *J Trop Pediatr*, 59: 209-213.
- Golshan, M., Hossein, N. (2013). Impact of ethanol, dry care and human milk on the time for umbilical cord separation. *J Pak Med Assoc*, 63: 1117-1119.
- Gurkan, F. ve ark. (1999). Neonatal Tetanus: A continuing challenge in the southeast of Turkey: Risk factors, clinical features and prognostic factor. *Eur J Epidemiol*, 15(2): 171-174.
- Gunay, T., Kılıç, B., Keskinoglu, P., Konakçı, S. K., Pabuccuoğlu, O. (2008). Infant mortality rates in narlidere district, Turkey (1999-2001): Trends in rates and risk factors. *Turkish J Public Health*, 6(1): 9-18.
- Goldman, A. S. (1993). The immune system of human milk: Antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. *Pediatr Infect Dis J*, 12: 664-671.
- Guala, A. ve ark. (2003). The time of umbilical cord separation in healthy full-term newborns: A controlled clinical trial of different cord care practices. *Eur J Pediatr*, 162: 350-351.
- Great Ormond Street Hospital Clinical Guidelines (2014). Umbilical care, <http://www.gosh.nhs.uk/health-professionals/clinical-guidelines/umbilical-care/> (8.11.2014).
- Healthy Newborn Network (2014). Country Guidance for Umbilical Cord Care, <http://www.healthynewbornnetwork.org/topic/chlorhexidine-umbilical-cord-care/> (8.11.2014).
- Hsu, W. C. ve ark. (2010). Umbilical separation time delayed by alcohol application. *Ann Trop Paediatr*, 30(3): 219-223.
- Hodgins, S. ve ark. (2010). Chlorhexidine gel versus aqueous for preventive use on umbilical stump. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 29(11): 999-1003.
- Imdat, A. ve ark. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 5(CD008635): 1-110.
- Janssen, P. A., Selwood, B. L., Dobson, S. R., Peacock, D., Thiesen, P. N. (2003). To dye or not to dye: A randomized clinical trial of triple dye/ alcohol regime versus dry cord care. *Pediatrics*, 111(1): 15-20.
- Karabulut, A. A. (2011). Yenidoğanda deri fizyolojisi ve topikal ilaç kullanımı. *Türkderm*, 45(2): 60-67.
- Karumbi, J., Mulaku, M., Aluvaala, J. (2013). Topical umbilical cord care prevention of infection and neonatal mortality. *Pediatr Infect Dis J*, 32: 78-83.
- Kapellen, T. M. ve ark. (2009). Higher rate of cord-related adverse events in neonates with dry umbilical cord care compared to chlorhexidine powder. *Neonatology*, 96(1): 13-18.
- Kul, M. ve ark. (2005). Sağlıklı term yenidoğanlarda farklı göbek bakımı uygulamalarının göbek düşme zamanı ve diğer klinik sonuçlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 40: 227- 231.
- Kiechl-Kohlendorfer, U., Berger, C., Inzinger, R. (2008). The effect of daily treatment with an olive oil/ lanolin emollient on skin integrity in preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatric Dermatology*, 25(2): 174-178.
- Kültürsay, N. (2003). *Yenidoğan Sağlığı El Kitabı*. Mete Basım Matbaacılık, İzmir.

- Lawn, J. E., Cousens, S., Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: When? where? why? *Lancet*, 365(9462): 891-900.
- Lahmiti, S., El Fakiri, K., Aboussad, A. (2010). Antiseptics in neonatology: The inheritance of the past in the daylight. *Arch Pediatr*, 17: 91-96.
- Lannelli, V. (2014). Umbilical cord care, http://pediatrics.about.com/od/weeklyquestion/a/0707_umbil_cord.htm (8.11.2014).
- Liu, M. F., Lee, T. Y., Kuo, Y. L., Lien, M. C. (2012). Comparative effects of using alcohol, natural drying and salicylic sugar powder on umbilical stump detachment of neonates. *J Perinat Neonatal Nurs*, 26: 269-274.
- Mahrous, S. E., Darwish, M. M., Dabash, A. S., Marie, I., Abdelwahab, F. S. (2012). Topical application of human milk reduces umbilical cord separation time and bacterial colonization compared to ethanol in newborns. *Translational Biomedicine*, 3: 1-8.
- Medina, E., De Castro, A., Romero, C., Brenes, M. (2006). Comparison of the concentrations of phenolic compounds in olive oils and other plant oils: Correlation with antimicrobial activity. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 54: 4954-4961.
- McConnell, P. T., Lee, W. C., Coillard, M., Sherril, W. W. (2004). Trends in umbilical cord care: Scientific evidence for practice. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 4: 211-222.
- Mullany, L. C., Darmstadt, G. L., Tielsch, J. M. (2003). Role of antimicrobial applications to the umbilical cord in neonates to prevent bacterial colonization and infection: A review of the evidence. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 22(11): 996-1002.
- Mullany, C. L. ve ark. (2006a). Topical applications of chlorhexidine to the umbilical cord for prevention of omphalitis and neonatal mortality in Southern Nepal: A community-based, cluster-randomised trial. *Lancet*, 367(9514): 910-918.
- Mullany, C. L. ve ark. (2006b). Impact of umbilical cord cleansing with 4.0% chlorhexidine on time to cord separation among newborns in Southern Nepal: A cluster-randomized, community-based trial. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35: 123-138.
- Mullany, L. C. ve ark. (2007). Risk factors for umbilical cord infection among newborns of Southern Nepal. *Am J Epidemiol*, 165(2): 203-211.
- Mullany, L. C. ve ark. (2012). Impact of 4.0% chlorhexidine cord cleansing on the bacteriologic profile of the newborn umbilical stump in rural Sylhet District, Bangladesh: A community based, cluster-randomized trial. *Pediatr Infect Dis J*, 31: 444-450.
- Mullany, L. C. ve ark. (2013). Chlorhexidine cleansing of the umbilical cord and separation time: A cluster-randomized trial. *Pediatrics*, 131: 708-715.
- Nourian, M., Allai, F., Heidari, A. (2009). Comparison of the effect of alcohol 70% versus dry cord care on cord bacterial colonization & cord separation time among newborns. *Pak J Med Sci*, 25(1): 103-107.
- Perk, Y. (2008). Yenidoğan yoğun bakım enfeksiyonları; korunma ve kontrol. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sempozyum Dizisi*, İstanbul, 60: 137-141.
- Pezzati, M. ve ark. (2002). Umbilical cord care: The effect of eight different cord-care regimens on cord separation time and other outcomes. *Biol Neonate*, 81: 38-44.
- Pezzati, M. ve ark. (2003). Umbilical cord care in premature infants: The effect of two different cord-care regimens (Salicylic Sugar Powder vs Chlorhexidine) on cord separation time and other outcomes. *Pediatrics*, 112: 275-279.
- Sharma, D., Gathwala, G. (2013). Impact of chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on cord separation time and neonatal mortality in comparison to dry cord care-a nursery-based randomised controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 27(12): 1262-1265.
- Shoaeib, F. M., All, S. A., El-Barrawy, M. A. (2005). Alcohol or traditional methods versus natural drying for newborn's cord care. *J Egypt Public Health Assoc.*, 80: 169-201.
- Soofi, S. ve ark. (2012). Topical application of chlorhexidine to umbilical cords prevention of omphalitis and neonatal mortality in a rural district of Pakistan: A community-based, cluster randomised trial. *Lancet*, 379: 1029-1036.
- Suliman, A. K. ve ark. (2010). Triple dye plus rubbing alcohol versus triple dye alone for umbilical cord care. *Clin Pediatr (Phila)*, 49: 45-48.
- Şilfeler, İ. ve ark. (2011). Göbek bakımı amacıyla kullanılan %70'lik alkolle bağlı cilt yanığı gelişen iki term yenidoğan olgusu. *J Kartal TR.*, 22(2): 75-78.
- Tripoli, E. ve ark. (2005). The phenolic compounds of olive oil: Structure, biological activity and beneficial effects on human health. *Nutrition Research Reviews*, 18: 98-112.
- Usluer, G. ve ark. (2006). İzolasyon önlemleri kılavuzu. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 10: 18-21.
- World Health Organization (WHO) (1999). Care of the umbilical cord: A review the evidence, <http://www.who.int/reproductive-health/publications> (02.01.2014).
- World Health Organization (WHO) (2013). WHO recommendations on "Postnatal care of the mother and newborn", http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf (5.11.2014).
- Vural, G., Kısa, S. (2006). Umbilical cord care: A pilot study comparing topical human milk, povidone-iodine, and dry care. *JOGNN*, 35: 123-128.
- Zupan, J., Garner, P., Omari, A. A. (2004). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 4: 1-49.

KONU DİZİNİ

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERGİSİ 2015 YILI 23. CİLT KONU DİZİNİ

Afetlerde toplum sağlığının korunması: Afet hemşireliği *bkz.* 2015; 23(1): 57-65

afet hemşireliği *bkz.* 2015; 23(1): 57-65

afet *bkz.* 2015; 23(1): 57-65

hemşire *bkz.* 2015; 23(1): 57-65

toplum sağlığı *bkz.* 2015; 23(1): 57-65

sağlığın korunması *bkz.* 2015; 23(1): 57-65

Akciğer tüberkülozlu hastalarda damgalama *bkz.* 2015; 23(2): 136-145

akciğer *bkz.* 2015; 23(2): 136-145

tüberküloz *bkz.* 2015; 23(2): 136-145

damgalama *bkz.* 2015; 23(2): 136-145

Ameliyat öncesi besin/ sıvı kısıtlaması *bkz.* 2015; 23(1): 1-10

besin/sıvı kısıtlaması *bkz.* 2015; 23(1): 1-10

bilgi *bkz.* 2015; 23(1): 1-10

hasta *bkz.* 2015; 23(1): 1-10

hemşire *bkz.* 2015; 23(1): 1-10

deneyim *bkz.* 2015; 23(1): 1-10

ameliyat öncesi dönem *bkz.* 2015; 23(1): 1-10

Aydın il merkezindeki kadınlarda akraba evliliği *bkz.* 2015; 23(2): 126-135

kadın sağlığı *bkz.* 2015; 23(2): 126-135

akraba evliliği *bkz.* 2015; 23(2): 126-135

görülme sıklığı *bkz.* 2015; 23(2): 126-135

Bağlamsal model doğrultusunda çocuklarda obeziteyi etki- leyen faktörler *bkz.* 2015; 23(3): 243-251

beslenme *bkz.* 2015; 23(3): 243-251

çocuk *bkz.* 2015; 23(3): 243-251

fiziksel aktivite *bkz.* 2015; 23(3): 243-251

obezite *bkz.* 2015; 23(3): 243-251

bağlamsal model *bkz.* 2015; 23(3): 243-251

Ergenlerin yeme davranışları *bkz.* 2015; 23(3): 174-184

ergen *bkz.* 2015; 23(3): 174-184

yeme davranışı *bkz.* 2015; 23(3): 174-184

niteliksel araştırma *bkz.* 2015; 23(3): 174-184

Evde bakım hemşireliği *bkz.* 2015; 23(2): 160-165

evde bakım *bkz.* 2015; 23(2): 160-165

hemşirelik *bkz.* 2015; 23(2): 160-165

halk sağlığı hemşireliği *bkz.* 2015; 23(2): 160-165

yetkinlik sorumluluk *bkz.* 2015; 23(2): 160-165

Fiziksel engelliliğin gebelik ve annelik üzerine etkisi *bkz.* 2015; 23(1): 88-95

fiziksel engelli kadınlar *bkz.* 2015; 23(1): 88-95

fiziksel engelli gebe kadınlar *bkz.* 2015; 23(1): 88-95

sağlık bakım gereksinimleri *bkz.* 2015; 23(1): 88-95

sağlık bakım profesyonelleri *bkz.* 2015; 23(1): 88-95

Gazetelerde tük bebek ölüm ve istismar haberleri *bkz.* 2015; 23(3): 185-194

bebek *bkz.* 2015; 23(3): 185-194

istismar *bkz.* 2015; 23(3): 185-194

ihmal *bkz.* 2015; 23(3): 185-194

bebek ölümü *bkz.* 2015; 23(3): 185-194

haber *bkz.* 2015; 23(3): 185-194

gazete *bkz.* 2015; 23(3): 185-194

Gebelikte uygulanan gastrointestinal endoskopik girişimler *bkz.* 2015; 23(1): 83-87

endoskopi *bkz.* 2015; 23(1): 83-87

gebe *bkz.* 2015; 23(1): 83-87

fetüs *bkz.* 2015; 23(1): 83-87

risk *bkz.* 2015; 23(1): 83-87

Hemşirelerin mesleki değerleri *bkz.* 2015; 23(1): 32-40

hemşirelik *bkz.* 2015; 23(1): 32-40

bakım *bkz.* 2015; 23(1): 32-40

mesleki değerler *bkz.* 2015; 23(1): 32-40

bireyselleştirilmiş bakım *bkz.* 2015; 23(1): 32-40

Hemşireliğin geleceği *bkz.* 2015; 23(2): 166-173

hemşirelik *bkz.* 2015; 23(2): 166-173

gelecek *bkz.* 2015; 23(2): 166-173

2050 *bkz.* 2015; 23(2): 166-173

Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı *bkz.* 2015; 23(1): 49-56

hemşirelik eğitimi *bkz.* 2015; 23(1): 49-56

simülasyon *bkz.* 2015; 23(1): 49-56

hemşirelikte simülasyon *bkz.* 2015; 23(1): 49-56

Hemşirelik öğrencileri ve öğrenciye yapılan rehberlik *bkz.* 2015; 23(3): 215-223

öğrenci hemşire *bkz.* 2015; 23(3): 215-223

klinik hemşire *bkz.* 2015; 23(3): 215-223

klinik eğitim *bkz.* 2015; 23(3): 215-223

İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri *bkz.* 2015; 23(2): 152-159

infertilite hemşireliği *bkz.* 2015; 23(2): 152-159

sertifika programı *bkz.* 2015; 23(2): 152-159

eğitim gereksinimi *bkz.* 2015; 23(2): 152-159

Karaciğer transplantasyonu planlanan bir hastanın hemşirelik bakımı *bkz.* 2015; 23(3): 231-242
hemşirelik *bkz.* 2015; 23(3): 231-242
roy adaptasyon modeli *bkz.* 2015; 23(3): 231-242
karaciğer transplantasyonu *bkz.* 2015; 23(3): 231-242

Klinik uygulama rehberleri *bkz.* 2015; 23(1): 76-82
klinik rehberler *bkz.* 2015; 23(1): 76-82
kanıta dayalı uygulama *bkz.* 2015; 23(1): 76-82
hemşirelik *bkz.* 2015; 23(1): 76-82

Kontinans hemşirelerinin gelişen rolleri *bkz.* 2015; 23(3): 224-230
kontinans hemşireliği *bkz.* 2015; 23(3): 224-230
gelişen roller *bkz.* 2015; 23(3): 224-230
rol *bkz.* 2015; 23(3): 224-230
sorumluluk *bkz.* 2015; 23(3): 224-230
inkontinans *bkz.* 2015; 23(3): 224-230

Kronik hastalık yönetimi için kronik bakım modeli *bkz.* 2015; 23(1): 66-75
kronik hastalık *bkz.* 2015; 23(1): 66-75
kronik hastalık yönetimi *bkz.* 2015; 23(1): 66-75
hemşirelik *bkz.* 2015; 23(1): 66-75
kronik bakım modeli *bkz.* 2015; 23(1): 66-75

Kronik obstrüktif akciğer hasarlığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimi *bkz.* 2015; 23(1): 11-22
kronik obstrüktif akciğer hasarlığı *bkz.* 2015; 23(1): 11-22
kronik bakım yönetimi *bkz.* 2015; 23(1): 11-22
PACIC *bkz.* 2015; 23(1): 11-22
hemşirelik *bkz.* 2015; 23(1): 11-22

Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyeti *bkz.* 2015; 23(1): 41-48
doğum *bkz.* 2015; 23(1): 41-48
postpartum bakım *bkz.* 2015; 23(1): 41-48
lohusa *bkz.* 2015; 23(1): 41-48
hasta memnuniyeti *bkz.* 2015; 23(1): 41-48

Proje tabanlı öğretim yöntemi *bkz.* 2015; 23(2): 116-125
sosyal beceri *bkz.* 2015; 23(2): 116-125
proje tabanlı öğretim yöntemi *bkz.* 2015; 23(2): 116-125
hemşirelik öğrencisi *bkz.* 2015; 23(2): 116-125
hemşirelik eğitimi *bkz.* 2015; 23(2): 116-125

Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi *bkz.* 2015; 23(1): 23-31
üriner inkontinans *bkz.* 2015; 23(1): 23-31
yaşam kalitesi *bkz.* 2015; 23(1): 23-31
sağlık arama davranışı *bkz.* 2015; 23(1): 23-31

Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumu *bkz.* 2015; 23(2): 105-115
tip 1 diyabet *bkz.* 2015; 23(2): 105-115
psikososyal uyum *bkz.* 2015; 23(2): 105-115
stresle başa çıkma *bkz.* 2015; 23(2): 105-115
hemşirelik *bkz.* 2015; 23(2): 105-115

Total parenteral beslenen hastalarda yaşam kalitesi *bkz.* 2015; 23(2): 96-104
total parenteral beslenme *bkz.* 2015; 23(2): 96-104
sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi *bkz.* 2015; 23(2): 96-104
hemşirelik *bkz.* 2015; 23(2): 96-104

Yeni doğanlarda göbek bakımı *bkz.* 2015; 23(3): 252-261
yenidoğan *bkz.* 2015; 23(3): 252-261
göbek bakımı *bkz.* 2015; 23(3): 252-261
kanıta dayalı uygulama *bkz.* 2015; 23(3): 252-261

Yoğun bakım hastalarında deliryum *bkz.* 2015; 23(2): 146-151
deliryum *bkz.* 2015; 23(2): 146-151
hemşirelik bakımı *bkz.* 2015; 23(2): 146-151
yoğun bakım ünitesi *bkz.* 2015; 23(2): 146-151
yaşam modeli *bkz.* 2015; 23(2): 146-151

Yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlaması ölçeği *bkz.* 2015; 23(3): 195-202
yoğun bakım *bkz.* 2015; 23(3): 195-202
taburculuk planlaması algı ölçeği *bkz.* 2015; 23(3): 195-202
güvenirlilik *bkz.* 2015; 23(3): 195-202
geçerlik *bkz.* 2015; 23(3): 195-202

Yöneticilerin görev ve çalışan odaklı liderlik davranışları ve hemşirelerin iş tatmini *bkz.* 2015; 23(3): 203-214
liderlik *bkz.* 2015; 23(3): 203-214
liderlik davranışları *bkz.* 2015; 23(3): 203-214
iş tatmini *bkz.* 2015; 23(3): 203-214
örgütsel bağlılık *bkz.* 2015; 23(3): 203-214
iş stresi *bkz.* 2015; 23(3): 203-214

YAZAR DİZİNİ

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERGİSİ 2015 YILI 23. CİLT YAZAR DİZİNİ

Acaroğlu R (bkz. Can Ş ve ark.) 2015; 23(1): 32-40
Acaroğlu R (bkz. Cevheroğlu S ve ark.) 2015; 23(2): 96-104
Acaroğlu R (bkz. Özşaban A ve ark.) 2015; 23(2): 146-151
Aksu H (bkz. Şen Ş R ve ark.) 2015; 23(2): 126-135
Akyolcu N (bkz. Öner H ve ark.) 2015; 23(3): 231-242
Akyüz N ve ark. Gebelikte uygulanan gastrointestinal endoskopik girişimlerde hemşirenin rolü. 2015; 23(1): 83-87 (Derleme)
Altun M ve ark. Ergenlerin yeme davranışları ile ilgili görüşleri: Niteliksel çalışma. 2015; 23(3): 174-184 (Orijinal araştırma)
Aslan E (bkz. Özcan Ş ve ark.) 2015; 23(1): 41-48
Başgöl Ş ve ark. Fiziksel engelliliğin gebelik ve annelik üzerine etkisi. 2015; 23(1): 88-95 (Derleme)
Başgöl Ş ve ark. Kontinans hemşirelerinin gelişen rollerinin uluslararası düzeyde irdelenmesi. 2015; 23(3): 224-230 (Derleme)
Bayat M (bkz. Şener Taplak A ve ark.) 2015; 23(3): 252-261
Biçer S ve ark. Hemşirelik öğrencileri ve klinik hemşirelerin klinik uygulamada öğrenciye yapılan rehberlik ile ilgili görüşleri. 2015; 23(3): 215-223 (Orijinal araştırma)
Avcı D (bkz. Çelik S ve ark.) 2015; 23(2): 105-115
Bodur G ve ark. Hemşireliğin geleceği: 2050'li yıllar. 2015; 23(2): 166-173 (Derleme)
Bodur G (bkz. Şenyuva E ve ark.) 2015; 23(2): 116-125
Can Ş ve ark. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. 2015; 23(1): 32-40 (Orijinal araştırma)
Cevheroğlu S ve ark. Total parenteral beslenen hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2015; 23(2): 96-104 (Orijinal araştırma)
Ceyhan Y Ş (bkz. Biçer S ve ark.) 2015; 23(3): 215-223
Çelik S ve ark. Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları. 2015; 23(2): 105-115 (Orijinal araştırma)
Çelik S (bkz. Ergün E ve ark.) 2015; 23(3): 203-214
Çınar Pakyüz S (bkz. Yiğit Açık G ve ark.) 2015; 23(2): 136-145
Demir S ve ark. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. 2015; 23(1): 23-31 (Orijinal araştırma)
Demirbaş H (bkz. Sezer A ve ark.) 2015; 23(2): 160-165
Demirdağ H ve ark. Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları. 2015; 23(1): 1-10 (Orijinal araştırma)

Demirdağ H (bkz. Öner H ve ark.) 2015; 23(3): 231-242
Doğan P (bkz. Şendir M ve ark.) 2015; 23(1): 49-56
Ergün A (bkz. Erdim L ve ark.) 2015; 23(3): 243-251
Ergün E ve ark. Yöneticilerin görev ve çalışan odaklı liderlik davranışları ve hemşirelerin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve iş stresi arasındaki ilişki. 2015; 23(3): 203-214 (Orijinal araştırma)
Erdim L ve ark. Bağlamsal model doğrultusunda çocuklarda obeziteyi etkileyen faktörler. 2015; 23(3): 243-251 (Derleme)
Güngör İ ve ark. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. 2015; 23(2): 152-159 (Derleme)
İncirkuş K ve ark. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. 2015; 23(1): 66-75 (Derleme)
Kadioğlu H (bkz. Sezer A ve ark.) 2015; 23(2): 160-165
Kalanlar B ve ark. Afetlerde toplum sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Afet hemşireliği. 2015; 23(1): 57-65 (Derleme)
Kanan N (bkz. Öner H ve ark.) 2015; 23(3): 231-242
Karaçam Z ve ark. Gazetelerde yayımlanan bebek ölüm ve istismar haberlerinin incelenmesi. 2015; 23(3): 185-194 (Orijinal araştırma)
Karaöz S (bkz. Demirdağ H ve ark.) 2015; 23(1): 1-10
Kaya H (bkz. Bodur G ve ark.) 2015; 23(2): 166-173
Kaya H (bkz. Kuşeli Dost ve ark.) 2015; 23(3): 195-202
Kaya H (bkz. Şenyuva E ve ark.) 2015; 23(2): 116-125
Kelleci M (bkz. Çelik S ve ark.) 2015; 23(2): 105-115
Kızılkaya Beji N (bkz. Başgöl Ş ve ark.) 2015; 23(3): 224-230
Kızılkaya Beji N (bkz. Demir S ve ark.) 2015; 23(1): 23-31
Kızılkaya Beji N (bkz. Güngör İ ve ark.) 2015; 23(2): 152-159
Kızılkaya Beji N (bkz. Kurtçu A ve ark.) 2015; 23(1): 76-82
Kubilay G (bkz. Kalanlar B ve ark.) 2015; 23(1): 57-65
Kuğuoğlu S (bkz. Erdim L ve ark.) 2015; 23(3): 243-251
Kurtçu A ve ark. Klinik uygulamam rehberleri. 2015; 23(1): 76-82 (Derleme)
Kuşeli Dost S ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlaması algılar ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. 2015; 23(3): 195-202 (Orijinal araştırma)
Kutlu Y (bkz. Altun M ve ark.) 2015; 23(3): 174-184
Nahcivan N (bkz. İncirkuş K ve ark.) 2015; 23(1): 66-75
Nahcivan N (bkz. Üstünova E ve ark.) 2015; 23(1): 11-22
Oskay Ü (bkz. Başgöl Ş ve ark.) 2015; 23(1): 88-95
Öğüt D (bkz. Karaçam Z ve ark.) 2015; 23(3): 185-194
Öner H ve ark. Karaciğer transplantasyonu planlanan bir hastanın hemşirelik bakımında Roy'un adaptasyon modelinin kullanımı. 2015; 23(3): 231-242 (Derleme)

Özcan Ş ve *ark.* Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi. 2015; 23(1): 41-48 (Orijinal araştırma)

Özsaban A ve *ark.* Yoğun bakım hastalarında deliryum ve yaşam modeli doğrultusunda bakım. 2015; 23(1): 146-151 (Derleme)

Sağlık M (*bkz.* Karaçam Z ve *ark.*) 2015; 23(3): 185-194

Sezer A ve *ark.* Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. 2015; 23(2): 160-165 (Derleme)

Şahin F (*bkz.* Biçer S ve *ark.*) 2015; 23(3): 215-223

Şen Ş R ve *ark.* Aydın il merkezindeki 15-49 yaş grubu kadınlarda akraba evliliği sıklığı ve etkileyen faktörler. 2015; 23(2): 126-135 (Orijinal araştırma)

Şendir M ve *ark.* Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı: Sistematik inceleme. 2015; 23(1): 49-56 (Sistematik inceleme)

Şener Taplak A ve *ark.* Yenidoğanlarda göbek bakımında kanıta dayalı uygulamalar: Derleme. 2015; 23(3): 252-261 (Derleme)

Şenyuva E ve *ark.* Proje tabanlı öğretim yönteminin hemşirelik öğrencilerinin sosyal becerilerine etkisi. 2015; 23(2): 116-125 (Orijinal araştırma)

Temel E (*bkz.* Çelik S ve *ark.*) 2015; 23(2): 105-115

Tohumat Ş G (*bkz.* Akyüz N ve *ark.*) 2015; 23(1): 83-87

Üstünova E ve *ark.* Kronik obstrüktif akciğer hasarlığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. 2015; 23(1): 11-22 (Orijinal araştırma)

Yiğit Açık G ve *ark.* Akciğer tüberkülozlu hastalarda damgalamanın değerlendirilmesi. 2015; 23(2): 136-145 (Orijinal araştırma)

YAZIM KURALLARI

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERGİSİ, hemşirelik bakımının tüm yönlerini kapsayan, bilimsel, kuramsal ve felsefi temelli hemşirelik uygulaması, eğitimi, yönetimi ve araştırmaları ile ilgili yazılara açıktır. Dergide yürütülmekte olan araştırmalarla ilgili raporlara, bilimsel ve mesleki hemşirelik seminerlerinde sunulan bildirimlere, araştırma özetlerine, özgün ve ileri hemşirelik kursları ve yeni kitap eleştirilerine yer veren hakemli bir dergidir.

Dergi her yılın Şubat, Haziran, Ekim aylarında yayınlanır ve her üç sayıda bir cilt tamamlanır. Yazılar Türkçe ve İngilizce olabilir. Yazıların sorumluluğu yazarlara aittir.

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERGİSİ'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış, hakem değerlendirmesinde olmayan ve Dergi Yayın Kurulu ve Bilimsel Kurul tarafından değerlendirilerek uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.

Yazılar A4 boyutlarındaki beyaz kağıdın bir yüzüne 1,5 aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, 12 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 3 cm'lik, üst ve sol yanından 4 cm'lik boşluk bırakılmalıdır. Sayfa sayısı derlemeler için 8, araştırma raporları için en fazla 12 olmalıdır. Yazılar; iudergi.com internet adresine online olarak ya da 3 kopya halinde ve CD'ye son şekli ile kayıt edilmiş olarak yazışma adresine gönderilebilir. Yazarın/Yazarların derginin son sayfasında yer alan "Yazarlık/Yayın hakkı Onay Formu"nu doldurup, imzalayarak yazı ile birlikte göndermeleri gerekmektedir.

Yazarlar tarafından uyulması gereken etik ilkeler:

Dergimize yazı gönderen yazarlar; aşağıda belirtilen etik ilkelere kesinlikle uymak zorundadırlar.

1. "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda "Helsinki Bildirgesi", "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu" ve "İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu"nda belirtilen esaslara ve T.C. Sağlık Bakanlığının ilgili yönetmeliklerine uygunluk ilkesini kabul eder.
2. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Klinik Araştırmalar Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin dergiye gönderilmesi zorunludur.
3. Yazarlar, makalenin METOD bölümünde ilgili etik kuruldan ve çalışmaya katılmış insanlardan imzalı "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesini aldıklarını belirtmek zorundadır. Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.

4. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan veya gereği durumunda yasal temsilcisinden "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesi alınmalı ve makalenin olgu sunumu başlığı altında yazılı olarak ifade edilmelidir. Hastadan veya yasal temsilcisinden alınan "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" belgesi dergiye yollanmalıdır.
5. **Çıkar Çatışmaları:** Yazarlar, makaleleriyle ilgili çıkar çatışmalarını (varsa) bildirmelidirler. Eğer makalede dolaylı veya dolaysız ticari bağlantı (istihdam edilme, doğrudan ödemeler, hisse senedine sahip olma, firma danışmanlığı, patent lisans ayarlamaları, veya hizmet bedeli gibi) veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma v.b ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu, editöre sunum sayfasında ve ayrıca makalede kaynaklar bölümünden önce "Çıkar çatışması" başlığı altında bildirmek zorundadır.
6. **Yazarlık Katkısı:** Çok yazarlı makalelerde yazarların araştırmaya katkıları (fikir oluşturma, çalışma tasarımı, deneysel uygulamalar, istatistik, makalenin yazımı, v.b) açıklanmalı ve imzalı olarak editöre (yayın hakkı devir formu kapsamı içinde) sunulmalıdır. Yazarlık katkısı bilgisi, kaynaklar bölümünden önce makalede bildirilmek zorundadır.
7. **Maddi destek:** Araştırma için alınmış finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa açıkça makalenin kaynaklar bölümünden önce bildirilmek zorundadır. Ayrıca yazarlar aşağıda belirtilen alanlarda, varsa çalışmaya sponsorluk edenlerin rollerini beyan etmelidirler: (1) Çalışmanın tasarımı, (2) Veri toplanması, analizi ve sonuçların yorumlanması, (3) Raporun yazılması, (4) Yayın için gönderilmesine karar verilmesi.

Dergiye gönderilen yazılar aşağıdaki bölümleri içerecek şekilde düzenlenmelidir.

ARAŞTIRMA YAZILARI: Her biri ayrı bir sayfadan başlamak koşulu ile başlık sayfası, özetler, metin ve kaynaklar bölümlerini içerir.

Başlık Sayfası: Yazının başlığını takiben yazarların, akademik unvanları ile birlikte, adları ve soyadları, iletişim adresleri (yazışma yapılacak yazarın unvanı, adı ve soyadı, iş adresi, iş telefonu, faks numarası ve e-posta adresi) ve kurumları belirtilmelidir. Yazının 40 karakteri geçmeyen (boşluklar dahil) kısa başlığı da bu bölümde belirtilmelidir. Özet Sayfası: Türkçe ve İngilizce özetler (öz/abstract) 200 kelimeyi geçmeyecek şekilde yazılmalı; özetlerde çalışmanın amacı, yöntem, bulgular ve sonuçlar bölümü olarak kısaca belirtilmelidir. Her iki özet de başlık ve anahtar kelimeler (en az 3, en fazla 5 adet) belirtilmelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Index Medicus: Medikal Subject Heading (MeSH)" standartlarına uygun olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri" ne uygun olmalı ve <http://www.bilimterimleri.com> adresinden seçilmelidir. Başlık sayfası italik ve 10 punto olarak yazılmalıdır.

Metin: Araştırma yazılarında metin bölümü; başlık, giriş, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümlerinden oluşur. Başlıktan sonra yazar adları belirtilmez.

Giriş bölümünde, çalışmanın amacını belirtmeli ve sadece bu konudaki temel kaynaklara işaret edilmelidir.

Yöntem bölümünde, çalışmanın planı açıklanmalı, örneklem, girişim (müdahale), kullanılan veri toplama yöntemleri, istatistiki değerlendirme yöntemleri ve etik konular açıklanmalıdır. Bulgular bölümünde, bulgular ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tablo başlıkları tablo üstünde, şekil ve grafik başlıkları şekil ve grafiğin altında, ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Tablo, şekil ya da grafik başka bir kaynaktan alıntı yapılmış ise görsel aracın altında, parantez içinde belirtilmelidir. Tartışma bölümünde, bulguların önemi vurgulanmalı ve başka yazarların bulguları ile karşılaştırılmalıdır. Sonuç ve öneriler bölümünde, çalışmanın sonuçlarına uygun öneriler kısaca vurgulanmalıdır.

DERLEME YAZILARI: Başlık sayfası, Türkçe ve İngilizce özet (öz/abstract), metin ve kaynaklar bölümlerini içermelidir. Metin amaç çerçevesinde bir yapıyı içermeli, sonuç ve öneriler bölümleriyle tamamlanmalıdır.

Araştırma ve derleme yazılarında, kısaltma yapılmış ise ilk kullanımda uzun şekli yazılmalı ve hemen yanında kısaltılmış şekli parantez içinde gösterilmelidir. Daha sonra metinde kısaltılmış şekli kullanılmalıdır.

a) Kitap ise:

Karasar, N. (1995). *Araştırmalarda Rapor Hazırlama*. 8. basım, 3A Eğitim Danışmanlık Ltd., Ankara.

b) Editörlü bir kitap ise:

Bayık, A. (1999). Sağlık eğitimi. Erefe, İ. (Ed.). *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, 12-19.

c) Çeviri kitap ise:

Kramer, K, Stock, M., Writer, M. (1993). *Klinik Muayene Tanı ve Tedavi Klavuzu: Osteoporozda Tanı Yöntemleri*. Çeviren: Ü. Ünlü, 2. basım, Yüce Yayınları, İstanbul.

d) Kitap bölümü ise:

Buzlu, S. (2002). Diyabetin psikososyal yönü. Erdoğan, S. (Ed.). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. Yüce Dağıtım A.Ş., İstanbul, 195-203.

e) Editörün yazar olduğu kitap ise:

Diener, H. C, Winson, M. (Eds.) (1998). *Drug-Induced Headache*. 2nd ed., Springer Verlag, New York.

f) Yazar adı olmayan kurum yayını ise:

Türk Standartları Enstitüsü (TSE) (1974). Adlandırma İlkeleri, Ankara.

g) Dergide yayınlanan makale ise:

Mutlu, B., Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *İ. Ü. F. N. Hem. Derg.* 15(60): 179-182.

KAYNAKLAR

Metin İçinde Kaynak Gösterme:

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

Birden fazla kaynak;

(Esin ve ark. 2002; Karasar 1995)

Tek yazarlı kaynak;

(Akyolcu 2007)

İki yazarlı kaynak;

(Sayiner ve Demirci 2007)

Üç, dört ve beş yazarlı kaynak;

Metin içinde ilk kullanımda: (Ailen, Ciambrune ve Welch 2000)

Metin içinde tekrarlayan kullanımlarda: (Ailen ve ark. 2000)

Altı ve daha çok yazarlı kaynak;

(Çavdar ve ark. 2003)

Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterme: Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir. Beş yazara kadar tüm yazarların adı yazılmalı, beşten fazla yazar varsa birinci yazardan sonra "ve ark." ifadesi kullanılmalıdır. Dergi adları Index Medicus' ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır.

Kaynak yazımı ile ilgili örnekler aşağıda verilmiştir.

h) Kongre/Sempozyum bildirisi ise:

Kongre bildirileri kitap haline getirilmiş ise;

Kayır, A. (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. *XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı*, Mimeray Ofset, İstanbul, 546-552.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemiş ise;

Kanan, N. (2001). Ağn Yönetimi. XIV. Ulusal Kanser Kongresi, 30 Nisan- 04 Mayıs, İstanbul.

i) Tez ise:

Coşansu, G. (2001). Erişkinlerde diyabet risk faktörlerinin belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

j) İnternet kaynağı ise:

Hiro, D. (1998). Politics Lebanon: Lebanese voting again. IPS World News, 17-25, <http://www.oneworld.org/ips2> (10.02.2000).

k) Bir yazarın aynı yılda yayınlanmış birden fazla yayını kullanıldı ise:

Ferrans, C. E., Powers, M. S. (1985 a). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1): 15-24.

Ferrans, C. E., Powers, M. S. (1985 b). Psychometric assesment of the quality of life index. *Reserach in Nursing and Health*, 15: 26-36.

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

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERĐİSİ

Yazarlık / Yayın Hakkı Onay Formu

baŐlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'ne vermeyi kabul ediyorum / ediyoruz. Yayınlanmasını istediğim / istediğimiz bu makalenin TŸrke ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak Ÿzere gŸnderilmediĐini ve daha Ÿnce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu ŸstlendiĐimi / ŸstlendiĐimizi kabul ederim / ederiz. Birden fazla yazarlı çalışmalar için yazarlar araştırmaya verdikleri katkıyı (alıŐmanın tasarımı, veri toplanması, analizi, raporun yazılması ve yayın için gŸnderilmesi vb.) aşağıda verilen tabloda belirterek imzalamalıdır.

Yazar / Yazarlar	Makaleye Katkısı	İmza	Tarih
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

